



# RAPPORT D'AUDIT

**CIRAD- département Systèmes Biologiques**

**Référentiel : Phase**

**ISO 9001 2015 : Initial**

**Date de début d'audit : 28/10/2020**

**Référence : 4202697**

**VOTRE RESPONSABLE  
D'AUDIT**

CHERDO Eric

Téléphone : 05 61 75 42 82

E-mail : [cherdoe@gmail.com](mailto:cherdoe@gmail.com)

**VOTRE CHARGÉ(E)  
DE CLIENTÈLE**

ATAH Alexandrie

Téléphone : 01 41 62 60 62

E-mail : [alexandrie.atah@afnor.org](mailto:alexandrie.atah@afnor.org)

# SOMMAIRE

I.	Conclusions générales de l'audit - Synthèses Forces et Faiblesses....	page 3
II.	Constats.....	page 12
III.	Non-conformités.....	page 18
IV.	Revue préparatoire et plan d'audit.....	page 34
V.	Procès-verbal de clôture.....	page 38

# ORGANISME AUDITÉ

<b>NOM</b>	CIRAD- département Systèmes Biologiques
<b>ADRESSE DU SIÈGE</b>	CAMPUS AGRONOMIQUE DE KOUROU BP 701 97387 KOUROU CEDEX
<b>CONTACT PRINCIPAL</b>	BOCCARA MICHEL
<b>TÉLÉPHONE</b>	05 94 32 73 52
<b>E-MAIL</b>	michel.boccaro@cirad.fr

## ABRÉVIATIONS

<b>SM</b>	Système de Management	<b>RA</b>	Responsable d'Audit
<b>QSEÉ</b>	Qualité, Santé et Sécurité au Travail, Environnement, Énergie	<b>PF</b>	Point fort
<b>SMQ</b>	Système de Management Qualité	<b>PP</b>	Piste de progrès
<b>SME</b>	Système de Management Environnemental	<b>Note</b>	Constat de Conformité
<b>SMS</b>	Système de Management de la Santé et de la Sécurité au Travail	<b>PS</b>	Point sensible
<b>SMÉ</b>	Système de Management de l'Énergie	<b>NC. Min. ou Maj</b>	Non-conformité mineure ou majeure
<b>OC</b>	Organisme de Certification	<b>PV</b>	Point de vigilance
<b>A</b>	Auditeur		

Clause de confidentialité : Ce rapport d'audit est confidentiel et limité en diffusion aux services de l'organisme de certification et de l'organisme audité. Il demeure la propriété exclusive de l'organisme de certification. Tout audit est fondé sur un échantillonnage du Système de Management d'un organisme et de ce fait ne garantit pas une conformité de 100 % des exigences.  
© Toute reproduction intégrale ou partielle, faite en dehors d'une autorisation expresse de l'organisme de certification ou de ses ayants cause, est illicite.

## Présentation de l'organisme audité (type d'organisme, effectifs, activités, produits, services)

Le Cirad est l'organisme français de recherche agronomique et de coopération internationale pour le développement durable des régions tropicales et méditerranéennes.

Il est composé de 3 départements :

- Persyst : performances des systèmes de production et de transformation tropicaux
- ES : Environnement et sociétés
- Bios : Système biologique

Chaque département est structuré en unités de recherche.

Le Centre de Ressources Biologiques (CRB) Plantes Pérennes de Guyane est une structure faisant partie de l'équipe GS (génomique et sélection) de l'UMR AGAP (Département BIOS).

Son périmètre d'activité concerne les collections en pleine terre de cacaoyers (*Theobroma cacao*) et caféiers (*Coffea canephora*, *coffea arabusta*) installées sur la station du Cirad de Combi, commune de Sinnamary (Guyane).

Le CRB acquiert, conserve et diffuse ces ressources biologiques.

Les effectifs sont de 4.5 UTH.

## Description du champ d'application (activité) du Système de Management couvert par la certification avec précision des éventuelles exclusions d'activités déclarées

Acquisition, Conservation et mise à disposition de ressources biologiques des collections de caféiers (robusta et arabusta), Cacaoyer (biodiversité, tolérance aux aléas biotiques et abiotiques, développement agricole, recherche scientifique)

[Voir PV de clôture joint en annexe ou avec le nouveau libellé validé avec l'organisme.]

Le libellé de la certification est représentatif du domaine d'application et du périmètre de certification.

## Description du périmètre d'application (sites) du Système de Management couvert par la certification

Les sites où s'applique le Système de Management sont :

- Site où sont basées les fonctions centrales : le Cirad à Kourou pour les processus direction, qualité et supports
- la station de Combi, pour les collections en pleine terre de cacaoyers (*Theobroma cacao*) et caféiers (*Coffea canephora*, *coffea arabusta*) installées sur la commune du de Sinnamary

Rapport finalisé le 03 11 2020



## CONCLUSIONS

### 1. SYNTHÈSE DU SYSTÈME DE MANAGEMENT

Le système de management s'installe progressivement ; il a été construit pour répondre aux exigences de la norme NF S96-900 : 2011 (qui va être arrêtée en décembre 2020). En début 2020, la direction a choisi de certifier son organisation selon la norme ISO 9001:2015). Un travail de fond a été réalisé pour finaliser le système de management. Pour autant, le travail sur les enjeux, les risques/opportunités et plan d'action associé devra être approfondie pour être parfaitement en ligne avec les principes d'ISO 9001.

#### Validation de l'atteinte des objectifs de l'audit

<b>Déterminer la conformité du SM audité aux critères de l'audit (notamment audits internes et revue de direction).</b> Le SM est-il conforme ?	OUI
<b>Évaluer la capacité du SM audité à se conformer aux exigences légales, réglementaires et contractuelles applicables.</b> Le SM est-il capable ?	OUI
<b>Évaluer l'efficacité du SM audité dans l'atteinte de ses objectifs.</b> Le SM est-il efficace ?	OUI
<b>Évaluer la capacité du SM audité à identifier les améliorations à mettre en œuvre</b> Les améliorations du SM sont-elles identifiées ?	OUI
<b>Déterminer la conformité des activités, processus et produits aux exigences et procédures du système de management.</b> La conformité est-elle déterminée ?	OUI

## 2. POINTS MARQUANTS DU SYSTÈME DE MANAGEMENT

Dans cette partie du rapport, nous souhaitons porter à l'attention de l'Organisme, la synthèse des forces, faiblesses, risques et opportunités d'améliorations du Système de Management ou de l'organisme par grandes thématiques.

### Contexte – Marché – Parties intéressées

Macro-Forces	Macro-Faiblesses
<p>Marché : un système de validation des demandes client est réalisé collégialement par le gestionnaire des collections et par la direction du département.</p> <p>Les clients du CRB sont de plusieurs natures : chercheurs (externes au CRB mais agents du Cirad ou d'autres institutions), agriculteurs, particuliers, projets nationaux.</p>	<p>Contexte : il a été pris en compte d'un point de vue global mais certains enjeux restent à approfondir par exemple la recherche de financement essentiel pour la pérennité du Cirad</p> <p>A la notion de risque est associée un ensemble de moyens de prévention qui sont statiques sans forcément associer un plan d'action avec moyens, responsable et délai ;</p> <p>Les besoins et attentes des parties intéressées ont été définis par processus et seront à affiner notamment pour ceux liés au contexte.</p>

### Leadership - Politique – Planification (risques et opportunités) - Animation/pilotage du Système

Macro-Forces	Macro-Faiblesses
<p>Le leadership est réalisé par la direction du département et relayé en politique qualité par le responsable du campus des ressources biologiques. Pour les autres fonctions, l'implication se fait via l'implication des vérificateurs et approbateurs des processus ou procédures.</p> <p>La politique comprend des objectifs qui restent pour certains à étayer d'indicateurs de mesures (détail cf constat)</p>	<p>Pour certains objectifs, la planification des moyens de déploiement n'est pas définie.</p> <p>Les opportunités ne sont pas prises en compte ; le système étant focalisé dans un premier temps sur la prise en compte des risques</p> <p>Le pilotage du système par la fonction qualité est assurée par 2 agents ; le partage des responsabilités reste à préciser.</p>

### Performance opérationnelle – Fournisseurs – Sous-traitants - Contribution des processus supports – Surveillance

Macro-Forces	Macro-Faiblesses
<p>La performance opérationnelle est maîtrisée par les 3 processus : acquérir des RB*, conserver et multiplier des RB, diffuser des RB</p> <p>La maîtrise des produits et services fournis par des prestataires externes est maîtrisée par une définition d'opérateurs critiques, des critères d'évaluation factuels et un suivi de la performance dans le temps</p>	<p>Alors que la cartographie identifie les « services supports » en processus, la documentation mentionne le terme « procédure » alors qu'ils constituent réellement des processus</p> <p>Tous les processus en place ne disposent pas d'indicateurs de mesure. Leur identification devra veiller à la création d'une valeur ajoutée.</p>

\*RB : ressources biologiques

## Exploitation des Opportunités - Dynamique d'amélioration

Macro-Forces	Macro-Faiblesses
<p>Un gros travail de formalisation a été réalisé pour finaliser la construction du système de management de la qualité.</p> <p>Les améliorations sont alimentées par des fiches de progrès éditées suite à besoin d'amélioration ou non-conformités constatées lors des 2 audits à blanc réalisés en 2018 et 2019.</p>	<p>Des revues de processus sont prévues pour alimenter la prochaine revue de direction ; les données de sortie devraient contribuer à renforcer l'amélioration continue.</p>

### 3. CONSTATS ET PROPOSITION DU RA

#### Nombre de constats de l'audit en cours

PF	PP	PS/PV		NC Min		NC Maj	
		reconduit Audit N-1	Audit N	reconduit Audit N-1	Audit N	reconduit Audit N-1	Audit N
14	16	/	8	/	7	/	0

*Nota* : Les PS et les NC min. seront suivis lors du prochain audit planifié.  
Les NC Maj seront suivies lors d'un audit complémentaire (documentaire ou sur site).

#### Proposition du RA

Conformité du système		Non-conformité du système		Action sur le/les certificat(s) en cours de validité	
X	Certification initiale		Vérification documentaire par le RA		Suspension du/des certificat(s)
	Maintien de la certification		Audit complémentaire		Retrait du/des certificat(s)
	Renouvellement de la certification		Audit complet		Sans action
	Audit de surveillance anticipé				Edition d'un certificat modifié
	Suivi documentaire par l'OC				

*Nota* : Seule l'instance de décision de l'OC est habilitée à prendre les décisions en tenant compte des recommandations du responsable d'audit.

#### Justification de la proposition

- L'audit a montré que le Système de Management est apte à satisfaire les exigences applicables et à obtenir les résultats escomptés.

L'ensemble des exigences mentionnées au plan d'audit a été évalué par l'équipe d'audit.

Les constats d'audit résumant la conformité sont enregistrés sous forme de points forts, de pistes de progrès, de notes ou de points sensibles dans l'annexe « Constats de l'audit ».

Les éventuels constats montrant un non-respect de critères audités y sont également enregistrés et sont repris dans les fiches de non-conformités jointes en annexe de ce rapport.



## ÉLÉMENTS TECHNIQUES

### Validation du domaine d'application du Système de Management

Le domaine d'application du Système de Management est cohérent avec les enjeux et attentes/besoins des parties intéressées, les activités et les sites de l'organisme audité	OUI
Le Système de Management couvre bien le domaine d'application (activités et sites)	OUI

### Applicabilité des exigences, exclusions et justifications

Validation par le RA des exigences indiquées comme non applicables et justification associée

Le SM audité n'applique pas les exigences suivantes :

- 7.1.5.2 : traçabilité de la mesure

Raison : le CRB ne dispose pas de métrologie, d'équipements de mesure car la traçabilité des mesures n'est pas un élément essentiel compte-tenu de la nature de ses activités

- 8.3 : conception et développement des produits

Raison : le CRB ne dispose pas de processus de conception et développement

Il est considéré que ces exclusions sont justifiées.

### Fonctions ou processus externalisés par l'organisme

Non concerné

## Exigences légales et réglementaires, exigences applicables des parties intéressées / Appréhension de la législation afférente aux activités de l'organisme audité / Sources de la veille

Un tableau de veille réglementaire est mis à jour tous les ans. Il recense les textes applicables ; en complément, les chercheurs et techniciens participent au sein de leur réseau à des échanges techniques ou ces éléments réglementaires sont régulièrement passés en revue.

Mise en demeure ou procès-verbal en cours.	NON
--	-----

### Commentaire sur l'utilisation de la marque de l'OC

L'organisme utilise le droit d'usage de la marque de certification délivrée par l'OC	NA
L'organisme utilise la marque d'une façon qui paraît claire et sincère	NA
L'organisme respecte le règlement d'usage de la marque de certification de l'OC	NA

Le CRB n'utilise pas à ce jour la marque de l'organisme certificateur car non certifié.

### Traitement des réclamations des parties intéressées reçues par l'OC

AFNOR Certification n'a pas transmis à l'équipe d'audit de réclamation client concernant l'organisme sur le champ ou le périmètre audité.

# **IV** ANNEXES

**Définitions**

**Constats de l'audit**

**Fiches de non-conformité**

**Plan d'audit réalisé**

**PV de clôture**

**Autres annexes**

# ANNEXE 1 : DÉFINITIONS

## POINT FORT (PF)

Élément du Système de Management conforme aux exigences du référentiel sur lequel l'organisme se distingue par une pratique, méthode ou technique jugée particulièrement performante.

## PISTE DE PROGRÈS (PP)

Voie identifiée sur laquelle l'organisme peut progresser. La Piste de Progrès donne à l'organisme Client la possibilité d'améliorer la performance d'un ou plusieurs éléments de son Système de Management.

## POINT SENSIBLE (PS)

### POINT DE VIGILANCE (PV)

Élément du SM sur lequel des preuves d'audit montrent que l'organisme risque de ne plus satisfaire aux exigences du référentiel à court ou moyen terme. D'une manière générale cet élément affecte la performance du SM.

Un PS ou PV selon le type de prestation étant un constat particulier par rapport au référentiel d'audit :

- Son libellé ne doit pas prêter à confusion.
- L'Instance de Décision ne peut pas le requalifier en Non-Conformité Majeure ou en Non-Conformité Mineure
- Il doit être réévalué à l'audit suivant.

**Point important :** il est demandé de préciser pour chaque PS ou PV identifié, le risque associé afin de justifier le classement.

Un PS ou un PV ne donne pas lieu systématiquement à une action corrective mais doit être pris en compte par l'organisme.

## NON-CONFORMITÉ MINEURE

Non-satisfaction d'une exigence spécifiée ne compromettant pas à elle seule l'efficacité ou l'amélioration du Système de Management. Une certification peut sur recommandation du RA être délivrée, maintenue ou renouvelée en présence de Non-conformités mineures non levées.

Un ensemble de Non Conformités Mineures non levées peut être considéré par l'Instance de Décision comme constituant globalement une Non-Conformité Majeure.

Toute non-conformité mineure doit faire l'objet d'une action corrective.

## NON-CONFORMITÉ MAJEURE

Non-satisfaction d'une exigence du référentiel touchant l'organisation, l'application ou la formalisation du Système de Management et entraînant un risque avéré (c'est-à-dire fondé sur des éléments objectifs) de non-respect, récurrent ou unique en cas de risque très important, d'une exigence spécifiée.

Non-satisfaction d'une exigence mettant en cause le fonctionnement, l'efficacité ou l'amélioration du Système de Management.

Toute non-conformité majeure doit faire l'objet d'une action corrective. Une certification ne peut être délivrée, maintenue ou renouvelée tant qu'il reste une Non-Conformité Majeure non levée.

## NOTE

Constat de conformité par rapport au référentiel d'audit.

Commentaire :

Une note est utilisée pour :

- garder trace d'un constat effectué lors de l'audit et documenté dans le rapport et/ou assurant que la partie d'audit a bien été évaluée sans qualificatif particulier ;
- répondre aux « points spécifiques à auditer » prévus lors de la Revue préparatoire ;
- préciser une spécificité notable du Système de Management.

La liste des constats de l'audit est consultable en annexe.

Les non-conformités et réponses afférentes sont documentées et consultables dans les fiches de non-conformité que l'on trouve en pièces jointes à ce rapport.

Ces éléments ont servi de base pour la rédaction du rapport et toutes ces données sont exploitables par l'organisme (fichier électronique en ligne dans l'espace client).

La méthode d'audit utilisée est conforme aux règles de certification internationales régies par l'IAF, aux critères de la norme ISO CEI 17021-1 version 2015 et elle suit les dispositions décrites dans le guide d'audit expliquant les protocoles d'audit de l'Organisme de Certification : la revue technique de la documentation, les interviews du personnel de management et de production, l'observation des processus et de leur environnement en rapport avec les exigences des référentiels choisis par l'organisme pour le présent audit.

# CONSTATS DE L'AUDIT

Date (mois/année) : 28/10/2020

Référence organisme : 4202697

Référentiel : Phase

ISO 9001 2015 : Initial

"Type" : Non-conformité majeure (NC Maj), Non-conformité mineure (NC Min), Point sensible (PS), Piste de progrès (PP), Point fort (PF), Constat de conformité (Note)

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
Qualité	NC MIN	2020-10/01	Les responsabilités de chacun ne sont pas définies	ISO 9001 2015 6.3 Planification des modifications	Non	KOUROU CEDEX
Direction	NC MIN	2020-10/02	Les objectifs qualité identifiés dans le document "déclaration de la politique qualité du CRB PPG DU 12 12 2019 ne sont pas tous assortis d'éléments mesurables, par exemple par rapport à la stratégie de fonctionnement, pour l'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ; à compléter par la planification de mise en oeuvre pour certains objectifs.	ISO 9001 2015 6.2 Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre	Non	KOUROU CEDEX
Direction	NC MIN	2020-10/02	Les objectifs qualité identifiés dans le document "déclaration de la politique qualité du CRB PPG DU 12 12 2019 ne sont pas tous assortis d'éléments mesurables, par exemple par rapport à la stratégie de fonctionnement, pour l'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ; à compléter par la planification de mise en oeuvre pour certains objectifs.	ISO 9001 2015 6.2 Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre	Non	KOUROU CEDEX
Direction	NC MIN	2020-10/03	Certains enjeux qui ont une importante signification pour la pérennité des activités du Cirad, par exemple la recherche de Financement pour tout nouveau projet ne sont pas traduits en risques et opportunités et planifiés en actions au sein des processus du système de management.	ISO 9001 2015 6.1 Actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités	Non	KOUROU CEDEX
Direction	NC MIN	2020-10/04	L'ensemble des éléments d'entrées demandés par la norme pour l'exigence revue de direction ne sont pas toutes prises en compte dans la procédure de revue de direction du 20 04 20	ISO 9001 2015 9.3.2 Éléments d'entrée de la revue de direction	Non	KOUROU CEDEX
Direction	NC MIN	2020-10/05	Quand une nouvelle demande est exprimée par un client (chercheur, agriculteurs, projets nationaux), elle fait l'objet d'un enregistrement "fiche de demande de matériel" qui nécessite avant acceptation deux validations : - une première du Gestionnaire des Collections - une seconde du directeur de département pour les accords de transferts de matériels	ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme	Non	KOUROU CEDEX

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
			(notamment vis à vis des droits d'utilisation : ATM) Cette seconde validation n'apparaît pas dans le système documentaire qualité, par exemple dans la fiche de poste ou dans une procédure d'examen et de validation des exigences clients ou en revoyant la procédure de cession de matériel biologique			
	NC MIN	2020-10/06	Utilisation d'un produit phytosanitaire alors que non répertorié sur le site "Effy"	ISO 9001 2015 4.2 Compréhension des besoins et des attentes des parties intéressées	Non	null
Qualité	NC MIN	2020-10/07	Le plan d'action mentionne qu'un audit sera réalisé (échéance Février 2021) mais sans préciser son contenu	ISO 9001 2015 9.2 Audit interne	Non	KOUROU CEDEX
Direction	PS	2020-10/01	la lettre d'engagement signée par le directeur du département date de 2019 et mentionne la volonté de certification selon la norme NF S96-900 (norme pour la qualité dans les centres de ressources biologiques).	ISO 9001 2015 5.1 Leadership et engagement	Non	KOUROU CEDEX
Conserver, multiplier des RB	PS	2020-10/02	/ suivi des collections de Caféier et Cacaoyers : les méthodes sont différentes.	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées	Non	KOUROU CEDEX
Dispositif informatique	PS	2020-10/03	le dispositif d'accueil des stagiaires ou des agents ne comprend de dispositions par rapport à l'usage informatique (précautions à prendre, RGPD) alors qu'une charte Cirad existe.	ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme	Non	KOUROU CEDEX
Ressources humaines	PS	2020-10/04	des dispositions d'évaluation des formations existent mais elles se cantonnent à ce jour à l'évaluation "à chaud" réalisée par les stagiaires à l'issue de la formation ; c'est une première étape mais l'appréciation de l'efficacité s'apprécie en mesurant l'acquisition de nouvelles compétences à l'issue de la formation avec une échelle de temps qui peut varier de quelques mois à plus.	ISO 9001 2015 7.2 Compétences	Non	KOUROU CEDEX
Espaces matériel et consommables	PS	2020-10/05	/ processus espaces matériel et consommables : le périmètre d'intervention du Technicien Maintenance et du Responsable de la Station Combi n'est pas clairement établi	ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme	Non	KOUROU CEDEX
Espaces dédiés et locaux	PS	2020-10/06	les critères d'appréciation de la conformité des travaux sont globaux et ne s'appuient pas sur des éléments factuels de conformité : par exemple, respect des surfaces demandées, étanchéité assurée... De plus, le lien entre la fiche de réception des travaux et le cahier des charges reste perfectible.	ISO 9001 2015 7.1.4 Environnement pour la mise en oeuvre des processus	Non	COMBI
Direction	PS	2020-10/07	les risques sont identifiés dans chaque processus mais pas les opportunités	ISO 9001 2015 5.1.2 Orientation client	Non	KOUROU CEDEX
Qualité	PS	2020-10/08	l'examen de l'efficacité des actions correctives menées notifiées sur les fiches de progrès ou dans le plan d'action n'est pas statuée factuellement	ISO 9001 2015 10.2 Non-conformité et action corrective	Non	KOUROU CEDEX

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
Direction	PP	2020-10/01	un travail important a été réalisé pour la définition de la politique qualité ; cependant, ce travail devra être complété par une analyse en amont pour identifier précisément les enjeux internes et externes à prendre en compte pour la pérennité de l'organisation par rapport au périmètre du certificat.	ISO 9001 2015 4 Contexte de l'organisme		KOUROU CEDEX
Qualité	PP	2020-10/02	la cartographie présente des processus supports qui en fait sont des procédures ; pour autant, leur contenu est en phase avec les exigences attendues des processus : par exemple : responsabilités, parties intéressées, activités... . le calibrage en processus semblerait pertinent.	ISO 9001 2015 4.4 Système de management de la qualité et ses processus		KOUROU CEDEX
Matériel et consommables	PP	2020-10/03	les étapes de la procédure Achats et de la procédure Matériel et consommables sont quasi-identiques ; elles pourraient être consolidées dans un document : le processus Achat	ISO 9001 2015 4.4 Système de management de la qualité et ses processus		KOUROU CEDEX
Qualité	PP	2020-10/04	le tableau de suivi des indicateurs qualité ne permet d'établir un lien rapide avec les axes de la politique qualité ; une colonne supplémentaire dans le tableau de suivi des indicateurs pourrait être envisagé	ISO 9001 2015 6.2 Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre		KOUROU CEDEX
Ressources humaines	PP	2020-10/05	les compétences sont à ce jour identifiées dans une matrice de compétences. Pour autant, l'exigence de la norme "connaissances organisationnelles" est plus large et demande à ce que l'organisation réfléchisse sur l'ensemble des éléments permettant de mener à bien ses activités ; abonnements à des revues techniques, participation à des réseaux de travail (clubs techniques, clubs référents...) ; ces dispositions existent et pourraient être précisées dans chaque processus	ISO 9001 2015 7.1.6 Connaissances organisationnelles		KOUROU CEDEX
Acquérir des RB	PP	2020-10/06	le CRB n'est pas propriétaire de toutes les accessions ; de nouvelles règles ont été mises en place à la suite du protocole de Nagoya en 2014 ; cela s'est notamment traduit pour le CRB par la création de la cellule APA qui comprend plusieurs activités : juridique par rapport à la propriété intellectuelle mais qui aussi être un organe intéressant qui va dans le sens de la Guyane de vouloir réintroduire des espèces endogènes. Cette structure APA n'apparaît pas dans le système documentaire ; de part les enjeux cités précédemment, le positionnement en processus semblerait pertinent.	ISO 9001 2015 8.5.3 Propriété des clients ou des prestataires externes		KOUROU CEDEX
Direction	PP	2020-10/07	les responsabilités sont définis pour les fonctions intervenant dans les activités du CRB ; elles sont passées en revue lors des entretiens annuels ; en complément, un certain nombre d'autorités existent mais ne sont pas clairement précisées, par exemple,	ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme		KOUROU CEDEX

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
			pour accepter ou refuser une demande client ; il serait pertinent de travailler ce point pour repérer pour chaque agent, quelles sont ces autorités.			
Conserver, multiplier des RB	PP	2020-10/08	sur le compte rendu hebdomadaire de la station COMBI, les personnes présentes ne sont pas identifiées.	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		COMBI
Conserver, multiplier des RB	PP	2020-10/09	les interventions réalisées sur le parc matériel de COMBI sont enregistrées sur un fichier ; à voir si ce fichier pourrait être complété par les coûts associés / aux factures extérieures qui permettrait de disposer d'une comptabilité analytique pour chaque matériel important	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		COMBI
Achats	PP	2020-10/10	Certains achats sont qualifiés de "critique" sans préciser les règles pour les définir	ISO 9001 2015 8.4 Maîtrise des processus, produits et services fournis par des prestataires externes		KOUROU CEDEX
Achats	PP	2020-10/11	pour certains achats, le document précisant les exigences nommé cahier des charges pourrait évoluer vers un contrat d'engagement réciproques précisant les responsabilités de chacun : CRB et prestataire. Ce type de document est propice à installer une relation qui s'inscrit dans le temps et favorise l'amélioration continue À réfléchir par exemple avec le prestataire de service Ebene vert, avec le projet en cours avec les producteurs, l'ONF	ISO 9001 2015 8.4 Maîtrise des processus, produits et services fournis par des prestataires externes		COMBI
Direction	PP	2020-10/12	La connaissance et l'appropriation de la politique qualité par les agents au sein de leurs activités est perfectible ; elle sera sans doute facilitée par le travail qui sera prochainement réalisé sur les enjeux.	ISO 9001 2015 7.3 Sensibilisation		KOUROU CEDEX
Ressources humaines	PP	2020-10/13	le livret d'accueil des agents et stagiaires intégrant le CIRAD doit prochainement évoluer ; il serait important de fixer une échéance	ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme		KOUROU CEDEX
Dispositif informatique	PP	2020-10/14	pour vérifier si les sauvegardes des données ont bien été réalisées, il serait pertinent de réaliser à fréquence définie des tests de restauration des données (à voir avec le SI de Montpellier)	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Dispositif informatique	PP	2020-10/15	le dispositif de verrouillage de l'ordinateur est laissé à l'appréciation de l'utilisateur, voir si des consignes précises pourraient être envisagées	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Qualité	PP	2020-10/16	un tableau de veille réglementaire mis à jour tous les ans recense les textes applicables ; il serait intéressant de compléter ce tableau avec les différents outils de veille pratiques (en complément des liens vers les sites internet mentionnés) par exemple en identifiant les réseaux, les groupes de travail ou cette veille	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
			réglementaire est également abordée			
Qualité	PF	2020-10/01	Gros travail de formalisation réalisé par toute l'équipe coordonnée par Maxime Le Roux	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Conserver, multiplier des RB	PF	2020-10/02	la base de données OLGA permet de garder en mémoire toutes les informations sur les ressources biologiques du CRB et de retrouver facilement toute la traçabilité	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Conserver, multiplier des RB	PF	2020-10/03	traçabilité de toutes les interventions réalisées sur les collections de caféiers et cacaoyer	ISO 9001 2015 8.5.2 Identification et traçabilité		COMBI
Conserver, multiplier des RB	PF	2020-10/04	le guide technique sur la micro-greffe en fente terminale sur cacaoyer + film diffusé sur youtube + modes opératoires très explicites assortis de photos de qualité	ISO 9001 2015 8.5 Production et prestation de service		COMBI
Achats	PF	2020-10/05	le fichier évaluation des fournisseurs dispose d'un onglet expliquant précisément à quoi correspondent les notes d'évaluation	ISO 9001 2015 8.4 Maîtrise des processus, produits et services fournis par des prestataires externes		KOUROU CEDEX
Ressources humaines	PF	2020-10/06	de nombreuses applications informatiques "vie pratique, talensoft..." qui permettent de suivre les agents depuis leur entrée au CIRAD, intégrant les entretiens annuels, les formations, les demandes de congés....	ISO 9001 2015 7.2 Compétences		KOUROU CEDEX
Ressources humaines	PF	2020-10/07	le dernier stagiaire étant intervenu sur le CRB sur une période de 6 mois en 2019 a bénéficié d'un encadrement et d'une feuille de route précise avec les objectifs, le séquençage des activités qui devraient être réalisées (avec les points journaliers)	ISO 9001 2015 7.2 Compétences		KOUROU CEDEX
Direction	PF	2020-10/08	100% des entretiens annuels ont été réalisés pour les agents du CRB	ISO 9001 2015 7.2 Compétences		KOUROU CEDEX
Direction	PF	2020-10/09	Les dispositifs de communication utilisés : réunions qualité toutes les 2 semaines depuis juin 2020, réunion de programmation des travaux une fois par semaine chaque jeudi permettant de faire le point sur la semaine écoulée et le prévisionnel pour la semaine suivante, réunion Mensuelle avec la direction, le tout assorti à chaque fois d'un compte rendu.	ISO 9001 2015 7.4 Communication		KOUROU CEDEX
Matériel et consommables	PF	2020-10/10	le suivi des travaux réalisé par le Technicien Maintenance avec systématiquement pour chaque travaux important l'ouverture d'un dossier travaux.	ISO 9001 2015 7.1.4 Environnement pour la mise en oeuvre des processus		KOUROU CEDEX
Dispositif informatique	PF	2020-10/11	un service de hotline animé par un prestataire externe permet une prise en charge rapide de tout dysfonctionnement informatique.	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Qualité	PF	2020-10/12	clarté du rapport d'audit interne réalisé en octobre 2019 par Catherine Carasco avec notamment pour chaque non conformité le risque associé.	ISO 9001 2015 9.2 Audit interne		KOUROU CEDEX

Processus / Principes / Organisation	Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
Qualité	PF	2020-10/13	Le système d'hébergement des données du CRB sur l'application "alfresco"	ISO 9001 2015 7.5 Informations documentées		KOUROU CEDEX
Qualité	PF	2020-10/14	Suivi des fiches de progrès avec des objectifs ambitieux mais qui sont atteints : 75% de fiches closes	ISO 9001 2015 10 Amélioration		KOUROU CEDEX

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/01

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 6.3 Planification des modifications

Lorsque l'organisme détermine le besoin de modifier le système de management de la qualité, les modifications doivent être réalisées de façon planifiée (voir 4.4).

L'organisme doit prendre en compte:a) l'objectif des modifications et leurs conséquences possibles;b) l'intégrité du système de management de la qualité;c) la disponibilité des ressources;d) l'attribution ou la réattribution des responsabilités et autorités.

### Constat factuel :

La planification des activités qualité n'a pas été réalisée pour les fonctions de Claude Vincent et Fabien Annebique qui partagent la fonction qualité suite au départ de Maxime le Roux, service civique en juin 2020. Elles ont été en partie abordées lors des entretiens individuels avant le départ de Maxime Le Roux (juin 2020).

### Libellé de la non-conformité :

Les responsabilités de chacun ne sont pas définies

### Risque (client/produit/processus/système) :

Ne pas savoir précisément les responsabilités des 2 fonctions concernées entraînant des oublis ou des tâches réalisées 2 fois.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

### Correction de la Non Conformite

Rédaction des fiches de poste de chacun des agents impliqués pour validation au prochain entretien annuel

### Analyse des causes racines de l'ecart

la formalisation de la répartition des tâches n'a pu être réalisée en temps, en raison de la prolongation des restrictions engendrées par la situation sanitaire en Guyane au moment du départ de Maxime Le Roux

### Action corrective proposée

la fiche de poste sera intégrée dans la lettre de mission figurant dans l'entretien annuel 2021

### Responsable

MICHEL BOCCARA

### Date cible

30/06/2021

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/02

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 6.2 Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre

6.2.1 L'organisme doit établir des objectifs qualité, aux fonctions, niveaux et processus concernés, nécessaires au système de management de la qualité. Les objectifs qualité doivent: a) être en cohérence avec la politique qualité; b) être mesurables; c) tenir compte des exigences applicables; d) être pertinents pour la conformité des produits et des services et l'amélioration de la satisfaction du client; e) être surveillés; f) être communiqués; g) être mis à jour en tant que de besoin. L'organisme doit tenir à jour des informations documentées sur les objectifs qualité.

6.2.2 Lorsque l'organisme planifie la façon dont ses objectifs qualité seront atteints, il doit déterminer: a) ce qui sera fait; b) quelles ressources seront nécessaires; c) qui sera responsable; d) les échéances; e) comment les résultats seront évalués.

### Constat factuel :

L'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ne dispose pas d'indicateur de mesure

### Libellé de la non-conformité :

Les objectifs qualité identifiés dans le document "déclaration de la politique qualité du CRB PPG DU 12 12 2019 ne sont pas tous assortis d'éléments mesurables, par exemple par rapport à la stratégie de fonctionnement, pour l'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ; à compléter par la planification de mise en oeuvre pour certains objectifs.

### Risque (client/produit/processus/système) :

Se fixer des objectifs sans définir le moyen de mesurer et de fait de vérifier si l'objectif a bien été atteint.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

### Correction de la Non Conformite

modification de la déclaration de politique Qualité en incluant la nécessité de l'usage d'indicateurs pour évaluer l'amélioration du système qualité: la définition d'indicateur sera réalisée pour chaque objectif qualité

### Analyse des causes racines de l'ecart

la vision de la politique qualité est trop globale sans spécification de chaque composante impliquée

### Action corrective proposée

le texte de la prochaine déclaration signée par la direction du département sera conforme aux exigences de la norme afin de pouvoir évaluer chacun des objectifs définis dont les indicateurs seront définis

### Responsable

MICHEL BOCCARA

### Date cible

31/12/2020

---

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/02

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 6.2 Objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre

6.2.1 L'organisme doit établir des objectifs qualité, aux fonctions, niveaux et processus concernés, nécessaires au système de management de la qualité. Les objectifs qualité doivent: a) être en cohérence avec la politique qualité; b) être mesurables; c) tenir compte des exigences applicables; d) être pertinents pour la conformité des produits et des services et l'amélioration de la satisfaction du client; e) être surveillés; f) être communiqués; g) être mis à jour en tant que de besoin. L'organisme doit tenir à jour des informations documentées sur les objectifs qualité.

6.2.2 Lorsque l'organisme planifie la façon dont ses objectifs qualité seront atteints, il doit déterminer: a) ce qui sera fait; b) quelles ressources seront nécessaires; c) qui sera responsable; d) les échéances; e) comment les résultats seront évalués.

### Constat factuel :

L'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ne dispose pas d'indicateur de mesure

### Libellé de la non-conformité :

Les objectifs qualité identifiés dans le document "déclaration de la politique qualité du CRB PPG DU 12 12 2019 ne sont pas tous assortis d'éléments mesurables, par exemple par rapport à la stratégie de fonctionnement, pour l'objectif "une meilleure gestion des parcelles et serres" ; à compléter par la planification de mise en oeuvre pour certains objectifs.

### Risque (client/produit/processus/système) :

Se fixer des objectifs sans définir le moyen de mesurer et de fait de vérifier si l'objectif a bien été atteint.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

### Correction de la Non Conformite

modification de la déclaration de politique Qualité en incluant la nécessité de l'usage d'indicateurs pour évaluer l'amélioration du système qualité: la définition d'indicateur sera réalisée pour chaque objectif qualité

### Analyse des causes racines de l'ecart

la vision de la politique qualité est trop globale sans spécification de chaque composante impliquée

### Action corrective proposée

le texte de la prochaine déclaration signée par la direction du département sera conforme aux exigences de la norme afin de pouvoir évaluer chacun des objectifs dont les indicateurs seront définis

### Responsable

MICHEL BOCCARA

### Date cible

---

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

### Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/03

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 6.1 Actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités

6.1.1 Dans le cadre de la planification de son système de management de la qualité, l'organisme doit tenir compte des enjeux mentionnés en 4.1 et des exigences mentionnées en 4.2 et déterminer les risques et opportunités qu'il est nécessaire de prendre en compte pour: a) donner l'assurance que le système de management de la qualité peut atteindre le ou les résultats escomptés; b) accroître les effets souhaitables; c) prévenir ou réduire les effets indésirables; d) s'améliorer.

6.1.2 L'organisme doit planifier: a) les actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités; b) comment 1) intégrer et mettre en œuvre ces actions au sein des processus du système de management de la qualité (voir 4.4) ; 2) évaluer l'efficacité de ces actions.

Les actions mises en œuvre face aux risques et opportunités doivent être proportionnelles à l'impact potentiel sur la conformité des produits et des services.

### Constat factuel :

L'enjeu "recherche de Financement" n'est pas traduit en risques et opportunités et planifiés en actions au sein des processus du système de management

### Libellé de la non-conformité :

Certains enjeux qui ont une importance significative pour la pérennité des activités du Cirad, par exemple la recherche de Financement pour tout nouveau projet ne sont pas traduits en risques et opportunités et planifiés en actions au sein des processus du système de management.

### Risque (client/produit/processus/système) :

Ne pas prendre en compte certains enjeux qui ont une incidence significative pour la pérennité du CRB.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

<b>Correction de la Non Conformite</b>	générer des analyses SWOT afin de définir les risques et opportunités se présentant au CRB
<b>Analyse des causes racines de l'ecart</b>	les sources de financements et de fonctionnement sont gérées par différentes unités de recherche du CIRAD dans des projets pas toujours interconnectés
<b>Action corrective proposée</b>	l'analyse des SWOT permettra d'évaluer les risques et opportunités de prises de contact avec de nouvelles parties intéressées
<b>Responsable</b>	MICHEL BOCCARA
<b>Date cible</b>	31/03/2021

---

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L'ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/04

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 9.3.2 Éléments d'entrée de la revue de direction

La revue de direction doit être planifiée et réalisée en prenant en compte:a) l'état d'avancement des actions décidées à l'issue des revues de direction précédentes;b) les modifications des enjeux externes et internes pertinents pour le système de management de la qualité;c) les informations sur la performance et l'efficacité du système de management de la qualité, y compris les tendances concernant:1) la satisfaction des clients et les retours d'information des parties intéressées pertinentes;2) le degré de réalisation des objectifs qualité;3) la performance des processus et la conformité des produits et services;4) les non-conformités et les actions correctives;5) les résultats de la surveillance et de la mesure;6) les résultats d'audit;7) les performances des prestataires externes;d) l'adéquation des ressources;e) l'efficacité des actions mises en œuvre face aux risques et opportunités (voir 6.1) ;f) les opportunités d'amélioration.

### Constat factuel :

La procédure de revue de direction du 20 avril 2020 ne prévoit pas d'examiner les éléments d'entrée suivants :

- l'examen des modifications d'enjeux internes et externes
- la performance des processus
- le degré de réalisation des objectifs qualité

### Libellé de la non-conformité :

L'ensemble des éléments d'entrées demandés par la norme pour l'exigence revue de direction ne sont pas toutes prises en compte dans la procédure de revue de direction du 20 04 20

### Risque (client/produit/processus/système) :

Omettre de passer en revue certaines données d'entrée exigée par la norme ISO 9001 pour réaliser la revue de direction ; ces éléments n'ont pris en compte limite l'exercice de la revue de direction et au delà l'amélioration continue.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

<b>Correction de la Non Conformite</b>	modification de la procédure de direction pour la prochaine revue programmée
<b>Analyse des causes racines de l'ecart</b>	la procédure de la revue de direction a été élaborée en tenant compte des spécificités de la norme NF 96-900
<b>Action corrective proposée</b>	le documents présentés à la prochaine revue de direction seront mis en conformité en tenant compte des éléments sus-cités
<b>Responsable</b>	MICHEL BOCCARA
<b>Date cible</b>	31/01/2021

---

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

### Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/05

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 5.3 Rôles, responsabilités et autorités au sein de l'organisme

La direction doit s'assurer que les responsabilités et autorités pour des rôles pertinents sont attribuées, communiquées et comprises au sein de l'organisme. La direction doit attribuer la responsabilité et l'autorité pour: a) s'assurer que le système de management de la qualité est conforme aux exigences de la présente Norme internationale; b) s'assurer que les processus délivrent les résultats attendus; c) rendre compte, en particulier à la direction, de la performance du système de management de la qualité et des opportunités d'amélioration (voir 10.1); d) s'assurer de la promotion de l'orientation client à tous les niveaux de l'organisme; e) s'assurer que, lorsque des modifications du système de management de la qualité sont planifiées et mises en œuvre, l'intégrité du système de management de la qualité est maintenue.

### Constat factuel :

La seconde validation du directeur du département nécessaire à l'acceptation d'un contrat client n'est pas précisée dans les responsabilités identifiées dans le système documentaire

### Libellé de la non-conformité :

Quand une nouvelle demande est exprimée par un client (chercheur, agriculteurs, projets nationaux), elle fait l'objet d'un enregistrement "fiche de demande de matériel" qui nécessite avant acceptation deux validations :

- une première du Gestionnaire des Collections
- une seconde du directeur de département pour les accords de transferts de matériels (notamment vis à vis des droits d'utilisation : ATM)

Cette seconde validation n'apparaît pas dans le système documentaire qualité, par exemple dans la fiche de poste ou dans une procédure d'examen et de validation des exigences clients ou en revoyant la procédure de cession de matériel biologique

### Risque (client/produit/processus/système) :

Système de validation non précis qui peut entraîner un non respect d'une exigence client qui n'aurait pas été évalué à sa juste valeur au moment de la signature du contrat ou de la convention

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

### Correction de la Non Conformite

définition claire des différentes étapes de la procédure de cession de matériel végétal

### Analyse des causes racines de l'ecart

les gestionnaires de collections étaient mentionnés comme valideurs, sans remontée vers une personne ayant autorité.

### Action corrective proposée

modification de la procédure de cession de matériel végétal et élaboration de l'ATM adéquate  
les nouveaux documents et procédures seront validés par la direction du CRB

Responsable

MICHEL BOCCARA

Date cible

28/02/2021

---

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):

Visa : Instance de décision

Date :

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/06

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 4.2 Compréhension des besoins et des attentes des parties intéressées

En raison de leur effet, réel ou potentiel, sur l'aptitude de l'organisme à fournir en permanence des produits et services conformes aux exigences des clients et aux exigences légales et réglementaires applicables, l'organisme doit déterminer: a) les parties intéressées qui sont pertinentes dans le cadre du système de management de la qualité; b) les exigences de ces parties intéressées dans le cadre du système de management de la qualité. L'organisme doit surveiller et revoir les informations relatives à ces parties intéressées et à leurs exigences pertinentes.

### Constat factuel :

le produit phytosanitaire "confidor" a été utilisé en septembre 2020 sur une partie de la collection des caféiers alors que non inscrits sur le site "effy" précisant les doses et les produits homologues par espèce.

### Libellé de la non-conformité :

Utilisation d'un produit phytosanitaire alors que non répertorié sur le site "Effy"

### Risque (client/produit/processus/système) :

Non prise en compte d'une exigence réglementaire dans le système de management de la qualité

### Sites concernés :

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D' ACTIONS DE L'ORGANISME

### Correction de la Non Conformance

note de service concernant l'interdiction d'usage de la molécule interdite

### Analyse des causes racines de l'ecart

la veille réglementaire n'a pas été respectée

### Action corrective proposée

recherche de solutions alternatives agronomiques et biologiques  
élimination du stock de produit incriminé selon les procédures réglementaires

### Responsable

MICHEL BOCCARA

### Date cible

31/12/2020

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L'ORGANISME

Pertinente :  Oui  Non  En attente de vérification  Sur site  Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

---

## VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :  Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):
---

Visa : Instance de décision
-----------------------------

Date :
--------

# NON-CONFORMITÉ

Organisme : CIRAD- département Systèmes Biologiques - Audit : 28/10/2020

Mineure

Majeure

N° 2020-10/07

## DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

### Rappel de l'exigence (référence...) – Extrait :

ISO 9001 2015 9.2 Audit interne

9.2.1 L'organisme doit réaliser des audits internes à des intervalles planifiés pour fournir des informations permettant de déterminer si le système de management de la qualité: a) est conforme aux 1) propres exigences de l'organisme concernant son système de management de la qualité; 2) exigences de la présente Norme internationale; b) est mis en œuvre de manière efficace et tenu à jour.

9.2.2 L'organisme doit: a) planifier, établir, mettre en œuvre et maintenir un ou des programmes d'audit, couvrant notamment la fréquence, les méthodes, les responsabilités, les exigences de planification et le compte rendu. Le ou les programmes d'audit doivent tenir compte de l'importance des processus concernés, des modifications ayant une incidence sur l'organisme et des résultats des audits précédents; b) définir les critères d'audit et le périmètre de chaque audit; c) sélectionner des auditeurs et réaliser des audits pour assurer l'objectivité et l'impartialité du processus d'audit; d) veiller à ce que les résultats des audits soient rapportés à la direction concernée; e) entreprendre sans délai indu la correction et les actions correctives appropriées; f) conserver des informations documentées comme preuves de la mise en œuvre du programme d'audit et des résultats d'audit.

### Constat factuel :

Le contenu de la planification des audits internes pour l'année 2021 n'est pas précisée.

### Libellé de la non-conformité :

Le plan d'action mentionne qu'un audit sera réalisé (échéance Février 2021) mais sans préciser son contenu

### Risque (client/produit/processus/système) :

Ne pas avoir de certitude que la planification des audits par exemple sur une période de 3 ans passe bien en revue l'ensemble des exigences de la norme ISO 9001.

Sites concernés : KOUROU CEDEX

Nom de l'Auditeur : CHERDO

Date : 30/10/2020

## PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

<b>Correction de la Non Conformite</b>	planification de deux audits internes: processus de fonctionnement; direction et services d'appui en mars 2021 et juin 2021
<b>Analyse des causes racines de l'ecart</b>	le basculement de la norme NF 96 900 vers la norme ISO 9001 2015 n'avait pas encore totalement prise en compte
<b>Action corrective proposée</b>	la recherche d'auditeurs habilités ISO 9001 2015 en local
<b>Responsable</b>	MICHEL BOCCARA
<b>Date cible</b>	30/11/2020

## COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente :  Oui     Non     En attente de vérification     Sur site     Hors site

### Justification :

Ce point sera audité sur site au prochain audit

Nom du RA : Eric CHERDO

Date : 27/11/2020

---

## VÉRIFICATION DE L' EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Résultat :     Écart levé

Écart reconduit en NC n°

Nom du RA :

Date :

Nature et justification de la modification de l'écart décidée par l'Instance de Décision (s'il y a lieu):

Visa : Instance de décision

Date :

# REVUE PRÉPARATOIRE ET PLAN D'AUDIT

Organisme : CIRAD - Audit : 28/10/20 au 30/10/20

## Pour rappel l'objectif de l'audit est :

- la détermination de la conformité de tout ou parties du système de management du client, aux critères de l'audit ;
- l'évaluation de la capacité du système de management pour assurer que l'organisation du client répond aux exigences légales, réglementaires et contractuelles applicables ;
- l'évaluation de l'efficacité du système de management pour assurer que l'organisation du client répond en permanence à ses objectifs spécifiés ; et
- le cas échéant, l'identification des parties du système de management susceptibles d'être améliorées.

## Référentiels – Édition – Type d'audit

ISO 9001 2015

Initial

### Libellé :

- ACQUISITION, CONSERVATION ET MISE A DISPOSITON DE RESSOURCES BIOLOGIQUES DES COLLECTIONS DE CAFEIER, CACAOYER. (BIODIVERSITE, TOLERANCE AUX ALEAS BIOTIQUES ETABIOTIQUES, DEVELOPPEMENT AGRICOLE).

### Sites physiques ou virtuels concernés par le périmètre de la certification :

- KOUROU CEDEX

### Points spécifiques à auditer issus des derniers audits

### Existence de réclamation client enregistrée au sein de l'Organisme de Certification et devant être traitée(s) au cours de cet audit

- Pas de réclamation client enregistrée au sein d'AFNOR Certification concernant le périmètre certifié

### Documentation mise à disposition et faisant partie des critères d'audit

- Manuel Qualité du 10/08/2020
- Revue de direction du 29/10/2019
- Cartographie des processus version 4 du 26 02 2020
- Organigramme fonctionnel du CRB-Plantes Pérennes de Guyane 2020
- Politique qualité du CRB PPG du 12 12 2019
- Exemple de fiche processus « Conserver et multiplier les accessions Collection cacaoyers
- Rapport des précédents audits : n'existe pas car audit initial

### Commentaires ou problèmes constatés lors de cette préparation

La revue préparatoire a été effectuée

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

dans les locaux du client

Depuis nos bureaux

# PROGRAMME D'ÉCHANTILLONNAGE RETENU

(et repris au projet de plan d'audit ci-après - par exemple : processus, sites ou activités auditées)

RA :           CHERDO Eric	Date de l'audit :           28/10 au 30/10/2020
Auditeurs : /	Nombre total de jours           2,5 auditeur sur site :
	Observateur ou autre : /
	Observateur ou autre : /

Nota : l'audit est par défaut un audit intégré réalisé par une équipe d'audit unique et documenté dans un rapport global.

Date / Heure	Préciser les noms des sites audités et des processus / services concernés	§ du référentiel	Équipe d'audit	Personnes / Fonctions
		Q		
<b>JOUR 1 : Mercredi 28 octobre 2020</b>				
08 h 00 à 08 h 15	<b>Réunion d'ouverture</b> prévue dans la salle : <b>KOUROU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentations,</li> <li>• Rappel des objectifs de l'audit,</li> <li>• Méthode d'audit utilisée et rappel de codification de nos constats d'audit</li> <li>• Revue du plan d'audit et adaptation éventuelle</li> <li>• Besoin de ports d'EPI, revue et information de l'équipe d'audit des procédures et règles qu'ils doivent respecter dans l'enceinte du client,</li> <li>• Rappel du rôle des accompagnateurs, experts techniques et traducteurs éventuels,</li> <li>• Rappel de l'obligation de confidentialité de l'équipe d'audit</li> <li>• Questions / réponses,</li> <li>• Confirmation des horaires de la réunion de clôture (Compléter le formulaire de réunion d'ouverture)</li> </ul>		Responsabl e d'audit	Participants prévus : direction + Service Qualité + personnes qui vont être auditées en fonction de leur disponibilité  (voir Compte rendu de la réunion d'ouverture)
08 h 15 à 10 h 00	<b>Processus direction KOUROU</b> Comprendre l'organisme et son contexte, comprendre les besoins et attentes des parties intéressées, leadership et engagement, politique, rôle, responsabilité et autorités, actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités, objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, communication, exigences relatives aux produits et services, revue de direction	4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.4, 8.2, 9.3	Responsabl e du CRB	
10 h 00 à 12 h 00	<b>Processus Qualité KOUROU</b> Système de management de la qualité, objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, planification des modifications, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, sensibilisation à la politique qualité + objectifs qualité + contribution à l'efficacité du SMQ, gestion des infos documentées, planification et maîtrise opérationnelle, propriété des clients ou prestataires externes, maîtrise des non-conformités, surveillance, mesure, analyse et évaluation, satisfaction client, analyse et évaluation, audit interne, action corrective, amélioration continue  Vérification de l'usage de la marque AFAQ	4.4, 6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 7.3, 7.5, 8.1, 8.5.3, 8.7, 9.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 10.2, 10.3	Responsabl e Qualité	
12 h 00 à 13 h 00	Pause repas			
14 h 00	<b>Processus Opérationnels : COMBI</b>			
14 h 00	<b>Lancement Test de traçabilité COMBI</b>	8.5.2,		

Date / Heure	Préciser les noms des sites audités et des processus / services concernés	§ du référentiel	Équipe d'audit	Personnes / Fonctions
		Q		
14 h 00 à 14 h 45	<b>Processus Acquérir des RB (choix d'une collection la plus active !)</b> <b>COMBI</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, ressources pour la surveillance et la mesure, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, maîtrise de la production, préservation, activités après livraison, maîtrise des modifications relatives à la production, libération des produits, surveillance, mesure, analyse et évaluation,	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 9.1,	Gestionnaire de collection + Pépinieriste station COMBI	
14 h 45 à 16 h 45	<b>Processus Conserver, Multiplier des RB (cacaoyers)</b> <b>COMBI</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, ressources pour la surveillance et la mesure, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, maîtrise de la production, préservation, activités après livraison, maîtrise des modifications relatives à la production, libération des produits, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 9.1		
16 h 45 à 17 h 45	<b>Processus Diffuser des RB (plantules de caféiers)</b> <b>COMBI</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, ressources pour la surveillance et la mesure, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, maîtrise de la production, préservation, activités après livraison, maîtrise des modifications relatives à la production, libération des produits, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 8.1, 8.5, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 9.1		
17 h 45 à 18 h 00	<b>Analyse résultats Test de traçabilité</b>	8.5.2,		
<b>JOUR 2 : Jeudi 29 octobre 2020</b>				
08 h 00 à 08 h 15	<b>Restitution constats Jour 1 KOUROU</b>		Resp Qualité	
08 h 15 à 10 h 00	<b>Processus Achats KOUROU</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, maîtrise des processus, produits et services fournis par des prestataires externes, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 8.1, 8.4, 9.1	Responsable des activités station COMBI	
10 h 00 à 12 h 00	<b>Processus Ressources Humaines KOUROU</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, ressources humaines, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, gestion des compétences, planification et maîtrise opérationnelle, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 7.2, 8.1, 9.1	Responsable RH	
12 h 00 à 13 h 30	Pause repas			
13 h 30 à 15 h 30	<b>Processus Informatique KOUROU</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 8.1, , 9.1	Responsable informatique	
15 h 30 à 17 h 30	<b>Processus Matériel et consommables KOUROU</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 8.1, , 9.1	Responsable des activités station COMBI	
<b>JOUR 3 : Vendredi 30 octobre 2020</b>				
08 h 00 à 08 h 15	<b>Restitution constats Jour 2 KOUROU</b>		Resp Qualité	

Date / Heure	Préciser les noms des sites audités et des processus / services concernés	§ du référentiel	Équipe d'audit	Personnes / Fonctions
		Q		
08 h 00 à 09 h 30	<b>Processus Espaces dédiés et locaux COMBI</b> objectifs qualité et planification des actions pour les atteindre, infrastructure, environnement, connaissances organisationnelles, planification et maîtrise opérationnelle, surveillance, mesure, analyse et évaluation	6.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 8.1, 9.1	Responsable des activités station COMBI + Responsable logistique station COMBI	
10 h 30 à 11 h 30	Préparation de la réunion de clôture : <b>KOUROU</b> - points complémentaires - consolidation des constats - présentation et validation avant clôture des éventuelles fiches d'écart avec le représentant de l'organisme			Salle de réunion
11 h 30 à 12 h 15	<b>Réunion de clôture d'audit</b> : prévu en salle : <b>KOUROU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remerciements, éventuelles difficultés rencontrées lors de l'audit</li> <li>• Plan de la réunion de clôture</li> <li>• Rappel des principes et limites de l'échantillonnage d'audit</li> <li>• Revue du libellé de la certification et des adresses,</li> <li>• Conclusions d'audit ainsi que remise des éventuelles fiches documentant les NC identifiées ou revues lors de l'audit</li> <li>• Proposition qui sera formulée par le RA à l'instance de décision de l'OC</li> <li>• Phases et étapes qui suivent cet audit (Compléter le formulaire de réunion de clôture)</li> <li>• Information du client sur les processus de traitement des plaintes et d'appel si nécessaire.</li> </ul>			Participants prévus : direction + Service Qualité + personnes auditées en fonction de leur disponibilité  (voir Compte rendu de la réunion de clôture)

Projet de plan d'audit établi le 17 octobre 2020

Plan revu le 23 octobre 2020

Plan d'audit réalisé

# COMPTE-RENDU DE RÉUNION D'OUVERTURE ET DE CLÔTURE D'AUDIT

Organisme : CIRAD - Audit : 22/06/2020

En cas de besoins de modification d'informations relatives au certificat, veuillez transmettre sous 48 heures ce fichier corrigé à ATAH Alexandrie – alexandrie.atah@afnor.org  
Le formulaire papier rempli sera à transmettre avec vos justificatifs en fin de mission

## Libellé dans la langue de l'audit

ACQUISITION, CONSERVATION ET MISE A DISPOSITION DE RESSOURCES BIOLOGIQUES DES COLLECTIONS DE CAFEIER, CACAOYER (BIODIVERSITE, TOLERANCE AUX ALEAS BIOTIQUES ET ABIOTIQUES, DEVELOPPEMENT AGRICOLE)

Libellé en anglais à minima (plus langue supplémentaire si demandée)

*En l'absence de version anglaise, la traduction sera effectuée par l'Organisme de Certification*

Confirmation du libellé, de la dénomination sociale et des adresses des sites concernés par la certification

Pas de modification

Avec modifications

[Détail des modifications]

ACQUISITION, CONSERVATION ET MISE A DISPOSITION DE RESSOURCES BIOMORPHES DES COLLECTIONS DE CAFEIER (ROBUSTA ET ARABICA), CACAOYER (BIODIVERSITE, TOLERANCE AUX ALEAS BIOTIQUES ET ABIOTIQUES, DEVELOPPEMENT AGRICOLE, RECHERCHE SCIENTIFIQUE.

Nombre de non-conformités majeures : 0

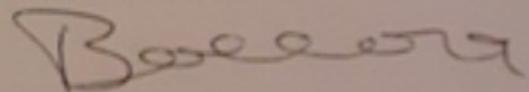
Nombre de non-conformités mineures : 7

## Direction de l'organisme

La direction de l'organisme reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent enregistrement et du contenu des fiches de Non-Conformité annoncées ci-dessus et exprime ses commentaires et éventuellement son désaccord, étant entendu que seule l'Instance de Décision peut attribuer, maintenir, renouveler ou étendre les certificats.

Date : 30 10 2020

Visa de la direction :

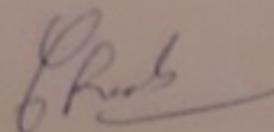


## Équipe d'Audit

Compte tenu des documents présentés, des sites visités et des réponses données aux questions posées, les Auditeurs déclarent, si tel est bien le cas, avoir effectué leur mission dans des conditions satisfaisantes. La signature des Auditeurs n'engage en aucune façon leur responsabilité personnelle ou celle de leur employeur en cas d'incidents, accidents ou erreurs commises par l'organisme après attribution des certificats.

Date : 30 10 2020

Visa des auditeurs :



© Toute reproduction intégrale ou partielle faite en dehors d'une autorisation expresse de l'organisme de certification ou de ses agents agréés, est illicite.

Compte rendu de Réunion d'ouverture et de clôture d'audit  
CERTIF 0442.12 03/2020

AFNOR Certification

13

Personnes ayant participé aux réunions d'ouverture et/ou de clôture

NOM Prénom	Fonction	Visa réunion d'ouverture	Visa réunion de clôture
		Date: 28/10/20 Lieu: Kourou	Date: 30/10/20 Lieu: Kourou
Beauchêne Jacques	CR Regional	<i>Beau</i>	<i>Beau</i>
LEROY Thierry	checkeur	<i>Leo</i>	<i>TR</i>
• Moreau Karole <small>Elidiane</small>	RH	<i>K</i>	<i>K</i>
• MIRANDA DOS SANTOS	Gestionnaire Financière	<i>M</i>	<i>M</i>
FRANÇOIS Emilienne	Assistante gestion comptable	<i>F</i>	<i>F</i>
Yusuf Azeer	T. de Maintenance	<i>Y</i>	<i>Y</i>
Andriquo FABIEU	Co-responsable qualité	<i>F</i>	<i>F</i>
PERTHUIS Bernard	Gestionnaire idl. caféiers	<i>B</i>	<i>B</i>
BOCCARA Michel	Responsable CRB	<i>M</i>	<i>M</i>
VINCENT Claude	Co-responsable qualité	<i>V</i>	<i>V</i>
ELOURD Sandra	GFP	<i>E</i>	<i>E</i>
Be			