



Sommaire de la réunion de clôture de l'audit interne 11/04/19

Bilan des Constats

par types de constats

Résultat global

Conclusions Générales

Perspectives pour le prochain audit

Bilan des constats par type

Bilan:

Les réussites

PF1 : Diriger le CRB-PT - Responsabilité et autorité 5.5

Remplacement du responsable du CRB PPG suite au départ de l'ancien responsable depuis le 1^{er} Avril 2018. Renforcement de l'équipe qualité avec l'arrivée du VSC qualité (temps des travail à 100% pour 1 an).

PF2 : - Diriger le CRB-PT - Communication 5.6

La communication externe (5.6.1) est établie avec la mise en place d'un catalogue sur le site Inter-TROP. Le CRB répond aux demandes d'informations des parties intéressées par mail.

PF3 : - Diriger le CRB-PT - Engagement de la Direction 5.1, politique qualité 5.3

Lettre d'engagement de la direction, la politique qualité, l'organigramme et les fiches processus et sont établis (documents exigés par la norme).

PF4: - Diriger le CRB-PT - Exigences relatives à la documentation 4.2.1 e)

La veille réglementaire est réalisée et les dernières mises à jour sont dans Dropbox (Dossiers «règlements contacts institutionnels »/Règlements conventions normes).

PF5 : - Diriger le CRB-PT 5.1 f) Mise à disposition des moyens nécessaires

Financement du CRB PPG avec le projet FEDER REGEPE, le Budget propre et le Budget de fonctionnement de la station. Objectif: obtenir la certification en Janvier-Février 2020.

Bilan:

Les réussites

PF6 : Manager la qualité - 4.2.2

Le manuel qualité est établi et actualisé (Version du 1/4/19)

PF7: Manager la qualité - 4.2.3 Maitrise des documents

Des procédures et des enregistrements liés au processus « Diriger le CRB » et « Manager la qualité » sont présents: PR Revue de Direction du 15/02/17 V1, PR Création et gestion documentaire du 04/10/18, PR Gestion des actions préventives et non-conformités du 10/02/17 V1, Enregistrement nommée « liste des documents » intégrant la liste des documents et enregistrement du SMQ, Enregistrement des revues de directions (CR version du 12/07/18).

PF8: Manager la qualité - 6.1.2 Satisfaction des PI

Dans le cadre de l'écoute des parties intéressées (PI), des fiches d'enquêtes de satisfaction ont été mises en place afin de prendre en compte leurs réclamations.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC1:

Rappel de l'exigence (5.3): La politique qualité doit: a) être adaptée à la finalité de l'organisation, b) être conforme aux exigences légales et réglementaires ainsi qu'aux exigences définies en accord avec les parties intéressées, c) inclure l'engagement à améliorer en permanence l'efficacité du SMQ, d) fournir un cadre pour établir et revoir les objectifs qualité; e) être communiqué, mise en œuvre et maintenue à tous les niveaux du CRB; f) être revue pour maintenir en permanence son caractère approprié.

Constat factuel/Libellé de l'écart : La politique qualité définie (« Déclaration de la politique du CRB PPG 18 07 99 000002 du 15/02/17 V2) n'est pas jour car se sont « les objectifs 2017 qui sont notifiés» et le document est signé par l'ancien Directeur du département. Par ailleurs, l'affichage de la politique qualité n'est pas réalisé.

Risque: le risque est la non mise en œuvre des objectifs nouveaux fixés en 2018 et 2019, ce qui peut être une limite dans la mise en place des actions qui permettent d'assurer la conformité du SMQ et l'implication du personnel.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC2:

Rappel de l'exigence (5.1): La direction doit fournir la preuve de son engagement dans le développement, la mise en œuvre et l'amélioration permanente du système de management de la qualité.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Une lettre d'engagement de la direction existe mais est intégrée dans le document « Déclaration de la politique qualité du CRB » du 15/02/2017 V2. Cependant ce document n'a pas été révisé car qu'il est toujours signé par l'ancien directeur du département de Bios.

Risque: Le risque est que la nouvelle gouvernance du département Bios du CIRAD ne soit pas informée de son engagement et de son implication par rapport au CRB. Ce qui aurait un impact au développement et à l'entretien du SMQ.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC3:

Rappel de l'exigence (5.4): Dans le cadre de planification du système de management de la qualité, le responsable opérationnel doit s'assurer que : la planification du SMQ est réalisée dans le but de satisfaire aux exigences du présent document, ainsi qu'aux objectifs du CRB en matière de qualité; la cohérence du système de management de la qualité est conservée lorsque des modifications de celui-ci sont programmées et mises en œuvre; toute modification intervenant dans le CRB doit être analysée par rapport à son impact potentiel sur le SMQ.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Il n'existe pas de planification actualisée du SMS (la dernière planification (Janv. 2017- Fév. 2018 à la date du 22/06/18)

Risque: Le risque est de ne pas pouvoir piloter ce SMQ de manière efficace et vérifier si un changement au sien du CRB permet de maintenir cette efficacité.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC4:

Rappel de l'exigence (5.5): Responsabilité et autorité, la direction doit s'assurer que les responsabilités et les autorités sont définies et communiqués au sein du CRB afin d'assurer le fonctionnement et l'entretien efficace du système de management de la qualité.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Il y a un organigramme définissant les responsabilités des agents du CRB et leur pourcentage de temps de travail à réaliser les activités du CRB. A ce jour, la direction n'a pas nommé un responsable qualité au sein du CRB. Actuellement, il y a 2 correspondants qualités. Les responsabilités en sont pas clairement définis et formalisées. Les lettres de missions dans le cadre de la réalisation des activités du CRB ne sont pas établis pour le responsable du CRB et les 2 Correspondants qualités (7.2.1).

Risque: Le risque est que si les responsabilités attribuées ne sont pas clairement définies et formalisées, cela peut avoir un impact sur l'implication du personnel et donc sur le fonctionnement du CRB.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC5:

Rappel de l'exigence (5.6.3): Le personnel est soumis au secret professionnel afin de garantir la confidentialité des recherches scientifiques et quand cela est nécessaire la protection de la vie privée des donneurs. Les enregistrements de l'engagement du personnel au secret professionnel doivent être conservés.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Une fiche DT-Qual-008 « Fiche d'accueil sensibilisation à la démarche qualité a été mise en place mais elle n'est pas utilisée. Les agents du CRB n'ont pas signé leur engagement au secret professionnel.

Risque: Le risque est que certains agents du CRB ne soient pas informés des attentes du CRB dans ce domaine.

Les Non-conformités

Processus : Diriger le CRB

NC6:

Rappel de l'exigence (5.7): Revue de direction: 5.7.1 La direction doit, à intervalle programmés, revoir le SMQ pour garantir qu'il demeure pertinent, adéquat et efficace. Cette revue doit comprendre l'évaluation des opportunités d'amélioration et de modification du système de management de la qualité. Les enregistrements des revues doivent être conservés. 5.7.2 Eléments d'entrée de la RDD et 5.7.3 Eléments de sortie de la RDD.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Une revue de direction a été réalisé (compte-rendu du 12/07/18), cependant certains éléments d'entrées et de sorties n'ont pas été réalisées par conséquent n'ont pas pu être notifiées dans ce compte-rendu. La procédure « Revue de direction du 15/02/17 n'a été appliquée. Une fiche de progrès (FP-Management-2018-01) a été ouverte mais l'action à mettre en œuvre n'a pas été clairement définie.

Risque: Le risque est que l'amélioration continue du SMQ soit impactée ne permettant pas une progression efficace des activités du CRB.

Les Non-conformités

Processus : Manager la qualité

NC7:

Rappel de l'exigence (4.2.3): Les documents nécessaires au fonctionnement et à l'amélioration du SMQ doivent être maîtrisés. Une procédure documentée doit être établie pour : f) revoir, mettre à jour si nécessaire et approuver de nouveau les documents.

Constat factuel/Libellé de l'écart : La revue documentaire n'est pas planifiée (4.2.1 e). Plusieurs documents du SMQ ne sont pas révisés et donc ne sont pas actualisés (Déclaration de la politique qualité du 15/02/17 V2, la PR Revue de direction du 15/02/17, la procédure Gestion des audits du 24/02/17 V2,

Risque: Le risque est d'avoir un décalage entre les informations issues de ces documents qualité et le fonctionnement réel du SMQ

Les Non-conformités

Processus : Manager la qualité

NC8:

Rappel de l'exigence (6.1.3) : Le CRB doit mener des audits internes à intervalles planifiés pour déterminer si le système de management de la qualité :

a) Est conforme aux dispositions préétablies, aux exigences du présent document et aux exigences établies par le CRB; b) Est mis en œuvre et entretenu de manière efficace.

Un programme d'audit doit être planifié en tenant compte de l'importance des processus et des domaines à auditer, ainsi que des résultats des audits précédents. Les critères, le champ, la fréquence et les méthodes d'audit doivent être définis. Le choix des auditeurs et la réalisation des audits doivent assurer l'objectivité et l'impartialité du processus audit. Les responsabilités et les exigences pour planifier, mener les audits, rendre compte des résultats et conserver des enregistrements doivent être définies dans une procédure documentée. Les enregistrements des comptes-rendus des audits internes doivent être conservés.

Constat factuel/Libellé de l'écart : Le planification des audits internes est défaillant : un audit interne a été réalisé en 2011 et un seul audit fictif en 2017. Il n'y a pas eu d'audit interne en 2018. Les constats de ces audits ne sont pas prise en compte de manière formelle (pas notifiés dans le plan d'action 2017)

Risque: Le risque est que de ne pas pouvoir réaliser de manière efficace la surveillance des processus et déterminer si le SMQ est conforme aux exigences de la norme et aux exigences établies par le CRB.

Les points d'effort

PS1 : Diriger le CRB - Amélioration 6.4

Il serait judicieux de faire une révision des indicateurs car certains indicateurs ne sont pas suivis (Tableau de bord des indicateurs ENR-Qual-006).

PS2 : Diriger le CRB - Satisfaction des parties intéressées 6.1.2

Les fiches d'enquête de satisfaction sont envoyées aux parties intéressées. Le dernier bilan a été réalisé pour la période de 2016- 2017. Mais il y a une défaillance par rapport au suivi de ces fiches. Il n'y a pas eu d'évaluation depuis 2017.

PS3 : Manager la qualité - 5.4 Planification du SMO

Les deux derniers plans d'actions ne sont pas à jour (plan d'action du 30.05.17 et plan d'action qualité 22.06.18). Le risque est de ne prendre en compte les mises en œuvre de certaines actions prévues par le CRB.

PS4 : Manager la qualité - Amélioration continue 6.4.2/6.43

Le process de signalement est défectueux dans le sens où dans la pratique certains problèmes sont traités mais ne sont pas formalisés à travers la mise en place d'une fiche de progrès. La procédure n'est pas appliquée, exemple: une fiche de progrès (FP-qualité-2018-01) a été ouverte et clôturée mais le problème n'a pas été réglé et il n'y a pas eu l'ouverture d'une 2^{ème} Fiche.

Les axes d'amélioration

PP1 : Diriger le CRB - 5.1 Engagement de la direction

La lettre d'engagement de la Direction CRB PPG date de 2017. Il serait souhaitable que cette lettre soit sur un document à part, qu'elle soit revue et signée par le nouveau directeur du département Bios.

PP2 : Diriger le CRB - Politique qualité du CRB 5.3

La politique qualité du CRB PPG mériterait d'être actualisée et signée par le nouveau responsable du CRB. Par ailleurs, il faudrait qu'elle soit diffusée et affichée.

PP3 : Diriger le CRB - Communication interne - 5.6.3

En 2017, des réunions qualités ont été établies (compte-rendu du 05/01, 14/09, 17/09, 21/09) mais n'ont pas perduré. Il serait judicieux de remettre en place ces réunions d'équipe du CRB incluant les aspects qualités à aborder ce qui permettrait d'améliorer la communication et d'avoir des informations venant du personnel afin de les intégrer dans les éléments d'entrées de la revue de Direction.

PP4: Diriger le CRB - Ecoute client 6.1.2

Les enquêtes de satisfaction sont envoyées au client après l'envoi des commandes de matériel biologique, il serait souhaitable de continuer l'envoi avec l'accusée de réception pour optimiser les retours de ces enquêtes.

PP5: Manager la qualité - Manuel qualité 4.2.2

Le manuel qualité mériterait quelques corrections (par exemple ajout des PS Diriger le CRB et manager la qualité dans le liste des documents).

PP6: Manager la qualité - Maitrise des documents 4.2.3

Il serait souhaitable de mettre en place une programmation et un suivi pour la révisions des documents c'est-à-dire donner la preuve que le document a bien été révisé surtout dans le cas où il y n'a pas eu de modifications à apporter(par exemple noter la date de révision sur le document ou dans un fichier de suivi).

PP7: Manager la qualité - Surveillance et mesure des processus - 6.1.4

Des indicateurs pour les processus « Diriger le CRB » et « Manager la qualité » mériteraient d'être définis afin d'améliorer le pilotage de ces processus. Il existe un tableau de bord des indicateurs (ENR-Qual-006 liste des indicateurs), des indicateurs sont définis pour les processus de réalisation mais certains ne sont pas suivis, il serait judicieux de les actualiser.

Les notes

Note1 :

Le comité de pilotage constitué de l'encadrement du CRB, des départements et des unités de recherches s'est tenue 2018 (Compte-rendu du 1/10/18). Le CRB s'appuie sur cette instance managériale pour définir les stratégies et objectifs à mettre en œuvre et valider le périmètre des collections.

Note2 :

Les points qui n'ont pas été abordés au cours de l'audit:

- La politique d'acceptation, de conservation et de diffusion des ressources biologiques
- La formalisation des exigences des parties intéressées

Note3 :

Dans l'organigramme, le pourcentage de temps des agents est défini mais 7/9 ont moins de 50% de leur temps dédié aux activités du CRB notamment le responsable du CRB qui n'a que 10% de son temps pour piloter le processus « Diriger le CRB » et 25% en tant que gestionnaire de la collection cacaoyers. Le reste du temps est dédié à d'autres responsabilités (notamment à la gestion de la station de Combi à Sinnamary et à la gestion d'autres projets).

Note4 :

Arrivée au sein du CRB PPG d'un étudiant en Master 2 de droit qui aide à résoudre les questions pouvant se poser dans le domaine juridique liées aux ressources biologiques (durée de stage 6 mois).

Note5:

La mise en place des réunions de cadres et des réunions d'équipe devrait permettre d'améliorer la communication interne et de réaliser une sensibilisation régulière à la démarche qualité ce qui pourrait avoir un impact positif sur l'implication du personnel.

Note6:

La formalisation des missions liées aux activités du CRB de tous les agents du CRB devrait permettre de s'assurer de l'implication de chacun au sein du CRB-PT.

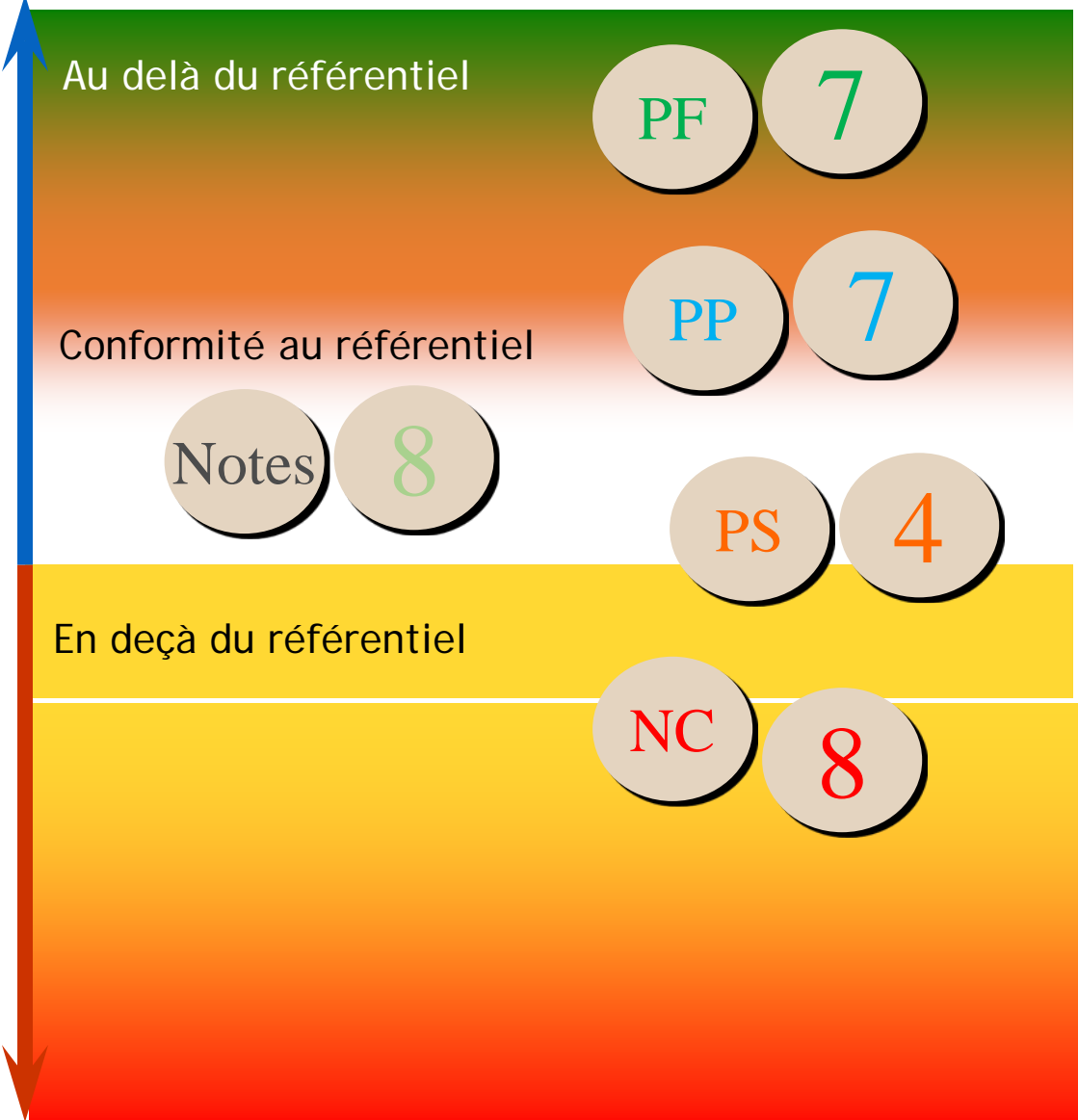
Note7:

Au sein du CRB PPG, il y a 9 processus liées à la gestion des 3 collections (Cacaoyers, caféiers, Hévéa) qui sont prévus dans le périmètre de la certification. La cartographie des processus (PS) opérationnels présente 4/9 processus inactifs (pas d'activités) : 3 PS Recevoir (Cacaoyers, caféiers, Hévéa), PS diffuser (Hévéa). Par ailleurs, la multiplication de plantes pour le PS conserver est peu actif (compléments de plantation ou remplacement) surtout pour la collection d'Hévea (conservation à minima) car pas d'objectifs et stratégies définis.

Note8:

pas encore des travail engagées avec les services supports, il est sera nécessaire de planifier la mise en place et la réalisation des cahiers des charges.

Bilan des constats par type



Bilan:

7 PF - 7 PP - 4 PS - 8 NC

Conclusions générales

Avis du Responsable d'audit

Compte-tenu des résultats de l'audit, des actions sont à définir et à mettre en oeuvre pour traiter les non-conformités, les points sensibles et les axes d'amélioration afin d'améliorer le pilotage des processus « Diriger le CRB » et « Manager la qualité »

Continuer vos actions d'améliorations

Prochaines étapes

Bien travailler sur mise à jour de la documentation, élaborer un plan d'action à mettre en oeuvre, revoir le périmètre de certification par rapport à la collection Hévéa car l'objectif du CRB PPG est d'obtenir la certification avant Février 2020.

Les non-conformités et les points sensibles seront revus au prochain audit.

Continuez vos actions d'amélioration.

Remerciements

A toute l'équipe auditée pour votre implication, votre disponibilité, amabilité ... un grand merci.