



RAPPORT D'AUDIT INTERNE

DTer Centre-Est / Agence de Clermont-Ferrand – 16 juin 2022

Service audité (direction, département, groupe, unité) : DTerCE / ACF / groupe IOAD

Équipe d'audit

- Responsable d'audit : Fabrice ROJAT
- Auditeurs : Fabrice ROJAT – Rémi PICOT

Objectifs et champ d'audit (service audité, processus) :

Système Coesion – ISO9001

Objectifs : Examen de l'efficacité de l'organisation, vérification de la conformité au SMQ, vérification des exigences normatives.

Examen spécifique des aspects hygiène-sécurité en lien avec les §7.1.3 et 7.1.4 de la norme ISO 9001 et aspects environnementaux en lien avec la norme ISO 14001 à la demande de l'agence.

Référentiel(s) :

- NF EN ISO 9001 (oct. 2015)
- Coesion : système de management de la qualité du Cerema (InfoQ 001 à 025)
- NF EN ISO 14001 (oct. 2015)

Plan d'audit :

Horaire	Thèmes abordés	Participants
9h45 - 10h45	Réunion d'ouverture Accueil, présentation générale de l'audit, validation du plan d'audit Présentation de l'organisation de l'agence Déclinaison locale de la politique qualité (ISO 9001)	A.Cuer, A.Geoffroy, C.Mafra, R.Vaissière, F.Ivars, R.Picot, F.Rojat
10h45 - 13h00	Groupe IOAD Fonctionnement, planification et maîtrise opérationnelle, ressources Étude de cas concrets : affaires	A.Cuer, A.Geoffroy, C.Mafra, R.Vaissière, F.Ivars, R.Picot, F.Rojat
13h00 – 14h15	Pause repas	/
14h15 - 15h45	Groupe IOAD Visite de l'environnement de travail Aspects hygiène et sécurité, environnement (ISO 9001 §7.1.3 et 7.1.4 et ISO 14001)	A.Cuer, A.Geoffroy, C.Mafra, R.Vaissière, F.Ivars, R.Picot, F.Rojat
15h45 - 16h30	Synthèse par les auditeurs	R.Picot, F.Rojat
16h30 - 17h00	Réunion de clôture	A.Cuer, A.Geoffroy, C.Mafra, R.Vaissière, F.Ivars, R.Picot, F.Rojat

Revue documentaire :

Ont été présentés aux auditeurs :

- Plan d'action annuel de l'agence de Clermont-Ferrand
- Compte-rendu du dernier audit interne
- Organisation et organigramme de l'agence de Clermont-Ferrand, du groupe IOAD
- Feuille de route d'action territoriale
- Diaporamas et compte-rendus de réunions internes (réunion de groupe...)
- Documents à la demande (fiches de qualification, FDS produits chimiques, dossiers d'affaires, etc.)

La documentation qualité Coesion est gérée au niveau du Cerema et n'a donc pas été auditée ici. Elle est un entrant du référentiel d'audit. De même, les revues de direction ne sont désormais plus effectuées au niveau des départements mais des processus nationaux.

Commentaires :

L'audit a permis d'examiner la déclinaison et la mise en œuvre de la politique qualité :

- au sein du département (Agence de Clermont-Ferrand ACF) de manière générale en introduction
- au sein du groupe IOAD (Infrastructures et Ouvrages d'Art Durables) de manière plus spécifique

Une attention particulière a été portée en deuxième partie d'audit aux §7.1.3 et 7.1.4 de la norme ISO9001 concernant l'environnement de travail, en lien avec les politiques HSE (département également certifié ISO 14001 et anciennement OHSAS 18001).

En termes de contexte, l'agence a connu une transformation importante dans le cadre de la récente démarche Cerem'Avenir avec une redéfinition du périmètre des groupes, de l'encadrement, des activités, etc. La transformation numérique de l'établissement a eu également un impact sur l'organisation. Les nouveaux groupes et nouvelles procédures sont en phase de stabilisation au jour de l'audit, mais l'agence se prépare aux nouveaux défis liés à la mise en place de la quasi-régie avec les collectivités et au changement de statut associé du Cerema. Un plan immobilier est également en cours d'étude (surfaces disponibles élevées au regard de leur occupation).

L'audit a donné lieu à l'identification de 6 points forts, 5 pistes de progrès et 2 points sensibles qui sont listés ci-après. Ils peuvent être complétés par deux remarques :

- **Rq1** : il pourrait être utile de réaliser des paliers accordés aux points d'utilisation sur certaines vérifications métrologiques (exemple du peson N°ACR180, servant à contrôler les tensions de courroies du GripTester) pour faciliter les corrections de l'utilisateur.
- **Rq2** : une démarche pourrait être entamée suite à la publication de la norme NF P 94-001 (risque amiante) qui risque d'impacter de multiples activités de laboratoire dans l'avenir.

Relevés lors de l'audit (reporter les constats dans l'annexe : revue de la conformité NF EN ISO 9001 version 2015)

N°	§ du référentiel concerné	Description	Conséquence avérée et/ou risque induit
PF1	7.2, 8.5	La maîtrise des sujets techniques transparaît à travers l'ensemble de l'audit. Les personnels rencontrés ont montré une bonne connaissance de leurs missions, des enjeux techniques, de l'environnement professionnel.	Haute maîtrise des activités opérationnelles, compétence
PF2	7.5	La gestion documentaire apparaît riche et bien adaptée au sein du groupe IOAD. Plus précisément, pour la partie ouvrages d'art du groupe, en cours d'audit : <ul style="list-style-type: none"> les PV d'étalonnage demandés ont systématiquement été retrouvés sur les matériels une démarche interne d'archivage des affaires d'inspection d'ouvrages d'art a permis de conserver une bonne traçabilité des dossiers récurrents malgré les réorganisations successives la traçabilité des affaires techniques était bien présente les qualifications techniques ont été retrouvées (même sur un agent ancien), avec une centralisation des preuves au niveau du secteur d'activité. 	Traçabilité performante, bonne maîtrise des informations documentées
PF3	5.2, 6.1, 6.2, 6.3	L'ACF et le groupe IOAD ont développé des plans d'action et des feuilles de route en déclinaison de la politique qualité de l'établissement et en bonne cohérence réciproque. À noter par exemple parmi les objectifs la mise en place d'une démarche d'acculturation interne des personnels aux outils numériques, qui constitue un enjeu fort suite aux mutations récentes de l'établissement.	Bonne déclinaison de la politique qualité de l'établissement Bonne analyse des risques et opportunités et déclinaison en actions
PF4	4.1, 6.1, 6.2, 6.3, 8.1, 7.3, 8.5	Le groupe IOAD montre une organisation interne structurée et efficace. Ont été vus notamment en cours d'audit : <ul style="list-style-type: none"> la présence d'une planification vivante avec un outil dédié la mise en place rapide d'une réflexion sur les fonction et missions d'encadrement du groupe après l'arrivée de la nouvelle cheffe de groupe la déclinaison interne du plan d'action du département la présence de réunions de groupe régulières avec compte-rendu sous forme de diaporama annoté, et de points réguliers avec les chargés d'affaires / chefs de 	Organisation lisible, rôles et missions bien définis, objectifs identifiés et suivis, affaires suivies

RAPPORT D'AUDIT INTERNE

Page 4 sur 10

		projets <ul style="list-style-type: none"> la bonne gestion des outils de production (CRM, NOVA) 	
PF5	4.2, 6.1, 6.2, 6.3	L'audit montre une bonne identification des risques et opportunités, en interne comme en externe, et une bonne déclinaison en actions : <ul style="list-style-type: none"> connaissance et prise en compte des fragilités gestion des départs et des recrutements prioritaires anticipation de la gestion du patrimoine immobilier local anticipation des effets de la décentralisation : identification des forces et faiblesses (départements / collectivités), balance moyens / demandes réorientation des activités ouvrages d'art / béton vers la réparation et l'entretien développement d'un plan d'affaires pour le groupe TT diversification du groupe STI. 	Amélioration continue, diminution des risques, identification des opportunités.
PF6	7.1	Dans les salles d'essais visitées les produits chimiques apparaissent bien gérés (sur bacs récupérateurs, etc.) et référencés ; les FDS recherchées ont systématiquement été trouvées.	Respect des exigences réglementaires en hygiène et sécurité (produits chimiques), sécurité des agents
PP1	7.1.5	Sur le GripTester, le manomètre affecté au contrôle de la pression des pneumatiques serait à identifier et à raccorder métrologiquement (exigence à 1,4 bars \pm 0,1 explicitement mentionnée dans le rapport d'essais croisés du 10/12/2022)	Risque de pression non conforme pouvant avoir un impact (modéré) sur la mesure.
PP2	7.1, 7.5	L'allègement formel des procédures et des organigrammes dans le cadre des démarches Cerem'Avenir et Coesion a conduit à une moindre lisibilité du « qui fait quoi » dans l'organisation. Pour les nouveaux arrivants en particulier, un « livret d'accueil » ou un « qui fait quoi » spécifique au département pourrait être mis en place (sujet en lien avec la démarche QVT Centre-Est).	Risque de méconnaissance de certaines parties de l'organisation et interlocuteurs, de certains droits ou délégations
PP3	7.4	L'effort de communication et de valorisation déjà entamé dans le département pourrait être élargi vers certaines activités de niche ou essais peu répandus et méritant d'être mieux connus (gel-dégel par exemple).	Possibilité d'accroître le rayonnement des activités menées, possibles commandes additionnelles.

PP4	7.5, référentiel Coesion (InfoQ 9 en particulier)	<p>La documentation d'affaire (vue sur les dossiers 22-CE-0073, 22-CE-0472, C20LC0113) est relativement complète mais, sur plusieurs points, non conforme au référentiel Cerema :</p> <ul style="list-style-type: none"> le modèle de PT mélange l'expression du besoin du client et la réponse au besoin les informations / exclusions sur la mise en ligne des résultats d'études (RGPD) ne sont pas mentionnées les certifications mentionnées ne sont pas à jour (présence de l'OH SAS 18001 par exemple) la migration Box n'est pas achevée (les affaires ont été ouvertes sous « (Patrimoine)... » au lieu d'une arborescence à jour, la structure des dossiers d'affaires n'est pas conforme à l'instruction Cerema, etc.) <p>Par ailleurs, la définition des dates d'intervention pourrait être assortie d'un délai de prévenance lorsqu'une plage de dates large est prévue dans la PT.</p>	<p>Forme des documents non conforme au référentiel Cerema</p> <p>Lisibilité moindre de la PT (demande vs réponse), anticipation des délais plus difficile</p> <p>Manque de connaissance sur la diffusabilité des résultats d'étude pour le client</p> <p>Usage inapproprié du périmètre de certification</p> <p>Possible difficulté à retrouver des affaires dans l'arborescence Box à terme</p>
PP5	7.1	<p>Des actions spécifiques d'hygiène et sécurité pourraient être relancées sur certains sujets :</p> <ul style="list-style-type: none"> au sein de l'environnement de travail, le tri et le rangement du matériel est hétérogène : des salles sont très ordonnées, mais d'autres comportent des matériels HS à évacuer, des stockages inadaptés (échantillons dispersés, une cuvette de WC, etc.) réapparition de stockages en hauteur dans certains bureaux / salles, une échelle lourde n'est pas accrochée au mur dans l'une des salles techniques visitée, la table élévatrice achetée dans le cadre de la démarche « charges lourdes » serait à intégrer aux campagnes de vérification des engins de levage. 	<p>Risque de dérive ponctuelle de l'hygiène et sécurité</p> <p>Respect des exigences réglementaires sur échelles et engins de levage</p>
PS1	6.1	<p>L'analyse des fragilités (risques) du département a été menée sur de multiples sujets (voir PF5). Elle pourrait cependant être poursuivie par la recherche de solutions de substitution pour certaines activités (par exemple un seul agent disponible avec des contrats annuels sur une activité du groupe IOAD), afin de pouvoir être réactif en cas d'imprévu.</p>	<p>Risque d'abandon inopiné de contrat en cas d'absence imprévue d'un agent</p>

RAPPORT D'AUDIT INTERNE

Page 6 sur 10

PS2	8.1	Sur l'affaire 22-CE-0073, la signataire du devis ne disposait pas de la délégation de signature nécessaire. Erreur <i>a priori</i> en lien avec l'information des nouveaux arrivants sur ces sujets (et PP2 de fait).	Engagement du service par une personne n'ayant pas la délégation appropriée
-----	-----	---	---

PF : Point fort =Pratique performante, pouvant aller au-delà des exigences du référentiel

PP : Piste de progrès = Piste proposée pour améliorer la performance ou l'efficacité du système

PS : Point sensible = Risque de non-conformité s'il n'y a pas d'action entreprise

NC : non-conformité = non satisfaction d'une exigence

Observations des audités

Nous tenons à adresser nos remerciements aux auditeurs pour le déroulement de la journée. Beaucoup de bienveillance et d'échanges fructueux.

Le responsable local	Date et signature
A.Cuer	

Synthèse de l'équipe d'audit

L'audit s'est déroulé dans un climat agréable, avec une bonne disponibilité des audités et des échanges honnêtes et constructifs. Les auditeurs ont apprécié l'accès aisé qui leur a été donné aux affaires, à l'organisation, à l'environnement de travail.

Responsable d'audit	Date et signature
F.Rojat	

Destinataires du rapport :

Noms	Services
Auditeurs et audités Tous agents ACF G.Chapron	

RAPPORT D'AUDIT INTERNE

Page 8 sur 10

Annexe

Revue de la conformité ISO 9001 version 2015

ISO 9001		Titre	Vu sans remarque	Points forts	Pistes de progrès	Points sensibles	Non-conformités
4. Contexte de l'organisme							
4.1		Compréhension de l'organisme et de son contexte		PF4			
4.2		Compréhension des besoins et des attentes des parties intéressées		PF5			
4.3		Détermination du domaine d'application du système de management de la qualité	x				
4.4		Système de management de la qualité et ses processus	x				
5. Leadership							
5.1		Leadership et engagement	x				
5.1.1		Généralités					
5.1.2		Orientation client					
5.2		Politique		PF3			
5.2.1		Établissement de la politique qualité					
5.2.2		Communication de la politique qualité					
5.3		Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme	x				
6. Planification							
6.1		Actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités		PF3 , PF4, PF5		PS1	
6.2		Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre		PF3 , PF4, PF5			
6.3		Planification des modifications		PF3 , PF4, PF5			
7. Supports							
7.1		Ressources		PF6	PP1, PP2, PP5		
7.1.1		Généralités					
7.1.2		Ressources humaines					
7.1.3		Infrastructure					
7.1.4		Environnement pour la mise en œuvre des processus					

RAPPORT D'AUDIT INTERNE

Page 9 sur 10

7.1.5	Ressources pour la surveillance et la mesure					
7.1.6	Connaissances organisationnelles		PF1			
7.2	Compétences	x				
7.3	Sensibilisation		PF4			
7.4	Communication			PP3		
7.5	Informations documentées		PF2	PP2, PP4		
7.5.1	Généralités					
7.5.2	Création et mise à jour des informations documentées					
7.5.3	Maîtrise des informations documentées					
8. Réalisation des activités opérationnelles						
8.1	Planification et maîtrise opérationnelles		PF4		PS2	
8.2	Exigences relatives aux produits et services	x				
8.2.1	Communication avec les clients					
8.2.2	Détermination des exigences relatives aux produits et services					
8.2.3	Revue des exigences relatives aux produits et service					
8.2.4	Modifications des exigences relatives aux produits et services					
8.3	Conception et développement de produits et services	x				
8.3.1	Généralités					
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	x				
8.4.1	Généralités					

RAPPORT D'AUDIT INTERNE

Page 10 sur 10

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		PF1, PF4			
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	Surveillance, mesure, analyse et évaluation	x				
9.1.1	Généralités					
9.1.2	Satisfaction du client					
9.1.3	Analyse et évaluation					
9.2	Audit interne	x				
9.3	Revue de direction	x				
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	Généralités	x				
10.2	Non-conformité et actions correctives	x				
10.3	Amélioration continue	x				