

Présentation de l'audit

Entité auditée : Département laboratoire de Clermont-Ferrand et plus particulièrement les unités « MRC - Milieux aquatiques Risques et Chimie » et « ECA - Eco-Constructions et Acoustique »

Équipe d'audit : Dominique DELOUIS (responsable d'audit), Céline VILLARME et Estelle MARANO

Objectifs et champ de l'audit : 02/10/20

Référentiels de l'audit : Qualité sécurité environnement avec retour d'expériences / échanges sur la période liée à la pandémie de Covid 2019 / Audit intégré dans le programme d'audit du Cerema (projet Coesion)

Commentaire : Seules les grandes familles de thématiques sont explicitées dans le programme, d'autres sous-thématiques en découlent et seront également abordées lors de l'audit.

Documents remis : Organigramme du département actualisé au 01/09/2019, Politique qualité 2020, Plan d'action 2020, Compte-rendu de la revue de direction d'avril 2020

Programme prévisionnel d'audit

Horaire	Thème abordé	Auditeur	Personnes auditées
9h30-9h45	Réunion d'ouverture : <ul style="list-style-type: none"> objectif de l'audit validation du programme 	D. Delouis C. Villarmé E. Marano	Roland Cotte Alexandre Cueur Amélie Geoffroy Pilar Lesage David Goutaland Joël Arfeuille Jean-Michel Sigaud Laurent Selve
Pilotage du système de management organisationnel			
9h45-11h00	<ul style="list-style-type: none"> Présentation du DLCF orientations, stratégie et politique revue de direction analyse des risques et des opportunités écoute des parties intéressées communication compétences gestion de la connaissance et veilles réglementaires achats et évaluation fournisseur maîtrise des risques SST analyse des accidents de travail prise en compte de l'environnement dans les activités Retour d'expériences sur la 	D. Delouis C. Villarmé E. Marano	Roland Cotte Alexandre Cueur Amélie Geoffroy Joël Arfeuille

Horaire	Thème abordé	Auditeur	Personnes auditées
	période liée à la pandémie (organisation du travail, communication, bonnes pratiques et enseignements à tirer)		
Maîtrise du processus production au sein de l'unité « bâtiments, acoustique et territoires »			
11h00- 12h30	Introduction avec le chef d'unité puis échanges avec les personnels : <ul style="list-style-type: none"> Présentation succincte des activités des unités auditées par les chefs d'unité (10 mn) Pilotage de la production Examen des affaires choisies par l'unité dans le panel requis par l'équipe d'audit Retour sur la période liée au Covid HSE et environnement de travail 	D. Delouis C.Villarmé E. Marano	Alexandre Cuer David Goutaland Jean-Michel Sigaud Laurent Friteyre
12h30- 14h00	Repas		
Maîtrise du processus production au sein de l'unité « MRC - Milieux aquatiques Risques et Chimie »			
14h00- 15h45	Introduction avec le chef d'unité puis échanges avec les personnels : <ul style="list-style-type: none"> Présentation succincte des activités des unités auditées par les chefs d'unité (10 mn) Pilotage de la production Examen des affaires choisies par l'unité dans le panel demandé par l'équipe d'audit Retour sur la période liée au Covid 2019 HSE et environnement de travail (Visite du laboratoire de Chimie) 	D. Delouis C.Villarmé E. Marano	Alexandre Cuer Pilar Lesage Laurent Selve
15h45- 16h15	Réunion de synthèse	D. Delouis C.Villarmé E. Marano	
16h15- 16h45	Réunion de clôture	D. Delouis C.Villarmé E. Marano	Roland Cotte Alexandre Cuer Amélie Geoffroy Pilar Lesage David Goutaland Joël Arfeuille Laurent Friteyre Laurent Selve Jean-Michel Sigaud
17h00	Fin de l'audit		

Revue de la conformité aux ISO 9001 et 14 001 versions 2015

ISO 9001	ISO 14 001	Titre	Vu sans remarque	Points forts	Pistes de progrès	Points sensibles	Non Conformités
4. Contexte de l'organisme							
4.1	4.1	Compréhension de l'organisme et son contexte	X				
4.2	4.2	Compréhension des besoins et des attentes des parties intéressées	X				
4.3	4.3	Détermination du domaine d'application du SMQ // SME					
4.4	4.4	Système de management de la qualité et ses processus // SME				PS2	
5. Leadership							
5.1	5.1	Leadership et engagement	X				
5.1.1		Généralités					
5.1.2		Orientation client		PF5			
5.2	5.2	Politique et politique environnementale	X				
5.2.1		Établissement de la politique qualité		PF2	PP1		
5.2.2		Communication de la politique qualité	X				
5.3	5.3	Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme	X				
6. Planification							
6.1	6.1	Actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités				PS1	
	6.1.1	Généralités					
	6.1.2	Aspects environnementaux					
	6.1.3	Obligations de conformité					
	6.1.4	Planification d'actions					
6.2	6.2	Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre	X				
	6.2.1	Objectifs environnementaux					
	6.2.2	Planification des actions pour atteindre les objectifs environnementaux					
6.3		Planification des modifications					

7. Supports

7.1	7.1	Ressources	X				
7.1.1		Généralités					
7.1.2		Ressources humaines					
7.1.3		Infrastructure					
7.1.4		Environnement pour la mise en œuvre des processus					
7.1.5		Ressources pour la surveillance et la mesure					
7.1.6		Connaissances organisationnelles					
7.2	7.2	Compétences		PF3			
7.3	7.3	Sensibilisation					
7.4	7.4	Communication	X				
	7.4.1	Généralités					
	7.4.2	Communication interne		PF8			
	7.4.3	Communication externe			PP3		
7.5	7.5	Informations documentées					
7.5.1	7.5.1	Généralités					
7.5.2	7.5.2	Création et mise à jour des informations documentées		PF4	PP4		
7.5.3	7.5.3	Maîtrise des informations documentées				PS3 (MRC)	

8. Réalisation des activités opérationnelles

8.1	8.1	Planification et maîtrise opérationnelles	X				
	8.2	Préparation et réponse aux situations d'urgence					
8.2		Exigences relatives aux produits et services					
8.2.1		Communication avec les clients	X				
8.2.2		Détermination des exigences relatives aux produits et services	X				
8.2.3		Revue des exigences relatives aux produits et service	X				
8.2.4		Modifications des exigences relatives aux produits et services	X				
8.3		Conception et développement de produits et services					
8.3.1		Généralités					
ISO	ISO	Titre	Vu sans	Points	Pistes de	Points	Non

9001	14 001		remarque	forts	progrès	sensibles	Conformités
8.3.2		Planification de la conception et du développement					
8.3.3		Éléments d'entrée de la conception et du développement					
8.3.4		Maîtrise de la conception et du développement					
8.3.5		Éléments de sortie de la conception et du développement					
8.3.6		Modifications de la conception et du développement					
8.4		Maîtrise des processus, produits et services fournis par des prestataires externes		PF6			
8.4.1		Généralités					
8.4.2		Type et étendue de la maîtrise					
8.4.3		Information à l'attention des prestataires externes					
8.5		Production et prestation de service		PF7			
8.5.1		Maîtrise de la production et de la prestation de service					
8.5.2		Identification et traçabilité					
8.5.3		Propriétés des clients ou des prestataires externes					
8.5.4		Préservation					
8.5.5		Activité après livraison					
8.5.6		Maîtrise des modifications					
8.6		Libération des produits et services	X				
8.7		Maîtrise des éléments de sortie non conformes	X				
9. Évaluation des performances							
9.1	9.1	Surveillance, mesure, analyse et évaluation				PS3	
9.1.1	9.1.1	Généralités					
9.1.2	9.1.2	Satisfaction du client // évaluation de la conformité					
9.1.3		Analyse et évaluation					
9.2	9.2	Audit interne				PS1	
ISO 9001	ISO 14 001	Titre	Vu sans remarque	Points forts	Pistes de progrès	Points sensibles	Non Conformités

 Cerema Direction territoriale Centre-Est	Audit interne QSE département : DLCF date : 2 octobre 2020	M2.DM.001 Révision : 4 14/03/16
--	---	---------------------------------------

	9.2.1	Généralités					
	9.2.2	Programme d'audit interne					
9.3	9.3	Revue de direction				PS1	
9.3.1		Généralités					
9.3.2		Éléments d'entrée de la revue de direction					
9.3.3		Éléments de sortie de la revue de direction					
10. Amélioration							
10.1	10.1	Généralités					
10.2	10.2	Non-conformité et actions correctives			PP2		
10.3	10.3	Amélioration continue					

Revue de la conformité à l'OHSAS 18 001

§	Titre	Vu sans remarque	Points forts	Points sensibles	Pistes de progrès	Non Conformités
4. Exigence en matière de système de management de la SST						
4.1	Exigences générales.					
4.2	Politique SST	X				
4.3 Planification						
4.3.1	Identification des dangers, évaluation des risques et mesures de contrôles		PF1			
4.3.2	Exigences légales et autres					
4.3.3	Objectifs et programmes					
4.4 Mise en œuvre et fonctionnement						
4.4.1	Ressources, rôles, responsabilités, obligations de rendre compte et autorités	X				
4.4.2	Compétence, formation, sensibilisation	X				
4.4.3	Communication, participation et consultation					
4.4.4	Documentation	X				
4.4.5	Contrôle des documents					
4.4.6	Contrôle des opérations					
4.4.7	Prévention des situations d'urgence et capacité à réagir					
4.5 Vérification						
4.5.1	Mesure et surveillance de performance	X				
4.5.2	Évaluation de la conformité					
4.5.3.1	Recherche d'incidents					
4.5.3.2	Non-conformité, actions correctives et actions préventives					
4.5.4	Maîtrise des enregistrements					
4.5.5	Audit interne					
4.6	Revue de direction					

Notes et commentaires :

La présentation du département montre la diversité des prestations et des compétences du département laboratoire de Clermont-Ferrand (DLCF). L'audit avec la direction a permis de vérifier la déclinaison de la politique Centre-Est au niveau du département. Le système de management organisationnel est piloté par le responsable qualité du département en lien avec le directeur et la correspondante HSE

Les affaires C16LC0053, C19LC0015, C17LC0214, C19LP0029, C17LC0067/0217/0218 ont été auditées. Le sujet de la communication interne au sein des unités a été abordé au regard de la piste de progrès notée en audit interne 2019 ; les deux unités ont assuré une communication renforcée et tracée du fait de la pandémie.

Retour sur la période de confinement liée au Covid 19 :

Il a été noté que les personnels du DLCF ont repris dès que possible les activités de terrain en respectant les consignes même si celles-ci ont été consommatrices de temps dans leur mise en œuvre. Les consignes ont été formalisées et il a été constaté qu'elles étaient rigoureusement respectées.

Le DLCF a développé un outil pour faciliter l'accès à l'information aux personnels du département lors du déconfinement (avec mise à jour continue des consignes). Cet outil nommé Pensatoo aurait pu être généralisé au sein du Cerema, mais il n'y a pas eu de suite donnée à cette proposition.

Les exercices d'urgence ou de mise en situation n'ont pas eu lieu à la date de l'audit compte tenu de la période de confinement et des urgences prioritaires sur les conditions sanitaires de reprise de l'activité.

Les entretiens réalisés ont permis les constats suivants.

Points forts**1. Vigilance par rapport à la pandémie et sur les aspects Hygiène-Sécurité-Environnement**

- L'accompagnement des agents lors de la période de confinement, puis dans la gestion de la reprise d'activité a été exemplaire avec la formalisation de modes opératoires et d'un outil pour simplifier l'accès à l'information sur les règles qui évoluaient très rapidement. Il est à noter que cet accompagnement local s'est fait en l'absence de Conseiller de prévention au niveau du Cerema Centre-Est et d'animation au niveau du Cerema.
- Un grand nombre de personnes formées aux premiers secours particulièrement dans l'équipe MRC (6/9).

2. Stratégie de développement

- La stratégie de développement de l'activité est fondée sur une analyse des opportunités et déclinée pour l'ensemble des activités du département.

3. Suivi des compétences au sein du département :

- Le dossier d'habilitation des nouveaux arrivants (Yoann Evain et Claire Fraisse) a été renseigné et suivi de manière pertinente.
- Une réflexion a été menée au sein de l'unité MRC pour faire évoluer les compétences compte tenu du départ de personnels qualifiés. Les personnes devant monter en compétence pour reprendre ou renforcer les compétences respectivement manquantes ou « affaiblies » sont identifiées et l'acquisition de leurs nouvelles qualifications, suivie.
- Le maintien des expertises est un objectif suivi avec l'identification des dossiers de renouvellement ou de première qualification à présenter aux comités de domaine.

4. La traçabilité des dossiers d'affaires.

- Les dossiers examinés dans les deux unités auditées montrent un très bon suivi de la production (traçabilité via les comptes rendus de réunion et la livraison des rapports d'études).

5. Ecoute client-partenaire

- L'écoute client, essentiellement réalisée par le directeur du DLCF, est planifiée,

formalisée et partagée au sein du comité de direction du DLCF en termes de retour qualitatif et de suites à donner.

6. Evaluation des fournisseurs

- L'évaluation des fournisseurs pour les achats de 2019 a été faite.
- L'évaluation ayant mis en exergue un problème a été traité avec une communication auprès du fournisseur concerné.

7. Le respect des délais

- Les délais de réalisation sont définis et respectés, même dans le cas de contraintes fortes dans les productions attendues (cadre d'affaire n°. Toutefois, il faut veiller à indiquer dans les propositions techniques les réserves dans le programme prévisionnel au regard des risques de dérapage du fait du commanditaire (fourniture de données notamment – Cadre d'affaire n°C16LC0053).

8. Organisation numérique au sein du DLCF

- L'unité MRC a examiné les possibilités offertes par le nouvel outil NOVA pour poursuivre la traçabilité des dossiers d'affaires de manière numérique qui avait été mise en place avec SIGMA : Utilisation de l'onglet Commentaires avec possibilité d'archivage de l'ensemble de ceux-ci.
- Des outils sont conçus au sein du département pour faciliter la mise à disposition d'information auprès des commanditaires et des agents : Colibri (<http://ceremacf.herokuapp.com>) pour la diffusion des rapports et des enquêtes satisfaction, Pensatoo par l'unité ECA pour la diffusion d'information sur les consignes HSE liées à la pandémie.

Points sensibles**1. Compte rendu de la revue de direction 2020 :**

- Le plan du compte rendu de revue de direction 2020 n'est pas conforme aux exigences de la norme ISO 9001 (§ 9.3.2 et 9.3.3). Les « Risques et opportunités » qui devraient être une donnée d'entrée constituent la conclusion de la revue.
- Il n'y a pas d'analyse des résultats de l'audit interne et externe de 2019 en termes d'actions à mettre en place.
- La forme du compte rendu de la revue de direction le rend particulièrement « indigeste » à lire. Les données d'entrée (tableau, compte rendu d'écoute client, etc.) gagneraient à être mis en annexe, afin de mettre en valeur dans le compte rendu l'analyse des données et les conclusions en termes de performance du système d'activité et d'actions à mener.
- La revue documentaire des instructions ou procédures spécifiques au DLCF n'est pas abordée dans la revue de direction.
- En conclusion, on doit percevoir dans la revue de direction l'analyse de l'ensemble des données d'entrées d'où découlent les objectifs qualité et les actions à mener pour les atteindre.

2. Documentation Qualité du DLCF

- Le plan qualité du DLCF n'a pas été relu en 2019.
- Plusieurs documents Qualité du Cerema n'ont pas été mis à jour depuis 2014 et dans certains cas ne sont plus d'actualité : Instruction d'application de la procédure « gestion d'une affaire R123 » au DLCF.
- Les types d'affaires bénéficiant d'une gestion dite simplifiée ont été identifiés au cours de la revue de direction 2020 ; il serait souhaitable de formaliser cette décision dans une instruction qui serait retrouvée plus facilement par les personnels du DLCF que

dans un compte rendu.

3. Une vigilance à avoir sur divers éléments

Si les dossiers d'affaire examinés sont globalement bien tracés, plusieurs défauts ont été relevés tels que :

- Le DLCF a conçu un outil Colibri pour la diffusion et le suivi des retours d'enquête satisfaction. Une des enquêtes n'a pas été envoyée (cadre d'affaire n°C16LC0053). Il est rappelé que cet envoi doit être systématique dans le SMQ du Cerema Centre-Est, même si ce n'est pas une obligation dans la norme ISO 9001.
- Une revue de commande manquante dans le cadre d'affaire n°C16LC0053.
- Un logo BCS apparaissant sur un rapport de 2019 (C19LC0015) ou logo qualité absent (Vigilance à avoir sur l'utilisation des modèles).
- Le suivi sur certains dossiers est parcellaire (une partie sur SIGMA, l'autre dans une fiche affaire simplifiée), ce qui ne facilite pas la vision globale du suivi d'un projet.

Pistes de progrès

1. Etayer le choix des enjeux internes et externes du département

Si les enjeux identifiés par le Département semblent pertinents, ils ne découlent pas d'une analyse globale des données d'entrées dans la revue de direction. Ils mériteraient d'être précisés et hiérarchisés

2. Améliorer le suivi des Non-conformités

Le traitement de non-conformités souffre d'un manque de traçabilité (pas de mise à jour du tableau alors que la non-conformité est clôturée) ou de retard (problème lié au défaut de la VMC des sanitaires).

3. Valoriser à l'externe les activités du Département et développer la connaissance autour du CeremaWeb

Parmi les dossiers d'affaires examinés, aucun n'a fait l'objet d'une valorisation au titre d'une fiche de référence, alors qu'au moins le dossier Themis - Allier Habitat (Carnot) n°C17LC0067 l'aurait mérité. Cette affaire est juste citée dans la page web valorisant le procédé Themis (<https://www.cerema.fr/fr/recherche?fulltext=Allier+Habitat>) sans référencer géographiquement cette affaire, ni en promouvoir les résultats spécifiques. La piste de progrès déjà identifiée l'an dernier est renouvelée ; elle n'est pas réévaluée en point sensible, car des actions de communication ont été menées sur des affaires terminées récemment .

4. Réfléchir à l'opportunité d'harmoniser les modalités de traçabilité des dossiers d'une unité à l'autre.

L'examen des dossiers d'affaires a montré que la traçabilité des dossiers se font avec des modalités différentes d'une unité à l'autre avec des informations parcellaires dans certains cas. Le fonctionnement en mode numérique de la traçabilité d'affaires expérimenté par l'unité MRC puis celui testé pour la dématérialisation des livrables via COLIBRI par l'unité ECA ont été poursuivis, mais n'ont pas été généralisés. L'opportunité d'avoir un fonctionnement harmonisé pourrait être examiné pour faciliter l'accès à l'information par la hiérarchie ou dans le cadre d'affaires inter-unités.

Non-conformités mineures

RAS

Remarques

La remarque est à destination de la chargée de mission qualité du Cerema Centre-Est : Les déclarations spontanées qui seraient déposées sur l'intranet du Cerema Centre-Est ne sont plus relayées et traitées.

Conclusions sur l'application, l'efficacité et la pertinence du système qualité

L'organisation en place est dynamique, les personnels audités sont impliqués.

Les enjeux et les actions d'amélioration sont identifiés et suivis.

L'évolution et la valorisation des compétences est un sujet traité de manière efficace.

L'écoute client et la satisfaction des commanditaires vis-à-vis des prestations réalisées sont des leviers efficaces pour le développement local de l'activité et plus largement de la notoriété du Cerema.

Le point essentiel de vigilance pour le DLCF est la mise à jour de son système documentaire Qualité et la traçabilité du processus M2 – Amélioration continue (revue de direction, suivi des non-conformités, analyse des résultats d'audits, satisfaction client).

Coésion : Points de vigilance signalés par le DLCF pour l'amélioration du fonctionnement du Cerema

- HSE : Le nouvel outil Sagesse mis en place pour l'identification des risques professionnels n'est toujours pas mis en œuvre au DLCF faute d'instruction et d'animation au niveau général du Cerema ; L'ancien système est maintenu dans l'attente d'une animation au niveau de la DRH du Cerema ou du Cerema Centre-Est.
- La multiplication des outils d'information (courriels, Mon.Cerema, Intranet) conduit à une désinformation. Il est souhaitable d'obtenir une stabilisation du système d'information et de rationaliser l'utilisation de ses outils.
- La prise de commande locale des autres directions territoriales sur des compétences polarisées pose un problème dans la capacité à faire ou le délai de prise en charge de l'affaire (Exemple du Pôle assainissement) => Processus de prise de commande à définir.
De même, le processus de programmation inter-direction territoriale n'est pas harmonisée d'une direction à l'autre en termes d'information mutuelle.
- Le besoin d'une animation inter-secteur et inter-pôle a été identifié.
- Le DLCF a utilisé les marchés ministériels pour l'achat de prestations ; ceux-ci posent des problèmes importants de fiabilité des prestataires (gestion du portail et de l'alarme notamment) et de recours en cas de non-conformités relevées, malgré une remontée des problèmes au service à l'origine du marché. => Des accords cadres spécifiques au Cerema seraient sans doute plus efficaces pour maîtriser le rapport qualité prix.
- La suppression de l'unité support (UPAL) dans le cadre de Cerem'Avenir constitue un risque dans la gestion quotidienne du site et diminue la possibilité de recours à une personne compétente en cas de problème.

Retour d'expérience sur le fonctionnement de l'audit interne

Commentaires des auditeurs internes	
Sur le champ et/ou les objectifs de l'audit	L'ensemble des éléments du système de management organisationnel ont été abordés.
Sur le déroulement de l'audit	L'audit s'est déroulé en présentiel en salle de réunion Montvenoux afin de limiter le nombre de personnes dans un espace réduit (pas de visite des bureaux et des locaux). Les auditeurs ont apprécié la disponibilité de l'ensemble des personnels

 Direction territoriale Centre-Est	Audit interne QSE département : DLCF date : 2 octobre 2020	M2.DM.001 Révision : 4 14/03/16
--	---	---------------------------------------

	audités ainsi que l'implication de la direction.
Sur la qualité de la relation auditeurs-audités	Les personnels audités ont participé en toute sincérité à l'audit avec beaucoup d'implication dans le descriptif des affaires présentées.
Appréciation des audités sur le déroulement de l'audit	Démarche constructive permettant d'aller en profondeur et de rester pragmatique
Perception de l'auditeur sur le déroulement global de l'audit	Le principe de l'amélioration continue est bien approprié par le département qui a abordé l'audit sereinement et dans une écoute réciproque constructive.

Signature des auditeurs

Responsable d'audit

Dominique Delouis

Céline Villarmé
Estelle Marano

Date : 19/10/2020

Diffusion :

(Après validation auprès des participants à l'audit)

Participants à l'audit
Responsable qualité de département
Pilote(s) de processus concerné(s)
Chargé de mission qualité