Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation

RE/OST/17 Version 3 du 25/10/2018

ITO
Institut Toulousain d'Ostéopathie
Rapport d'audit de suivi n°1
15&16/12/2022

Bureau Veritas Certification France

Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation
Rapport d'audit de suivi n°1

INFORMATIONS GENERALES

Nom de l'établissement : ITO

Responsable du site : Clairette MARTIN

Adresse du site : Bâtiment 2
0
31670
LABEGE

Référentiel d'audit : RE/OST/17 Version 3 du 25/10/2018

N° de contrat : 9671593

Type d'audit : Audit de suivi n°1

Dates de l'audit : 15&16/12/2022

Durée de l'audit : 2 jours

Auditeur du site :

CONCLUSIONS DE L'AUDIT

Présentation de l'établissement - Contexte

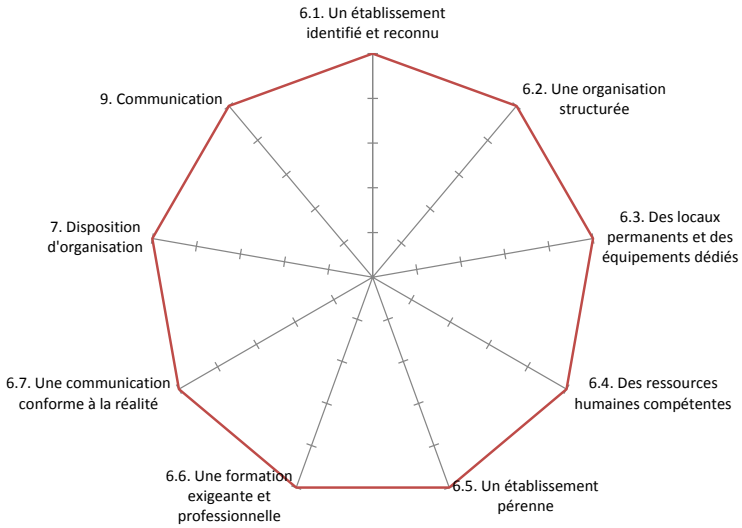
Intégrée au syndicat de la FNESO (12 membres), l'ITO de Labège est agrée pour un accueil jusqu'à 675 étudiants. 549 étudiants sont inscrits à la rentrée 2022.
Le nouveau bâtiment, contenant une Clinique et 3 salles de cours, est en oeuvre, au centre de Toulouse.
A noter enfin que le logiciel Docteur Santé a été abandonné, remplacé par le logiciel MDSL en déploiement depuis Septembre 2022.
L'outil Hyperplanning est exploité depuis Septembre 2021.

Conclusion de l'auditeur

La démarche qualité est conforme au référentiel. Le contexte de l'ITO est agité: en externe, il s'est agi par exemple de prendre en compte d'étudiants issus d'écoles ayant perdu leurs agréments. En interne :des outils sont déployés (MDSL) ou développés (Hyperplanning, tablettes...), et un besoin de recrutement aux plannings n'est pà ce jour malgré les actions entreprises. Pour autant, le respect rigoureux et documenté des exigences du référentiel et de la réglementation reste remarquable. Autre point fort à signaler : le dynamisme (voire le rebond) du processus de recherche et ressources contributrices. Les sujets et les modalités de projets concourrent significativement au service de la qualité de la formation Ostéopathie. Pas de non-conformité.
Le maintien du **certificat Niveau Excellence** est recommandé.

	Non-conformités	Taux de conformité
6.1. Un établissement identifié et reconnu	0	100%
6.2. Une organisation structurée	0	100%
6.3. Des locaux permanents et des équipements dédiés	0	100%
6.4. Des ressources humaines compétentes	0	100%
6.5. Un établissement pérenne	0	100%
6.6. Une formation exigeante et professionnelle	0	100%
6.7. Une communication conforme à la réalité	0	100%
7. Disposition d'organisation	0	100%
9. Communication	0	100%

Taux de conformité par thème



DETAILS DES CARACTERISTIQUES CERTIFIES

6.1. Un établissement identifié et reconnu

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.1.1. L'établissement dispose de statuts ***Ref. Arrêté 29/09/14 Annexe 1 : 2.2 - 2.4***	L'établissement a défini son objet et son fonctionnement dans ses statuts. *Eléments de preuve et contrôle :* *Statuts : vérification de l'objet et de la description du fonctionnement*	**C**	Statuts màj du 31/3/2017 S.A. 7 mars 2002 Objet: enseignement, recherche, dévelop-pement de l'ostéopathie, VAP, VAE, formation continue pour les professionnels	
	L'établissement est régulièrement enregistré auprès du Tribunal de Commerce quand il s'agit d'un établissement à but lucratif. *Eléments de preuve et contrôle :* *K-Bis de moins de 3 mois*	**C**	Kbis du 23 octobre 2022, soit moins de trois mois	
6.1.2. L'établissement est identifié auprès de l'administration ***Ref. Arrêté 29/09/14 Annexe 1 : 2.5 – 2.6***	L'établissement est en mesure de justifier ses déclarations préalables, prévues par le code de l'éducation, auprès du rectorat académique, au procureur de la République et de la préfecture du lieu d'implantation. *Eléments de preuve et contrôle :* *Justificatifs des déclarations :* *- au rectorat académique* *- au procureur de la République* *- à la préfecture*	**C**	Enregistrement Rectorat 12/1/2004 Enregistrement Préfecture HG 4/1/2002 Déclaration Procureur de la République 4/1/2002 Suite à l'extension à partir du 5 octobre 2020 d'une clinique sur Toulouse : -Déclaration de préfecture du 2/09/2020 -Lettre au procureur de la république du 2/9/2020 -Lettre au procureur du 2/9/2020 ARC présentés	
	Dans le cas où l'établissement assure une formation initiale à des étudiants sous statut de formation continue, il est enregistré auprès de la DIRECCTE. *Eléments de preuve et contrôle :* *Justificatif de l'enregistrement auprès de la DIRECCTE ou copie de la demande pour l'année en cours*	**C**	Numéro d'Organisme de formation continue: 73310438931 Récipissé de déclaration DIRECCTE du 14/01/2015	
	L'établissement dispose d'un agrément en vigueur du ministère de la santé (à vérifier au cours de l'audit de suivi). *Eléments de preuve et contrôle :* *Copie de la décision d'agrément en vigueur du ministère de la santé*	**C**	numéro d'agrément : SSAH2125314S Vu: Décision n°2021-21 du 22 juillet 2021 portant la capacité à 600 étudiants, pour 5 ans Vu: Décision modificative du 20 aout 2021 portant à 675	

6.1.3 **L'établissement est assuré pour ses activités et pour l'occupation de ses locaux** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 2.7***	L'établissement a souscrit une assurance : - Responsabilité Civile Professionnelle, couvrant les risques liés à l'activité y compris les actes professionnels dans le cadre de la formation pratique clinique ; - relative à l'occupation des locaux. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestations d'assurance : RCP **et** locaux* *Commentaire :* *L'assurance RCP doit couvrir à la fois les activités de formation et les actes professionnels dispensés aux patients à la clinique, dans le cadre de la formation*	**C**	Vu: attestation AXA 01/10/2022 au 01/10/2023 pour les 3 adresses -> RC assurance Civile pour les activités de "formation en ostéopathie, y compris dans le cadre d'une clinique ostéopatihique au sein de l'établissement, et à l'occasion de stages cliniques externes, dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur; formation continue" -> vu, multirisque pour les 4 bâtiments : nouveau bâtiment pris en compte	
6.1.4 **L'établissement établit un rapport d'activité à l'issue de chaque année pédagogique** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 2.8***	L'établissement établit un rapport d'activité à l'issue de chaque année pédagogique. Il comprend **a minima** : - le bilan de scolarité - l'évaluation de la qualité de l'enseignement : définition de critères d'évaluation correspondant aux missions des enseignants, traçabilité et analyse des résultats de l'évaluation annuelle des enseignants réalisant au minimum 200 heures face à face rémunérées/année scolaire - les procédures de sélection des candidats à la formation : résultats de la sélection (admissibilité sur dossier et admission après entretien) - les résultats de l'enquête de satisfaction annuelle des étudiants - les résultats des enquêtes d'insertion à 18 et 30 mois. *Eléments de preuve et contrôle :* *Rapport d'activité de l'année pédagogique précédente* *Commentaire :* *Le rapport d'activité doit être établi conformément à l'article 19 du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014* *La procédure de sélection des candidats doit être conforme l'article 1 de l'arrêté du 12 décembre 2014 : "... les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année de leur entrée en formation et titulaires du baccalauréat ou d'un titre admis en équivalence.* *Les candidats sont sélectionnés sur la base d'un dossier comprenant les pièces suivantes : CV, lettre de motivation, dossier scolaire avec résultats et appréciations, attestations de travail le cas échéant, copie du bac ou du titre admis en équivalence, certificat de scolarité pour les candidats de terminale.* *Les candidats retenus se présentent à un entretien visant à évaluer leur motivation et leurs aptitudes à suivre la formation sur la base du dossier."*	**C**	Vu : synthèse du Rapport d'activité 2021-2022: -Vu: bilan de scolarité Tableau 2, 551 étudiants, 10 abandons, 6 exclus, 31 redoublants, 2 mutations. -V: détail des promotions, statistiques (age, cursus, moyennes des promos par UE...) -Enquêtes d'insertion à 18 et 30 mois : réalisée par un organisme extérieur Nove Concept -> publié sur le site ITO -Critères d'évaluation de la qualité de l'enseignement dans le projet pédagogoqique de l'institut; évaluations étudiants, évaluation par instance de gouvernance, évaluations des résultats du projet pédagogique (nouveaux stages hospitaliers, ...), résultats de l'enquête d'insertion, CR de réunion du Conseil de Vie étudiante -> nouveaux lieux de stages: Hopital de Moissac, association Cugnaux (en lien avec le handicap) - résultats de la sélection : 144 admissibles, 99 finalisés, 32 refusés -procédure de sélection -> vu, onglet dédié sur le site web par la description des modalités d'inscription/sélection ainsi qu'admission parallèle+ procédure ITO + brochure de l'ITO Presentés en compléments : 1/ CR de réunion de rentrée 2021-2022, avec résultats globaux de la satisfaction des étudiants vis-à-vis de leurs enseignants et 2/ Le suivi des formateurs màj 07/09/2022	

6.1.5 **L'établissement délivre un diplôme enregistré au RNCP niveau I** **EXCELLENCE**	L'établissement délivre un diplôme enregistré au RNCP niveau I. *Eléments de preuve et contrôle :* *Copie de l'arrêté d'enregistrement au RNCP (Répertoire National des Certifications Professioonnelles) de niveau I en vigueur*	**C**	Vu: RNCP 36871 valable jusqu'au 29/09/2025 délivré par France Compétences + décision dans le JO du 29/09/2022	

6.2. Une organisation structurée

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.2.1 **La gouvernance de l'établissement est clairement définie** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 3.10 – 3.11 – 3.12***	L'établissement dispose d'un organigramme administratif et fonctionnel et le maintient à jour *Eléments de preuve et contrôle :* *Organigramme administratif et fonctionnel*	**C**	Vu: organigramme màj le 29/11/2022 -> coordinateurs pédagogiques (changemnt du CP 1ere année) -> administratifs (quelques mouvements dûs à l'obligation caccinale) + 1 besoin en recrutement	
	L'établissement dispose de la liste des membres du conseil d'administration ou des membres associés. *Eléments de preuve et contrôle :* *Liste des membres du conseil d'administration ou des membres associés*	**C**	Membres SAS ITO Toulouse: -Préseidence : Novétude stratégie -Directrice générale Clairette MARTIN Vu, Kbis d'octobre 2022	
	Des fiches de fonction décrivent les missions de l'équipe de direction, y compris celles du directeur. *Eléments de preuve et contrôle :* *Fiches de fonction/poste/mission*	**C**	Vérifié : -Fiche de poste Directeur d'établissement -Fiche de poste Directrice adjointe Mises àjour le 27/12/2017	
6.2.2 **L'établissement dispose d'un règlement intérieur** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 3.13***	L'établissement dispose d'un règlement intérieur à destination des étudiants qui inclut ou qui comporte en annexe le règlement des évaluations. Le règlement intérieur est aisément accessible dans les lieux de l'établissement. *Eléments de preuve et contrôle :* *Règlement intérieur* *Règlement des évaluations* *Vérification documentaire et visuelle*	**C**	Règlement intérieur màj à chaque rentrée sur l'intranet : testé A disposition sur le Drive des étudiants: Mail d'accès à chaque étudiant: ITO DRIVE 22-23 pour la partie documentaire dont le guide, + accès Hyper planning pour les résultats indivduels par exemple. Extrait du Règlement concernant la Clinique disponible en bâtiment Clinique : vérifié dans les deux cliniques Par entretien avec les étudiants de la clinique de Toulouse: accès au réglement sur leur Drive presenté sur leur telephone mobile	

6.2.3 **L'établissement dispose d'un descriptif de l'organisation de la vie étudiante** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 3.14***	L'établissement dispose d'un descriptif de l'organisation de la vie étudiante (manuel, guide de l'étudiant, …). Ce dernier est aisément accessible : affichage et/ou site internet ou intranet. *Eléments de preuve et contrôle :* *Descriptif de l'organisation de la vie étudiante* *Vérification documentaire et visuelle (affiche, site internet et/ou intranet)*	**C**	Descriptif : - guide de l'étudiant : Intégré dans le guide de l'étudiant, mis à jour pour chaque rentrée : liste des contacts, organisation année scolaire, réglement des évaluations, Stages, biliothèque, vie étudiante, différents Bureaux de la vie étudiante, présentation réseau Franc'Ostéo... - sur site web : onglet "Vie Etudiante" - sur la brochure de présentation / information Vérifié par entretien avec 3 étudiantes: accès au guide de l'étudiant sur le Drive.	
6.2.4 **L'établissement dispose d'un Conseil scientifique** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 :3.15 – 3.16 – 3.17***	L'établissement dispose d'un Conseil scientifique (CS) composé au minimum d'un médecin, d'une personne justifiant du titre d'ostéopathe, d'un enseignant-chercheur en lien avec une des matières enseignées. *Eléments de preuve et contrôle :* Liste des membres du CS *Commentaire :* *La liste des membres doit être conforme à l'article 12 du décret n°2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	le CS est composé de 16 membres, dont : -le président Aksel ATTOU -Médecin N. NEZRY (également LOUVET et BROUQUIERES) -Ostéopathe s nombreux dont P. GUERIN -Enseignant-chercheur Sandra JOFFROY en biologie -intégration de Carine CHASTEL, la nouvelle CP 1ere année	
	Ils attestent sur l'honneur ne pas être membre d'un autre CS d'un établissement de formation à l'ostéopathie et ne siègent pas au conseil d'administration de l'établissement. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestations pour l'année pédagogique en cours* *Liste du conseil d'administration ou des associés* *Commentaire :*	**C**	Vu: déclarations 3/10/2022 de Philippe GUERIN, de Sandra JOFFROY, de Nicolas NEZRY	
	Le CS se réunit au moins une fois par année pédagogique. *Eléments de preuve et contrôle :* Compte-rendu de réunion Feuille de présence	**C**	Vu: Compte-rendu de réunion du conseil scientifique du 8/12/2022 en visio, 9 participants -> émargement présenté (hybride Visio et présentiel) Vérifié: CR deux fois par an	
	L'établissement dispose d'un Conseil Pédagogique (CP) composé au minimum : d'un représentant des enseignants, d'un représentant des tuteurs de stage, d'un représentant des étudiants et d'un représentant de l'Agence régionale de santé. *Eléments de preuve et contrôle :* *Liste des membres du CP* *Preuve de la sollicitation de l'ARS* *Commentaire :* *La liste des membres doit être conforme à l'article 13 du décret n°2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Liste 2022-2023 présentée : conforme 2 représentants des enseignants (titulaire/suppléant rENAUDOT/JOFFROY), 2 représentants des tuteurs de stage FAUREL/HELHAL, 5 représentants étudiants, 1 par promotion et 1 suppléant Représentante de l'ARS présente: Mme Fontaine, Mme Réjane SIMON	

6.2.5 **L'établissement dispose d'un Conseil pédagogique** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 3.18 – 3.19 – 3.20***	Les représentants des enseignants et les représentants des tuteurs de stage attestent sur l'honneur ne pas être membres d'un autre CP d'un établissement de formation à l'ostéopathie et ne pas participer à l'administration d'un autre établissement agréé. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestations pour l'année pédagogique en cours* *Commentaire :*	**C**	Vu : 4 attestations du 12/10/2020 le 2 septembre 2022 Sandra JOFFROY et Stéphane RENAUDOT, Alexandre FAUREL et Salima HELHAL	
	Le CP se réunit au moins deux fois par année pédagogique dont une fois dans le premier trimestre de l'entrée en formation. *Eléments de preuve et contrôle :* *Compte-rendu de réunion* *Feuille de présence* *Commentaire :* *Conformément à l'article 13 du décret n°2014-1043 du 12 septembre 2014 et à l'article 18 de l'arrêté du 12 décembre 2014*	**C**	Vu: CR de la réunion du 15/11/2022 (1er trimestre de l'année 22-23) avec l'OJ dont la validation des membres du conseil de Discipline, validation de la liste des maîtres de stages, point sur les réglements intérieurs et évaluations Pprochain CP vers Mars-avril Vérifié pour 2021- 2022: -> CP du 18/11/2021 -> CP du 12/04/2022 avec les émargements.	
6.2.6 **L'établissement dispose d'un Conseil de discipline**	L'établissement dispose d'un Conseil de discipline composé au minimum d'un représentant des étudiants, d'un représentant des enseignants et d'un représentant des tuteurs de stage qui siègent au CP. Le directeur de l'établissement n'est pas membre du Conseil de discipline. *Eléments de preuve et contrôle :* *PV du premier CP de l'année pédagogique*	**C**	conseil de discipline : liste 22-23 présentée et conforme du 12/10/2022: - 5 représentants des étudiants (1 par promo), - 2 représentants des tuteurs Faurel et Helhal - 2 représentants des enseignants Renaudo / Joffroy. -> le directeur de l'établissement n'est pas membre du CD.	
6.2.7 **L'établissement dispose d'une Commission de validation des unités de formation** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 3.21***	L'établissement dispose d'une Commission de validation des unités de formation composée des coordinateurs pédagogiques, au moins d'un enseignant des matières fondamentales, d'un enseignant des domaines de pratiques cliniques et de l'enseignant-chercheur siégeant au CS. Eléments de preuve et contrôle : Compte-rendu de réunion Feuille de présence *Commentaire :* *Conformément à l'article 14 du décret n°2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Vu: CR et émargement de la réunion 12/7/2022, avec le bilan des étudiants 1e, 2e, 3e année, ayant validé leurs UE, les non admis au redoublement, les admis au redoublement (+50%des UE validés), les étudiants qui passent en année supérieure avec des UE à repasser, ou non. Vu: Sandra Joffroy présente Vu: les commissions de validations des 4e année (deux sessions) Vu: la commission de 5eannée Presenté	

6.3. Des locaux permanents et des équipements dédiés

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.3.1 **L'établissement dispose de locaux permanents dédiés à la formation** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 4.22***	L'établissement dispose de locaux permanents exclusivement dédiés à la formation incluant la clinique interne, dédiés à la formation dont la pérennité est assurée par un titre de propriété, un crédit-bail immobilier ou un bail locatif de 3, 6 ou 9 ans. *Eléments de preuve et contrôle :* *Titre de propriété ou crédit-bail ou bail incluant la clinique interne*	**C**	Trois bâtiments Bât 2, Bât 6, Clinique : baux signés en 2011, valables jusqu'en décembre 2020 -> tacite reconduction jusqu'en 2023 (3,6,9) Nouveau bâtiment du centre-ville Toulouse: bail du 15 novembre 2019, avec adresse vérifiée, pour 9 ans.	
6.3.2 **L'établissement dispose de locaux répondant aux normes de sécurité et accessibles aux PMR** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 :4.23 – 4.24 – 4.25 – 4.26***	L'établissement dispose pour chacun des bâtiments dédiés à la formation, de locaux répondant aux normes de sécurité. *Eléments de preuve et contrôle :* *Avis rendu par la Commission (consultative) Départementale de Sécurité et d'Accessibilité* *Vérification in situ* *Commentaire :* *Décret n° 2014-1312 du 31 octobre 2014 modifiant le décret n° 95-260 du 8 mars 1995 relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité*	**C**	Bâtiments ERP: 3e (Bat2) et 5e catégorie Vu: avis rendu par la Commission de sécurité et d'accessibilité du 11/04/2019 (bât 2) et 07/01/2016 (bat6) et 14/09/2017 (clinique) Nouvel établissement: vu, arrêté de travaux ERP 18 juin 2020 de la Mairie de Toulouse -> dossier d'agrément du 12/10/2020 certifié par David Rouart Architecte Vérifié pendant la visite des 3 sites	
	L'établissement dispose pour chacun des bâtiments dédiés à la formation, de locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestation des ERP conformes au 31 décembre 2014* *Vérification in situ*	**C**	Bâtiments ERP Vu: avis rendu par la Commission de sécurité et d'accessibilité du 17/5/2017 Attestation de vérification de l'accessibilité du 27/10/2015 Vérifié pendant la visite des 3 sites	
	L'établissement dispose pour chacun des bâtiments dédiés à la formation, de locaux mettant à disposition au minimum 5m²/étudiant (tous les locaux accessibles aux étudiants et hors parking) en conformité avec l'effectif maximal des étudiants présents en même temps au sein de l'établissement. *Eléments de preuve et contrôle :* *Décision portant agrément de l'établissement* *Plans détaillés des locaux, certifiés par un architecte, précisant la superficie, la répartition et l'affectation des locaux (dont l'accessibilité aux personnes handicapées) et la capacité d'accueil* *Commentaire :* *Les locaux administratifs accueillant les étudiants sont également à prendre en compte*	**C**	L'architecte DPLG Jean-Lu MUNOZ a certifié le 14/6/2018 les plans détaillés des locaux, présentés.3007 m2 en surface Utile Brute pour 2500 m2 L'architecte David ROUART a certifié le 12/10/2020 les plans de Toulouse: RDC 2 salles TP, accès Clinique, espace enseignants, espace R+1: partie clinique 8 box (9,46 à 13,01m2), salle d'attente, salle de débriefing, R+2 : 1 salle de TD, 1 salle de pause, sanitaires PMR, 1 local technique, 1 local rangement. 667 m2. Vérifié sur site lors de la visite de la nouvelle Clinique.	

6.3.3 **L'établissement dispose d'un minimum d'équipements dédiés à la formation** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 4.27***	L'établissement dispose au minimum : - de salles de TD toutes équipées d'une table pour deux étudiants, d'une chaise par étudiant, d'une table électrique ou pneumatique pour l'enseignant pour les TD de pratique ostéopathique, d'un tableau et d'un vidéoprojecteur - de salles de cours magistraux équipées d'un poste par étudiant d'une promotion, d'un tableau et d'un vidéoprojecteur - d'une médiathèque - d'une salle pour les enseignants - d'un espace de pause pour les étudiants - de postes de travail administratifs et logistiques (1 ETP/100 étudiants inscrits) - d'un local dédié aux 5 coordinateurs pédagogiques - d'un local dédié aux associations : BDE, … - d'un accès WIFI - de locaux contenant l'ensemble de l'activité clinique interne (cf. engagement 6.3.4) *Eléments de preuve et contrôle :* *Equipements : vérification in situ* *Liste des étudiants par promotion* *Planning annuel d'occupation des locaux par promotion et par salles de cours magistraux ou de TD* *Commentaire :* *Chacun des points doit être conforme pour que la caractéristique soit conforme* *La vérification du planning d'occupation des locaux au regard du nombre d'étudiants inscrits permet de savoir si l'établissement dispose de suffisamment de locaux* *5 coordinateurs pédagogiques car 1 coordinateur par promotion*	**C**	Bat 2 : BDE, 2 salles de TD, local matériel, 2 salles de TP/CM, 5 bureaux des coordinateurs, salle de réunion (+ salle de repos Enseignants), salle dédiée aux étudiants et salle dédiée aux associations 6 administrés : vérifiés. (pour 5 exigés) Bât 6: 3 salles CM, 1 salle TD, salle étudiants (+accueil, bureau Directrice adjointe) Clinique :1 salle de CM, 2 salles de TD, médiathèque, 13 box de consultation, accueil/salle de consultation des patients, salle de repas enseignants, bureaux de recherche Visite des 2 bâtiments réalisées: tous les points ont été vérifiés + Accès Wifi vérifié. Salles TD : salles J, G, F (maximum 26 de capacité) , compatibilité vérifiée avec les effectifs vu sur tableau "planning d'occupation" -> groupe 4 de 1ère année a 25 d'effectif Cours Magistraux : jusqu'à 160 étudiants en salle H; 100 en salle I, 40 en salle J, 150 étant l'effectif max Vu: inventaire matériel / pédagogique salle/bureaux	
6.3.4 **L'établissement dispose d'une clinique** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 4.27***	L'établissement dispose d'une clinique équipée au minimum : - d'un accueil – secrétariat - d'une salle d'attente - de salles individuelles de consultation cloisonnées, fermées, équipées d'une table électrique ou pneumatique, de deux chaises et d'un bureau dont la superficie est au minimum égale à 8 m² - de matériels nécessaires à la lecture de l'imagerie médicale - d'un système d'archivage des dossiers des patients (physique ou informatique). *Eléments de preuve et contrôle :* *Equipements : vérification in situ* *Commentaire :* *Chacun des points doit être conforme pour que la caractéristique soit conforme*	**C**	Surface des box : Minimum de 11,20 m2 (vu sur plan) Equipement de la clinique: *Vérifié sur plan au 6.3.2* Archivage dossier patients Clinique : papier jusqu'au 3 octobre 2022 -> bescule sur MDSL Vue, la procédure applicable, màj le 6/5/2021, + les armoires dans le local Médiathèque avec les dossiers patients, avec affichage de la procédure. Visites Cliniques réalisées: vérification de l'ensemble des éléments attendus : accueil, salle d'attente, salle de débriefing, salle enseignants, au moins 13 box, radiotoscope, armoires des dossiers clients, logiciel MDSL sur les postes.	

6.4. Des ressources humaines compétentes

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.4.1 **Une direction compétente et expérimentée** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 5.28 – 5.29 – 5.30 - 5.31***	Le directeur de l'établissement a : - autorisation d'user du titre d'ostéopathe - une expérience de management d'au moins 5 ans ou un titre universitaire de niveau 1 en management. Le représentant légal de l'établissement est autorisé à exercer cette fonction. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestation d'enregistrement ADELI* *CV* *Extrait du casier judiciaire – Bulletin n°3*	**C**	Vu: autorisation d'user du titre professionnel d'ostéopathe: paris, le 20 mai 2008 par la DRASS, attestation ADELI 19/1/2015 CV: fonctions de management depuis 2002 Extrait du casier judiciaire au 28/11/2022	
	L'établissement s'assure de la compétence des : - formateurs - des intervenants externes - tuteurs de stage : expérience en ostéopathie d'au moins 5 ans - coordinateurs pédagogiques en vérifiant le CV et les diplômes ou titres (diplôme ou autorisation d'usage du titre d'ostéopathe, titre universitaire de niveau I dans les domaines de la pédagogie, de la santé, des sciences ou de la matière enseignée, diplôme médical ou paramédical). *Eléments de preuve et contrôle :* *Liste à jour des personnels et intervenants pédagogiques* *CV, Copies des diplômes ou titres,* *Attestations d'enregistrement ADELI et/ou RPPS et/ou l'attestation de l'ordre des médecins pour les enseignants ostéopathes et les professionnels de santé* *Pièces justificatives officielles du droit d'exercer dans le pays d'origine pour les enseignants ostéopathes titulaires d'un diplôme étranger*	**C**	Vu: liste des formateurs 89 intervenants dont 67 ostéopathes, et liste des tuteurs de stage (53) Présence des CV, diplômes, enregistrements ADELI le cas échéant, vérifiés pour : -2 ostéopathes JAcquemet et Linira : ci-dessous -Carine CHASTEL : CV, Diplôme de biologie Cellulaire Univ Grenoble Coordinateurs pédagogiques : M. GESLIN (Dr en Biologie), S. HELHAL (Ostéopathe); CV, diplômes vérifiés. Tuteurs: Benjamin DAILLAND diplômé en 2015, ADELI 2015	

6.4.2 **Des personnels et intervenants pédagogiques compétents et formés** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 5.34 – 5.35 – 5.36 – 5.37 – 5.38 – 5.39 – 5.40 – 5.42 – 5.43 – 5.46***	L'établissement respecte le statut des formateurs, défini dans la Convention collective nationale de l'enseignement privé indépendant. Les formateurs peuvent disposer d'une convention d'honoraires dans une limite de 150 heures au total pour l'établissement et par tranche de 100 étudiants inscrits. Les autres formateurs souscrivent un contrat de travail avec l'établissement. *Eléments de preuve et contrôle :* *Contrats de travail des formateurs* *Conventions d'honoraires* *Commentaire :* *Convention collective nationale de l'enseignement privé indépendant du 27 novembre 2007*	**C**	Vu: conventions d'honoraires (4) : 140 heures total : 16 à 68 heures Vu: conventions d'honoraires, signées, datées pour ESPUNA 34h, MARGARIT 24h, FOURIO 68H, VUILLAUME 16H Présentation du tableau de ventilation des heures de formation enseignant / promo de 2022-23: vérification des heures prévues pour Fourio Présentation de la planification Clinique 2022: vérification des heures prévues pour Fourio Vérifiés pour les derniers recrutements: contrat de travail, signés, datés : Mickael VAL (CDD) signé le 17 aout 2022, VISSER ,... Vu: liste des contrats de travail classé par nom/date	
	Les salariés permanents disposent d'une fiche de poste/de mission/de fonction. *Eléments de preuve et contrôle :* *Fiches de poste/de mission/de fonction*	**C**	Fiches de poste : 12 administratifs ou Coordinateurs pédagogiques (6), en date du 16/2/2018 et la plupart màj en juillet 2020 (répartition des missions dans l'équipe suite à un départ en retraite, et doublons) ->vérifié pour Clarisse MARTEAU : chargée du recrutement / des admissions ->vérifié pour Estelle Marin et Corime GONORD : assistantes pédagoigiques	
	L'établissement assure le maintien et la progression des compétences des personnels par la formation. Les besoins sont identifiés au cours notamment de l'entretien professionnel et repris dans le plan de formation continue des personnels. *Eléments de preuve et contrôle :* *Plan de formation continue des personnels*	**C**	Vu: plan de formation 2020 Thèmes : hyperplanning (nouvelles arrivantes), Référent Handicap (5), Qualiopi (AFNOR, 1j, 16 mars 2022), SST janvier 2022 Vu: Enregistrements des Entretiens Annuels, avec recueil des besoin, et bilan des formations: vérifé pour Maria Gladysheva Attestations de formation vérifié par échantillonnage : SST, Qualiopi,...	

6.4.3 **Une mise à disposition des ressources humaines nécessaires** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 :5.33 – 5.44 – 5.45***	L'établissement veille à la mise à disposition des ressources humaines nécessaires par un nombre de formateurs suffisant : a minima 1 ETP/25 étudiants de l'année en cours, proratisé pour les établissements délivrant une formation avec dispense Eléments de preuve et contrôle : Tableau de ventilation des modules ou des heures pour l'année en cours et l'année précédente	**C**	23675 heures sur 2022-2023 Nbre Heures: 750 Effectif : 549 étudiants 23675/750=31,567 1 ETP pour 17 étudiants, pour 25 exigé.	
	Les formateurs ostéopathes doivent justifier d'une expérience professionnelle d'au moins 5 ans. *Eléments de preuve et contrôle :* *Attestations d'enregistrement ADELI*	**C**	vérifié ci-dessus (6.4.2) Jacquemet Mégane : CV et diplôme 2016 + ADELI Baptiste LINARI : CV et diplôme 2012 et ADELI	
	L'établissement veille à la mise à disposition des ressources humaines nécessaires : - par un nombre de coordinateurs pédagogiques suffisant **(un CP à temps plein par promotion**), dont les missions d'enseignement ne dépassent pas 50 % de leur temps de travail ; - par la mise en place d'un outil de suivi pédagogique : tableau de ventilation des modules ou des heures de cours complété des fiches de cours. *Eléments de preuve et contrôle :* *Contrats de travail ou convention d'honoraires pour un faible volume d'heure ou une intervention ponctuelle* *Fiches de cours* *Commentaire :* *cf. art. 15, 16 et 21 du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Vérifié : 5 coordinateurs pédagogiques sont en charge des 5 promotions Précisé sur les contrats : le temps de CP est au moins 50%, 375 heures de cours maximum CHASTEL 186 CHARRIER 274 GESLIN 208 HELAL 178 RENAUDO 244 Vuérifié pour CHARRIER : outil de ventilation des cours par enseignant, par promotion et groupe: vérifié : 274 heures Vu: fiches de cours, complètes.	
	L'équipe pédagogique comprend au moins 50 % de formateurs et de coordinateurs permanents habilités à user du titre d'ostéopathe. *Eléments de preuve et contrôle :* *Contrats de travail des coordinateurs pédagogiques* *Attestations d'enregistrement ADELI*	**C**	67 ostéopathes-formateurs sur 89 formateurs soit 75%	
	L'établissement veille à la mise à disposition des ressources humaines nécessaires par un nombre de personnels administratifs suffisant : 1/100 étudiants inscrits. *Eléments de preuve et contrôle :* *Contrats de travail* *Copie de la DSN (Déclaration Sociale Nominative)*	**C**	6 ETP composent le personnel administratif Vérifié : 6 contrats de travail	

6.5. Un établissement pérenne

ENGEGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.5.1 L'établissement assure sa pérennité par une gestion équilibrée	L'établissement assure sa pérennité par une gestion équilibrée : - ses comptes sont certifiés par un expert-comptable et sont déposés auprès du greffe du tribunal de commerce *Eléments de preuve et contrôle :* *Pour les entités titulaires d'un commissaire aux comptes, fourniture du rapport général* *Pour les entités n'ayant pas de commissaire aux comptes, mais ayant confié la mission d'établissement des comptes à un expert-comptable : fourniture de l'attestation de l'expert-comptable de la mission de présentation des comptes annuels.*	**C**	Vu: rapport du Commissaire aux comptes Exelman pour l'exercice clos le 30/09/2021, signé le 24/03/2022 Vu; récipissé au GTC toulouse du 26/04/2022	
	L'établissement assure sa pérennité par une gestion équilibrée : - il présente un REX positif pour au moins deux des trois derniers exercices clos. *Eléments de preuve et contrôle :* *Liasses fiscales*	**C**	Vu: résultats d'exploitations 2019, 2020, 2021: positifs	

6.6. Une formation exigeante et professionnelle

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
	L'établissement a élaboré un dossier pédagogique qui comprend : - le projet pédagogique : conception générale et orientations de la formation, choix pédagogiques en lien avec les activités et les compétences prévues pour exercer le métier, objectifs d'apprentissage et de professionnalisation, individualisation des parcours, modalités d'encadrement et de tutorat négociées avec les structures d'accueil, missions du maître de stage, possibilité d'accès aux prestations et aux aides étudiantes, indicateurs d'évaluation du projet *Eléments de preuve et contrôle :* *Projet pédagogique* *Tableau de suivi pédagogique tel que défini à l'annexe III de l'arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie*	**C**	Vu: dossier Pédagogique 2022-2023 de l'ITO Toulouse, 69 pages Par échantillonnage sur chaque item: - Conception générale et Orientations : listées dans le dossier. 6 compétences sont identifiées , classées en 3 thèmes -> moyens logistiques -> moyens organisationnels :gestion de 1000 heures de cours, alternance des CM et TD,... -> moyens didactiques: Evalbox, hyperplanning, affichage EDT,... -> choix pédagogiques : dimension systémique infusée dans chaque UE plutôt qu'uniquement du systémique, production d'écrit, démarche d'ingénierie plutôt qu'uniquement technique, retours durant les UE de 5e année sur les pratiques cliniques, -> choix docimologiques: augmentation de l'évaluation continue (évaluation formative, par projet Le projet décrit les objectifs d'apprentissage et de professionnalisation année par année - individualisation des parcours : cas de suivi renforcé en 1ère année, sportifs de haut niveau, emplois du temps spécifiques (grossesse,...), -Modalités d'encadrement et de tutorat, dont les modalités sous convention de stage -Accès aux prestations et aides étudiantes - indicateurs d'évaluation du projet : vus	

6.6.1 **L'établissement a élaboré un dossier pédagogique** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 7.49 – 7.54 – 7.55 - 7.60 – 7.61***	L'établissement a élaboré un dossier pédagogique qui comprend : - la description des 5 années de formation : répartition et articulation entre les différents enseignements devant atteindre 4860 heures à compter 30 juin 2019 conformément à l'annexe III de l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie Cette répartition ne s'adresse pas à la formation initiale en ostéopathie des professionnels de santé. **Répartition des volumes horaires de la formation** Pour les dispenses de formation se référer à l'annexe 3. *Eléments de preuve et contrôle :* *Répartition des enseignements théoriques, TP et formation pratique clinique* *Commentaire :*	**C**	Vérifié dans le dossier pédagogique : répartition des volumes horaires de la formation, conforme à l'arrêté. Vu: descriptifs des objectifs d'apprentissage et des objectifs de professionnalisation, par année Vu: tableau de ventilation 02/01/2020 -> année 1 : 448 h de CM, 468 h de TD -> année 2 : 418 h de CM, 520 h de TD -> année 3 : 324 h de CM, 451 h de TD -> année 4 : 274 h de CM, 260 h de TD -> année 5 : 88 h de CM, 163 h de TD vérifié par échantillonnage en croisant le référentiel de formation avec le Tableau de ventilation cursus 2021-2022 de l'ITO	
	L'établissement a élaboré un dossier pédagogique qui comprend : - la liste des lieux de formation pratique clinique au sein des cliniques interne et externe, et auprès de maîtres de stages agréés par le directeur *Eléments de preuve et contrôle :* *Liste des lieux de formation pratique clinique* *Liste des maîtres de stage à jour, le cas échéant* *Commentaire :* *cf. art. 17 du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Le dossier pédagogique liste les lieux de stages hospitaliers (8) Présenté : liste des cabinets d'ostéopathes et maîtres de stage (178) agréés par l'établissement, du 15/12/22 (validé par le CP) pour 1ère et 2année (observation) + Liste des conventions cadre avec hopitaux + Liste des stages de pratique pour la 5ème année (pratique) réalisés en 2021-22: hopitaux, enfants handicapés, staps, Vérifié pour: Lieu de stage UT3: convention ITO / UT3 du 3/11/2022 Agrément du maître de stage par le directeur: dossier administratif, vérifications listées, diplôme et ADELI	

	L'établissement a élaboré un dossier pédagogique qui comprend : - les conditions d'admission et les modalités de validation de la formation théorique et pratique. *Eléments de preuve et contrôle :* *Procédure de sélection des candidats y compris les conditions d'accès par passerelle* *Commentaire :* *cf. art. 17 du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Vérifié dans le dossier pédagogique: -conditions d'accès, dossier de candidature, critères,... Conditions d'accès parallèles: du ressort du conseil pédagogique et/ou conseil d'établissement, et en fonction des places disponibles. Vu: modalités de validation avec renvoi sur le document "règlement des évaluations".	
6.6.2 **L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 :7.50 - 7.51 - 7.56 - 7.57***	L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation par la mise en place : - d'une formalisation des critères de validation de la pratique clinique au cours du cursus *Eléments de preuve et contrôle :* *Document reprenant les critères de validation de la pratique clinique*	**C**	Vu dans le Dossier pédagogique: formation pratique clinique déclinée année par année Vu: critères de validation de la pratique clinique dans le règlement des évaluations et docuemnt "critères de validation de la formation pratique clinique" Tenue du livret de formation pratique (classeur): traçabilité des heures réglementaires -validation des heures -acquisition des compétences à valider en 3è, 4è, 5è année: exemple de Fiche d' Evaluations certificatives 5e année -> vus, nombre d'évaluations validées pour la 5e promo, 4 minimum.	
	L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation par la mise en place d'un outil de suivi des compétences validées en clinique. *Eléments de preuve et contrôle :* *Outil de suivi de la validation des compétences*	**C**	Vu: grille évaluation Clinique 5A: 4 compétences globales et sous-compétences à évaluer : acquis / non acquis Vu: Tableau récapitulatif promo5 2020-2021, avec nombre des consultations, et nombre des évaluations acquises, archivées par le CP Testé pour Galice Mokrani, 5e année : -> Patient 21218 -> fiche 4, complète et validée, Patient 32202 -> fiche 3, complète et validée; tuteur DAILLAND / cohérent avec dossiers clients Papier Patient 63183 ->complète et validée, tuteur TREFFEL, fiche cohérente avec patientèle basculée sur MDSL depuis le 3/10 -> Nombre d'heures de Galice: 453 heures en 4e année: vérifié sur le classeur de Galice.	

<table>
<tr><td></td><td>L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation par la mise en place d'indicateurs de fonctionnement de la clinique : nombre de patients accueillis et nombre d'actes d'ostéopathie réalisés.

<u>Eléments de preuve et contrôle</u> :
Calcul et suivi des indicateurs</td><td>C</td><td>Vu: tableau du nombre de consultations en clinique : 18241 (19720 en 2019) en 2020-2021, et 29166 consultations totales (avec stages externes)
Nombre d'actes = nombre de consultations 21679
Nombre de patients : 11153 patients extérieurs dont 410 étudiants (9411 en 2021) en clinique
-> 1,8 consultation par patient extérieur</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation par la mise en place - d'un outil de suivi de la validation des consultations cliniques.

Pour les élèves diplômés en 2017, 2018 et 2019, 150 consultations complètes doivent avoir été validées par étudiant diplômé.

Pour les élèves diplômés à partir de 2020, les 150 consultations complètes devront être réalisées en 5ème année.
(la comptabilisation des consultations se fait à partir de la commission de validation 2ème session de la 4ème année)

<u>Eléments de preuve et contrôle :</u>
Outil de suivi de la validation des consultations cliniques
Evaluation du nombre de consultations</td><td>C</td><td>Elèves diplômés en 2022
Vu: tableau de suivi individuel du nombre de consultations cliniques pour la promo 5, 150 consultations minimales validées
les 2/3 à minima dans la clinique interne</td><td></td></tr>
<tr><td>6.6.3
L'établissement assure une solide formation pratique clinique</td><td>L'établissement assure une formation pratique clinique en proposant :
- un nombre minimum d'heures de formation pratique clinique
(la comptabilisation des heures se fait à partir de la commission de validation 2ème session de l'année N-1)

<table>
<tr><th></th><th>Année pédagogique</th><th>Nombre heures de formation pratique encadrée</th></tr>
<tr><td>1ère</td><td>A partir de 2015-2016</td><td>50 heures – en observation</td></tr>
<tr><td>2ème</td><td>A partir de 2016-2017</td><td>70 heures – en observation</td></tr>
<tr><td>3ème</td><td>A partir de 2017-2018</td><td>210 heures en clinique interne</td></tr>
<tr><td>4ème</td><td>A partir de 2017-2018</td><td>450 heures en clinique interne</td></tr>
<tr><td>5ème</td><td>A partir de 2017-2018</td><td>720 heures dont au moins 480 heures en clinique interne</td></tr>
</table>

<u>Eléments de preuve et contrôle :</u>
Tableau de ventilation des heures pour l'année</td><td>C</td><td>Vu: tableau Convocation clinique 13/04/2021
Testé pour les 5eme année (en moyenne 60 heures de plus)
Vérifié pour les 3e année

Vérifié sur le livret de l'étudiante 5e année Galice MOKRANI</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Ref. Arrêté 29/09/14
Annexe 1 : 5.33 – 7.50</td>
<td>L'établissement assure une solide formation pratique clinique en proposant :
- un nombre minimum de consultations par tranche de 50 étudiants inscrits dans l'établissement (cf. Annexe 2 - méthode de calcul) ; à titre d'exemple :

<table>
<tr><th>Nombre d'étudiants inscrits</th><th>Nombre de consultations</th></tr>
<tr><td>< ou = 250</td><td>9 000</td></tr>
<tr><td>< ou = 300</td><td>10 800</td></tr>
<tr><td>< ou = 350</td><td>12 600</td></tr>
<tr><td>< ou = 400</td><td>14 400</td></tr>
<tr><td>< ou = 450</td><td>16 200</td></tr>
<tr><td>< ou = 500</td><td>18 000</td></tr>
<tr><td>< ou = 550</td><td>19 800</td></tr>
<tr><td>< ou = 600</td><td>21 600</td></tr>
</table>

Eléments de preuve et contrôle :
Documents permettant d'apprécier le nombre de consultations réalisées et le nombre de patients reçus par les cliniques interne et externe de l'établissement.
Liste des étudiants par promotion</td>
<td>C</td>
<td>21679 consultations proposées pour 19800/540 inscrits
-> outil de mesure vérifié: via saisie des rdv sur doctolib</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td rowspan="3">6.6.4
L'établissement assure une solide formation pratique clinique y compris à l'extérieur

Ref. Arrêté 29/09/14
Annexe 1 : 7.52 – 7.53</td>
<td>L'établissement établit une liste des lieux de stage proposés aux étudiants après vérification des documents d'agrément des lieux et signature d'une convention générale de partenariat.

Eléments de preuve et contrôle :
Documents d'agrément des lieux de stage
Conventions générales de partenariat
Liste des lieux de stage</td>
<td>C</td>
<td>Vérifié par échantillonnage:
2 dossiers / conventions vérifiées UT3 et Hopital Moissac-castelsarrasin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>La formation pratique clinique réglementaire est effectuée dans sa totalité au sein de la clinique interne de l'établissement pour les 3ème et 4ème années.

Eléments de preuve et contrôle :
Tableau des activités cliniques accomplies par les étudiants tel que défini à l'annexe V de l'arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie</td>
<td>C</td>
<td>Vu: suivi de la formation pratique 2021-2022, exclusivement en interne pour les 3e et 4e année
Vérifié pour l'étudiante Galice Mokrani, formation pratique clinique en 4e année en interne.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les 150 consultations de la 5ème année doivent se faire pour au moins les deux tiers au sein de la clinique interne de l'établissement.

Eléments de preuve et contrôle :
Tableau des activités cliniques accomplies par les étudiants tel que défini à l'annexe V de l'arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie</td>
<td>C</td>
<td>VU: tableau de suivi du nombre de consultations cumulées sur les 5 années, en observé et en encadré, montrant les 150 validées de la 5e année, et la part Clinique interne, clinique externe</td>
<td></td>
</tr>
</table>

	Une convention de stage tripartite est établie pour chaque stage. *Eléments de preuve et contrôle :* *Conventions de stage tripartites*	**C**	Les stages sont suivis sur Hyperplanning: exemple: clinique Castelsarrasin, 5 étudiants, le 8/11/2022 de 9h à 18H -> vu, convention-cadre et avenant du 28/8/2020 signée -> vu, conventions de stage signées en triparties pour chacun des 5 étudiants	
6.6.5 L'établissement évalue et améliore la qualité de sa formation	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - du bilan de la dernière année pédagogique. *Eléments de preuve et contrôle :* *Bilan de la dernière année pédagogique*	**C**	Vu: bilan 2021/22	
	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - d'une enquête de satisfaction auprès des étudiants, au moins une fois tous les deux ans. *Eléments de preuve et contrôle :* *Résultats des enquêtes*	**C**	Trois enquêtes: enquête par UE par promotion via Hyperplanning enquête Partie Clinique auprès dles 5e année Enquête générale de satisfaction annuelle -> questionnaire en ligne et résultats via SurveyMonkey ou via Hyperplanning -> Hyper planning : -> présentés: résultats et analyse 2021-2022	
	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - d'entretiens avec les enseignants. *Eléments de preuve et contrôle :* *Comptes-rendus des entretiens*	**C**	Présenté: Outil de traçabilité "suivi des formateurs" intégrant les remarques des étudiants et les remontées des intervenants -> synthèse des entretiens avec les CP -> exemple : demande de dispense d'un cours en visio 2/ entretien annuel formateur: item "remarque générale de l'évaluateur", "problèmes rencontrés" + grille d'atteinte des critères du référentiel	
	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - d'une enquête de satisfaction auprès des patients . *Eléments de preuve et contrôle :* *Résultats des enquêtes*	**C**	Questionnaire de 21 questions, via tablet, en fin de visite, 1 à 2 campagnes par an d'une durée d'un mois -> étendu au site de Toulouse Vu: analyse synthèse des résultats - 129 réponses à Labège / 33 réponses sur Toulouse	

Ref. Arrêté 29/09/14 ***Annexe 1 : 7.58 – 7.59 – 7.62 - 7.63***	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - d'une enquête d'insertion professionnelle à 18 et 30 mois suivant l'obtention du diplôme. *Eléments de preuve et contrôle :* *Résultats des enquêtes*	**C**	Vu : Formulaire Google Forms + instruction d'enquête d'insertion Présentation de solutions pour aider à l'insertion: -> démarchage des entreprises pour présenter des diplômés. Vu: Plaquette destinée aux entreprises -> forum d'insertion à destination des 5e année (en virtuel cause COVID) -> association des Anciens :prêts de matériels, aides,... vu sur site internet. Résultats des enquêtes présentés.	
	Les résultats de ces enquêtes sont analysés, enregistrés, et font l'objet d'actions d'amélioration et d'un suivi. *Eléments de preuve et contrôle :* *Enregistrements des actions d'amélioration et suivis*	**C**	Vu : plan d'amélioration sur le rapport d'activité du 10/6/2021 Vu: plan d'action Qualité 21-22-23 Vu: Réunion pleinière 01/09/2022 avec Bilan de l'année 2021-2022 Exemples d'actions suivies, en lien avec les différentes sources précédentes : actions de prévention du décrochage, recrutement d'un personnel compétent sur HP, construction d'un bâtiment, mise en place de contrats Jeune Docteur, appel à un prestataire Communication / reseaux sociaux, ...	
	L'établissement publie les résultats des enquêtes d'insertion professionnelle. *Eléments de preuve et contrôle :* *Preuve de la publication des résultats* *Commentaire :* *cf. art. 19 du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014*	**C**	Vu: publication sur site web des enquêtes d'insertion à 6, 18 et 30 mois	

6.6.6 **L'établissement prend en compte et traite les réclamations, suggestions et avis**	L'établissement : - enregistre les réclamations, les suggestions et les avis des étudiants et des patients et en accuse réception ; - traite les réclamations, les suggestions et les avis et enregistre la suite donnée. *Eléments de preuve et contrôle :* *Enregistrements* *Accusés de réception*	**C**	Pas de réclamations Avis, questions, suggestions identifiées via les enquêtes auprès des étudiants et les réunions (délégués, pleinières, ...): Vu: CR de "conseil de vie scolaire" 2/12/2022 des 1e année	
	L'établissement dispose de locaux spécifiquement dédiés à la recherche en ostéopathie. *Eléments de preuve et contrôle :* *Locaux dédiés à la recherche* *Commentaire :* *Vérification de l'aménagement des locaux*	**C**	Au niveau du réseau Franc'Ostéo: Mme Martin est directrice des actions de coordination du réseau France Osteo. un objectif défini et en cours de développement: création d'un "labo commun" Institut de Recherche Franc'Ostéo (mise en lien et en commun de compétences). -> présenté: organigramme de cette nouvelle structure IRFO Salle de posturologie Salle dédié au Club Recherche + salle de coworking : lieux de réunion, de travail, d'échanges	
	L'établissement dispose de partenariats **actifs** avec des universités, des sociétés de recherche, des chercheurs et/ou des laboratoires. *Eléments de preuve et contrôle :* *Identification des partenaires Conventions*	**C**	Présenté: partenariats avec : - programme avec l'université de Sidney: -> axe de recherche clinique : notion de preuve / outil de mesure en développement "Myoton" -> sciences humaines et sociales: enseignement de l'ostéopathie et Histoire -lpartenariat avec l'INP/ENSEEIHT (projet documenté sur l'objectivation des mesures), -l'IRFO, laboratoire commun (statuts présentés), -le CNES (contrat présenté) -la faculté dentaire (convention) etc.	
6.6.7 **L'établissement s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique** **EXCELLENCE**	L'établissement dispose d'une équipe dédiée à la recherche. *Eléments de preuve et contrôle :* *Liste des membres de l'équipe dédiée* *Commentaire :* *Entretien avec au moins l'un des membres de l'équipe de recherche*	**C**	Liste des membres dédiés à la Recherche Processus piloté par Stéphane RENAUDO -> Composition et fonctinnement du CS 22-23 / paragraphe "commission de recherche" Vu: état d'avancement des projets de recherche 15/06/2021	

	L'établissement présente : - des réalisations et des publications ; - des projets détaillés à court et moyens termes. *Eléments de preuve et contrôle :* *Documents, publications, projets*	**C**	Présentation de la liste desp ublications : Vu: Tableau de collecte des publications, communication orales et posters màj au 15/6/2021 -> Livre par Mr L'hermite "La médicalité, construite par la médecine, redéfinie par l'ostéopathie" -> Livre "La preuve médicale au XXIe siècle" -> Plate-forme RirFo : mise à disposition pour le réseau (étudiants et pro) des mémoires les plus brillants. 160 mémoires en ligne à ce jour. Présentation du "suivi Activité de Recherche màj 9/12/2022" -> 16/02/2022 REcherche Basaltone ; banque de données myoton -> Conférences nombreuses : LA manipulation en santé,.... -> projet Oncosteo / ALGOS : soins de support en oncologie pour publication intermédiaire fin 2023 / vu, avis favorable du CPP -> Congrès de l'ostéopathie organisée avec Franc'Ostéo les 29 et 30 septembre 2023 -> appel à projet par posters **POINT FORT sur le dynamisme du processus de recherche: les sujets et les modalités de projets contribuent au service de la qualité de la formation Ostéopathie.**	

6.7. Une communication conforme à la réalité

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
6.7.1 **L'établissement communique de façon claire et précise auprès des candidats** ***Ref. Arrêté 29/09/14*** ***Annexe 1 : 2.9***	L'établissement communique de façon claire et précise auprès des candidats, quels que soient les supports de communication. Il s'emploie à ce que chaque information communiquée soit vérifiable. *Eléments de preuve et contrôle :* *Tous les supports de communication : papier et/ou numériques* *Eléments de preuve de la véracité des informations transmises* *Commentaire :* *L'établissement doit pouvoir apporter la preuve de la véracité pour chacun des éléments diffusés*	**C**	Sources d'information vérifiées par échantillonnage: -> plaquette de l'ITO : tous les chiffres sont vérifiés. Nombre de moniteurs, nombre d'heures, nombre de MAstères, modules, certifications, etc. -> présentation des partenariats Hopitaux : conventions vérifiées -> diplôme enregistré au RNCP -> enquêtes d'insertions L'ensemble des données communiquées sur ces supports ont été contrôlées durant l'audit.	

DISPOSITION D'ORGANISATION

ENGAGEMENTS DE SERVICE	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
7.1 Responsabilités	Le directeur ou le responsable de l'établissement est chargé de la bonne application des engagements et des règles internes liées au présent référentiel. *Commentaire :* *Cette exigence se mesure au travers de l'engagement du responsable de l'établissement lors de l'audit*	**C**	La directrice et assistante de direction ont démontré une fois de plus leur préoccupation constante de maintenir leur démarche qualité conforme au référentiel **POINT FORT réitéré sur la prise en compte rigoureuse et documentée des exigences du référentiel et de la réglementation.**	
7.2 Gestion documentaire	L'organisation décrite dans le présent référentiel s'appuie sur un système documentaire s'articulant de la manière suivante : a) Le présent référentiel b) Les enregistrements apportant la preuve de la mise en œuvre des engagements de service c) Les textes réglementaires et/ou normatifs en vigueur *Commentaire :* *Le système documentaire doit couvrir l'intégralité du référentiel. L'auditeur doit trouver les enregistrements demandés.*	**C**	système documentaire par processus, incluant un dossier "CERTIFICATION FNESO" Instruction V2 màj 31/10/2019 et tableau de suivi des documents màj, décrivant la gestion documentaire Entretien avec les étudiants de l'accueil en clinique de Toulouse: maîtrise du Drive et Hyperplanning via les applis mobiles -> présentation du planning de 4e année -> présentation du Drive : réglement intérieur, réglement des évaluations.	
	Les modalités de gestion diffèrent pour chaque type de document : a) La gestion du référentiel est maîtrisée par l'établissement ; b) La gestion des enregistrements est maîtrisée par le directeur ou la(les) personne(s) désignée(s) ; c) Si un texte réglementaire et/ou normatif pouvant avoir des conséquences sur les règles établies dans le présent référentiel entre en vigueur et, dans le cas où ce dernier est plus exigeant, ce dernier s'applique. L'application des exigences du présent référentiel sera mise à jour en conséquence. *Commentaire* *Une liste, n° de version, lieu de stockage, moyen de diffusion. Idem pour enregistrements.* *Pour c), une liste des textes applicables est un minimum, sinon lien vers la rubrique "règlementaire" d'un site de la profession.*	**C**	Documents officiels et textes réglementaires: classés. Gestion des enregistrements : vu, procédure Organisation documentaire V04 màj du 13/2/2020 et Rôles pertinents du 26/05/2021 Archivage vérifié par échantillonnage: fiche d'évaluation des pratiques cliniques, conventions de stages, dossiers des formateurs plan de formation mis à jour, Responsabilités des archivages identifiées dans le document de gestion des enregistrements.	

7.3 Audit Interne	L'établissement vérifie ou fait vérifier, avant l'audit initial de certification, puis une fois par an, le respect des caractéristiques définies dans le référentiel et certifiées par Bureau Veritas Certification.	**C**	Audit interne une fois par an, en audit croisé Vu: rapport d'audit du 16/06/2022, audit du 14/6, pas de NC	
	L'établissement a défini les modalités d'audit interne dans une procédure écrite pour s'assurer de la conformité des engagements de service du présent référentiel.	**C**	Procédure V3 du 31/10/2019, conforme	
	L'établissement vérifie notamment par échantillonnage : - l'existence éventuelle des documents de référence décrivant les pratiques à suivre, - l'existence des enregistrements requis, à jour, - le respect des engagements.	**C**	Vu: Rapport d'audit interne Conformité au référentiel de services Vérifié: procédure Audit interne certification de Services conforme	
	Les résultats de ces audits internes sont enregistrés, les éléments de preuves de conformité et de non-conformité sont consignés dans le rapport. Lorsqu'une non-conformité a été détectée, l'établissement met en œuvre une action corrective destinée à éliminer la non-conformité détectée et les actions sont enregistrées.	**C**	Rapport d'audit du 16/6/2022 Auditeur interne du COB (centre ostéopathique de Bordeaux) Pas de NC	
7.4 Information du personnel	L'établissement organise des réunions d'animation au cours desquelles le sujet de la certification de services sera abordé. Elles donnent lieu à un enregistrement.	**C**	Vu: tableau de suivi de la certification Services présentant la couverture des critères du dossier agrément, le responsable de l'engagement, et les éléments de preuves, liens hypertextes le cas échéant. Vu: politique Qualité 2022-2023 affichée et diffusée sur le site internet, avec mention de l'engagement dans la démarche de certification Veritas. Vu: mail d'information aux personnels pour communiquer les résultats de l'audit interne, mail pour annoncer l'audit externe. Vu: CR de réunion de pilotage du 9/2/2021 avec suivi des plans d'actions à l'ordre du jour	

REFERENCE A LA CERTIFICATION SUR LES SUPPORTS DE COMMUNICATION

ENGAGEMENTS	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	CONFORME / NON-CONFORME	ELEMENTS DE PREUVE	DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITE (Cf. NC dans l'ART)
9. Communication	Conformément au décret 2016-884 du 29 juin 2016, dans le cadre de la communication sur la certification de services, il est prévu de faire figurer les mentions suivantes : 1. Le nom ou la raison sociale de l'organisme certificateur, la marque de certification. **Pour ce référentiel : VeriSelect** 2. La dénomination du référentiel utilisé. **Pour ce référentiel : Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation** 3. Les modalités selon lesquelles le référentiel peut être obtenu **Pour ce référentiel : « Disponible sur demande »** Le logotype, complet, à utiliser est : OU *C… A… …ts, y compris en … …érifier que le client n'a pas communiqué avant d'être certifié. Atte… …i une suspension ou un retrait de certification, le client n'a pas le droit d'utiliser le logo ou toute référence à*	**C**	communication conforme : certificats affichés en entrée des bâtiments , logotype sur le site internet	

VERIFICATION DU SOLDE DES NON CONFORMITES DE L'AUDIT PRECEDENT

Vérifier le solde des NC de l'audit précédent	Les actions réalisées suite aux NC de l'audit de l'audit précédent ont été mises en œuvre et sont jugées efficaces par l'auditeur.	**C**	pas de NC l'an dernier	