



Rapport d'audit



Préliminaires

Cet audit interne a été réalisé dans le cadre d'un TP d'application par des étudiants du Master Ingénierie Système. Trois groupes ont traité respectivement les trois processus : Direction, Réalisation du service et Système de management.

Ces étudiants avaient tous une formation à la qualité et à l'audit des systèmes de management de la qualité.

Les étudiants ont menés cet audit en jouant les rôles de responsable d'audit et d'auditeur sous la responsabilité de M. Jean-Yves Bron leur tuteur universitaire.



Rapport d'audit



AUDIT INTERNE

AIP-PRIMECA LORRAINE
Référentiel : ISO 9001:2008
Date de l'audit : 05 novembre 2010



1. Sommaire

2. Introduction	3
3. Présentation	4
a. Organisme	4
b. Audit	4
4. Objectifs de l'audit	5
5. Documents examinés lors de l'audit	6
6. Suivi de l'audit précédent	7
7. Résultats des actions correctives et préventives suite à l'audit précédent	8
8. Points forts	9
9. Points sensibles	10
10. Points critiques	11
11. Annexes	12
a. Définition des évaluations des écarts constatés	12
b. Fiches des écarts constatés	14
c. Plan d'audit	19



Rapport d'audit



2. Introduction

Cet audit interne a été réalisé par des étudiants du Master Ingénierie de Systèmes Complexes, dans le cadre de travaux pratiques, en application de leur formation à la qualité et à l'audit des Systèmes de Management de la Qualité (SMQ).

Afin d'analyser les trois processus formant le SMQ de l'AIP-PRIMECA LORRAINE (AIPL), un groupe d'étudiants a été constitué pour chacun d'eux.

Face à Jean-Yves BRON, à la fois responsable pédagogique et directeur de l'AIPL, et aux personnel de l'AIPL, ils ont alors joué les rôles de responsables d'audit et d'auditeurs.



Rapport d'audit



3. Présentation

a. Organisme

Nom	AIP-PRIMECA LORRAINE
Adresse	745, rue du Jardin Botanique 54600 VILLERS-LES-NANCY
Effectif	6
Représentant	Jean-Yves BRON
Fonction	Directeur
Contact téléphonique	03 83 68 28 81
Contact e-mail	jean-yves.bron@aipl.uhp-nancy.fr
Libellé des activités auditées	Processus de Direction

b. Audit

Référentiels	ISO 9001:2008
Type d'audit	Interne
Durée	1 heure 30 min
Date	05 novembre 2010
Site audité	VILLERS-LES-NANCY
Auditeurs	Bertrand ALBOUSSIÈRE (responsable d'audit) Jérôme WEYANDT
Date de rédaction du rapport	24/11/2010



4. Objectifs de l'audit

Le pôle AIP-PRIMECA LORRAINE (AIPL) est un centre régional de ressources pédagogiques à caractères industriels, utilisé par des formations régionales (initiales ou continues) en productique et en conception intégrée en mécanique. Il favorise le transfert de compétences vers l'entreprise.

La direction de l'AIPL a décidé de mener une démarche qualité il y a maintenant plus de 6 ans (diagnostic en juin 2003, et audit à blanc en octobre 2004). Certifié pour la première fois en avril 2005 par l'AFAQ, cet organisme a procédé au renouvellement de la certification en mars 2010.

Dans le cadre de l'amélioration continue, l'AIPL poursuit son amélioration en procédant chaque année à des audits internes.

Les principaux objectifs de cet audit interne sont :

- Evaluer l'aptitude du Système de Management de la Qualité (SMQ) à assurer la conformité aux exigences qualité prises en charge (exigences clients et autres parties intéressées)
- Vérifier que le SMQ est connu, compris et appliqué par le personnel
- Evaluer les écarts éventuels du SMQ par rapport à la norme concernée
- Détecter les points sensibles et les pistes d'amélioration possibles pour le SMQ
- Vérifier que l'organisme se donne les moyens de réaliser ses objectifs qualité
- Vérifier que le SMQ s'améliore
- Vérifier l'efficacité du SMQ



5. Documents examinés lors de l'audit

Le manuel qualité, l'ensemble des processus, procédures et modes opératoires disponibles sur l'intranet de l'organisme ainsi qu'un certain nombre d'enregistrements et de documents qualité.

Le manuel qualité ainsi que l'ensemble de la documentation qualité de l'organisme sont soumis à une gestion informatique à l'aide d'un gestionnaire de base de données et d'un portail Web dont l'accès est maîtrisé grâce à une gestion par type de confidentialité.

Le référentiel ISO 9001 : 2008 est disponible à l'AIP sous forme papier.



Rapport d'audit



6. Suivi de l'audit précédent

La piste de progrès 1 et le point sensible 1 de l'audit de suivi précédent, à dater du 22 mars 2010, ont été abordé.



7. Résultats des actions correctives et préventives suite à l'audit précédent

Concernant la formation du personnel, la piste de progrès 1 et le point sensible 1 de l'audit de suivi précédent, à dater du 22 mars 2010, font l'objet d'une Fiche Action Qualité (FAQ). L'objectif de cette FAQ est d'aboutir à une procédure permettant une gestion des formations de la demande initiale à l'évaluation de l'efficacité.



Rapport d'audit



8. Points forts

L'audit interne n'a pas permis de relever de points forts.



9. Points sensibles

L'audit interne a permis de relever un point sensible et quatre pistes de progrès, présentés et acceptés par l'organisme (cf. fiches annexées):

- Point sensible 1 : pas d'entretiens supplémentaires pour les nouvelles recrues permettant d'évaluer l'efficacité des formations suivies et leur conscience des objectifs de qualité
- Piste de progrès 1 : pas de suivi de A à Z des formations du personnel
- Piste de progrès 2 : la demande spontanée de formation est uniquement informelle
- Piste de progrès 3 : L'évaluation à chaud est réalisée dans un délai indéfini
- Piste de progrès 4 : Difficulté à juger de la satisfaction réelle des différents clients de l'A IPL



Rapport d'audit



10. Points critiques

L'audit interne n'a pas permis de relever de points critiques.

11. Annexes

a. Définition des évaluations des écarts constatés

Point fort (PF) :

Elément du Système de Management sur lequel l'organisme soit dépasse les exigences du référentiel d'audit, soit se distingue par une pratique, méthode ou technique performante.

Un Point Fort est donc :

- soit un élément qui dépasse les exigences du référentiel d'audit.
- soit un élément qui ne dépasse pas les exigences du référentiel d'audit mais sur lequel l'organisme Client doit s'appuyer s'il veut soit maintenir le niveau de performance constaté, soit dépasser les exigences du référentiel d'audit.

Piste de Progrès (PP) :

Voie identifiée sur laquelle l'organisme peut progresser.

La définition de la Piste de Progrès correspond, d'une part, au terme « opportunité d'amélioration » utilisé dans la norme ISO 19011:2002 et, d'autre part, aux pratiques des équipes d'audit. La Piste de Progrès donne à l'organisme Client la possibilité :

- soit de dépasser les exigences du référentiel d'audit pour un élément de son Système de Management
- soit d'améliorer la performance d'un élément de son Système de Management sans toutefois dépasser les exigences du référentiel d'audit

Point sensible (PS) :

Elément du Système de Management sur lequel des preuves d'audit montrent que l'organisme, actuellement conforme, risque de ne plus atteindre les exigences du référentiel à court ou moyen terme.

Un Point Sensible étant un constat particulier de conformité par rapport au référentiel d'audit :

- son libellé ne doit pas prêter à confusion.
- l'Instance de Décision ne peut pas le requalifier en Non Conformité ou en Remarque
- un point sensible doit être réévalué à l'audit suivant.

Remarque (R) :

Non-satisfaction d'une exigence du référentiel n'entraînant pas de risque important de non-respect d'une exigence spécifiée.



Non-satisfaction d'une exigence ne compromettant pas l'efficacité ou l'amélioration du Système de Management.

Une certification peut sur recommandation du RA être délivrée, maintenue ou renouvelée en présence de remarques non levées.

Un ensemble de remarques non levées peut être considéré par l'Instance de Décision comme constituant globalement une Non Conformité.

Non Conformité (NC) :

Non-satisfaction d'une exigence du référentiel touchant l'organisation, l'application ou la formalisation du Système de Management et entraînant un risque avéré (c'est-à-dire fondé sur des éléments objectifs) de non respect, récurrent ou unique en cas de risque très important, d'une exigence spécifiée.

Non-satisfaction d'une exigence mettant en cause l'efficacité ou l'amélioration du Système de Management.

Une certification ne peut être délivrée, maintenue ou renouvelée tant qu'il reste une Non Conformité non levée.

b. Fiches des écarts constatés

Fiche 1 – Gestion des ressources – Piste de progrès :

Auditeur : Bertrand ALBOUSSIÈRE	Sous-processus : Gestion des ressources	Fiche 1
---	---	----------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

§6.2.2 Compétences :

- *déterminer les compétences nécessaires pour le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives au produit*
- *de façon adaptée, pourvoir à la formation ou entreprendre d'autres actions pour acquérir les compétences nécessaires*
- *évaluer l'efficacité des actions entreprises*
- *assurer que les membres de son personnel ont conscience de la pertinence et de l'importance de leurs activités et de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité*

Libellé du constat d'écart :

Pas d'entretiens supplémentaires pour les nouvelles recrues permettant d'évaluer l'efficacité des formations suivies et leur conscience des objectifs de qualité.

Spécifier le risque :

Sans entretien supplémentaire permettant d'évaluer l'efficacité des formations suivies, il est difficile, pour l'organisme, de vérifier que les nouvelles recrues s'intègrent au personnel et qu'ils acquièrent les compétences inhérentes au poste occupé.

Sans conscience des objectifs de qualité, les nouvelles recrues risquent de perturber la bonne mise en œuvre de la politique de qualité, voire de mettre à mal l'amélioration continue.

Fiche 2 – Gestion des ressources – Piste de progrès :

Auditeur : Bertrand ALBOUSSIÈRE	Sous-processus : Gestion des ressources	Fiche 2
---	---	----------------

Evaluation :

- Non-conformité
- Remarque
- Point sensible
- Piste de progrès
- Point fort

Exigences du référentiel :

§6.2.2 Compétences :

- *déterminer les compétences nécessaires pour le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives au produit*
- *de façon adaptée, pourvoir à la formation ou entreprendre d'autres actions pour acquérir les compétences nécessaires*
- *évaluer l'efficacité des actions entreprises*
- *assurer que les membres de son personnel ont conscience de la pertinence et de l'importance de leurs activités et de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité*
- *conserver les enregistrements appropriés concernant la formation initiale et professionnelle, le savoir-faire et l'expérience*

Libellé du constat d'écart :

Pas de suivi de A à Z des formations du personnel.

Spécifier le risque :

En l'absence de ce suivi, il est difficile :

- de réaliser un véritable retour d'expérience sur les compétences acquises
- d'effectuer une chronologie de la formation, depuis la demande jusqu'à son évaluation

Il en résulte qu'en l'absence de vérification de l'efficacité des formations, il est difficile, pour l'organisme, de réagir et d'y apporter des améliorations.

Néanmoins, cette piste de progrès est temporaire, puisqu'une « Fiche Actions Qualité » est en cours de réalisation et vise à produire une procédure de suivi complet.

Fiche 3 – Gestion des ressources – Piste de progrès :

Auditeur : Bertrand ALBOUSSIÈRE	Sous-processus : Gestion des ressources	Fiche 3
---	---	----------------

Evaluation :

- Non-conformité
- Remarque
- Point sensible
- Piste de progrès
- Point fort

Exigences du référentiel :

§6.2.2 Compétences : « de façon adaptée, pourvoir à la formation ou entreprendre d'autres actions pour acquérir les compétences nécessaires ».

Libellé du constat d'écart :

La demande spontanée de formation est uniquement informelle.

Spécifier le risque :

Sans document produit directement par le personnel souhaitant se former, il n'est pas possible de vérifier que l'organisme pourvoit à la formation de son personnel.

Néanmoins, cette piste de progrès est temporaire, puisqu'une « Fiche Action Qualité » est en cours de réalisation et vise à produire une procédure de demande spontanée de formation.

Fiche 4 – Gestion des ressources – Piste de progrès :

Auditeur : Bertrand ALBOUSSIÈRE	Sous-processus : Gestion des ressources	Fiche 4
---	---	----------------

Evaluation :

- Non-conformité
- Remarque
- Point sensible
- Piste de progrès
- Point fort

<p>Exigences du référentiel :</p> <p>§6.2.2 Compétences : « évaluer l'efficacité des actions entreprises ».</p>
<p>Libellé du constat d'écart :</p> <p>L'évaluation à chaud est réalisée dans un délai indéfini.</p>
<p>Spécifier le risque :</p> <p>Une évaluation à chaud permet de se rendre compte efficacement de l'intérêt apporté par la formation, puisque le personnel l'ayant suivi a encore son déroulement en tête, dont les points forts et points faibles.</p> <p>Réalisée dans un délai indéfini, cette évaluation à chaud risque de se baser sur un ressenti plus ou moins frais, d'où une qualité finale toute aussi variable.</p> <p>Il en résulte qu'avec une qualité variable de vérification de l'efficacité des formations, il est difficile, pour l'organisme, de réagir et d'y apporter des améliorations.</p>

Fiche 5 – Responsabilité de la direction – Piste de progrès :

Auditeur : Jérôme WEYANDT	Sous-processus : Responsabilité de la direction	Fiche 5
-------------------------------------	---	----------------

Evaluation :

- Non-conformité
 Remarque
 Point sensible
 Piste de progrès
 Point fort

Exigences du référentiel :

§8.2 Surveillance et mesurage

§8.2.1 Satisfaction du client

« L'organisme doit surveiller les informations relatives à la perception du client sur le niveau de satisfaction de ses exigences par l'organisme comme une des mesures de la performance du système de management de la qualité ».

Libellé du constat d'écart :

Concernant l'indicateur « taux de satisfaction du client » :

Difficulté à juger de la satisfaction réelle des différents clients de l'AIPL.

Spécifier le risque :

L'indicateur « taux de satisfaction client » actuellement en place ne permet pas un mesurage précis et réel du taux de satisfaction client.

Le risque est que le service ne soit pas remis en cause malgré l'insatisfaction de certains clients.

L'amélioration continue s'effectuera donc d'une mauvaise manière.

Afficher un taux de satisfaction quantifiée (nombre de clients satisfaits/mécontents) permettrait de mieux rendre compte de la qualité du service.

c. Plan d'audit

Date de l'audit : 05 novembre 2010

Processus concerné(s) : Processus de direction

Objectif(s) de l'audit : Vérifier l'application du ou des processus concerné(s) pour définir des pistes d'amélioration.
Mise en œuvre des actions correctives et/ou préventives des audits précédents.

Equipe d'audit : Responsable d'audit (RA) : Bertrand ALBOUSSIÈRE
Auditeur(s) : Bertrand ALBOUSSIÈRE (BA)
& Jérôme WEYANDT (JW)

Référence documentaire : Norme ISO9001:2008, intranet qualité et ensemble des processus et procédures du système qualité.

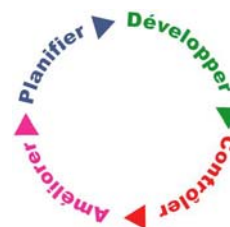
Mesure de l'efficacité des audits précédents en date du : 06 novembre 2009 (audit interne)
22 mars 2010 (audit de suivi)

Heure	Processus concerné	§ référentiel qualité	Equipe d'audit	Personnes concernées
08 :00 (10 min)	Réunion d'ouverture	/	BA & WJ	B. Salzemann J.-Y. Bron
08 :10 (20 min)	Sous-processus responsabilité de la direction : <ul style="list-style-type: none"> • Politique Générale • Revues de direction 	§5.3 §5.6	WJ	B. Salzemann J.-Y. Bron
08 :30 (30 min)	Sous-processus gestion des ressources : <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Infrastructures • Environnement de travail • Compétences 	§6.2 §6.3 §6.4 §6.2.2	BA	B. Salzemann J.-Y. Bron
09 :00 (30 min)	Sous-processus gestion de l'activité : <ul style="list-style-type: none"> • Bilans d'activités • Orientations 	§5.1 §5.2	WJ	B. Salzemann J.-Y. Bron

	<ul style="list-style-type: none"> Gestion 			
09 :30	Fin de l'audit sur site			
Préparation de la réunion de clôture				
16/11/10 14h00 (20 min)	Réunion de clôture	/	BA & WJ	Equipe AIPL



Rapport d'audit



Date de l'audit : 5 Novembre 2010

Processus concerné(s) : Réalisation du service

Objectif de l'audit : Vérifier l'application du ou des processus concerné(s) pour définir des pistes d'amélioration. Mise en œuvre des actions correctives et/ou préventives des audits précédents.

Equipe d'audit : Responsable d'audit (RA) : François-Xavier Dubois

Auditeur(s) : Mathieu Giuriato

Naïma Ho-Young-Fook

Alvaro Pino Ponce

Documents examinés lors de l'audit
Le référentiel NF EN ISO 9001 :2008-11. La cartographie des processus disponible sur le site de l'AIPL. Compte rendu d'audit interne réalisé en novembre 2009. Documents sur Advitium notamment planning, revues, demandes d'achats, liste des fournisseurs, fiches de prêt, etc...
Suivi de l'audit précédent
La politique d'achat était à développer selon l'audit interne de novembre 2009.
Résultats des actions correctives et préventives suite à l'audit précédent
La politique a été supprimée.

Points forts :

L'audit a permis de révéler 4 points forts :

- L'intégralité des étapes ainsi que toutes les activités de revue sont intégralement déterminées dans le planning.
- La communication client est très bien assurée à l'aide d'un site web très riche. Le taux de satisfaction est bien évalué grâce à différentes enquêtes selon le type de client.
- L'utilisation de Ghosts est une bonne initiative pour la prévention des pannes informatiques.
- L'enregistrement des revues des exigences est très bien assuré à l'aide de l'outil advitium.

Pistes de progrès :

L'audit a permis de dégager 2 pistes de progrès :

- Lors de la réception de produit, la fiche d'évaluation de fournisseur est mise à jour mais un oubli est toujours possible donc le système d'évaluation n'est pas encore fiable à 100%.
- Les réceptions sont validées par un tampon sur le bordereau de livraison ; malgré cela les informations relatives à la réception ne sont pas renseignées.

Points sensibles :

L'audit a permis de distinguer 3 points sensibles :

- Pas de modifications de la planification dans les cas mineurs et une date de revue ne correspond pas avec la date planifiée.
- Pas de procédures de test dans la cartographie et pas de traces des tests effectués sur les machines.
- Les interventions curatives ne sont pas renseignées dans advitium alors que cela est mentionné dans la cartographie.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Naïma HO-YOUNG-FOOK	Processus : Réalisation du service Sous-Processus : Relation Client	N° écart : 01
-----------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

§7.2.3 Communication avec les clients

L'organisme doit déterminer et mettre en œuvre des dispositions efficaces pour communiquer avec les clients à propos

- a) des informations relatives au produit ;
- b) du traitement des consultations, des contrats ou des commandes, et de leurs avenants ;
- c) des retours d'information des clients, y compris leurs réclamations.

Libellé du constat d'écart :

La communication avec le client concernant les consultations des offres, les réclamations et les demandes de mise en œuvre particulière est assurée par l'Intranet de l'A IPL dans l'onglet « Espace Client ».

Concernant la satisfaction du client, des enquêtes différentes sont effectuées selon le type de client en utilisant l'outil de sondage de l'UHP. Suite aux enquêtes, des diagrammes représentant le taux de satisfaction sont établis.

Spécifier le risque :

Une bonne communication avec le client accroît la satisfaction et la fidélisation du client. L'utilisation d'un site web très riche permet une très bonne organisation des informations à diffuser au client, mais permet aussi aux clients de faire des réclamations et des demandes de mise en œuvre particulière en temps réel.

Une bonne estimation du taux de satisfaction du client permet une remise en question afin d'améliorer le service ou de continuer l'effort déjà entrepris. Les enquêtes de satisfaction client sont très bien exécutées et archivées, ce qui permet une très bonne traçabilité.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Naïma HO-YOUNG-FOOK	Processus : Réalisation du service Sous-Processus : Relation Client	N° écart : 02
-----------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
- Remarque
- Point sensible
- Piste de progrès
- Point fort

Exigences du référentiel :

§7.2.2 Revue des exigences relatives au produit

Des enregistrements des résultats de la revue et des actions qui en résultent doivent être conservés.

Libellé du constat d'écart :

Les enregistrements des revues des exigences relatives au produit sont conservés à l'aide de l'outil Advitium.

Spécifier le risque :

Le choix astucieux du logiciel Advitium permet une très bonne présentation des enregistrements. Les enregistrements sont facilement conservables et consultables permettant d'apporter des preuves concernant ce qui s'est passé ultérieurement. Les fiches consultées sont informatisées et automatiquement complétées par le logiciel.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : François-Xavier Dubois	Processus : Conception & développement Activité : Organiser le projet	N° écart : 03
-----------------------------------	--	---------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

§ 7.3.1 Planification de la conception et du développement

- a) Les étapes de la conception et du développement
- b) Les activités de revue, de vérification et de validation appropriées à chaque étape de la conception et du développement

Libellé du constat d'écart :

Toutes les étapes ainsi que toutes les activités de revue sont intégralement déterminés dans le planning.

Utilisation d'un logiciel de gestion de projet MSPProject.

Spécifier le risque :

L'utilisation du logiciel MSPProject permet une bonne gestion du planning.

Toutes les activités de revues et les activités liées à la conception et développement sont renseignés dans le planning ce qui permet d'avoir une vue globale sur la gestion du projet.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : François-Xavier Dubois	Processus : Conception & développement Activité : Concevoir/développer	N° écart : 04
-----------------------------------	---	---------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

§ 7.3.4 Revue de la conception et du développement

Des revues méthodiques de la conception et du développement doivent être réalisées, aux étapes appropriées, conformément aux dispositions planifiées.

Libellé du constat d'écart :

Pas de modification de la planification dans les cas mineurs.

Sur certaines revues, la date ne correspond pas avec la date programmée dans la planification. Le compte rendu de revue présenté était planifié le 26/09 et a eu lieu le 29/09.

Spécifier le risque :

Une mauvaise évaluation des « cas mineurs » peut passer sous silence des éléments importants.

Dans le cas où de nombreuses revues sont effectuées dans une courte période de temps, un mauvais datage entre les revues et la planification peut porter à confusion.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Alvaro José PINO PONCE	Processus : Réalisation du service Sous-Processus : Mise en œuvre du service	N° écart : 05
--------------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

7.5.5 Préservation du produit.

L'organisme doit préserver le produit au cours des opérations internes et lors de la livraison à la destination prévue afin de maintenir la conformité aux exigences. Selon le cas, cette préservation doit inclure l'identification, la manutention, le conditionnement, le stockage et la protection. La préservation doit également s'appliquer aux composants d'un produit.

Libellé du constat d'écart :

- Réinstallation des machines en septembre pour prévenir les pannes informatiques à l'aide d'un ghost

Spécifier le risque :

Cette action préventive qui n'est pas exigée par la norme NF EN ISO 9001 est une très bonne initiative car elle permet d'éliminer de futures défaillances.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Alvaro José PINO PONCE	Processus : Réalisation du service Sous-Processus : Mise en œuvre du service	N° écart : 06
--------------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

7.5 Production et préparation du service.

7-5-1 L'organisme doit planifier et réaliser les activités de production et de préparation du service dans des conditions maîtrisées.

Ces conditions doivent comprendre:

- e) la mise en œuvre des activités de surveillance et de mesure

Libellé du constat d'écart :

- Pas de procédures de test des logiciels, mentionné dans la cartographie ;
- Pas de traces des tests effectués sur les postes ;

Spécifier le risque :

En l'absence de procédure de tests, ceux-ci seront différents à chaque fois et pourront être mal effectués. En l'absence de traçabilité, on ne pourra pas savoir ce qui a été traité. Cela engendrera une multiplication de tests qui pourrait s'avérer inutiles et une absence d'identification de l'état des machines.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Alvaro José PINO PONCE	Processus : Réalisation du service Sous-Processus : Mise en œuvre du service	N° écart : 07
--------------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

8.5.2 Actions correctives

Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour:

e) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre.

Libellé du constat d'écart :

- Notification des interventions curatives non enregistrées dans le SGDT Advitium alors que cela est mentionnée dans la cartographie

Spécifier le risque :

L'absence de notification d'interventions curatives empêche de prévenir une future défaillance et on risque donc de se retrouver avec un problème similaire.

Il y a aussi preuve de non-respect de la cartographie par le personnel de l'A IPL, ce qui engendre une mauvaise connaissance du sous processus mise en œuvre du service.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : M.GIURIATO	Processus : Réalisation du service Sous processus Gestion administrative et financière	N° écart : 08
---------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

7.4 Achats

7.4.2 Informations relatives aux achats

Les informations relatives aux achats doivent décrire le produit à acheter, y compris selon le cas :

- a) les exigences pour l'approbation du produit, des procédures, des processus et des équipements,
- b) les exigences pour la qualification du personnel,
- c) les exigences relatives au système de management de la qualité

L'organisme doit assurer l'adéquation des exigences d'achat spécifiées avant de les communiquer au fournisseur.

7.4.3 Vérification du produit acheté

L'organisme doit établir et mettre en œuvre le contrôle ou autres activités nécessaires pour assurer que le produit acheté satisfait aux exigences d'achats spécifiées.

Lorsque l'organisme ou son client a l'intention d'effectuer des vérifications chez le fournisseur, l'organisme doit faire état, dans les informations relatives aux achats, des dispositions pour la vérification et des modalités de libération du produit prévue.

Libellé du constat d'écart :

Un modèle de demande d'achat (document Word) est disponible sur Advitium.

Une demande d'achat ne contient pas d'exigences concernant les procédures et les équipements ni de la qualification du personnel (pour la réception par exemple).

Lors de la réception des achats, un tampon fait office de réception conforme.

On ne spécifie pas les dispositions et critères de libération pour vérifier la livraison.

Pour valider la réception, seule la personne qui a commandé peut la réceptionner et la valider (connaissance du produit commandé).

Fiche d'écart constaté

Auditeur : M.GIURIATO	Processus : Réalisation du service Sous processus Gestion administrative et financière	N° écart : 08 (suite)
---------------------------------	--	--------------------------

Evaluation :

Suite de la fiche d'écart n°1

Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Spécifier le risque :

Lors d'une réception, seule la personne qui a commandé peut recevoir ces achats afin de valider la réception. Dans le cas d'une indisponibilité de celle-ci, la réception pourrait attendre plusieurs jours et mettre à défaut (attente) certain projet, réparation, ...

De plus il est défini que la réception est validée par un tampon sur le bordereau de réception et il n'existe aucune information relative à cette vérification ou des modalités de libération. Il est donc impossible d'avoir un suivi de ces réceptions ainsi que de leur qualité.

Piste de progrès :

Construire un modèle de fiche de réception comportant les informations nécessaires (personne effectuant la livraison, vérifications effectuées sur le produit reçu ainsi qu'une case commentaire. La fiche sera également valise par le tampon d'acceptation qui est actuellement utilisé sur les bons de réceptions pour les confirmer.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : M.GIURIATO	Processus : Réalisation du service Sous processus Gestion administrative et financière	N° écart : 09
---------------------------------	--	------------------

Evaluation :

- Non-conformité
Remarque
Point sensible
Piste de progrès
Point fort

Exigences du référentiel :

7.4 Achats

7.4.1 Processus d'achat

L'organisme doit évaluer et sélectionner les fournisseurs en fonction de leurs aptitudes à fournir un produit conforme aux exigences de l'organisme. Les critères de sélection, d'évaluation et de réévaluation doivent être établis. Les enregistrements des résultats des évaluations et de toute action nécessaire résultant de l'évaluation doivent être conservés.

Libellé du constat d'écart :

Une évaluation annuelle des fournisseurs est effectuée sous plusieurs critères. Cette évaluation est mise à jour à chaque livraison défectueuse d'un fournisseur et il contient les évaluations des années précédentes.
(Document Excel (Evaluation fournisseur) présenté lors de l'audit, disponible et accessible par le personnel de l'AIPL sur Advitium)

Spécifier le risque :

L'évaluation des fournisseurs est parfaitement maîtrisée, elle est basée sur plusieurs critères, mis à jour à chaque réception (avec un commentaire) et contient les évaluations des années précédentes pour un suivi intégral de ceux-ci.

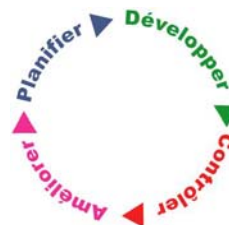
Seul le fait d'oublier d'ajouter les commentaires concernant la mise à jour quotidienne peut être considéré comme un risque. Il serait ingénieux de remédier à ce problème afin d'avoir un système fiable à 100 %.

Piste de progrès :

Sur la piste de progrès proposée sur la fiche d'écart n°1, une case de commentaire serait réservée pour inscrire les commentaires qu'il faudrait ajouter au fichier d'évaluation Excel lors de la remise à la secrétaire. Celle-ci serait donc chargée de mettre à jour le document d'évaluation des fournisseurs.



Plan d'audit



Date de l'audit : 5/11/10

Processus concerné(s) : Réalisation du service

Objectif de l'audit : *Vérifier l'application du ou des processus concerné(s) pour définir des pistes d'amélioration.*

Mise en œuvre des actions correctives et/ou préventives des audits précédents.

Equipe d'audit : Responsable d'audit (RA) : Dubois

Auditeur(s) : Ho-Young-Fook

Pino Ponce

Giuriato

Référence documentaire : *Norme ISO9001 :2000, intranet qualité et ensemble des processus et procédures du système qualité.*

Mesure de l'efficacité des audits précédents en date du :

Audit suivi du 04/09

Audit interne du 11/09

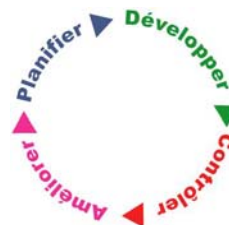
Audit suivi du 03/10

Heure	Entité auditée	Equipe d'audit	Personnes concernées
9h50 (10 min)	Réunion d'ouverture	Dubois	Equipe AIPL
10h00 (30 min)	Sous-Processus Conception et développement Concevoir/développer Organiser le projet Vérifier les étapes	Dubois	O. Nartz O. Masschelein

<i>10h30 (30 min)</i>	Sous-Processus Mise en œuvre du service Préparer/Contrôler la salle/la plateforme -Procédure Installation logicielle -Procédure confirmation métrologique -Procédure maintenance	<i>Pino Ponce</i>	<i>E. Collot O. Masschelein</i>
<i>11h00 (30 min)</i>	Sous-Processus Relation client Prêter du matériel/logiciel -Procédure Prêt de matériel/logiciel Traiter les mises en œuvre particulières -Procédure Mise en œuvre particulière Organiser une formation -Procédure Prestation de formation	<i>Ho-Young-Fook</i>	<i>C. Gigout B. Salzemann</i>
<i>11h30 (30 min)</i>	Sous-Processus Gestion administrative et financière Traiter les demandes d'achat technique Acheter -Procédure Achat -Procédure Réception - stockage - évacuation Facturer -Procédure Facturation	<i>Giuriato</i>	<i>C. Gigout B. Salzemann</i>
<i>12h00</i>	<i>Fin de l'audit sur site</i>		
<i>Préparation de la réunion de clôture</i>			
<i>16/11/10 16h20 (40 min)</i>	<i>Réunion de clôture</i>	<i>Equipe d'audit</i>	<i>Equipe AIPL</i>



Rapport d'audit



Date de l'audit : 9 novembre 2010

Processus concerné(s) : Système de management

Objectif de l'audit :

- Vérifier la conformité du Système de Management par rapport à la norme ISO 9001 : 2008 et aux référentiels internes.
- Evaluer l'aptitude du Système de Management à assurer la conformité aux exigences Qualité prises en charges.
- Vérifier que le Système de Management est connu, compris et appliqué par le personnel.

Equipe d'audit : Responsable d'audit (RA) : Jérémy Febvey
Auditeur(s) : Alexandre Brasseur, Elodie Genay

Personnes auditées : Jean-Yves Bron, Directeur de l'AIPL
Bruno Salzemann, Responsable Qualité

Documents examinés lors de l'audit
Le manuel qualité, l'ensemble des processus, procédures et modes opératoires disponibles sur l'intranet de l'organisme ainsi qu'un certain nombre d'enregistrements et de documents qualité. Le manuel qualité ainsi que l'ensemble de la documentation qualité de l'organisme sont soumis à une gestion informatique à l'aide d'un gestionnaire de base de données et d'un portail Web dont l'accès est maîtrisé grâce à une gestion par type de confidentialité. Le référentiel ISO 9001 : 2008 est disponible à l'AIP sur SAGAWEB. Le référentiel ISO 14001 : 2004 est disponible à l'AIP sur SAGAWEB.
Suivi de l'audit précédent
Sans objet.
Résultats des actions correctives et préventives suite à l'audit précédent
Sans objet.

Point fort :

L'audit a permis de mettre en évidence un point fort.

- Le système de gestion de la documentation est très efficace (cf. Fiche d'écart 1).

Points sensibles :

L'audit a permis de mettre en évidence 4 pistes de progrès qui ont été soumises à l'organisme dans le cadre de l'amélioration continue de son système.

- Analyser les résultats de la dernière enquête, qui a permis de tester les termes « satisfait » à la place de « très satisfait » et « moyennement satisfait » à la place de « satisfait », afin de déterminer s'il y a eu une augmentation de clients satisfaits (cf. Fiche d'écart 2).
- La mise en place de la capitalisation des bonnes pratiques permettrait d'améliorer la surveillance et la mesure des processus (cf. Fiche d'écart 3).
- Il faut attendre encore quelques années afin de pouvoir tirer pleinement partie des études, pour par la suite fixer des objectifs et des cibles environnementales à atteindre (cf. Fiche d'écart 5).
- Afin d'améliorer l'évaluation pour spécifier le risque, on pourrait faire appel à d'autres méthodes que celle de type matrice qui offrirait ainsi une meilleure souplesse et une meilleure prise en compte de la situation (cf. Fiche d'écart 6).

Point critique :

L'audit a également permis de relever une remarque, dans le cadre de l'amélioration continue du système il est indispensable de la relever afin d'y remédier.

- L'augmentation des retards dans le traitement des FAQ et des actions correctives et préventives risque d'engendrer une augmentation du nombre de clients mécontents (cf. Fiche d'écart 4).

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Jérémie Febvey	Processus Système de Management Sous-Processus Gestion de la documentation	N° écart : 1
------------------------------	--	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

4.2.3 Maîtrise des documents

Les documents requis pour le système de management de la qualité doivent être maîtrisés. Les enregistrements sont des documents particuliers qui doivent être maîtrisés conformément aux exigences de 4.2.4.

Une procédure documentée doit être établie afin de définir les contrôles nécessaires pour :

- a) approuver les documents quant à leur adéquation avant diffusion;
- b) revoir, mettre à jour si nécessaire et approuver de nouveau les documents;
- c) assurer que les modifications et le statut de la version en vigueur des documents sont identifiés;
- d) assurer la disponibilité sur les lieux d'utilisation des versions pertinentes des documents applicables;
- e) assurer que les documents restent lisibles et facilement identifiables;
- f) assurer que les documents d'origine extérieure jugés nécessaires par l'organisme pour la planification et le fonctionnement du système de management de la qualité sont identifiés et que leur diffusion est maîtrisée;
- g) empêcher toute utilisation non intentionnelle de documents périmés, et les identifier de manière adéquate s'ils sont conservés dans un but quelconque.

4.2.4 Maîtrise des enregistrements

Les enregistrements établis pour apporter la preuve de la conformité aux exigences et du fonctionnement efficace du système de management de la qualité doivent être maîtrisés.

L'organisme doit établir une procédure documentée pour définir les contrôles nécessaires associés à l'identification, au stockage, à la protection, à l'accessibilité, à la conservation et à l'élimination des enregistrements.

Les enregistrements doivent rester lisibles, faciles à identifier et accessibles.

Libellé du constat d'écart :

L'A IPL possède un système de gestion de la documentation très efficace.
Le système garantit une bonne maîtrise de la documentation.

Spécifier le risque :

L'A IPL se base sur des Workflow sous Advitium pour traiter et suivre toutes les demandes. Cela favorise l'élimination du papier dans la circulation des informations, le demandeur peut savoir en temps réel où en est exactement le traitement de sa demande et il est immédiatement averti par mail quand sa demande a été traitée. Les Workflow permettent également d'identifier les points bloquants dans le traitement des processus.

Les modèles correspondant aux procédures de gestion de la documentation sont clairs et conformes à la mise en place réelle du système.

La norme n'oblige pas les établissements à s'équiper d'un système aussi lourd et onéreux.
Par conséquent, nous avons évalué ce sous-processus comme point fort.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Elodie Genay	Processus Système de Management Sous-Processus Mesure, analyse et amélioration	N° écart : 2
----------------------------	--	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

8.2.1 Satisfaction du client

L'organisme doit surveiller les informations relatives à la perception du client sur le niveau de satisfaction de ses exigences par l'organisme comme une des mesures de la performance du système de management de la qualité. Les méthodes permettant d'obtenir et d'utiliser ces informations doivent être déterminées.

Libellé du constat d'écart :

L'analyse des résultats d'enquêtes montre qu'au fil des années, la part de clients très satisfaits tend à se réduire face à une proportion de clients satisfaits en progression.

Spécifier le risque :

Peu de risque puisque l'AIPL est déjà en phase d'amélioration. En effet, cette année l'AIPL a testé les termes « satisfait » à la place de « très satisfait » et « moyennement satisfait » à la place de « satisfait ». L'analyse des résultats de ces enquêtes étant en cours Il est donc nécessaire d'attendre encore quelques temps afin de pouvoir tirer pleinement partie des études.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Elodie Genay	Processus Système de Management Sous-Processus Mesure, analyse et amélioration	N° écart : 3
-------------------------	---	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

8.2.3 Surveillance et mesure des processus

L'organisme doit utiliser des méthodes appropriées pour la surveillance et, lorsqu'elle est applicable, la mesure des processus du système de management de la qualité. Ces méthodes doivent démontrer l'aptitude des processus à atteindre les résultats planifiés. Lorsque les résultats planifiés ne sont pas atteints, des corrections et des actions correctives doivent être entreprises, comme il convient.

Libellé du constat d'écart :

Jusqu'à présent, l'AIPL utilisait, pour la surveillance et la mesure des processus, des indicateurs (Résultats d'enquêtes de satisfaction) et des fiches d'auto-évaluation. Toutefois, cette pratique ne permet pas de conclure sur les bonnes pratiques à la fois d'un point de vue organisationnel (gestion projet) et technique.

Spécifier le risque :

Peu de risque puisque l'AIPL est déjà en phase d'amélioration. En effet, l'AIPL est en train de mettre en place la capitalisation des bonnes pratiques (par exemple, la réalisation de bilans de projet), un gain de temps, une réduction des coûts mais surtout une meilleure surveillance et mesure des processus.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Elodie Genay	Processus Système de Management Sous-Processus Mesure, analyse et amélioration	N° écart : 4
-------------------------	---	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

8.5.2 Actions Correctives :

L'organisme doit mener des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées.

8.5.3 Actions Préventives :

L'organisme doit déterminer les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels.

Libellé du constat d'écart :

D'après les résultats des indicateurs du processus SMQ, notamment ceux concernant les actions correctives et préventives, on constate que la gestion des FAQ et des actions correctives et préventives prennent de plus en plus de retard. Cela est sûrement dû au fait que le nombre de celles-ci est en augmentation.

Spécifier le risque :

Si l'A IPL ne réagit pas rapidement, en améliorant sa gestion des FAQ et des actions correctives et préventives par exemple, il risque d'y avoir une augmentation des clients mécontents.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Alexandre Brasseur	Processus Système de Management Sous-Processus Gestion Sécurité, Santé au Travail et Environnement	N° écart : 5
-------------------------------------	--	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

Norme 14001 – Paragraphe 4.5.1 Surveillance et mesurage

L'organisme doit établir mettre en œuvre et tenir à jour une (des) procédure(s) pour surveiller et mesurer régulièrement les principales caractéristiques de ses opérations qui peuvent avoir un impact environnemental significatif. Cette (ces) procédure(s) doit (doivent) inclure la documentation des informations permettant le suivi de la performance, des contrôles opérationnels applicables et la conformité aux objectifs et cibles environnementaux de l'organisme.

Libellé du constat d'écart :

Les principaux éléments environnementaux qui sont pris en compte au sein de l'AIP-PRIMECA Lorraine sont l'eau, l'électricité, le chauffage, le papier aussi bien pour la pédagogie que pour le personnel ainsi que les emballages et les produits ménagers. En revanche, aucun objectif et cible environnementaux à atteindre ou à maintenir sont spécifiés.

Spécifier le risque :

L'un des risques potentiels qui peuvent arriver est la surconsommation d'un ou de plusieurs éléments environnementaux présentés ci-dessus.

L'AIP-PRIMECA Lorraine venant de mettre en place une politique environnementale seulement depuis un an et demi, le système de management environnemental est encore en cours d'apprentissage. Il est donc nécessaire d'attendre encore quelques années afin de pouvoir tirer pleinement partie des études et pour par la suite fixer des objectifs et des cibles environnementales à atteindre.

Fiche d'écart constaté

Auditeur : Alexandre Brasseur	Processus Système de Management Sous-Processus Gestion Sécurité, Santé au Travail et Environnement	N° écart : 6
-------------------------------------	--	--------------

Evaluation :

Non-conformité

Remarque

Point sensible

Piste de progrès

Point fort

Exigences du référentiel :

Norme 14001 – Paragraphe 4.5.3 Non-conformité, action corrective et action préventive

- c) évaluer le besoin d'action(s) pour prévenir des non-conformités et mettre en œuvre les actions appropriées identifiées pour empêcher leur occurrence.

Libellé du constat d'écart :

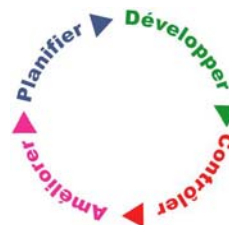
La méthode utilisée au sein de l'AIP-PRIMECA Lorraine pour spécifier le risque est une méthode de type matrice qui évalue le risque en fonction de la gravité du dommage et de la probabilité d'occurrence de ce dernier. Cette méthode est la plus fréquemment utilisée, mais elle offre une souplesse ainsi qu'une prise en compte de la situation moindre par rapport à d'autre méthode qui utilise un nombre de facteurs plus important.

Spécifier le risque :

L'un des principaux risques est de mal évaluer la prise en compte de la gravité du dommage ainsi que la probabilité d'occurrence. Ainsi, les répercutions peuvent être beaucoup plus importantes que prévu au sein de l'AIP-PRIMECA Lorraine.



Plan d'audit



Date de l'audit : 09 novembre 2010

Processus concerné(s) : Système de management

Objectif de l'audit :

- Vérifier la conformité du Système de Management par rapport à la norme ISO 9001 : 2008 et aux référentiels internes.
- Evaluer l'aptitude du Système de Management à assurer la conformité aux exigences Qualité prises en charges.
- Vérifier que le Système de Management est connu, compris et appliqué par le personnel.

Equipe d'audit : Responsable d'audit (RA) : Jérémy Febvey
Auditeur(s) : Alexandre Brasseur, Elodie Genay

Référence documentaire :

Le manuel qualité, l'ensemble des processus, procédures et modes opératoires disponibles sur l'intranet de l'organisme ainsi qu'un certain nombre d'enregistrements et de documents qualité.

Le référentiel ISO 9001 : 2008 est disponible à l'AIP sur SAGAWEB.

Mesure de l'efficacité des audits précédents en date du :

- Rapport d'audit interne du 13 novembre 2009
- Rapport d'audit de suivi du 22 mars 2010

Heure	Entité auditée	Equipe d'audit	Personnes concernées
16h00 (10min)	Réunion d'ouverture Présentation du plan de l'audit	Jérémy Febvey	Equipe AIPL
16h10 (30min)	Sous-processus Gestion de la documentation	Jérémy Febvey	B. Salzemann J.-Y. Bron
16h40 (40min)	Sous-processus Mesure, analyse et amélioration	Elodie Genay	B. Salzemann J.-Y. Bron
17h20 (40min)	Sous-processus Gestion Sécurité, Santé au Travail et Environnement	Alexandre Brasseur	B. Salzemann J.-Y. Bron
18h00	Fin de l'audit sur site		
Préparation de la réunion de clôture			
16/11/10 17h00 (30min)	Réunion de clôture	Equipe d'audit	Equipe AIPL