

REFERENTIEL DE CERTIFICATION DE SERVICES

Bureau Veritas Certification

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

Bureau Veritas Certification

Nom: Jean Michel LEFEVRE

Fonction: Directeur Technique

Visa:

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



SOMMAIRE

Co	ntexte du service	3
Do	maine d'application	3
Co	ntexte réglementaire	4
Re	cevabilité de la demande	4
4.1	Pré-requis	4
4.2	Constitution du dossier de recevabilité	4
Les	s engagements certifiés	5
Des lo	ocaux permanents et des équipements dédiés	5
Dé	tail des engagements certifiés	6
6.1	Un établissement identifié et reconnu	6
6.2	Une organisation structurée	9
6.3	Des locaux permanents et des équipements dédiés	11
6.4	Des ressources humaines compétentes	14
6.5	Un établissement pérenne	16
6.6	Une formation exigeante et professionnelle	17
6.7	Une communication conforme à la réalité	23
Dis	spositions d'organisation	24
7.1	Responsabilités	24
7.2	Gestion documentaire	24
7.3	Audit Interne	24
7.4	Information du personnel	25
Pla	ın d'audit externe	25
Ré	férence à la certification sur les supports de communication	25
0. L	exique	26
10.1	Définitions	26
10.2	Sigles	26
	Do Co Re 4.1 4.2 Les Des la 6.1 6.2 6.3 6.4 6.5 6.6 6.7 Dis 7.1 7.2 7.3 7.4 Pla Ré D. L. 10.1	Domaine d'application

ANNEXES:

- Annexe 1 : Principaux textes relatifs au référentiel
- Annexe 2 : Modalité de calcul du nombre de consultations à réaliser dans les cliniques internes des établissements de formation à l'ostéopathie en fonction du nombre d'étudiants
- Annexe 3 : Récapitulatif du nombre d'heures de formation par catégorie de dispense et par format d'enseignement

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



1. Contexte du service

L'Ostéopathie qui s'est développée en France dans la 2e partie du XXe siècle, s'est peu à peu structurée et a été officialisée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La profession est réglementée par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'Ostéopathie et la formation par, successivement, le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation, le décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en Ostéopathie et l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en Ostéopathie.

Selon la règlementation en vigueur, il est précisé que l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux présents décrets. A ce jour, les procédures d'agrément se font sur dossier déclaratif, sans contrôle in situ. Pour garantir aux étudiants qui le désirent, d'accéder à une école conforme aux décrets, les syndicats des écoles historiques SNESO (Syndicat National de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie) et INFO (Instituts Nationaux de Formation en Ostéopathie) se sont réunis en une fédération : la FNESO (Fédération Nationale de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie).

Actuellement, les établissements membres de la FNESO sont inscrits dans la première liste des établissements agréés dispensant une formation en Ostéopathie : Décision du 7 Juillet 2015 portant agrément.

La FNESO est membre de l'UPO (Unité Pour l'Ostéopathie) en partenariat avec les principales associations socio-professionnelles représentatives en France, fédération qui a décidé d'élaborer un référentiel de certification de services sous l'égide de Bureau Veritas Certification, organisme tiers indépendant.

Cette certification de services, basée sur les 63 critères de l'agrément, fruits d'une collaboration de deux années avec la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) au Ministère de la Santé, doit permettre aux établissements de crédibiliser et valoriser leur capacité à appliquer les décrets sur la totalité des cinq ans du cursus de formation.

Le niveau de responsabilité exigé par le métier d'ostéopathe est indiscutablement de haut niveau de qualification professionnelle.

C'est pourquoi, et au regard de la responsabilité à l'égard des tiers, la certification de services présente un haut niveau d'exigence. Il s'agit pour les étudiants d'obtenir un diplôme leur permettant d'exercer le métier d'ostéopathe avec les meilleurs atouts pour réussir leur vie professionnelle, au service des patients.

2. Domaine d'application

La Certification de services susceptible d'être délivrée par Bureau Veritas Certification sur la base du respect de ce référentiel s'applique aux établissements d'enseignement supérieur en ostéopathie agréés par les ministères de tutelle.

Un niveau « EXCELLENCE » est attribué aux établissements qui délivrent un diplôme enregistré au RNCP niveau I et engagés dans une démarche de recherche scientifique.

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



3. Contexte réglementaire

Le présent référentiel s'inscrit dans le cadre de la Certification de services prévue par les articles L433-3 à L433-11 et R433-1, R433-2 et R453-1 du Code de la Consommation et par l'avis du CNC du 17 décembre 2007.

Les principaux textes applicables dans le cadre de ce référentiel sont précisés en annexe 1 à la version en vigueur.

Il appartient à chaque établissement souhaitant bénéficier de la certification de se tenir informé des nouveaux textes réglementaires et normatifs qu'il doit respecter, d'en tenir une liste à jour et de s'engager à respecter la règlementation en vigueur.

Bureau Veritas Certification s'assurera que l'établissement a bien mis en place les moyens appropriés pour identifier formellement les exigences réglementaires nationales ou internationales relatives aux services qu'il réalise.

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.

En aucun cas les audits ne se substituent aux contrôles réglementaires.

4. Recevabilité de la demande

4.1 Pré-requis

L'établissement :

- est agréé par les ministères de tutelle pour délivrer le diplôme d'ostéopathe ;
- justifie une promotion diplômée et existe depuis au moins cinq ans.

4.2 Constitution du dossier de recevabilité

L'établissement constitue un dossier de recevabilité et l'adresse à Bureau Veritas Certification.

Il comprend:

- Copie de la décision d'agrément en vigueur du ministère de la santé
- Copie de la déclaration d'ouverture au rectorat d'académie concerné.

L'ensemble des points ci-dessus constitue le dossier de recevabilité qui sera vérifié lors de l'audit initial et de renouvellement par Bureau Veritas Certification.

L'absence d'un des éléments du dossier au moment de l'audit constitue une non-conformité pour la certification.

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



En cours de certification, l'établissement doit communiquer à Bureau Veritas Certification tout changement susceptible d'avoir des conséquences sur la portée de la certification, à savoir :

- Evolution des pratiques
- Changement d'organisation
- Evolution des prestations.

Bureau Veritas Certification se réserve le droit de mettre en œuvre un audit supplémentaire si les éléments portés à sa connaissance sont de nature à remettre en cause les principes présentés lors de l'audit précédent. Cet audit peut être limité à un examen documentaire.

Parmi les cas qui nécessitent un audit supplémentaire, on recense :

- Changement d'organisation de l'établissement certifié
- Evolution des prestations (nouveaux sites ou activités supplémentaires).

Ces audits feront l'objet, le cas échéant, d'un avenant au contrat. Ils doivent être réalisés au plus tard 3 mois après ledit changement.

5. Les engagements certifiés

N°	Thème	Engagements correspondants
1	Un établissement identifié et reconnu Niveau EXCELLENCE	6.1.1 à 6.1.4 6.1.5
2	Une organisation structurée	6.2.1 à 6.2.7
3	Des locaux permanents et des équipements dédiés	6.3.1 à 6.3.4
4	Des ressources humaines compétentes	6.4.1 à 6.4.3
5	Un établissement pérenne	5.5.1
6	Une formation exigeante et professionnelle Niveau EXCELLENCE	6.6.1 à 6.6.6 6.6.7
7	Une communication conforme à la réalité	6.7.1



6. Détail des engagements certifiés

6.1 Un établissement identifié et reconnu

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.1.1 L'établissement dispose de statuts	L'établissement a défini son objet et son fonctionnement dans ses statuts.	Statuts	Vérification documentaire et entretien
	L'établissement est régulièrement enregistré auprès du Tribunal de Commerce quand il s'agit d'un établissement à but lucratif.	K-Bis de moins de 3 mois	

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.1.2 L'établissement est identifié auprès de l'administration	L'établissement est en mesure de justifier ses déclarations préalables, prévues par le code de l'éducation, auprès du rectorat académique, du procureur de la République et de la préfecture du lieu d'implantation.	Justificatifs des déclarations : - au rectorat académique	Vérification documentaire et entretien
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 2.5 - 2.6		- au procureur de la République	
	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.	- à la préfecture Justificatif de l'enregistrement auprès de la DIRECCTE ou copie de la demande pour l'année en cours	
	L'établissement dispose d'un agrément en vigueur du ministère de la santé (à vérifier au cours de l'audit de suivi).	Copie de la décision d'agrément en vigueur du ministère de la santé	
6.1.3 L établissement est assuré pour ses activités et pour l'occupation de ses locaux	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.	Attestations d'assurance RCP et locaux	Vérification documentaire et entretien
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 2.7		D	V/ 'f' P P P P P P P P P
6.1.4 L'établissement établit un rapport d'activité à l'issue	L'établissement établit un rapport d'activité à l'issue de chaque année pédagogique. Il comprend a minima :	Rapport d'activité de l'année pédagogique précédente	Vérification documentaire et entretien

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
de chaque année pédagogique	- le bilan de scolarité		
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 2.8	 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.		
6.1.5 L'établissement délivre un diplôme enregistré au RNCP niveau I	L'établissement délivre un diplôme enregistré au RNCP niveau I.	Copie de l'arrêté d'enregistrement au RNCP de niveau I en vigueur	Vérification documentaire et entretien
EXCELLENCE			



6.2 Une organisation structurée

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.2.1 La gouvernance de l'établissement est clairement définie	L'établissement dispose de : - un organigramme administratif et fonctionnel et le maintient à jour ;	Organigramme administratif et fonctionnel	Vérification documentaire et entretien
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 3.10 – 3.11 – 3.12	- la liste des membres du conseil d'administration ou des membres associés.	Liste des membres du conseil d'administration ou des membres associés	
	Des fiches de fonction décrivent les missions de l'équipe de direction, y compris celles du directeur.	Fiches de fonction / fiches de poste / fiches de mission	
6.2.2 L'établissement dispose d'un règlement intérieur Ref. Arrêté du 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.	Règlement intérieur Règlement des évaluations	Vérification documentaire, vérification visuelle et entretien
6.2.3 L'établissement dispose d'un descriptif de l'organisation de la vie étudiante Ref. Arrêté du 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.	Descriptif de l'organisation de la vie étudiante Affiche Site internet ou intranet	Vérification documentaire, vérification visuelle et entretien

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.2.4 L'établissement dispose d'un Conseil scientifique Ref. Arrêté du 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. 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.	Liste des membres du CS Attestations pour l'année pédagogique en cours Liste du conseil d'administration ou des associés	Vérification documentaire et entretien
	Le CS se réunit au moins une fois par année pédagogique.	PV de réunion Feuille de présence	
6.2.5 L'établissement dispose d'un Conseil pédagogique	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.	Liste des membres du CP Preuve de la sollicitation de l'ARS	Vérification documentaire et entretien
Ref. Arrêté du 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. Le CP se réunit au moins deux fois par année pédagogique dont une fois dans le premier trimestre de l'entrée en formation.	Attestations pour l'année pédagogique en cours PV de réunion Feuilles de présence	
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.	PV du premier CP de l'année pédagogique Compte-rendu, le cas échéant	Vérification documentaire et entretien

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.2.7 L'établissement dispose d'une Commission de validation des unités de formation Ref. Arrêté du 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.	Feuille de présence	Vérification documentaire et entretien

6.3 Des locaux permanents et des équipements dédiés

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.3.1 L'établissement dispose de locaux permanents dédiés à la formation Ref. Arrêté du 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.	Titre de propriété ou crédit-bail ou bail incluant la clinique interne	Vérification documentaire et de l'aménagement des locaux pédagogiques et de la clinique

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.3.2 L'établissement dispose de locaux répondant aux normes de sécurité et accessibles aux PMR	L'établissement dispose pour chacun des bâtiments dédiés à la formation, de locaux : • répondant aux normes de sécurité ;	Avis rendu par la Commission Départementale de Sécurité et d'Accessibilité	Vérification documentaire et de l'aménagement des locaux
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 4.23 – 4.24 – 4.25 – 4.26	accessibles aux personnes à mobilité réduite ;	Attestation des ERP conformes au 31 décembre 2014	
	 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. 	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 Décision portant	
		agrément de l'établissement	

Référentiel de Certification de Services



6.3.3 L'établissement dispose d'un minimum d'équipements dédiés à la formation Ref. Arrêté du 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)	par promotion Planning annuel d'occupation des locaux par promotion et par salles de cours magistraux ou de TD	Vérification de l'aménagement des locaux
6.3.4 L'établissement dispose d'une clinique Ref. Arrêté du 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).		Vérification de l'aménagement des locaux



6.4 Des ressources humaines compétentes

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.4.1 Une direction compétente et expérimentée	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.	Attestation d'enregistrement ADELI CV	Vérification documentaire et entretien
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 5.28 – 5.29 – 5.30 - 5.31	Le représentant légal de l'établissement est autorisé à exercer cette fonction.	Extrait du casier judiciaire – Bulletin n°3	
6.4.2 Des personnels et intervenants pédagogiques compétents et formés Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 5.34 - 5.35 - 5.36 - 5.37 - 5.38 - 5.39 - 5.40 - 5.41 - 5.42 - 5.43 - 5.46	L'établissement s'assure de la compétence des :	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	Vérification documentaire et entretien
	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.	Contrats de travail des enseignants Conventions d'honoraires	



			T
	Les autres formateurs souscrivent un contrat de travail avec l'établissement.		
	Les salariés permanents disposent d'une fiche de poste/de mission/de fonction.	Fiches de poste/de mission/de fonction	
	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.	Plan de formation continue des personnels	
6.4.3 Une mise à disposition	L'établissement veille à la mise à disposition des ressources humaines nécessaires :		Vérification documentaire et entretien
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; 	ventilation des modules ou des	
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 5.33 – 5.44 – 5.45	- les formateurs ostéopathes doivent justifier d'une expéri professionnelle d'au moins 5 ans ;	heures pour l'année en cours et l'année précédente	
	- 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 ;	Fiches de cours Contrats de travail ou convention d'honoraires pour un	
	 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 ; 	faible volume d'heure ou une intervention ponctuelle Contrats de travail	
	 L'équipe pédagogique comprend au moins 50 % de formateurs et de coordinateurs permanents habilités à user du titre d'ostéopathe; 	des coordinateurs pédagogiques Attestation d'enregistrement ADELI	
	- par un nombre de personnels administratifs suffisant : 1ETP/100 étudiants inscrits.	Contrats de travail Copie de la DSN	



6.5 Un établissement pérenne

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
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 ;	Pour les entités titulaires d'un commissaire aux comptes, fourniture du rapport général	Vérification documentaire et entretien
		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.	
	- il présente un REX positif pour au moins deux des trois derniers exercices clos.	Liasses fiscales	



6.6 Une formation exigeante et professionnelle

ENGAGEMENTS DE SERVICES		CRITERE	S ET MOY	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE				
6.6.1 L'établissement a élaboré un dossier pédagogique Ref. Décret : Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 7.49 – 7.54 – 7.55 - 7.60 – 7.61	- 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 :				pédagogique tel que défini à l'annexe III de l'arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en				
	- la descriptior les différents juin 2019 co relatif à la for	enseigne nforméme mation er	ements de ent à l'ann	Répartition des enseignements					
	ANNÉES	ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3	ANNÉE 4	ANNÉE 5	TOTAL		
	Cours magistraux (CM)	448 h	416 h	324 h	274 h	84 h	1546 h		
	Travaux dirigés incluant les travaux pratiques (TD)	454 h	510 h	436 h	252 h	162 h	1814 h		
	Total CM + TD	902 h	926 h	760 h	526 h	246 h	3360 h		
	Formation pratique clinique	50 h	70 h	210 h	450 h	720 h	1500 h		
	Total CM + TD + formation 952 h 996 h 970 h 976 h 966 h 4860 h								
	Cette répartit des professic Pour les disp	nnels de	santé.				éopathie		

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.6.1 (suite) L'établissement a élaboré un dossier pédagogique Ret. Décret : Arrêté du 29/09/14	 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; 	Liste des lieux de formation pratique clinique Liste des maîtres de stage à jour, le cas échéant	
Annexe 1 : 7.49 – 7.52 - 7.54 – 7.55 - 7.60 – 7.61	- les conditions d'admission et les modalités de validation de la formation théorique et pratique.	Procédure de sélection des candidats y compris les conditions d'accès par passerelle	

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.6.2 L'établissement assure le	L'établissement assure le suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation par la mise en place :		Vérification documentaire et entretien
suivi de la validation des compétences tout au long du cursus de formation	- d'une formalisation des critères de validation de la pratique clinique au cours du cursus ;	Document reprenant les critères de validation de la pratique clinique	
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 7.50 - 7.51 - 7.56 - 7.57	- d'un outil de suivi des compétences validées en clinique ;	Outil de suivi de la validation des compétences	
	 d'indicateurs de fonctionnement de la clinique : nombre de patients accueillis et nombre d'actes d'ostéopathie réalisés ; 	Calcul et suivi des indicateurs	
	- d'un outil de suivi de la validation des consultations cliniques.	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)		



ENGAGEMENTS DE SERVICES			CRITERES ET MOYENS	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE				
6.6.3 L'établissement assure une solide formation pratique clinique	- u	un nombre abilisation d	ssure une formation pratiq e minimum d'heures de for es heures se fait à partir de la co	Tableau de ventilation des heures pour l'année Documents	Vérification documentaire et entretien				
pratique cililique			Année pédagogique	Nombre heures de formation pratique encadrée	permettant d'apprécier le nombre				
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 5.33 – 7.50		1ère	A partir de 2015-2016	50 heures – en observation	de consultations				
		2ème	A partir de 2016-2017	70 heures – en observation	réalisées et le nombre de patients				
		3ème	A partir de 2017-2018	210 heures en clinique interne	reçus par les cliniques interne et				
		4ème	A partir de 2017-2018	450 heures en clinique interne	externe de				
		5ème	A partir de 2017-2018	720 heures dont au moins 480 heures en clinique interne	l'établissement. Liste des étudiants				
	i		ns l'établissement (cf. Anı :	ultations par tranche de 50 étudia nexe 2 – Méthode de calcul) : à t					
			Nombre d'étudiants inscrits	Nombre de consultations					
						< ou = 250	9 000		
			< ou = 300	10 800					
					< ou = 350	12 600			
		< ou = 400		14 400					
			< ou = 450	16 200					
			< ou = 500	18 000					
			< ou = 550	19 800					
			< ou = 600	21 600					

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.6.4 L'établissement assure une solide formation pratique clinique y compris à l'extérieur Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1: 7.52 – 7.53	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.		Vérification documentaire et entretien
	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. Les 150 consultations de la 5ème doivent se faire pour au moins les deux tiers au sein de la clinique interne de l'établissement.	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	
	Une convention de stage tripartite est établie pour chaque stage.	Conventions de stage tripartites	

Référentiel de Certification de Services



ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.6.5 L'établissement évalue et	L'établissement évalue la qualité de sa formation par la réalisation : - du bilan de la dernière année pédagogique ;	Bilan de la dernière année pédagogique	Vérification documentaire et entretien
améliore la qualité de sa formation	 d'une enquête de satisfaction auprès des étudiants, au moins une fois tous les deux ans ; 	Résultats des enquêtes	
Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 :	- d'entretiens avec les enseignants ;	Comptes-rendus des entretiens	
7.58 – 7.59 – 7.62 - 7.63	- d'une enquête de satisfaction auprès des patients ;	entretiens	
	 d'une enquête d'insertion professionnelle à 18 et 30 mois suivant l'obtention du diplôme. 	Procédures d'enquête	
	Les résultats de ces enquêtes sont analysés, enregistrés, et font l'objet d'actions d'amélioration et d'un suivi.	Enregistrements des actions d'amélioration	
	L'établissement publie les résultats des enquêtes d'insertion professionnelle.	Preuve de la publication des résultats	
6.6.6	L'établissement :		Vérification documentaire
L'établissement prend en compte et traite les	 enregistre les réclamations, les suggestions et les avis des étudiants et des patients et en accuse réception; 	Enregistrements Accusés de réception	et entretien
réclamations, suggestions et avis	- traite les réclamations, les suggestions et les avis et enregistre la suite donnée.	Accuses de reception	
6.6.7	L'établissement dispose :	Locaux dédiés à la	Vérification de
L'établissement s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique	 de locaux spécifiquement dédiés à la recherche en ostéopathie; de partenariats actifs avec des universités, des sociétés de recherche, des chercheurs et/ou des laboratoires; d'une équipe dédiée à la recherche. 	recherche Identification des partenaires Conventions Liste des membres	l'aménagement des locaux, documentaire et entretien
EXCELLENCE	L'établissement présente : - des réalisations et des publications ; - des projets détaillés à court et moyens termes.	de l'équipe dédiée Documents, publications, projets	



6.7 Une communication conforme à la réalité

ENGAGEMENTS DE SERVICES	CRITERES ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	ELEMENTS DE PREUVES INTERNES	CONTROLE EXTERNE
6.7.1 L'établissement communique de façon claire et précise auprès des candidats Ref. Arrêté du 29/09/14 Annexe 1 : 2.9	Il s'emploie à ce que chaque information communiquée soit vérifiable.	Tous les supports de communication : papier et/ou numériques Eléments de preuve de la véracité des informations transmises	Vérification documentaire et entretien

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



7. Dispositions d'organisation

7.1 Responsabilités

Le directeur ou le responsable de l'établissement est chargé de la bonne application des engagements et des règles internes liés au présent référentiel.

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 services
- c) Les textes réglementaires et/ou normatifs en vigueur.

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.

7.3 Audit Interne

Indépendamment de l'audit officiel tierce partie, 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 certifié par Bureau Veritas Certification.

Pour cela, 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.

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.

Les résultats de ces audits internes sont enregistrés, les éléments de preuves de conformité et de nonconformité 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.

Les résultats des contrôles internes sont examinés et pris en compte lors des audits externes ultérieurs effectués par Bureau Veritas Certification.

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018



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.

8. Plan d'audit externe

La certification est délivrée par Bureau Veritas Certification à chaque établissement d'ostéopathie individuellement y compris pour les établissements membres d'un groupement.

La certification est valable pour une durée de 3 ans suite à un audit initial et confirmée sous réserve de la réalisation d'un audit de suivi à 18 mois.

La durée d'audit est déterminée en fonction du nombre de sites que compte l'établissement.

Tous les sites sont audités au cours des audits initiaux, de suivis et de renouvellement.

L'établissement doit justifier de la mise en place d'une organisation commune et centralisée mettant en œuvre :

- des procédures communes pour répondre aux critères du référentiel
- une consolidation des audits internes réalisés (central + délocalisés) ainsi que le suivi des actions d'amélioration associé
- une consolidation des réclamations, des évaluations de satisfaction ainsi que le suivi et la consolidation des actions d'amélioration associés.

Un lien juridiquement exécutoire doit exister entre le siège de l'établissement et les sites.

9. Référence à la certification sur les supports de 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 :

Référentiel de Certification de Services

Rev.3 - 25/10/2018





Bureau Veritas Certification / 92046 Paris-la-Défense cedex Disponible sur demande

OU pour le niveau EXCELLENCE



Bureau Veritas Certification / 92046 Paris-la-Défense cedex Disponible sur demande

L'autorisation d'utiliser le logotype restera acquise tant que l'organisation concernée continuera à satisfaire aux conditions du droit d'utilisation de ce dernier. Ce point particulier fera l'objet de contrôles dans le cadre du cycle de surveillance.

Bureau Veritas Certification se réserve expressément le droit de retirer à tout moment l'autorisation d'utilisation du logotype aux organisations s'étant vu attribuer la certification de services dès lors que les conditions d'utilisation du logotype ne sont plus remplies. Si l'organisation dont le droit d'utilisation a été retiré poursuit cette utilisation, Bureau Veritas Certification se réserve le droit de demander réparation par toutes voies de procédure.

10. Lexique

10.1 Définitions

- Clinique interne : lieu dont l'école est propriétaire ou locataire avec un bail pérenne, où se réalise la pratique ostéopathique selon le point de l'agrément
- Médiathèque : local dédié mettant à la disposition des étudiants une collection de documents qui figurent sur des supports variés (bande magnétique, disque, film, papier, etc.).

10.2 Sigles

- ADELI : Automatisation DEs LIstes
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BDE : Bureau Des Etudiants
- CP : Conseil Pédagogique
- CS: Conseil Scientifique
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (au Ministère de la Santé)
- DSN : Déclaration Sociale Nominative
- ERP: Etablissement Recevant du Public
- ETP : Equivalent Temps Plein
- INFO : Instituts Nationaux de Formation en Ostéopathie
- FNESO: Fédération Nationale de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie
- PMR : Personne à Mobilité Réduite
- PV : Procès Verbal

Référentiel de Certification de Services



- REX : Résultat d'EXploitation
- RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles
- RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- SNESO : Syndicat National de l'Enseignement Supérieur en Ostéopathie
- TD : Travaux Dirigés
- TP: Travaux Pratiques
- UPO : Unité Pour l'Ostéopathie



b

Bureau Veritas Certification France sas – Siège social : 60, Avenue du Général De Gaulle - 92800 Puteaux E-mail info.certification@bureauveritas.com – www.bureauveritas.fr/certification

© BureauVeritas Certification – Tous droits réservés



Annexe 1

Principaux textes relatifs au référentiel de Certification de services « Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation »

- Code de l'éducation

Troisième partie : Les enseignements supérieurs Livre VII : Les établissements d'enseignement supérieur Titre III : Les établissements d'enseignement supérieur privés articles L731-1 à L731-19

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Décret 2007-437 du 25 mars 2007** relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation
- Loi n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé
- **Décret 2014-1043 du 12 septembre 2014** relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie
- Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie
- Décret 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie
- Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie
- Convention collective nationale de l'enseignement privé hors contrat du 27 novembre 2007 (dernière modification du texte le 23 juin 2014)
- Arrêté du 3 mars 2017 portant extension d'un accord et d'un avenant et conclus dans le cadre de la convention collective nationale de l'enseignement privé hors contrat
 - Avenant n°29 à la Convention collective nationale de l'enseignement privé hors contrat modifiant la dénomination de la convention collective
- Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP)

Référentiel de Certification de Services Rev.1 - 25/10/2018



Annexe 2

au référentiel de Certification de services « Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation »

Modalité de calcul du nombre de consultations à réaliser dans les cliniques internes des établissements de formation à l'ostéopathie en fonction du nombre d'étudiants – Exigence 6.6.3

Méthode de calcul

Chaque promotion doit effectuer un certain nombre d'heures d'apprentissage progressif (en dehors des deux premières années de formation qui n'effectue que des observations dans des terrains de stages variés). Selon la réglementation en vigueur, l'apprentissage progressif concerne les 3ème, 4ème et 5ème années de formation. Il doit être réalisé exclusivement en clinique interne pour les 3ème et 4ème année, et pour les deux tiers en 5ème année. La réglementation prévoit également que chaque étudiant doit réaliser 100 consultations complètes et validées au sein de la clinique interne de l'établissement (50 autres pouvant être réalisées en dehors de la clinique interne).

Pour connaître le nombre total d'heures d'apprentissage progressif qu'une promotion doit effectuer, on multiplie ce nombre d'heures par le nombre d'étudiants par promotion. On choisit par ailleurs arbitrairement que la promotion de 4ème année effectue son apprentissage progressif de 450 heures en partie avec les 3ème année (D1 gr 1, 210 heures) et en partie avec les 5ème année (D1 gr 2, 240 heures). D'autres options pourraient être utilisées, qui n'affecteraient pas le résultat final.

Pour connaître le nombre de consultations nécessaires à l'ensemble P3 + D1 gr 1, et dans la mesure ou chaque consultation sert aux étudiants de cet ensemble, on divise le nombre d'heures total d'apprentissage progressif défini au paragraphe précédent de l'une des promotions concernées par le nombre d'étudiants pouvant participer à la consultation puis par le temps que dure la consultation (deux heures dans l'hypothèse retenue). On additionne les deux résultats et on obtient le nombre de consultations nécessaires pour satisfaire l'apprentissage progressif des P3, D1, D2. Puis on ajoute à ce total le nombre de consultations nécessaires pour satisfaire le critère de 100 consultations à réaliser en clinique interne.

Conditions d'apprentissage progressif retenues dans le calcul

1 patient par box, 3 étudiants par box dont celui qui traite (1 3ème année + 2 4ème année, ou 2 3ème année + 1 5ème année, ou 2 4 ème année + 1 5ème année, ou 1 3ème année + 2 5ème année, ou 1 4ème année + 2 5ème année). Deux heures par consultation.

Référentiel de Certification de Services Rev.1 - 25/10/2018



Adaptation du calcul aux établissements recevant des étudiants bénéficiant de dispenses de formation en raison de leur diplôme antérieur

Le nombre d'années au cours desquelles la formation par dispenses peut être délivrée n'est pas prévu par la réglementation. Il convient donc de prendre en considération le nombre total d'heures d'apprentissage progressif et de consultations complètes et validées afin de calculer le nombre de consultations annuelles nécessaires à la formation pratique clinique en fonction du nombre d'étudiants. 1500 consultations par tranche de 50 étudiants seront ainsi nécessaires pour la formation destinée aux masseurs-kinésithérapeutes, 1667 consultations pour la formation destinée aux infirmiers, pédicures-podologues et sages-femmes.



Annexe 3

au référentiel de Certification de services « Ostéopathie : conformité et qualité de service de la formation »

Récapitulatif du nombre d'heures de formation par catégorie de dispense et par format d'enseignement – Exigence 6.6.1

Nombre d'heures de formation par catégorie de dispense et par format d'enseignement	Médecin	Sage-femme	Masseur- kinésithérapeu te	MK ayant validé PACES	Pédicure- podologue	Infirmier	Chiropracteur	1er cycle des études médicales validé	PACES validée
Cours magistraux	91	263	344	302	511	500	139	505	1201
Travaux dirigés	365	966	900	884	1119	1165	813	1599	1889
Total CM + TD	456	1229	1244	1186	1630	1665	952	2104	3090
Apprentissage progressif au sein de la clinique interne		400	300	300	400	400	300	780	780
Consultations complètes validées	150	150 consultations complètes et validées : minimum 200 h, en moyenne 300 h de stage 150 consultations complèvalidées : 720 h de stage							
Total cours théoriques et formation pratique clinique	656 à 756	1829 à 1929	1744 à 1844	1686 à 1786	2230 à 2330	2265 à 2365	1452 à 1552	3604	4590

La durée de formation par année est laissée au libre choix de l'établissement, qui peut étaler le cursus de deux ans.