Ordre de service d'action

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'AGROALIMENTAIRE
ET DE LA FORÊT

Direction générale de l'alimentation **Sous-direction du pilotage des ressources et des actions transversales** **Bureau du management par la qualité et de la coordination des contrôles** **251 rue de Vaugirard** **75 732 PARIS CEDEX 15** **0149554955**	**Instruction technique** **DGAL/SDPRAT/2015-147** **17/02/2015**

Date de mise en application : Immédiate
Diffusion : Tout public

Cette instruction n'abroge aucune instruction.
Cette instruction ne modifie aucune instruction.
Nombre d'annexes : 4

Objet : Diffusion de la procédure nationale "Réalisation des audits et qualification des auditeurs"

Destinataires d'exécution
DRAAF DAAF - DTAM 975 - DSEAFP 986 DD(CS)PP DGAL

Résumé : La présente instruction porte à la connaissance de l'ensemble de la communauté de travail de l'organisme DGAL, la PN Audit dont les principes doivent être mis en œuvre dans les structures

Cette instruction a pour objet de diffuser la procédure nationale « réalisation des audits et qualification des auditeurs » (PN Audit).
Cette procédure a été fortement remaniée et simplifiée, afin de prendre en considération les évolutions de la démarche de management par la qualité de l'organisme DGAL. Elle s'applique à tous les audits internes de l'organisme DGAL quel qu'en soit le référentiel (audits du SIVEP, RNA, audits techniques, audits de processus …).

Les audits internes de l'organisme DGAL constituent un outil à la disposition des directeurs pour le pilotage des structures.
Ainsi, cette procédure décrit les modalités de programmation de ces audits internes, fondée sur une analyse de risques, ainsi que la façon dont ils sont conduits. Elle définit également les conditions de qualification des auditeurs interne et du maintien de cette qualification.
Ces audits participent au dispositif ministériel de contrôle interne qui vise à assurer la maîtrise des risques liés à la gestion des politiques publiques mises en œuvre par la DGAL.

Le modèle de rapport d'audit, ainsi que la fiche de relevé des non-conformités (qui n'est plus intitulée « fiche d'écart ») et le tableau de suivi sont mis à jour. Ils pourront être directement utilisés ou adaptés par la structure.

Les principes énoncés dans cette procédure doivent être mis en œuvre dans chaque structure, selon les moyens qu'il lui appartient de définir.

Les chargés de mission régionaux animation qualité (CRAQ) pourront vous appuyer dans la mise en œuvre de cette instruction.

Toutes vos remarques peuvent utilement être communiquées en retour par l'intermédiaire des responsables qualité locaux (RQL) et des CRAQ, sur la boîte institutionnelle « assurance-qualité.dgal@agriculture.gouv.fr »

Le Directeur Général de l'Alimentation

Patrick DEHAUMONT

Annexes :
- PN Audit
- modèle de rapport d'audit
- modèle de fiche de non-conformité
- modèle de tableau des non-conformités

SOMMAIRE

1.Objet....2

2.Domaine d'application....2

3.Définitions....2

4.Programmation et planification des audits....3

4.1. Programme d'audit....3
4.2. Planification des audits....3

5.Modalités pratiques de conduite d'audit....4

5.1. Préparation de l'audit....4
5.2. Déroulement de l'audit....4
5.3. Constats d'audit....4
5.4. Après l'audit....5

6.Suites de l'audit et clôture des écarts....5

7.Exploitation et revue du système....5

8.Les auditeurs....5

8.1. L'équipe d'audit....5
8.2. Modalités de qualification des auditeurs....6

9. Références....6

10.Éléments associés....6

10.1. Documents....6
10.2. Enregistrements....6

11. Glossaire....6

1. Objet

L'objet de cette procédure est de définir les modalités de programmation des audits internes au sein de l'organisme DGAL, de décrire les étapes de réalisation de ces audits ainsi que les modalités de qualification et de maintien des compétences des auditeurs.
L'ensemble de ces activités d'audit constitue le système d'audit interne de l'organisme DGAL.

2. Domaine d'application

Le présent document s'applique à tous les audits internes de l'organisme DGAL.

3. Définitions

Les définitions marquées d'une * sont celles de la norme NF EN ISO 19011 : 2012

- **Audit* :** processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des **preuves d'audit** et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les **critères d'audit** sont satisfaits. L'audit peut comprendre une observation en situation réelle.

[examen méthodique et indépendant visant à déterminer si les activités et les résultats y afférents satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et permettent d'atteindre les objectifs (Règlement (CE) n°882/2004 du 29/04/2004)].

- **Référentiel d'audit*** : ensemble des politiques, procédures ou exigences utilisées comme références vis-à-vis desquelles les preuves d'audit sont comparées.

- **Constats d'audit*** : résultats de l'évaluation des preuves d'audit par rapport aux critères d'audit.

Les constats indiquent la conformité ou la non conformité.
Ils peuvent conduire à l'identification de conformités dont des points forts (bonnes pratiques), d'axes d'amélioration (pistes de progrès), de points sensibles ou de non conformités.

- **Conformité* :** satisfaction d'une exigence. A contrario, la non satisfaction d'une exigence est qualifiée de non conformité.

- **Conclusions d'audit*** : résultats d'un audit après avoir pris en considération les objectifs de l'audit et tous les constats d'audit.

- **Champ de l'audit*** : étendue et limites d'un audit.

Il s'agit de définir pour chaque audit les lieux, les structures, les activités et les processus concernés, ainsi que la durée prévue.

- **Plan d'audit*** : description des activités et des dispositions nécessaires pour réaliser un audit.

- **Programme d'audit* :** dispositions relatives à un ensemble d'un ou plusieurs audits planifiés pour une durée spécifique et dirigé dans un but spécifique.

- **Auditeur*:** personne qui réalise un audit. Elle possède les connaissances et aptitudes spécifiques à la discipline et au secteur approprié.

- **Responsable de l'équipe d'audit (REA) :** auditeur nommé au sein de l'équipe d'audit, qui assume la responsabilité des activités d'audit, coordonne les interventions des différents auditeurs et la gestion des différentes phases du déroulement de l'audit.

- **Auditeur technique :** auditeur disposant d'une compétence technique spécifique reconnue.

- **« Sachant technique » (expert au sens de la Norme ISO 19011)** : personne apportant à l'équipe d'audit des connaissances ou une expertise spécifiques. Au sein de l'équipe d'audit, il n'agit pas en tant qu'auditeur.

- **Auditeur « junior » :** auditeur en cours de formation ; il peut participer à l'audit et se voir confier par le REA le même type de missions que les auditeurs qualifiés, en intervenant toujours sous le contrôle du REA ou d'un auditeur qualifié.

- **Observateur * :** personne qui accompagne l'équipe d'audit mais ne réalise pas d'audit. Sa participation à l'audit doit faire l'objet d'un accord préalable entre les parties après définition de l'objet de sa participation.

- **Dirigeant :** le terme de dirigeant sans autre précision désigne dans ce document les dirigeants généraux locaux, régionaux, ultra-marins et national et les dirigeants techniques locaux et nationaux.

4. Programmation et planification des audits

4.1. Programme d'audit

Le programme d'audit consiste à déterminer le nombre d'audits internes qui seront conduits par type d'audit dans chaque structure ou ensemble de structures au cours de l'année à venir ainsi que l'objet, les objectifs et thématiques retenus. Il est défini annuellement par le dirigeant de chaque structure et par le pilote de chaque processus en prenant en compte :
- une analyse de risque formalisée et avec des critères définis
- les objectifs nationaux et locaux
- les exigences du règlement (CE) 882/2004 pour ce qui concerne l'inspection.

L'analyse de risque, effectuée par le dirigeant prend en compte des critères relatifs :
- aux équipes : modifications de l'encadrement, mobilité des agents …
- à la structure : modifications organisationnelles, moyens …
- aux méthodes : évolution de la réglementation, missions nouvelles …
- au bilan des dysfonctionnements : constats d'audits, réclamations, recours, non atteinte des objectifs, ...

Cette analyse de risque est revue annuellement et elle est enregistrée.
Pour ce qui concerne l'audit de l'activité d'inspection, néanmoins des exigences minimales sont imposées permettant de répondre aux exigences du règlement communautaire R 882/2004 et résumées comme suit :

Structure concernée	Période de référence	Minimum attendu
- DD(CS)PP, DRAAF ou DAAF, DGAL - chaque site secondaire : antenne, abattoir*, poste d'inspection frontalier.	5 ans	Audit de l''ensemble des exigences relatives aux contrôles officiels effectués par les États membres mentionnées dans le règlement 882/2004. [impartialité, confidentialité, programmation, inspection et rapports, gestion des compétences, gestion des ressources matérielles..]
		Audit portant sur les domaines techniques suivants : - Santé et protection animales - Sécurité sanitaire des aliments - Santé et protection végétales - Export

* Seuls les abattoirs soumis à une inspection permanente sont considérés comme sites secondaires.
Le programme d'audit est porté à la connaissance des agents de chaque structure concernée par le dirigeant..

4.2. Planification des audits

La planification des audits consiste à définir pour chaque audit programmé, le champ, la durée et la composition de l'équipe d'audit, le besoin éventuel de faire appel à un « sachant technique » ainsi que la ou les dates prévues de réalisation.
Elle s'effectue, sauf cas exceptionnel (audit inopiné …) au moins 3 mois avant la date prévue en concertation entre le dirigeant général de la structure auditée et le REA et, selon les cas, le RQN, le CRAQ, le responsable du réseau des RNA ou le SIVEP, le dirigeant technique national.

Les audits de processus sont planifiés par le pilote, en concertation avec les structures concernées et l'équipe d'audit retenue.

5. Modalités pratiques de conduite d'audit

5.1. Préparation de l'audit

Au moins un mois avant le déroulement de l'audit, le REA prend contact avec la structure concernée pour définir les modalités pratiques de réalisation de l'audit (dates de réalisation, champ, objectifs, plan d'audit ...).
Le REA peut demander au responsable de la structure auditée de lui communiquer tous les documents nécessaires à la préparation de l'audit.

5.2. Déroulement de l'audit

L'audit débute par une réunion d'ouverture au cours de laquelle l'équipe d'auditeurs se présente, rappelle l'objet, l'objectif de l'audit et son champ, informe les audités des suites pouvant être données aux constats et valide avec les audités le plan d'audit. Elle permet d'échanger toute information utile au bon déroulement de l'audit.
En matière d'audit de l'activité d'inspection, des observations d'inspections sur site (OISS) peuvent être conduites durant l'audit : l'équipe d'audit accompagne l'inspecteur en situation réelle d'inspection et évalue ses pratiques d'inspection (conduite de l'inspection, respect des méthodes, etc..).

À l'issue de l'audit, et après une phase de concertation laissée à l'équipe d'audit, se tient une réunion de clôture au cours de laquelle les auditeurs exposent une synthèse des constats en termes de non-conformités et de points sensibles, mais aussi en termes de conformité et de bonnes pratiques. La réunion de clôture est ouverte à la discussion et au débat contradictoire. Elle vise à obtenir un consensus sur les conclusions. Dans le cas contraire, les divergences sont relevées et consignées par écrit. L'audit fait l'objet d'un procès verbal annexé au rapport.

5.3. Constats d'audit

Parmi les conformités relevées, les bonnes pratiques mutualisables ou les points particulièrement positifs constituent des **points forts**.
Des **axes d'amélioration** peuvent en outre être identifiés par l'auditeur (pistes de progrès : simplification par exemple).

Un **point sensible** est un constat qui, sans être une non-conformité, met en évidence un risque de dérive dans le déroulement des activités de la structure ou du fonctionnement du processus, qu'il convient de traiter pour éviter l'apparition de dysfonctionnements avérés.

Une **non-conformité** est, selon les cas, considérée comme majeure ou mineure.

Ce classement est apprécié, pour chaque non-conformité, en fonction des conséquences avérées ou potentielles, du risque induit, du caractère ponctuel ou répété, de son identification éventuelle lors d'un audit précédent.

Une non-conformité est considérée comme majeure si elle compromet la mise en œuvre du processus, ou lorsqu'elle peut entraîner en cas de persistance un impact grave concernant :

- la santé publique, animale ou végétale ;
- l'application des réglementations nationale ou européenne;
- le fonctionnement de l'organisme DGAL;
- les objectifs ou le système de management de la DGAL;
- la santé et la sécurité des agents de l'organisme DGAL;
- des restrictions à l'exportation;

Le caractère majeur de la non conformité peut par ailleurs être apprécié en fonction de l'analyse de risque conduite par la structure auditée pour l'établissement du programme d'audit.

5.4. Après l'audit

Le rapport provisoire d'audit est transmis dans un délai d'un mois après la fin de l'audit. Les non-conformités peuvent, en accord avec la structure auditée, être rédigées soit sur un tableau des non-conformités soit sur des fiches de non-conformités. La structure auditée transmet au REA dans un délai d'un mois suivant la

réception de ce projet son plan d'action constat par constat et ses éventuels commentaires : les non-conformités doivent être traitées ainsi que, dans la mesure du possible, les points sensibles ; les axes d'amélioration doivent être étudiés.

En cas d'accord sur les commentaires de la structure auditée, le REA modifie en conséquence le rapport d'audit. Dans le cas contraire, ou lorsque des éléments complémentaires sont apportés par la structure ils sont retranscrits intégralement dans le rapport d'audit.
Le plan d'action est élaboré par la structure auditée après une analyse approfondie et formalisée des causes ayant conduit à la non-conformité, conformément à la procédure nationale traitement des dysfonctionnements.
Le REA s'assure que toutes les non-conformités ont été prises en considération par la structure et que les actions et les délais sont pertinents. De nouveaux échanges peuvent avoir lieu entre audités et REA à cette occasion.
Le REA valide le rapport et le transmet à la structure auditée dans un délai de 3 mois après la fin de l'audit, et selon le champ de l'audit, au pilote du processus, au CRAQ de la région de la structure auditée, au RQN et au bureau technique concerné. Pour l'ensemble des audits réalisés au sein de l'organisme DGAL, le RQN a accès au relever des constats via le système d'information.
Lorsque des constats concernent l'administration centrale, le responsable de la structure auditée en informe le RQN qui veille à ce que les actions à conduire soient intégrées au plan d'action de la DGAL.
Chaque échelon destinataire du rapport d'audit (dirigeant, pilote de processus, RQN ...) a la responsabilité d'analyser et de prendre en compte les conclusions de l'audit pour faire évoluer le système et les processus le cas échéant : les actions à conduire viennent alimenter le plan d'actions de chaque structure concernée.

6. Suites de l'audit et clôture des écarts

Chaque dirigeant de structure est responsable de la mise en œuvre du plan d'action, qui comprend le traitement des non-conformités ou écarts, des points sensibles et des axes d'amélioration (pistes de progrès) et dont le suivi est assuré par le RQL. Le CRAQ peut apporter son expertise dans l'élaboration et le suivi des plans d'actions. Un bilan régulier est effectué en instance de pilotage (CODIR …), pour en vérifier l'efficacité, ce qui peut conduire à des modifications du plan d'action.
Le suivi des audits internes est assuré via le programme de référence SPR26 de SIGAL « Pilotage du management par la qualité ».
La clôture des écarts est réalisée par vérification documentaire par le REA et/ou si nécessaire lors d'un audit ultérieur.

7. Exploitation et revue du système

La programmation des audits, l'analyse de risque sur laquelle elle se fonde, les résultats d'audit, le suivi du plan d'action et de son efficacité constituent des données d'entrée de la revue de direction de chaque structure et de la revue de processus pour les audits de processus.
La revue du système d'audit est réalisée lors de la revue de direction nationale qui permet de faire le point sur les dispositions mises en œuvre : état des programmations locales, prise en compte des objectifs nationaux et locaux, résultats des audits (incluant les audits externes) et suivi des non conformités.

8. Les auditeurs

8.1. L'équipe d'audit

Un audit peut être réalisé par un seul auditeur ou par une équipe d'auditeurs éventuellement accompagnés de sachants techniques, auditeurs juniors et observateurs. Le dirigeant de la structure concernée ou le pilote du processus sollicitent selon les cas le RQN (par délégation, le CRAQ de la région), le responsable du réseau des RNA ou le chef du SIVEP pour la désignation du REA (ou RA s'il intervient seul).
Le REA est un auditeur qui possède une expérience reconnue de la conduite d'audit et une aptitude particulière pour coordonner l'intervention de l'équipe d'audit. Le REA peut solliciter, selon le champ de l'audit, un autre auditeur, un auditeur technique, un "sachant" technique afin de constituer l'équipe d'audit. Il consulte pour ce faire la liste des auditeurs sur le site *ftp.agriculture.gouv.fr* ou s'adresse pour cela au RQN.

Les auditeurs techniques sont désignés en fonction de leurs compétences techniques selon le champ de l'audit et en fonction de leur disponibilité, notamment géographique.
Un ou plusieurs observateurs (en pratique, pas plus de deux) peuvent accompagner l'équipe d'audit sur accord de l'ensemble des parties, sans qu'ils puissent intervenir pendant le déroulement de l'audit excepté sur sollicitation du REA.

Un examen, attentif des risques de conflits d'intérêt est réalisé lors du choix du responsable et de l'équipe d'audit devant intervenir dans une structure ou pour l'audit d'un processus donné afin d'éviter tout risque de perte d'impartialité lors de la conduite de l'audit.
Le dirigeant de la structure auditée peut récuser un auditeur, sur demande motivée auprès du RQN, du responsable du réseau des RNA, du chef du SIVEP ou du chef de bureau concerné. Ceci n'est possible qu'une fois pour un même audit.

Les réclamations relatives aux auditeurs sont traitées par le RQN

8.2. Modalités de qualification des auditeurs

La qualification d'auditeur repose sur un parcours qualifiant défini pour chaque type d'auditeur. Elle est délivrée et maintenue, selon les cas par le RQN, le responsable du réseau des référents nationaux en abattoir (RNA), le SIVEP (Service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire aux frontières) ou le chef de bureau de la DGAL compétent pour l'audit technique concerné, qui tiennent à jour, chacun pour ce qui les concerne la liste des auditeurs qualifiés.
Le responsable d'une équipe d'audit doit avoir conduit en complète autonomie les différentes étapes de l'audit sous la tutelle d'un responsable d'audit qualifié.

A minima cependant, chaque auditeur doit avoir suivi une formation théorique à l'audit et une période de tutorat au cours de laquelle il accompagne un auditeur qualifié pendant au moins deux audits.

La compétence d'auditeur est maintenue par la pratique régulière d'audits (au moins un audit annuel) et pour un REA la réalisation de toutes les étapes (décrites au point **5.**) d'un audit au moins une fois par an.

9. Références

- Règlement (CE) no 882/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux
- Manuel Qualité National
- Norme EN ISO 19011 : 2012-01

10. Éléments associés

10.1. Documents

- Modèle de rapport d'audit
- Fiche de non-conformité ou tableau des non-conformités
- Formulaire de dossier de candidature/qualification d'un auditeur interne
- Référentiels d'audit
- Guide de l'auditeur
- Formulaire de fiche d'appréciation d'auditeur junior
- Liste à jour des auditeurs avec leurs compétences

10.2. Enregistrements

- Programmation des audits
- Analyse de risque
- Rapport d'audit
- Plan d'action et preuves associées (réalisation et vérification de l'efficacité)

11. Glossaire

RA Responsable d'audit

REA Responsable de l'équipe d'audit

RNA Référent national abattoirs

SIVEP Service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire aux frontières

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE-L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT
Direction générale de l'Alimentation
(compléter éventuellement par le nom du service et ou bureau)

RAPPORT D'AUDIT N°

CONFIDENTIEL

Nom de la structure auditée:

Dates de l'audit :

Champ de l'audit :*(référentiel voir en page 2)*

LIEUX OU SITES	DATES	DOMAINE OU ACTIVITÉ (S) EVALUE(ES)

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE D'AUDIT		
NOM	QUALIFICATION- DOMAINES DE COMPÉTENCES DES AUDITEURS	DURÉE OU DATE

REA : responsable de l'équipe d audit AJ : auditeur junior
AT : auditeur technique OB : observateur ST : sachant technique

Diffusion du rapport :

Date et visa du responsable de l'équipe d'audit :

Le

Original signé

Prénom – Nom

RÉFÉRENTIEL

(Lister les textes du référentiel d'audit)

Table des matières

RÉFÉRENTIEL....2
CONTEXTE DE L'AUDIT – RAPPEL DES OBJECTIFS....3
CONCLUSION....3
CONSTATS ET CONCLUSIONS D'AUDIT....4
ÉCARTS RELEVÉS DURANT L'AUDIT....6
SUIVI DES ÉCARTS DES AUDITS PRÉCÉDENTS non soldés....6
FICHE D'OBSERVATION D'INSPECTION SUR SITE....7
PROCES-VERBAL DE CLOTURE....8
PRINCIPAUX DOCUMENTS ET RAPPORTS EXAMINES....9
PERSONNES RENCONTREES....10

CONTEXTE DE L'AUDIT – RAPPEL DES OBJECTIFS

(rappeler les objectifs de l'audit. Préciser aussi les conditions de déroulement si cela apporte une information intéressante)

CONCLUSION

Écrire une conclusion sur l'audit en lien avec les objectifs fixés
Éventuellement, préciser les points de vigilance pour un prochain audit.

CONSTATS ET CONCLUSIONS D'AUDIT

Format libre;
doivent y apparaître organisées par thème, les observations faites pendant l'audit ,avec les constats(conclusions en comparant les preuves d''audit avec le référentiel).
Ces constats pouvant être :*(ces définitions peuvent figurer en préalable du rapport)*

- des conformités parmi lesquelles il peut être identifié :
  - des points forts (bonnes pratiques)
  - des axes d'amélioration : pratiques qui tout en étant conformes pourraient être améliorées (efficience)
- des points sensibles
- des non conformités :
  - non conformités majeures
  - non conformités mineures

exemple 1 de présentation :

Thème	Observations	Constats d'audit
Gestion des compétences	Blablabla	Conformités :(préciser les points forts identifiés ou les axes d'amélioration)
		Non conformités:*(préciser points sensibles ou non conformités)* *Ex :* *Non conformité majeure au PQN gestion des compétences :* *blablabla* *Point sensible:* *blabla bla*

Exemple 2 de présentation :

1. Gestion des compétences

texte- texte -texte
texte- texte -texte
texte- texte -texte

Constats d'audit :

Point fort: XXXXXXXXXX

Non -Conformité majeure à la PN gestion des qualifications :
xxxxxxx

ÉCARTS RELEVÉS DURANT L'AUDIT

Cf. tableau ou fiches d'écarts joint(es) au présent rapport

SUIVI DES ÉCARTS DES AUDITS PRÉCÉDENTS non soldés

Date de l'écart	N° écart	criticité	Constats initiaux	Réalisation du plan d'action	Vérification de l'efficacité par la structure (date et/ou résultat)	vérification par l'auditeur	Clôture de l'écart
jj/mm/aa							

RAPPORT D'AUDIT N° **DRAAF/DAAF/DD(CS)PP** **Le**
SIGAL :

FICHE D'OBSERVATION D'INSPECTION SUR SITE

Domaine :(domaine de compétence de l'auditeur ou du sachant technique)
INSPECTEURS : **Inspecteur :** **Site de rattachement**
Nom et qualité des autres personnes présentes
Inspection : **domaine du référentiel (intitulé ou code)** **type d'établissement :** **Lieu :** Durée totale de l'inspection :
Observation : **Durée de présence sur site :** **Documents mis a disposition :**
Description des phases de l'inspection ayant été observées :
Constats **(organisation, adéquation et utilisation des méthodologies/procédures/instructions, utilisation des équipements de mesure et e.p.i., …)**
Commentaires de l'organisme **(Inspecteur, représentant fonctionnel)**

Date et visa de l'auditeur technique (*) :	Date et visa de l'inspecteur :
Original signé	*Original signé*

(*) si la page est dactylographiée, indiquer original signé

PROCES-VERBAL DE CLOTURE

NOMBRE DE NON-CONFORMITÉ (S) IDENTIFIÉS	
majeures ☐	mineures ☐

COMMENTAIRES DE FIN D'AUDIT DE L'ORGANISME
(Déroulement de l'audit, réunion de clôture, accord sur les écarts...)

Date	Visa du Responsable d'audit	Visa du Représentant de l'Organisme(*)
Le	*Original signé*	*Original signé*

(*) si la page est dactylographiée, indiquer original signé

CONFIDENTIEL

PRINCIPAUX DOCUMENTS ET RAPPORTS EXAMINES

Auditeur : **Domaine(s) :**

SITE	TITRE	RÉFÉRENCE OU DATE

Nota : une liste de documents fournie par l'organisme et annotée par l'auditeur peut être jointe en complément ou en remplacement du présent folio

PERSONNES RENCONTREES

Date :

PRÉNOM – NOM	FONCTION – SERVICE	Visa	Réunion d' ouverture	Entretien	Réunion de clôture

FICHE DE NON CONFORMITÉ N° ☐ **MAJEURE** ☐ **MINEURE**

RESPONSABLE D'AUDIT

LIEU(X) DE CONSTAT :

NON CONFORMITÉ AUX DISPOSITIONS DE [(1)] :

(1) Indiquer au regard de quel référentiel (norme, instruction,document national,texte réglementaire etc.) porte la non conformité

Constat(s) :

Conséquence avérée ou risque induit pour la structure**:**

RESPONSABLE D'AUDIT :	DATE :	SIGNATURE* :

ORGANISME

ANALYSE DES CAUSES:

PLAN D'ACTION(S) DÉCIDÉ

Actions	type *	Responsable	Délais (mm/aa)

**préciser le cas échéant correctif, curatif ou préventif*

REPRÉSENTANT DE L'ORGANISME :	DATE :	SIGNATURE* :

AUDITEUR

PERTINENCE DU PLAN D'ACTIONS **OUI** ☐ **NON** ☐

COMMENTAIRES:

RESPONSABLE D'AUDIT :	DATE :	SIGNATURE* :

ORGANISME

Examen de la mise en œuvre et de l'efficacité du plan d'actions

MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION ? **OUI** ☐ ***DATE* :** **NON** ☐

EXAMEN DE L'EFFICACITÉ : **DATE :** **SATISFAISANTE** ☐ **NON SATISFAISANTE** ☐ **(NON-APPLICABLE)** ☐

SI NON SATISFAISANT : COMMENTAIRES (MODIFICATIONS ÉVENTUELLES DU PLAN D'ACTION) :

EXAMEN DE L'EFFICACITÉ : **DATE :** **SATISFAISANTE** ☐ **NON SATISFAISANTE** ☐

REPRÉSENTANT DE L'ORGANISME :	DATE :	SIGNATURE* :

AUDITEUR

VÉRIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DE L'EFFICACITÉ DU PLAN D'ACTIONS SATISFAISANTE ☐ NON SATISFAISANTE ☐

CLÔTURE DE LA NON CONFORMITÉ **OUI** ☐ **NON** ☐

COMMENTAIRES ÉVENTUELS :

Cf. nouvelle fiche de non conformité N°

RESPONSABLE D'AUDIT:	DATE :	SIGNATURE* :

	annexe au rapport d'audit n°		Tableau des non conformités DDCSPP XX/DRAAF-SRALXX/SALIM/DAAFXX identifiées lors de l'audit du WWWW										colonnes pouvant être utilisée par la structure si elle souhaite utiliser le document pour la gestion des non conformités				
N° Non conformité	Criticité	référentiel	Constat(s)	Conséquence / Risque induit	Analyse des causes	Actions décidées pour maîtriser la situation	Responsable	Curatif	Correctif	Préventif	Date cible	pertinence	réalisation du plan d'action	date	vérification de l'efficacité	date	conclusion
								X									

à remplir par l'auditeur

Ce tableau peut aussi être utilisé pour la gestion des points sensibles

à remplir par la structure

version projet du 26/01/15