1. OBJET & FINALITE

Cette procédure définit les dispositions prises par l'INP-ENSIACET afin de :

- planifier les audits internes ;
- réaliser les audits internes ;
- diffuser les résultats des audits internes.

Elle concerne en premier lieu les dysfonctionnements relatifs au déroulement des activités mais doit également être mise en œuvre pour traiter les dysfonctionnements entre processus.

Le traitement des actions d'amélioration, correctives ou préventives issues des constats d'audit se fait selon la procédure "Gestion des non-conformités".

2. DOMAINE D'APPLICATION

Le domaine d'application est l'ensemble des processus couverts par le Système de Management de la Qualité (SMQ) de l'INP-ENSIACET.
La responsable de l'activité d'audit interne est la responsable SMQ.

3. SUIVI VERSION

Version	Modifications
1	Version initiale. Modification complète de l'ancienne procédure intitulée Procédure_SMQ_Audit. Introduction de la notion de pertinence de l'analyse des risques.
1.1	Mise à jour logo, outil Redmine (en remplacement de SYMA²), lien vers page Mercure. Mise à jour des 4 niveaux de maturité dans les conclusions des rapports d'audit interne.

4. RESPONSABLES

	Nom	Date
Auteur	Ludivine LAVAL Responsable Qualité, Env. & Pilotage Toulouse INP	28/11/2024
Validateur	Cédric BRANDAM Directeur Adj. Toulouse INP-ENSIACET	28/11/2024

5. LISTE DE DIFFUSION

Ensemble des acteurs de l'INP-ENSIACET.

6. PRINCIPAUX DOCUMENTS ASSOCIES

Les outils/documents ci-dessous sont à leur dernière édition :

Titre	Lieu / Archivage
Redmine (outil de suivi des plans d'actions)	https://gestion-projets.inp-toulouse.fr
Rapports d'audit interne	Serveur Qualite/SMQ/Audit
Procédure Gestion des non-conformités	Procedure_Gestion_NC_vx.x.doc https://mercure.inp-toulouse.fr/fr/mon-etablissement/toulouse-inp-ensiacet/la-qualite-a-l-a7.html

SOMMAIRE

I. GLOSSAIRE 3

II. PLANIFICATION ET REALISATION DES AUDITS INTERNES 3

1. Formation des auditeurs internes 3
2. Planification des audits internes 3
3. Elaboration du planning d'audit et préparation de l'audit 3
4. Validation du planning d'audit 4
5. Réalisation de l'audit 4
6. Formaliser un retour sur les constats d'audit 4
7. Rédaction et diffusion du rapport d'audit 4

I. GLOSSAIRE

Rappel des définitions de l'ISO 9000:2015 :
Non-conformité (NC) ou **écart** (EC) : non-satisfaction d'une exigence de la norme.

Point fort (PF) : Elément d'efficacité pouvant servir d'exemple à d'autres entités.

Point sensible (PS) : Aspect négatif de l'entité auditée.

Piste de progrès (PP) : Proposition d'amélioration faite à l'entité auditée, bien qu'aucune exigence ne soit enfreinte.

Amélioration : activité menée pour améliorer les performances.

Risque : effet de l'incertitude.

Redmine : outil de suivi des actions.

II. PLANIFICATION ET REALISATION DES AUDITS INTERNES

L'audit interne est planifié pour fournir des informations permettant de déterminer si le SMQ est conforme aux exigences de la norme ISO 9001:2015 et si ce dernier est efficacement mis en œuvre. Sur un cycle de 3 ans, l'ensemble des processus doivent avoir été audités.

1. Formation des auditeurs internes

Un auditeur interne est une personne ayant la compétence et les connaissances pour effectuer les audits internes. Cette personne devra avoir suivi une formation d'auditeur interne (via un organisme extérieur ou réalisée par la Responsable Qualité) et devra maîtriser les exigences de la norme ISO 9001:2015.
La liste des auditeurs habilités est mise à jour annuellement en fonction des formations. Elle est disponible auprès du pôle qualité du Service d'Appui au Pilotage et à la Stratégie (SAPS).

2. Planification des audits internes

La Responsable Qualité établit une planification sur 3 ans des services qui devront être audités. Tous les processus de l'école devront être audités au moins une fois sur cette période de 3 ans.
Les services sont informés lors des CODIR-Services et/ou lors des Revue de processus (Réunion Direction/services) des périodes d'audit.

3. Elaboration du planning d'audit et préparation de l'audit

Le planning d'audit est discuté entre la Responsable Qualité et le ou les auditeurs internes (équipe d'auditeurs internes). Ponctuellement, l'audit interne peut être réalisé directement par la Responsable Qualité.
Le choix des auditeurs internes et la réalisation des audits assurent l'objectivité et l'impartialité du processus d'audit. Les auditeurs ne peuvent donc pas auditer leur propre travail.

Dans tous les cas, le planning d'audit devra être en accord avec les agendas de chacun.

Le contenu de l'audit (programme d'audit) est planifié en tenant compte de l'état et de l'importance des processus et des domaines à auditer, ainsi que des résultats des audits précédents. Les documents permettant d'établir le programme d'audit sont fournis avant l'audit interne aux auditeurs et sont notamment :

- l'organigramme de l'entitée auditée ;
- le compte-rendu de la dernière Revue de direction ;
- le dernier rapport d'audit de certification réalisé par un organisme extérieur ;
- le dernier rapport d'audit interne ;
- la ou les fiches processus ;
- la ou les procédures si elles sont formalisées ;
- les documents de suivi des anomalies (outil Redmine).

La préparation de l'audit est placée sous la responsabilité de l'auditeur interne, selon les objectifs fournis par la Responsable Qualité et/ou la Direction et/ou le Pilote du processus.
Les auditeurs doivent prendre le soin :

- d'analyser la documentation correspondante (rapports précédents, non-conformité en cours, …) ;
- d'avertir les audités, en précisant le périmètre et les objectifs ;
- d'organiser la réunion d'ouverture ;
- de planifier si possible une réunion de clôture qui doit intervenir à la fin de l'audit (ou à minima un retour à chaud des constats d'audit).

4. Validation du planning d'audit

La Responsable Qualité ou l'équipe d'auditeurs internes communique le planning à l'ensemble des acteurs audités. Ce planning est alors validé par chaque pilote de processus avec son équipe. L'information du planning d'audit se fait par mail.

5. Réalisation de l'audit

Au début de chaque audit, une présentation des objectifs et du déroulement de l'audit est faite. L'auditeur est chargé :

- d'interviewer les audités ;
- de recueillir les preuves tangibles ;
- de comparer l'existant au référentiel ;
- de prendre des notes exploitables.

6. Formaliser un retour sur les constats d'audit

A l'issue de l'audit interne, le ou les auditeurs internes doivent informer l'équipe auditée des constats basés sur les informations recueillies lors de l'entretien.
Ces constats sont présentés au travers de la liste des Non-Conformité (NC), des Points Forts (PF), des Pistes de Progrès (PP), des Points sensibles (PS) (cf. glossaire ci-dessus).
L'auditeur peut soit formalisé un rapport provisoire, soit simplement au cours de la réunion de clôture (ou à défaut à la fin de chaque entretien) faire part de ses constats.

L'objet de la réunion de clôture est de :

- présenter à l'ensemble des audités, à leur responsable, aux pilotes, l'ensemble des points forts et des domaines à améliorer mis en évidence lors de l'audit, et qui sont décrits dans le rapport provisoire ;
- obtenir l'accord sur ces conclusions.

7. Rédaction et diffusion du rapport d'audit

Le rapport d'audit final doit être rédigé à l'issue de la réunion de clôture par le ou les auditeurs internes. Il mentionne les constats pour chaque processus, une conclusion générale ainsi qu'un niveau de maturité de chaque processus.
Quatre degrés de maturité du SMQ ont été retenus :

- **Niveau 1 – Aléatoire** : La synthèse des constats montre que le processus n'est pas clairement défini, il n'y a pas d'identification des risques, ni d'indicateurs d'activité, et aucune action d'amélioration n'est formalisée.
- **Niveau 2 - Défini** : La synthèse des constats montre que le processus est défini et documenté. Il existe des informations documentées (procédures, modes opératoires, etc.), il est à noter une adéquation des profils aux postes, les risques sont définis par expérience, les indicateurs sont suivis, des actions d'amélioration sont formalisées.
- **Niveau 3 - Efficace** : Les résultats du processus sont conformes aux attentes des usagers, la documentation est facilement accessible et maîtrisée par tous les acteurs du processus, l'équipe a mis en place un système de suivi/maintien et évaluation des compétences, l'évaluation des risques donne lieu à la mise en œuvre d'actions, prise en compte de la satisfaction des usagers, les objectifs sont atteints, l'équipe mesure l'efficacité des actions d'amélioration.
- **Niveau 4 – Optimisé** : Le processus est amélioré régulièrement en optimisant les ressources, le système documentaire est optimisé, un système de développement des compétences et de maintien du savoir est mis en œuvre, la maîtrise des risques et les indicateurs sont revus régulièrement, les objectifs sont dépassés, la démarche d'amélioration continue est permanente par les acteurs du processus.

La Responsable Qualité peut ensuite intégrer les Non-conformités (NC), les Pistes de Progrès (PP) et/ou les Points sensibles (PS) dans l'outil Redmine afin de pouvoir effectuer le suivi des actions notamment dans le cadre des Revue de processus (Réunions Direction/services) et de la Revue de Direction annuelle.

Si l'anomalie ou l'amélioration font l'objet d'une correction immédiate, l'élément n'est pas intégré dans l'outil Redmine. De même si la piste de progrès n'est pas jugée pertinente par l'équipe, elle peut ne pas figurer dans l'outil Redmine.

L'audit interne ISO 9001:2015 donne lieu à un compte-rendu qui est diffusé par mail aux personnes audités et aux membres de la Direction. Ce rapport est également disponible sur le serveur Qualité et sur le site Intranet de l'INP-ENSIACET (seule les rapports d'audits internes de l'année N-1 sont mis à disposition sur Mercure).