NOTES PROFESSIONNELLES

Contrôle interne et qualité

Pour un management intégré de la performance

Réalisé par une Unité de Recherche de l'IFACI

IFACI Institut de l'Audit Interne

DANS LA MÊME COLLECTION

- **Des clés pour la mise en œuvre du contrôle interne -** *Unité de Recherche IFACI*
- **Evaluer et développer les compétences des collaborateurs -** *Antenne régionale Aquitaine IFACI*
- **Audit des prestations essentielles externalisées par les établissements de crédit et les entreprises d'investissement – 2ème Edition -** *Groupe Professionnel «Banque »*
- **La cartographie des risques -** *Groupe Professionnel « Assurance »*
- **L'audit interne et le management des collectivités territoriales -** *Unité de Recherche IFACI*
- **Cartographie des Risques -** *Groupe Professionnel « Immobilier Locatif »*
- **Étude du processus de management et de cartographie des risques -** *Groupe Professionnel « Industrie et commerce »*
- **Management des risques -** *IIA UK – Traduction Unité de Recherche IFACI*
- **L'auto-évaluation du contrôle interne -** *Unité de Recherche IFACI*
- **Une démarche de management des connaissances dans une direction d'audit interne -** *Unité de Recherche IFACI*
- **Pour un bon audit du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux -** *Groupe Professionnel « Banque »*
- **L'efficacité des Comités d'audit – Les meilleures pratiques -** *PwC - The IIA Research Foundation / Traduction IFACI - PwC*
- **Gouvernement d'entreprise et Conseil d'administration -** *PwC - The IIA Research Foundation/ Traduction IFACI - PwC*
- **Le rôle de l'auditeur interne dans la prévention de la fraude -** ***Prise de position de l'ECIIA*** **-** *Traduction IFACI*
- **Évaluation de la compétence dans la pratique de l'audit interne -** ***Prise de position de l'ECIIA*** **-** *Traduction IFACI*

© IFACI – Paris – mai 2008

ISBN : 978-2-915042-13-9
ISSN : 1778-7327

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droits, ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

REMERCIEMENTS

L'IFACI tient tout particulièrement à remercier les membres de l'Unité de Recherche qui ont contribué aux différentes phases de production de ce cahier :

- Conception et rédaction :
  - **Gilles Audren,** *Conseiller auprès du Directeur Général, AFD ;*
  - **Daniel Bretin,** *Directeur Projets Contrôle interne-Qualité, La Poste ;*
  - **Sonia Chovaux,** *Auditeur, CRAMIF ;*
  - **Bernard Decoeur,** *Délégué Contrôle interne, Gaz de France ;*
  - **Alain Gelly,** *Directeur du support à la production, TDF, Animateur de l'Unité de Recherche ;*
  - **Philippe Ghyselinck,** *Auditeur interne, EDF ;*
  - **Nicolas Guillaume,** *Associé, Sinequa ;*
  - **Béatrice Ki-Zerbo,** *Directeur de la Recherche, IFACI ;*
  - **Paul Le Nail,** *Senior manager, PricewaterhouseCoopers ;*
  - **Joëlle Mabilon,** *Responsable développement du Contrôle interne, France Télécom ;*
  - **Béatrice Michel,** *Responsable Contrôle interne, La Poste ;*

- Révision :
  - **Jean-Michel Chaplain,** *Directeur de l'Audit, Croix Rouge Française ;*
  - **Joëlle Le Vourc'h,** *Directeur scientifique de la chaire de Contrôle interne ESCP-EAP / IFACI ;*

- Mise en forme :
  - **Julie Ferré,** *Assistante de la Recherche, IFACI.*

Louis VAURS, *Délégué Général*

© IFACI

© IFACI

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 3

INTRODUCTION 7

CLÉS DE LECTURE 9

TABLEAU DE CORRESPONDANCE ISO 9001 / CADRE DE RÉFÉRENCE DE CONTRÔLE INTERNE DE L'AMF 11

CONCLUSION 41

ANNEXES 43

Annexe 1 : Exemple d'un système intégré qualité - contrôle interne (TDF) 45

Annexe 2 : Synergie des démarches contrôle interne et qualité (La Poste) 49

Annexe 3 : Le pilotage des processus de l'assurance maladie (CRAMIF) 55

Annexe 4 : La charte Marianne 59

Annexe 5 : Le dispositif de contrôle interne : cadre de référence de l'AMF (Synthèse) 63

© IFACI

© IFACI

INTRODUCTION

Les interrelations entre les dispositifs de « contrôle interne » et de « qualité » ont régulièrement été au cœur des échanges de groupes de Recherche de l'IFACI. L'expérience des professionnels participant à ces échanges, montre que les organisations qui s'appuient sur ces dispositifs en font un véritable levier de performance pour le management.

Les éléments qui sont présentés dans cette publication, résultent de travaux entamés début 2007. Ils veulent répondre aux questions suivantes :

- **En quoi les démarches de contrôle interne et de qualité se ressemblent-elles ?**
- **Qu'est-ce qui les distingue ?**
- **Comment mieux exploiter les synergies, les passerelles ?**

Les travaux de l'unité de recherche « contrôle interne et qualité » se fondent sur des postulats quant aux avantages et aux limites de chaque démarche.

Ainsi, les processus qualité constituent un engagement dynamique qui génère de la confiance quant au contrôle interne, il donne le cadre nécessaire à la bonne maîtrise des opérations.
Il apparaît donc que des activités, bien encadrées dans une dynamique orientée vers la réalisation de leurs objectifs, engendreront plus de performance.

Le contrôle interne est revenu à la une de l'actualité avec des dispositifs réglementaires tels que la Loi de Sécurité Financière (LSF). Même si les dispositions de la LSF ne s'imposent juridiquement qu'aux sociétés anonymes cotées, l'exemple donné par ces sociétés va, de proche en proche, amener d'autres types d'organisations à s'intéresser plus qu'auparavant au contrôle interne. Elles pourront s'appuyer sur le cadre de référence résultant des travaux du Groupe de Place. En effet, il permet de dépasser la présentation strictement contraignante qui est parfois faite du contrôle interne. De plus, il ne limite pas ce dispositif à la seule dimension de l'information financière et comptable.

De nombreuses organisations ont mis en place un Système de Management de la Qualité (SMQ) et ont obtenu la certification qualité ISO 9001. Lorsque ces organisations souhaitent bénéficier des avantages d'un système de contrôle interne, leurs dirigeants choisiront entre la définition et la mise en place d'un nouveau système qui se superposerait au SMQ existant ou l'utilisation des acquis du SMQ pour répondre aux exigences du contrôle interne.

L'unité de recherche se positionne dans le cas où les dirigeants éviteraient de reconstruire un autre modèle en ignorant l'existant.
Sous cette hypothèse, elle propose un rapprochement de deux référentiels : le cadre de référence de contrôle interne de l'AMF et la norme ISO 9001.
Cette analyse technique met en évidence les convergences et les complémentarités des deux référentiels. Afin de fournir un outil pratique, la trame de ce cahier de recherche reprend le canevas de l'exposé détaillé des principes généraux de contrôle interne présentés dans le cadre de référence de l'AMF.

© IFACI

Ainsi, composante de contrôle interne par composante, sont présentées les exigences de la norme ISO 9001 qui y répondent et le cas échéant les dispositifs à améliorer ou à mettre en place pour se conformer au cadre de référence.

L'histoire de chaque organisation fait que certaines ont un degré de maturité de leur SMQ plus important, tandis que d'autres sont plus avancées dans la mise en œuvre du contrôle interne. Partant du constat que les entreprises formalisent souvent leur SMQ avant de se poser explicitement la question du contrôle interne, le tableau de concordance a été construit en partant d'un système qui serait certifié ISO 9001. La prise en compte d'une culture « qualité » préexistante dans l'organisation est un bon moyen de stabiliser l'environnement de contrôle sur lequel s'appuieront les dispositifs de contrôle interne. De plus, le SMQ est un véhicule puissant pour connaître les activités et identifier les risques associés. Néanmoins, malgré cette hypothèse de travail indispensable à la construction du tableau, le document est utilisable par des organisations qui veulent mettre en place (ou renforcer) un SMQ à partir d'un système de contrôle interne. Les organisations qui se situent dans ce deuxième cas de figure chercheront à donner à un système qui serait figé dans un cadre stérile, un nouveau dynamisme tout en conservant les atouts du contrôle interne (tels que la nécessaire articulation des objectifs et des responsabilités, la mise en place de dispositifs de maîtrise des risques et l'information des organes du gouvernement d'entreprise sur l'efficacité de ces dispositifs).

Quel que soit le sens de lecture, les utilisateurs de cet outil trouveront les passerelles entre les deux démarches. En évitant la juxtaposition entre « contrôle interne » et « qualité », il s'agit de redonner du sens et du dynamisme aux activités.

© IFACI

CLÉS DE LECTURE

Définition du contrôle interne (Cadre de Référence AMF)

« Le contrôle interne est un dispositif de la société, défini et mis en œuvre sous sa responsabilité, qui vise à assurer :

- *la conformité aux lois et règlements ;*
- *l'application des instructions et des orientations fixées par la Direction Générale ou le Directoire ;*
- *le bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concourant à la sauvegarde de ses actifs ;*
- *la fiabilité des informations financières ;*

et d'une façon générale, contribue à la maîtrise de ses activités, à l'efficacité de ses opérations et à l'utilisation efficiente de ses ressources.

En contribuant à prévenir et maîtriser les risques de ne pas atteindre les objectifs que s'est fixés la société, le dispositif de contrôle interne joue un rôle clé dans la conduite et le pilotage de ses différentes activités.

Toutefois, le contrôle interne ne peut fournir une garantie absolue que les objectifs de la société seront atteints. »

Partant de la définition du contrôle interne figurant dans la cadre de référence de l'AMF, les objectifs suivants sont rappelés dans le tableau de correspondance :

O : **O**pérationnels (bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concordant à la sauvegarde des actifs).
IF : fiabilité des **I**nformations **F**inancières.
C : **C**onformité aux lois et règlements.
A : **A**pplication des instructions et orientations fixées par la Direction Générale ou le Directoire.

Définition du Système de Management de la Qualité (Norme ISO 9000)

*« Le **Système de Management de la Qualité** (SMQ) est l'élément du système de management de l'organisme qui se concentre sur l'obtention de résultats, en s'appuyant sur les objectifs qualité, pour satisfaire selon le cas, les besoins, attentes ou exigences des parties intéressées. Les objectifs qualité viennent en complément à d'autres objectifs de l'organisme tels que ceux liés à la croissance, au financement, à la rentabilité, à l'environnement et à l'hygiène et la sécurité du travail. Les différentes composantes du système de management d'un organisme peuvent être intégrées, avec le système de management de la qualité, en un seul système de management par l'utilisation d'éléments communs. Ceci peut faciliter la planification, l'affectation des ressources, la définition d'objectifs complémentaires et l'évaluation de l'efficacité globale de l'organisme. Le système de management de l'organisme peut être évalué par rapport à ses exigences propres. Il peut également faire l'objet d'audits par rapport aux exigences de Normes internationales telles que l'ISO 9001 et l'ISO 14001. Ces audits de systèmes de management peuvent être réalisés séparément ou de façon conjuguée. »*

© IFACI

Les hypothèses de travail

Comme indiqué dans l'introduction, pour construire le tableau, l'unité de recherche est partie de la situation où une organisation aurait déjà une démarche ISO 9001 et souhaite l'utiliser comme levier pour une meilleure maîtrise des risques. Une autre hypothèse sous-jacente à l'analyse des deux référentiels consiste à considérer que les périmètres sont comparables. Ainsi, le périmètre couvert par le SMQ qui ne s'adresse au point de départ qu'à la satisfaction client, s'étend à la satisfaction équilibrée de toutes les parties intéressées. A cette condition, les objectifs « qualité » sont parfaitement alignés avec ceux de l'organisation.

Comment lire le résultat de la correspondance (entre la norme ISO 9001 et le cadre de référence du contrôle interne de l'AMF)

OUI	Sachant que le périmètre des deux dispositifs est identique, la concordance est optimale.
OUI, SI	Les deux référentiels convergent, mais il faudra que le SMQ renforce des points mentionnés dans la norme ISO 9001 pour que la concordance avec le cadre de référence de l'AMF soit optimale.
NON	Il n'y a pas de concordance entre les deux référentiels, mais cette divergence des textes n'est pas rédhibitoire.

© IFACI

TABLEAU DE CORRESPONDANCE ISO 9001 / CADRE DE RÉFÉRENCE DE CONTRÔLE INTERNE DE L'AMF

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Conformité aux lois et règlements « Il s'agit des lois et règlements auxquels la société est soumise. Les lois et les règlements en vigueur fixent des normes de comportement que la société intègre à ses objectifs de conformité. »	**Le §1.1 sur les généralités :** « L'organisme doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables ». **Le § 7.2.1 sur la détermination des exigences relatives aux produits :** « L'organisme doit déterminer : […] c) les exigences réglementaires et légales relatives au produit ; […] »	**C**	**OUI, SI** Les exigences du Système de Management de la Qualité doivent aller au-delà de la conformité du produit et prendre en compte des obligations transverses à l'ensemble des processus de l'organisation, y compris ceux qui ne sont pas directement liés à la conformité des produits et services offerts par l'organisation. A périmètre identique, la norme fournit une assurance raisonnable sur la maîtrise des activités et la conformité des opérations.
Application des orientations fixées par la gouvernance « Les instructions et orientations de la gouvernance permettent aux collaborateurs de comprendre ce qui est attendu d'eux et de connaître l'étendue de leur liberté d'action. »	**Le § 5.3 sur la politique qualité :** « La direction doit assurer que la politique qualité : a) est adaptée à la finalité de l'organisme ; b) comprend l'engagement à satisfaire aux exigences et à améliorer en permanence l'efficacité du système de management ; c) fournit un cadre pour établir et revoir les objectifs qualité ; d) est communiquée et comprise au sein de l'organisme ; e) est revue quant à son adéquation permanente. »	**A**	**OUI** Le § 7.2.1 de la norme rappelle que la politique qualité prend en compte les attentes des clients, les exigences nécessaires à un bon usage des produits et les obligations réglementaires. Dans la pratique, les instructions « métiers » sont plus couramment prises en compte dans le Système de Management de la Qualité, tandis que les exigences complémentaires des différents acteurs du gouvernement d'entreprise sont moins explicitement intégrées.

© IFACI

	Le § 7.2.1 sur la détermination des exigences relatives aux produits : « L'organisme doit déterminer : a) les exigences spécifiées par le client, y compris les exigences relatives à la livraison et aux activités après livraison ; b) les exigences non formulées par le client mais nécessaires pour l'usage spécifié, ou lorsqu'il est connu, pour l'usage prévu ; c) les exigences réglementaires et légales relatives au produit ; d) toutes exigences complémentaires déterminées par l'organisme. » **Le § 7.5.1 sur la maîtrise de la production et de la préparation du service** qui indique : « L'organisme doit planifier et réaliser les activités de production et de préparation du service dans des conditions maîtrisées. Ces conditions doivent comprendre, selon le cas : […] b) la disponibilité des instructions de travail nécessaires ; […] f) la mise en œuvre d'activités de libération, de livraison et de prestations de service après livraison ».		Outre la nécessaire prise en compte de l'ensemble de ces exigences lors de la conception du dispositif, le contrôle interne veille à la vérification de leur mise en œuvre et au bon fonctionnement du système. Enfin, le cadre de référence souligne le fait que chaque collaborateur doit avoir une bonne compréhension de ses responsabilités et de ses pouvoirs.

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Bon fonctionnement des processus « Le bon fonctionnement des processus opérationnels, industriels, commerciaux et financiers exige que des normes ou principes de fonctionnement aient été établis et que des indicateurs de performance et de rentabilité aient été mis en place. »	**Le §1.1 sur les généralités :** « L'organisme vise à accroître la satisfaction de ses clients par l'application efficace du système, y compris les processus pour l'amélioration continue du système et l'assurance de la conformité aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables. »	**O**	**OUI** Dans un Système de Management de la Qualité recouvrant l'ensemble des parties intéressées, les fonctions support, telles que la comptabilité, la paie, l'informatique, sont prises en compte. Sous cette hypothèse, les modes opératoires et les indicateurs du Système de Management de la Qualité sont d'excellents éléments pour documenter les processus identifiés dans le système de contrôle interne.
Fiabilité des informations financières « La fiabilité d'une information financière ne peut s'obtenir que grâce à la mise en place de procédures de contrôle interne susceptibles de saisir fidèlement toutes les opérations que l'organisation réalise. »		**IF**	**NON** Car la fiabilité des informations financières n'est pas explicitement une exigence de la norme. Néanmoins, l'existence d'une certification des processus générant l'information financière pourra être utilisée lors de l'évaluation de la fiabilité des informations financières.

© IFACI

Définition des objectifs de la société « Les grandes orientations en matière de contrôle interne sont déterminées en fonction des objectifs de la société. »	**Le § 5.1 sur l'engagement de la direction :** « […] La direction doit : […] b) établir la politique qualité ; c) assurer que les objectifs qualité sont établis ; […] ». **Le § 5.3 sur la politique qualité :** « La direction doit assurer que la politique qualité : a) est adaptée à la finalité de l'organisme ; b) comprend l'engagement à satisfaire aux exigences et à améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité ; c) fournit un cadre pour établir et revoir les objectifs qualité ; d) est communiquée et comprise au sein de l'organisme ; [...] ». **Le § 5.4.2 sur la planification du système de management de la qualité :** « La direction doit assurer que : a) la planification du système de management de la qualité est réalisée dans le but de satisfaire les exigences […] des objectifs qualité ; […] ».	**O, C, A**	**OUI** Ce point représente l'un des éléments clés d'une démarche intégrée Contrôle Interne et Qualité. C'est à ce niveau que se mesure la valeur ajoutée d'une synergie entre les deux dispositifs. L'alignement des objectifs qualité avec les objectifs de l'organisation permettent de s'appuyer sur le Système de Management de la Qualité comme l'une des composantes de l'environnement de contrôle.

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Déclinaison et communication des objectifs de la société « Ces objectifs doivent être déclinés au niveau des différentes unités de l'entité et clairement communiquées aux collaborateurs afin que ces derniers comprennent et adhèrent à la politique de l'organisation en matière de risques et de contrôle. »	**Le § 5.3 sur la politique qualité :** « La direction doit assurer que la politique qualité : […] d) est communiquée et comprise au sein de l'organisme ; […] ». **Le § 5.4.1 sur les objectifs qualité :** « La direction doit assurer que les objectifs qualité, y compris ceux nécessaires pour satisfaire aux exigences relatives au produit, sont établis aux fonctions et niveaux appropriés au sein de l'organisme. Les objectifs qualité doivent être mesurables et cohérents avec la politique qualité ». **Le § 5.5.3 sur la communication interne :** « La direction doit assurer que des processus appropriés de communication sont établis au sein de l'organisme et que la communication concernant l'efficacité du système de management de la qualité a bien lieu ».	**O, C, A**	**OUI**

© IFACI

Règles d'exemplarité et d'intégrité « Le dispositif de contrôle interne est d'autant plus pertinent qu'il est fondé sur des règles de conduite et d'intégrité portées par les organes de gouvernance de l'organisation. »		O, A	**NON** Car les notions de règles de conduite et d'intégrité n'apparaissent pas dans la norme ISO 9001. Le système de Management de la Qualité tend vers cette exigence relative à l'existence de règles de conduite, sous la forme de chartes, comme par exemple la **charte Marianne (fonction publique, cf. annexe 4 p.59).** Néanmoins, l'existence d'une charte dans un domaine concerné n'est pas suffisante. En termes de contrôle interne, la charte doit réellement être mise en œuvre dans le cadre d'une démarche globale correspondant aux règles d'éthique et d'intégrité définies par les dirigeants.
Organisation appropriée « Une organisation appropriée fournit le cadre dans lequel les activités nécessaires à la réalisation des objectifs sont planifiées, exécutées, suivies et contrôlées. »	**Le § 4.2.2 sur le manuel qualité documentation :** « L'organisme doit établir et tenir à jour un manuel qualité qui comprend : a) le domaine d'application du système de management de la qualité, y compris le détail et la justification des exclusions, b) les procédures documentées établies pour le système de management de la qualité ou la référence à celles-ci, c) une description des interactions entre les procédures du système de management de la qualité. » De plus, le vocabulaire utilisé dans **la norme ISO 9000** indique clairement au **§ 3.3.2 en note 2** que « l'organisation est souvent formalisée dans un manuel qualité ».	O, C, A	**OUI, SI** Le terme « organisation » n'apparaît pas en tant que tel dans la norme ISO 9001. Par contre, l'existence d'un « Manuel Qualité » est une exigence forte de la norme ISO 9001. Le Système de Management de la Qualité répond à l'exigence d'une « organisation appropriée » à condition que son manuel Qualité comporte une description de l'organisation relative à la planification, à l'exécution, au suivi et au contrôle des activités, ce qui n'est nullement une exigence explicite de la norme ISO 9001.

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Responsabilités et pouvoirs clairement définis « Des responsabilités et des pouvoirs clairement définis doivent être accordés aux personnes appropriées en fonction des objectifs de la société. Ils peuvent être formalisés et communiqués au moyen de description de tâches ou de fonctions, d'organigrammes hiérarchiques ou fonctionnels, de délégations de pouvoir et devraient respecter le principe de séparation des tâches. »		**O, C, A**	**NON** En effet, le principe de séparation des tâches, qui est une exigence forte du contrôle interne, n'est pas présent dans la norme ISO 9001. Le terme « pouvoir » est cité en remarque de la définition du terme « management » de la norme ISO 9000 : *« En Français, le terme « management » désigne parfois des personnes, c'est-à-dire une personne ou un groupe de personnes ayant les responsabilités et les pouvoirs nécessaires pour la conduite et la maîtrise d'un organisme »*. Mais, il convient de noter qu'il n'est nullement question de documents de délégations de pouvoir en bonne et due forme. La formalisation des délégations de pouvoir constitue un des éléments essentiels dans une démarche de contrôle interne. Pour répondre à des « responsabilités et pouvoirs clairement définis », le système de Management de la Qualité doit aller au-delà des exigences de la norme en ce qui concerne la formalisation et le respect de la délégation de pouvoir, et de la séparation des tâches.

© IFACI

Politique RH « Une politique de gestion des ressources humaines devrait permettre de recruter des personnes possédant les connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de leur responsabilité et à l'atteinte des objectifs actuels et futurs de la société. »	**Le § 6.2 sur les « Ressources humaines »** indique dans son **§ 6.2.1** (« Généralités ») : « Le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la qualité du produit doit être compétent sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience. » **Le § 6.2.2** indique: « L'organisme doit : […] d) assurer que les membres de son personnel ont conscience de la pertinence et de l'importance de leurs activités et de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité ; […]».	**O, C, A**	**OUI**

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Systèmes d'information « Les systèmes d'information doivent être adaptés aux objectifs actuels de l'organisation et conçus de façon à pouvoir supporter ses objectifs futurs. Les systèmes informatiques sur lesquels s'appuient les systèmes d'information doivent être protégés efficacement tant au niveau de leur sécurité physique que logique afin d'assurer la conservation des informations stockées. Leur continuité d'exploitation doit être assurée au moyen de procédures de secours. Les informations relatives aux analyses, à la programmation et à l'exécution des traitements doivent faire l'objet d'une documentation. »	**Le § 6.3 sur les infrastructures** indique « l'organisme doit déterminer, fournir et entretenir les infrastructures nécessaires pour obtenir la conformité du produit. Elles comprennent selon le cas : a) les bâtiments, les espaces de travail et les installations associées ; b) les équipements (tant logiciels que matériels) associées aux processus ; c) les services support (tels que la logistique et les moyens de communication. » **Le § 8.4 sur l'analyse des données** indique : « L'organisme doit déterminer, recueillir et analyser les données appropriées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du Système de Management de la Qualité et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité. Ceci doit inclure les données résultant des activités de surveillance et de mesure ainsi que d'autres sources pertinentes. »	**O, IF, C**	**OUI, SI** Le terme « Systèmes d'information » n'existe ni dans la norme ISO 9001, ni même au niveau du vocabulaire défini dans la norme ISO 9000. Par contre, le terme « information » est présent dans plusieurs chapitres, tout comme le terme « enregistrement ». L'existence d'enregistrements est une exigence forte de la norme ISO 9001. Cette mention n'est pas suffisante, dans la mesure où le cadre de référence est particulièrement exigeant en matière de continuité d'exécution, de sécurité d'accès, de gestion des habilitations en lien avec la délégation de pouvoir (cf. sous composante « responsabilités et pouvoir clairement définis », p. 18). Par conséquent, le Système de Management de la Qualité répond à l'exigence complémentaire à condition que les « enregistrements » que la Norme ISO 9001 nécessite, soient supportés par des systèmes d'information conçus en tenant compte des objectifs de l'organisation. Ces systèmes devront être documentés, protégés efficacement (sécurité logistique et physique, gestion des habilitations) et, avoir une continuité d'exploitation assurée au moyen de procédures de secours.

© IFACI

© IFACI

Normes et procédures « Les procédures ou modes opératoires précisent la manière dont devrait s'accomplir une action ou un processus (objectifs à atteindre à un horizon donné, définitions de fonctions et de lignes hiérarchiques/ fonctionnelles, lignes de conduite, outils d'aide à la décision et d'évaluation, fréquence de contrôle, personne responsable du contrôle,…), quels qu'en soient la forme et le support. »	**Le § 4.2 sur les exigences relatives à la documentation** indique dans son **§ 4.2.1** (Généralités), en note 2 et 3, que : « La documentation du Système de Management de la Qualité doit comprendre : […] c) <u>les procédures documentées</u> exigées par la présente norme internationale ; […] ». **Le § 4.2.2** indique : « L'organisme doit établir et tenir à jour un Manuel qualité qui comprend : […] b) les procédures documentées établies pour le Système de Management de la Qualité ou la référence à celles-ci ; […] ». **En outre, le § 7.5.2 sur la validation des processus de production et de préparation du service** indique que : « […] L'organisme doit établir des dispositions pour les processus de production et y inclure, selon le cas : […] c) l'utilisation de méthodes et de procédures spécifiques ; […] ».	**<u>O, IF, C</u>**	**OUI** En consolidant les différents paragraphes de la norme ISO 9001 dans lesquels il est exigé une procédure documentée, à savoir « écrite », les domaines suivants sont couverts : • Maîtrise des documents ; • Maîtrise des enregistrements qui doivent être identifiés, stockés, protégés, accessibles, conservés selon une durée définie et éliminés ; • Audit interne ; • Maîtrise du produit non conforme (contrôles ainsi que responsabilités et autorités associées) ; • Actions d'amélioration correctives ; • Actions d'amélioration préventives. Pour les autres domaines, les organisations certifiées ISO 9001 ont libre choix sur la nécessité ou pas de rédiger des procédures, sachant que trop de procédures tue les procédures. De même que la démultiplication des procédures, leur mauvaise conception peut les rendre tout aussi inefficaces. A ce propos, le cadre de référence rappelle que pour être vraiment utile, une procédure précisera « *la manière dont devra s'accomplir une action* » avec des indications sur les objectifs à atteindre à un horizon donné, les outils d'aide à la décision et d'évaluation, la fréquence de contrôle…

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Outils « Les outils ou instruments de travail (bureautique, informatique) doivent être adaptés aux besoins de chacun et auxquels chaque utilisateur devrait être dûment formé. »	**Le § 6.4 sur l'environnement de travail** indique que : « L'organisme doit déterminer et gérer l'environnement de travail nécessaire pour obtenir la conformité du produit ». **Le § 7.5.1 sur la maîtrise de la production et préparation du service** indique que : « L'organisme doit planifier et réaliser les activités de production et de préparation du service dans des conditions maîtrisées. Ces conditions doivent comprendre, selon le cas : […] c) l'utilisation des équipements appropriés, d) la disponibilité et l'utilisation de dispositifs de surveillance et de mesure ; […] ».	**O, C**	**OUI** Les notions d'« environnement de travail » et d'« équipements » utilisées dans la norme correspondent à la notion d'outils.

© IFACI

Pratiques communément admises « Les pratiques sont communément admises au sein de la société. »	**Le § 4.1 sur les exigences générales du Système de Management de la Qualité** indique que « l'organisme doit établir, documenter, mettre en œuvre et entretenir un système de management de la qualité et en améliorer en permanence l'efficacité conformément aux exigences de la présente norme internationale. » **Le § 7.3.1 sur la planification de la conception et du développement** indique que : « […] L'organisme doit déterminer : […] b) les activités de revue, de vérification et de validation appropriée à chaque étape de la conception et du développement ; […] ».	**O, A**	**OUI** Même si le terme « pratique » n'existe ni dans la norme ISO 9001, ni même au niveau du vocabulaire défini dans la norme ISO 9000, le terme « activités » qui sous-tend implicitement l'existence de pratiques, est utilisé à propos. La norme ISO 9001 dans son ensemble favorise l'existence de pratiques bien établies qui sont facteur d'amélioration.

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Diffusion d'informations pertinentes, fiables et diffusées en temps opportun « La société devrait disposer de processus qui assurent la communication d'informations pertinentes, fiables et diffusées en temps opportun aux acteurs concernés de la société afin de leur permettre d'exercer leurs responsabilités ».	**Le § 4.1 sur les exigences générales du Système de Management de la Qualité** indique que « […] l'organisme doit : a) identifier les processus nécessaires au système de management de la qualité et leur application dans tout l'organisme ; […] d) assurer la disponibilité des ressources et des informations nécessaires au fonctionnement et à la surveillance de ces processus ; […] ». **Le § 5.3 sur la politique qualité :** « La direction doit assurer que la politique qualité : a) est adaptée à la finalité de l'organisme ; b) comprend l'engagement à satisfaire aux exigences et à améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité ; c) fournit un cadre pour établir et revoir les objectifs qualité ; d) est communiquée et comprise au sein de l'organisme ; [...] ».	**O, IF, A**	**OUI** D'une part, compte tenu du fait que la norme ISO 9001 préconise une « communication appropriée », notamment sur l'atteinte des objectifs définis (« l'efficacité »), et d'autre part dans la mesure où il est entendu que « les informations nécessaires au fonctionnement et à la surveillance des processus » doivent être « pertinentes et fiables ». Notons que « la revue de direction » sur laquelle repose l'amélioration continue, qui est à la base de la norme ISO 9001, exige en éléments d'entrée un certain nombre d'informations appropriées à la bonne tenue de la revue.

© IFACI

	Le § 5.5.3 sur la communication interne : « La direction doit assurer que des processus appropriés de communication sont établis au sein de l'organisme et que la communication concernant l'efficacité du système de management de la qualité a bien lieu. » **Le § 5.6.2 sur les éléments d'entrée de la revue :** « Les éléments d'entrée de la revue de direction doivent comprendre des informations sur : a) les résultats des audits ; b) les retours d'information des clients ; c) le fonctionnement des processus et la conformité du produit ; d) l'état des actions préventives et correctives ; e) les actions issues des revues de direction précédentes ; f) les changements pouvant affecter le système de management de la qualité ; g) les recommandations d'amélioration. »		

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Recensement des risques « La société doit recenser les principaux risques identifiables, internes, ou externes pouvant avoir un impact sur la probabilité d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés. Cette identification, qui s'inscrit dans le cadre d'un processus continu, devrait couvrir les risques qui peuvent avoir une incidence importante sur sa situation ».	**Le § 8.5.2 sur l'action corrective indique que** « l'organisme doit mener des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) procéder à la revue des non conformités (y compris les réclamations du client) ; b) déterminer les causes de non-conformités ; […] ». **Le § 8.5.3 sur l'action préventive** indique que : « L'organisme doit déterminer les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) déterminer les non-conformités potentielles et leurs causes ; […] ».	O, C, A	**NON** Le terme « risque » n'est pas utilisé dans la norme ISO 9001, et n'est pas défini dans la norme ISO 9000 portant sur les principes essentiels et le vocabulaire. Si les § 8.5.2 et 8.5.3 relatifs aux actions préventives, exigent la détection des non-conformités et de leurs causes, la mise en œuvre de ces paragraphes est loin d'être suffisante par rapport aux exigences du cadre de référence de contrôle interne en matière de recensement des risques. L'ensemble de ces non-conformités constituent une partie des risques opérationnels. Une organisation qui se limiterait au recensement de ces seuls risques, ne couvrirait pas toutes les catégories de *« risques qui peuvent avoir une incidence importante sur sa situation »*.

© IFACI

Analyse des risques « Il convient pour ce faire de tenir compte de la possibilité d'occurrence des risques et de leur gravité potentielle, ainsi que de l'environnement et des mesures de maîtrise existantes. Ces différents éléments ne sont pas figés, ils sont pris en compte, au contraire, dans un processus de gestion des risques. »	**Le § 8.5.2 sur l'action corrective indique que** « l'organisme doit mener des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) procéder à la revue des non conformités (y compris les réclamations du client) ; b) déterminer les causes de non-conformités ; c) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour que les non-conformités ne se reproduisent pas ; […] ». **Le § 8.5.3 sur l'action préventive :** « L'organisme doit déterminer les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) déterminer les non-conformités potentielles et leurs causes ; b) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour éviter l'apparition de non-conformités ; […] ».	**O, C, A**	**NON** Comme indiqué à la sous composante précédente, le Système de Management de la Qualité n'exige pas un recensement des risques aussi méthodique et exhaustif que le cadre de référence de contrôle interne. En outre, le recensement des non-conformités ne s'accompagne pas forcément d'une analyse de leur impact et de leur probabilité.

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Procédures de gestion des risques « La Direction générale ou le Directoire avec l'appui d'une direction des risques, si elle existe, devraient définir des procédures de gestion des risques. »	**Le § 8.5.2 sur l'action corrective indique que** « l'organisme doit mener des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : […] c) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour que les non-conformités ne se reproduisent pas ; d) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ; e) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre (voir 4.2.4) ; f) procéder à la revue des actions correctives mises en œuvre. » . **Le § 8.5.3 sur l'action préventive :** « L'organisme doit déterminer les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour :	O, C, A	**OUI, SI** L'élimination des causes de non-conformité participe à la gestion des risques. Cependant, cette activité ne couvre pas l'exhausitvité des procédures classiques de management des risques (évitement, réduction, partage, acceptation). (cf. Annexe 1 du cadre de référence de contrôle interne « Questionnaire relatif à l'analyse et à la maîtrise des risques » - www.ifaci.com)

© IFACI

	[…] c) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ; d) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre ; e) procéder à la revue des actions préventives mises en œuvre. »		

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Activités de contrôle à tout niveau « Les activités de contrôle doivent être proportionnées aux enjeux propres à chaque processus, et conçues pour s'assurer que les mesures nécessaires sont prises en vue de maîtriser les risques susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs. »	**Le § 3.8.2 de la norme ISO 9000** portant sur les principes essentiels et le vocabulaire définit le terme « contrôle » comme : « Evaluation de la conformité par observation et jugement accompagné si nécessaire de mesures, d'essais ou de calibrage ». **Le § 8.2.3 sur la surveillance et mesure des processus :** « L'organisme doit utiliser des méthodes appropriées pour la surveillance et, lorsqu'elle est applicable, la mesure des processus du système de management de la qualité. Ces méthodes doivent démontrer l'aptitude des processus à atteindre les résultats planifiés. » **Le § 8.4 sur l'analyse des données :** « L'organisme doit déterminer, recueillir et analyser les données appropriées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du système de management de la qualité et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité. Ceci doit inclure les données résultant des activités de surveillance et de mesure ainsi que d'autres sources pertinentes. L'analyse des données doit fournir des informations sur : […] c) les caractéristiques et les évolutions des processus et des produits, y compris les opportunités d'actions préventives ; […] ». **Le § 7.1 sur la planification de la réalisation du produit** indique que : « […] Lors de la	**O, IF, C, A**	**OUI** La norme ISO 9001 exige l'existence d'activités de contrôle proportionnées (cf. utilisation du terme « approprié »), qui visent notamment à la maîtrise des risques, dans la mesure où les « actions préventives » visent à la maîtrise des risques pouvant survenir, et qui seraient de nature à compromettre l'atteinte des objectifs (cf. « résultats planifiés »). De plus, la norme ISO 9001 insiste très fortement sur la valeur des enregistrements à la qualité. D'ailleurs, les enregistrements relatifs à la qualité peuvent constituer des preuves du contrôle. Dans un système de management intégré, on veillera à la formalisation du lien entre l'activité de contrôle et le risque qu'il permet de maîtriser.

© IFACI

planification de la réalisation du produit, l'organisme doit déterminer : […]

c) les activités requises de vérification, validation, surveillance, contrôle et essai spécifiques au produit et les critères d'acceptation du produit ; […] ».

Le § 7.4.3 sur la vérification du produit acheté indique que : « L'organisme doit établir et mettre en œuvre le contrôle ou autres activités nécessaires pour assurer que le produit acheté satisfait aux exigences d'achat spécifiées. […] »

Le § 7.6 sur la maîtrise des dispositifs de mesure et de surveillance indique que : « L'organisme doit déterminer les activités de surveillance et de mesure à entreprendre et les dispositifs de surveillance et de mesure nécessaires pour apporter la preuve de la conformité du produit aux exigences déterminées (voir 7.2.1). L'organisme doit établir des processus pour assurer que les activités de surveillance et de mesure peuvent être effectuées et sont effectuées de manière cohérente par rapport aux exigences de surveillance et de mesure. […] ».

Le § 4.2.4 sur la maîtrise des enregistrements indique que « les enregistrements doivent être établis et conservés pour apporter la preuve de la conformité aux exigences et du fonctionnement efficace du système de management de la qualité. Les enregistrements doivent rester lisibles, faciles à identifier et accessibles. Une procédure documentée doit être établie pour assurer l'identification, le stockage, la protection, l'accessibilité, la durée de conservation et l'élimination des enregistrements. »

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Analyse des principaux incidents « Mise en œuvre par le management sous le pilotage de la Direction Générale ou du Directoire, la surveillance permanente prend notamment en compte l'analyse des principaux incidents constatés, le résultat des contrôles réalisés, ainsi que les travaux réalisés par l'audit interne, lorsqu'il existe ».	**Le § 8.4 sur l'analyse des données** indique que : « L'organisme doit déterminer, recueillir et analyser les données appropriées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du système de management de la qualité et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité. […] ». **Le § 8.2.3 sur la surveillance et mesure des processus** indique que : « L'organisme doit utiliser des méthodes appropriées pour la surveillance et, lorsqu'elle est applicable, la mesure des processus du système de management de la qualité. Ces méthodes doivent démontrer l'aptitude des processus à atteindre les résultats planifiés. […] » **Le § 5.6.2 sur les éléments d'entrée de la revue :** « Les éléments d'entrée de la revue de direction doivent comprendre des informations sur : […] a) les résultats d'audits ; b) les retours d'information des clients ; c) le fonctionnement des processus et la conformité du produit ;	**O, IF, C, A**	**OUI** La surveillance permanente peut être rapprochée de la notion de contrôle permanent donnée par la réglementation bancaire qui fait, au sein du dispositif de contrôle interne, une distinction stricte entre le contrôle permanent et le contrôle périodique (=audit interne). De même, un Système de Management de la Qualité exige un contrôle permanent des processus par les opérationnels, l'ensemble des éléments de contrôle doivent être passés régulièrement en revue afin de définir des actions d'amélioration. Il convient de noter que les retours d'information venant de l'extérieur de l'organisme, des clients en l'occurrence (mais cela peut être étendu à l'ensemble des parties intéressées), sont également pris en compte. Cette exigence de la norme ISO 9001 est particulièrement intéressante quant à l'efficacité du contrôle permanent.

© IFACI

	d) l'état des actions préventives et correctives ; e) les actions issues des revues de direction précédentes ; f) les changements pouvant affecter le système de management de la qualité ; g) les recommandations d'amélioration. » **Le § 7.6 sur la maîtrise des dispositifs de mesure et de surveillance** indique que : « L'organisme doit déterminer les activités de surveillance et de mesure à entreprendre et les dispositifs de surveillance et de mesure nécessaires pour apporter la preuve de la conformité du produit aux exigences déterminées (voir 7.2.1). L'organisme doit établir des processus pour assurer que les activités de surveillance et de mesure peuvent être effectuées et sont effectuées de manière cohérente par rapport aux exigences de surveillance et de mesure. […] ».		

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Remarques de l'audit interne, des CAC et des instances réglementaires « La surveillance permanente s'appuie notamment sur les remarques formulées par les commissaires aux comptes et par les éventuelles instances réglementaires de supervision ». **Les acteurs du contrôle interne** « Lorsqu'il existe, le service d'audit interne a la responsabilité d'évaluer le fonctionnement	**Le § 8.4 sur l'analyse des données** indique que : « L'organisme doit déterminer, recueillir et analyser les données appropriées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du système de management de la qualité et pour évaluer les possibilités d'amélioration de son efficacité. e) est revue quant à son adéquation permanente. » **Le § 5.3 sur la politique qualité indique que** « la direction doit assurer que la politique qualité : [...] e) est revue quant à son adéquation permanente. » **Le § 5.1 sur l'engagement de la direction** impose une « obligation » d'engagement de la part de la Direction pour « la mise en œuvre du système de management de la qualité ainsi qu'à l'amélioration continue de son efficacité ». Cet engagement doit se traduire notamment par **des revues de direction (cf. § 5.6.2)** prenant en compte « […] des informations sur : a) les résultats des audits ; b) les retours d'information des clients ;	**O, IF, C, A**	**OUI, SI** De par sa formulation générale et large, le § 8.4 de la norme ISO 9001 contribue à la notion de "surveillance permanente" définie dans le cadre de référence. En mettant en œuvre la norme, l'organisation est dans une démarche de progrès, de correction et de remédiation des incidents qui est commune aux deux référentiels. Néanmoins, la norme ISO 9001 ne vise pas expressément, les remarques formulées par les CAC ou par les instances règlementaires. Pour répondre à cette exigence forte du contrôle interne, un Système de Management de la Qualité doit prendre en compte les remarques des CAC et des régulateurs. Ces points doivent être examinés lors de la revue de direction. Mise en œuvre par le management sous le pilotage de la Direction Générale, la revue de direction prend en compte l'analyse des principaux incidents constatés, le résultat des contrôles réalisés et des travaux effectués par l'audit interne.

© IFACI

du dispositif de contrôle interne et de faire toutes préconisations pour l'améliorer, dans le champ couvert par ses missions. Il sensibilise et forme habituellement l'encadrement au contrôle interne mais n'est pas directement impliqué dans la mise en place et la mise en œuvre quotidienne du dispositif. Le responsable de l'audit interne rend compte à la Direction Générale et, selon des modalités déterminées par chaque société, aux organes sociaux, des principaux résultats de la surveillance exercée. »	c) le fonctionnement des processus et la conformité du produit ; d) l'état des actions préventives et correctives ; e) les actions issues des revues de direction précédentes ; f) les changements pouvant affecter le système de management de la qualité ; g) les recommandations d'amélioration. » **Le § 8.2.2 sur l'Audit interne** indique que « L'organisme doit mener des audits internes à intervalles planifiés pour déterminer si le système de management de la qualité : a) est conforme aux dispositions planifiées, aux exigences de la présente Norme Internationale et aux exigences du système de management de la qualité établies par l'organisme ; b) est mis en œuvre et entretenu de manière efficace. […]» **Le § 8.5.1 sur l'amélioration continue** indique que « l'organisme doit améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité en utilisant […] les résultats des audits, l'analyse des données, les actions correctives et préventives ainsi que la revue de direction. »		Notons que le Conseil d'administration de l'IFACI a pris position sur le thème « audit interne et qualité » en 2004. Ce texte est accessible sur www.ifaci.com (http://www.ifaci.com/fo/page.asp?id=96). Il est fondé sur des hypothèses de travail différentes de celles de l'unité de recherche. Cette prise de position indique en quoi l'audit interne, au sens des normes IIA/IFACI, se distingue de l'audit interne tel que défini dans le § 8.2.2. de la norme ISO 9001. (cf. Annexe 2, p. 49)

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Veille active sur les meilleures pratiques « La surveillance peut être utilement complétée par une veille active sur les meilleures pratiques en matière de contrôle interne ».	**Le § 7.2.1 sur la détermination des exigences relatives au produit** indique que « l'organisme doit déterminer : […] b) les exigences non formulées par le client mais nécessaires pour l'usage spécifié ou, lorsqu'il est connu, pour l'usage prévu ; […] ». **Le § 5.6.2 sur les éléments d'entrée de la revue** indique que « les éléments d'entrée de la revue de direction doivent comprendre des informations sur : […] g) les recommandations d'amélioration ». **Le § 7.3.2 sur les éléments d'entrée de la conception et du développement** indique que « les éléments d'entrée concernant les exigences relatives au produit doivent être déterminés et des enregistrements doivent être conservés (voir 4.2.4). Ces éléments doivent comprendre : […] c) le cas échéant, les informations issues de conceptions similaires précédentes ; d) les autres exigences essentielles pour la conception et le développement. »	**O, A**	**OUI, SI** La norme ISO 9001 ne fait pas référence à une veille sur les meilleures pratiques ni, bien sûr, à la notion de contrôle interne. Néanmoins, le Système de Management de la Qualité peut être complété par une veille active sur les meilleures pratiques en matière de contrôle interne. D'autres systèmes qualité, tels que ISO 9004, mais surtout l'EFQM (modèle de management organisationnel crée par l'European Foundation for Quality Management), mettent davantage l'accent sur cet aspect de veille.

© IFACI

	Le § 7.3.4 sur la revue de la conception et du développement indique que « des revues méthodiques de la conception et du développement doivent être réalisées, aux étapes appropriées, conformément aux dispositions planifiées (voir 7.3.1) afin : […] b) d'identifier tous les problèmes et de proposer les actions nécessaires. »		

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Mise en œuvre d'actions correctives « Surveillance et veille conduisent, si nécessaire, à la mise en œuvre d'actions correctives et à l'adaptation du dispositif de contrôle interne ».	**Le § 8.5.2 sur l'action corrective indique que** « l'organisme doit mener des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) procéder à la revue des non conformités (y compris les réclamations du client) ; b) déterminer les causes de non-conformités ; c) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour que les non-conformités ne se reproduisent pas ; d) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ; e) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre (voir 4.2.4) ; f) procéder à la revue des actions correctives mises en œuvre. » **Le § 8.5.3 sur l'action préventive** indique que « l'organisme doit déterminer les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions	**O, A**	**OUI**

© IFACI

	préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels. Une procédure documentée doit être établie afin de définir les exigences pour : a) déterminer les non-conformités potentielles et leurs causes ; b) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour éviter l'apparition de non-conformités ; c) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires ; d) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre ; e) procéder à la revue des actions préventives mises en œuvre. »		

© IFACI

ELEMENTS DU CADRE DE REFERENCE	PARAGRAPHE CORRESPONDANT DANS LA NORME ISO 9001 VERSION 2000	ÉLÉMENTS DE CONCOR-DANCE	RESULTAT DE LA CORRESPONDANCE ET COMMENTAIRES/ BONNES PRATIQUES
Information du Conseil « La direction Générale ou le Directoire apprécient les conditions dans lesquelles ils informent le Conseil des principaux résultats des surveillances et examens ainsi exercés ».		**O, A**	**NON** La norme ISO 9001 ne prévoit pas d'information spécifique de l'organe délibérant (Conseil) par la Direction. Certaines organisations « comblent ce vide », c'est le cas du Groupe La Poste qui a créé depuis 2004, un comité spécialisé du conseil d'administration : le Comité qualité-client et développement durable. Ce Comité est saisi, en vue de préparer les travaux du Conseil d'administration, des questions concernant la qualité des relations entre le groupe La Poste et ses clients, notamment dans les cas suivants : • l'étude de la satisfaction des clients de La Poste ; • l'analyse de la qualité des services fournis aux clients de La Poste ; • l'examen des bonnes pratiques en matière de services fournis aux clients de La Poste ; • l'examen des bonnes pratiques en matière de développement durable et de responsabilité sociale d'entreprise.

© IFACI

CONCLUSION

La recherche de passerelles entre la démarche « qualité » et le dispositif de contrôle interne contribue à la réalisation de la stratégie de l'organisation. Ces synergies permettent de dépasser les « querelles » d'expert ou de chapelle qui peuvent devenir contre productives pour l'organisation, si les opérationnels sont soumis à des exigences dissonantes.

La position que le Conseil d'administration de l'IFACI a donnée en 2004 sur « audit interne et qualité », rappelait bien les principes généraux de convergence entre les deux démarches. Profitant de la parution du cadre de référence de contrôle interne de l'AMF en janvier 2007, l'unité de recherche « contrôle interne et qualité » précise, par un rapprochement détaillé avec le texte de la norme ISO 9001, les synergies existantes entre les deux référentiels.

Partant du principe qu'un bon Système de Management de la Qualité délimite un périmètre qui ne s'arrête pas aux seules attentes des clients, mais s'étend à la satisfaction équilibrée de toutes les parties intéressées, de sorte que les objectifs « qualité » s'entendent au sens large et recoupent les objectifs de l'organisation. L'unité de recherche constate ainsi :

- une forte convergence sur les points suivants :
  + application des orientations fixées par la gouvernance ;
  + bon fonctionnement des processus ;
  + définition des objectifs de la société ;
  + déclinaison et communication des objectifs de la société ;
  + politique RH ;
  + normes et procédures ;
  + outils ;
  + pratiques communément admises ;
  + diffusion d'informations pertinentes, fiables et diffusées en temps opportun ;
  + activités de contrôle à tout niveau ;
  + analyse des principaux incidents ;
  + mise en œuvre d'actions correctives.

- au-delà de ces similitudes conformes, des actions complémentaires aux exigences minimales de la norme ISO 9001 pourraient être entreprises permettant la réalisation de certaines composantes du cadre de référence de contrôle interne :
  - conformité aux lois et règlements ;
  - organisation appropriée ;
  - systèmes d'information ;
  - procédures de gestion des risques ;
  - remarques de l'audit interne, des CAC et des instances réglementaires ;
  - veille active sur les meilleures pratiques.

© IFACI

- enfin, des points qui n'existent pas dans la norme ISO 9001 peuvent être délibérément impulsés par le management afin de rendre le Système de Management de la Qualité conforme au cadre de référence :
  - fiabilité des informations financières ;
  - règles d'exemplarité et d'intégrité ;
  - responsabilités et pouvoirs clairement définis ;
  - recensement des risques ;
  - analyse des risques ;
  - information du conseil.

L'analyse technique détaillée présentée ici démontre en quoi ces démarches s'imbriquent. Le tableau de correspondance révèle les atouts de cette convergence pour la création de valeur ajoutée. Il s'agit d'une condition de survie pour les organisations. En effet, la nécessité d'une cohérence interne du système de management de la performance est un enjeu majeur pour les organisations. Si la qualité permet l'amélioration continue, le renforcement du dispositif de contrôle interne permet d'assurer la cohésion du système avec les grandes orientations fixées par les organes de gouvernance.

© IFACI

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple d'un système intégré qualité - contrôle interne (Alain Gelly, TDF)

Annexe 2 : Synergie des démarches contrôle interne et qualité (Daniel Bretin, La Poste)

Annexe 3 : Le pilotage des processus de l'assurance maladie (Sonia Chovaux, CRAMIF)

Annexe 4 : La Charte Marianne

Annexe 5 : Le dispositif de contrôle interne : cadre de référence de l'AMF (synthèse)

© IFACI

ANNEXE

© IFACI

Annexe 1 :

EXEMPLE D'UN SYSTEME INTEGRE QUALITE - CONTROLE INTERNE

(Alain Gelly, TDF)

Certifiée ISO 9001 depuis 1996, TDF a étendu le périmètre de son Système de Management de la Qualité à l'ensemble des parties intéressées dès 2001.

Politique Qualité

« La qualité pour TDF, c'est l'aptitude à satisfaire les exigences des clients et à répondre aux attentes des autres parties intéressées : financiers (actionnaires et partenaires financiers), salariés, fournisseurs et l'environnement. La politique qualité de TDF est une recherche de satisfaction équilibrée des intérêts des différentes parties intéressées ».
Telle est la définition de la politique qualité de TDF établie dans son Manuel Qualité.

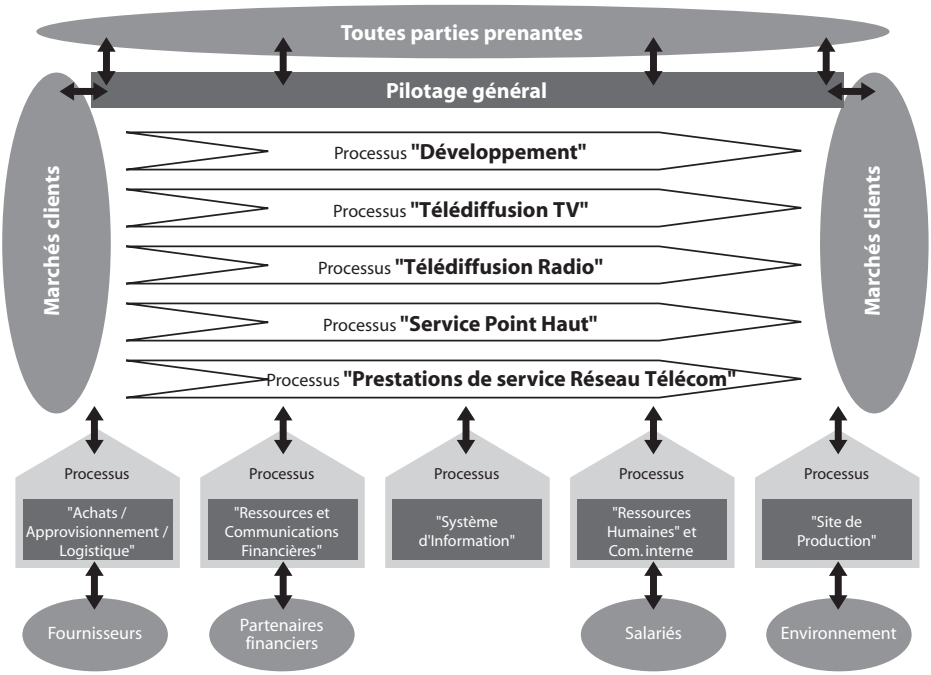
Le Système de Management de la Qualité de TDF est donc adapté à la maîtrise des risques de non satisfaction aux exigences et attentes, non seulement de ses clients, mais également de l'ensemble des parties intéressées. La conception de la cartographie des processus présentée ci-dessous a été établie avec cet objectif : les risques relatifs à chacune des parties intéressées sont traités par un processus.

Le processus « Système d'Information » s'intéresse quant à lui à la fiabilité des informations, item particulièrement important pour l'ensemble des parties intéressées.

Le processus « Pilotage Général » est à l'écoute de l'eco-système dans lequel baigne l'entreprise afin de définir sa stratégie et en piloter sa mise en œuvre par les autres processus.

© IFACI

Cartographie des processus de TDF



Les pilotes de processus sont choisis parmi les directeurs les plus directement impliqués dans les processus. Chaque pilote :

- est responsable de l'efficacité du processus, définit et suit les indicateurs de performance, éventuellement complétés par des indicateurs de surveillance ;
- assure l'adéquation des ressources ;
- est responsable de l'amélioration continue du processus tant en efficacité qu'en efficience.

Le fonctionnement des processus, ainsi que leurs interactions, sont régis par des procédures qui sont régulièrement mises à jour en application des règles de gestion documentaire en vigueur.

Les cinq composantes du dispositif de Contrôle Interne identifiées par l'AMF dans le cadre de référence sont portées par le Système de Management de la Qualité :

Une organisation appropriée :

- Une note d'organisation générale signée du Président Directeur Général définit les responsabilités respectives des différentes directions qu'elles déclinent en leur sein aux travers de notes d'organisation.
- Les notes de délégations de pouvoir et de signature correspondantes sont signées du Président Directeur Général. Ce sont des données qui font partie intégrante du référentiel documentaire du Système de Management de la

© IFACI

Qualité et gérées comme tel.

- Une note d'orientation annuelle issue de la Présidence Direction Générale donne le cadre général des objectifs de l'entreprise. Elle est déclinée par les directions au travers de notes d'orientation sectorielles. Les objectifs annuels des directions sont déclinés au niveau des salariés en objectifs individuels au sein de chaque entité. Leur degré d'atteinte est évalué lors d'un entretien annuel d'évaluation et de développement de la performance, qui prend également en compte le respect des valeurs de l'entreprise.

Des informations pertinentes :
Les indicateurs majeurs de l'entreprise sont fournis par le processus « Système d'Information ». Une démarche systématique d'urbanisme vise à améliorer la performance du système d'information. Elle se traduit par l'existence d'une cartographie des applications informatiques qui supportent les processus et d'un schéma directeur qui oriente leurs évolutions.
Les données fournies par le système d'information permettent la sortie d'indicateurs et de tableaux de bord qui sont analysés dans le cadre des instances de management mises en place.

Des risques identifiés et traités :
Une cartographie de maîtrise des risques mise à jour annuellement et d'un plan d'audit interne "maîtrise des risques" annuel, placés sous la responsabilité de la Direction de la Qualité et de la Maîtrise des Risques, permettent d'assurer la surveillance et la mesure globale des risques en vue de leur traitement au bon niveau. Le plan d'audit est décidé par la Présidence Direction Générale au vu de la cartographie de maîtrise des risques.

Des activités de contrôle :
La Direction de la Qualité et de la Maîtrise des Risques a la responsabilité de la mise en œuvre efficace du Système de Management de la Qualité. Sa surveillance est assurée au travers d'audits qualité internes. Les audits fournisseur et audits de prestation permettent de donner de meilleures garanties de qualité, des prestations rendues aux clients.
Les instances de management mises en place permettent de s'assurer de façon récurrente du bon fonctionnement des activités. En outre, des revues annuelles de processus et de direction permettent de piloter l'amélioration continue de la performance Qualité/Coûts/Délais à tous les niveaux. Des indicateurs labellisés regroupés en tableaux de bord par direction/processus sont des éléments d'entrée de ces revues. Ils permettent un suivi quantifié de l'avancement des objectifs, ainsi qu'une surveillance de l'efficacité des processus.

Une surveillance permanente :
L'ensemble des audits menés (audits qualité ou audits de maîtrise des risques) qui alimentent la cartographie de maîtrise des risques donnent à la Présidence-Direction Générale les informations de surveillance nécessaires à la définition et à la mise en œuvre d'actions correctives et à l'adaptation du dispositif de contrôle interne.

© IFACI

ANNEXE

© IFACI

Annexe 2 :

SYNERGIE DES DEMARCHES CONTROLE INTERNE ET QUALITE

(Daniel Bretin, La Poste)

En partant d'une expérience vécue au niveau d'un service d'audit interne dont la mission est d'émettre, en coproduction avec les audités, une opinion motivée sur la maîtrise des objectifs d'une entreprise afin d'en améliorer son contrôle interne, j'ai souhaité développer progressivement, avec mes équipes, une démarche de rapprochement du contrôle interne et de la qualité.
La nature même des produits immatériels réalisés à savoir : recommandations pour corriger et améliorer les dysfonctionnements, bonnes pratiques identifiées pour faire émerger des actions de progrès, outils d'auto-diagnostic, ou encore conseils aux audités (en matière de contrôle interne et de qualité), m'ont permis de mesurer l'intérêt d'une telle approche et d'apprécier toutes les synergies qui peuvent alors en découler.
Pour cela, avec les équipes de l'audit, nous avons alors franchi successivement trois étapes : tout d'abord, une démarche de maîtrise de l'ensemble de l'activité (mise sous contrôle interne), puis de recherche de la qualité produite (certification **ISO 9001** version 94 puis 2000), nous étions alors le premier service d'audit à obtenir un tel certificat, avant de boucler cette synergie dans le cadre d'une démarche managériale plus globale de type **EFQM** (modèle européen de management par la qualité).

A cet égard, la bonne imbrication, au sein d'un cadre managérial intégré de deux concepts majeurs est :

- le contrôle interne d'une part, orienté davantage vers la performance de l'organisation notamment à travers un dispositif de responsabilité motivant, un référentiel d'action clair, une gestion des risques efficace et un système d'information adapté ;
- la qualité d'autre part, dont la mission essentielle en termes de résultat est de veiller à la satisfaction du client, mais aussi des personnels et de toutes les autres parties prenantes, permet de conjuguer, judicieusement, efficience économique et motivation des hommes.

En outre, il est clair (et La Poste n'échappe pas plus que d'autres à cette difficulté) que le concept de qualité se « vend » mieux que celui de contrôle interne.
Pourquoi ? Parce que le terme appartient au langage courant : nous portons facilement un jugement sur ce qui est de « bonne » ou de « mauvaise » qualité.

© IFACI

D'autre part, parler « qualité », c'est avoir une vision optimiste, en d'autres termes, c'est mettre l'accent sur les facteurs clés de succès.
Le concept de qualité est fédérateur, il suscite l'adhésion, il mobilise les acteurs.
Pour le contrôle interne, la démarche est à priori moins naturelle, moins spontanée.
D'ailleurs, l'approche par les risques peut être perçue comme « frileuse » voire même négative.

C'est pour cela qu'il faut judicieusement, au sein de l'entreprise, s'appuyer sur la dynamique créée par la qualité et l'enrichir d'un concept clé qui constitue, à mes yeux, le véritable socle de l'édifice managérial, en couvrant toutes les activités de l'organisation, à savoir, le contrôle interne dont la finalité est de donner une assurance raisonnable quant à l'atteinte des objectifs.
Avant d'analyser, plus concrètement, les résultats obtenus, il me semble important de rappeler quelques préalables nécessaires, pour se donner toutes les chances de réussir pleinement le rapprochement des deux démarches contrôle interne et qualité.

La durée

Il est indispensable qu'une telle démarche s'inscrive dans le temps ; l'aboutissement complet du cycle pour l'audit informatique qui a vécu le projet jusqu'à son terme, par l'obtention du diplôme EFQM, a été de 8 ans.
Il faut alors reconnaître objectivement l'impact très positif du résultat sur le service concerné ; malheureusement les autres services de l'audit n'ont pu participer au terme du processus, en raison d'une importante réforme au sein du groupe.

Cette durée n'est pas exagérée : elle permet, en effet, une longue appropriation du processus par l'ensemble des parties prenantes en particulier des clients et une capitalisation graduelle des progrès par les différents acteurs ; ce sont là des clés de réussite.

La constance dans l'effort

Je prends souvent l'exemple du sport pour dire qu'il est nécessaire de produire un effort constant et régulier pour préserver ses équilibres dans la performance tout en conservant une dynamique dans l'action.
Pour cela, il est nécessaire de rendre visibles, en permanence, les progrès réalisés et de rythmer le temps par des évènements : un certificat qualité, un renouvellement, un diplôme EFQM, sont alors autant d'étapes nécessaires à la reconnaissance des équipes, donc susceptibles d'accentuer leur cohésion dans l'effort.

La stabilité des équipes

Les démarches de contrôle interne et de qualité sont avant tout des démarches comportementales et l'on sait que toute action au niveau des comportements néces-

© IFACI

site de la persévérance et c'est pour cette raison que nous avions instauré des parcours optimaux de quatre à cinq ans dans les services de l'audit. A noter que les équipes de l'audit informatique qui ont vécu le processus dans son intégralité, ont été particulièrement stables pendant cette période, ce qui explique d'ailleurs très certainement l'impact et la réussite de la démarche à leur niveau.

La cohérence

Il est indispensable d'inscrire ces démarches dans un cadre plus global. Il faut bâtir un véritable système de management intégré : à La Poste, il s'agissait du « **P**rojet **G**lobal d'**E**ntité » **PGE** qui est, au niveau de chaque entité, la véritable déclinaison des priorités de l'entreprise, enrichie du diagnostic local, et qui permet ainsi, à chaque acteur, d'avoir, en permanence, l'assurance que ses objectifs sont en bonne adéquation avec la stratégie de l'entreprise.
Ce cadre, ainsi construit, dans une logique de performance globale, permet d'éviter le mille- feuilles que l'on retrouve trop souvent dans de nombreuses entreprises avec un nombre trop élevé de priorités qui se superposent les unes aux autres, ou encore l'effet dernière mode, réalisé, trop souvent, au détriment de l'efficacité globale.

LES QUATRE PROGRES LES PLUS SIGNIFICATIFS

1- Le renforcement du rôle de la direction

Le rôle de la direction est essentiel, car c'est à elle d'impulser, de déployer, de faire partager et surtout de montrer l'exemple, l'exemplarité étant à mes yeux la clé même de toute réussite humaine.
Dans un service comme l'Audit Interne qui comportait huit échelons territoriaux, répartis géographiquement sur l'ensemble du territoire, une démarche de ce type a eu pour effet de créer une véritable force centripète, unifiant ainsi le système managérial de la direction. Elle a permis aussi une formalisation partagée des savoirs à travers un système d'échanges d'expériences, le tout bien entendu, calé sur un système d'information accessible et transparent.
Enfin, l'approche factuelle de la prise de décision avec des objectifs clairs et cohérents, un système de maîtrise et de suivi documenté objectivement, et également des audits croisés fréquents, a permis de crédibiliser le leadership de la direction.

2- L'implication des personnes

On ne peut rien bâtir d'efficace sans les personnels, surtout dans une entreprise de main d'œuvre comme La Poste.
Des valeurs partagées comme l'esprit d'équipe, l'écoute, l'engagement et l'exemplarité, ont été le fil conducteur de ces démarches. Le travail collectif développé dans le

© IFACI

cadre de l'activité quotidienne a été poursuivi également dans le cadre de groupes de recherche pour améliorer à la fois la cohésion, le professionnalisme et le service rendu.

L'auto évaluation collective de l'activité est un excellent moyen de conscientiser les progrès à effectuer et de rechercher, ensemble, les pistes d'amélioration concrètes à développer.
A noter toutefois que cet exercice inspiré du questionnaire EFQM nécessite une très grande préparation pour être complètement adapté à la problématique du service.

Les audits croisés inter échelons présentent également un intérêt majeur. A cet égard le passage du statut d'auditeur à audité et réciproquement, est particulièrement riche au niveau pédagogique pour améliorer à la fois le processus d'audit, mais aussi pour prendre conscience des progrès à accomplir sur le cœur même de son métier.

La rédaction en commun des procédures, ou encore les travaux de revue sur l'amélioration d'un processus présente également un intérêt majeur pour travailler ensemble à l'élaboration des solutions d'amélioration pertinentes.
Les groupes de recherche, le partage des savoirs, le benchmark, organisés autour des journées de l'audit interne ont été également autant d'occasions d'enrichir ce travail collectif et d'impliquer les personnes en les rendant de plus en plus proactives.

3- *La mise en place d'une dynamique incitative d'amélioration continue*

Elle est essentielle, ce doit être un véritable réflexe. Elle prend sa source et sa légitimité dans la réalité que vivent les clients de l'audit à travers les offres ou les services rendus.
A cet égard, la revue de processus est principalement tournée vers la satisfaction des clients, par la correction et la prévention des non conformités. Elle est également enrichie régulièrement par les questionnaires de satisfaction, les réclamations clients, les audits croisés, ainsi que toutes les suggestions venant du personnel. Elle est aussi, bien sûr, complétée périodiquement par la revue du plan de maîtrise des principaux risques et l'examen de la pertinence des dispositifs de maîtrise activés.

En outre, la vision qualité nous aide à transformer certains risques qui pourraient, a priori, apparaître comme autant de contraintes, en de judicieuses opportunités de développement.

Le deuxième volet vise à manager efficacement les ressources en optimisant périodiquement l'organisation mise en place, ceci grâce notamment aux nombreux outils organisationnels de la qualité comme le PDCA, le 6 SIGMA, la TQM, la MRP, l'AMDEC… , mais aussi le benchmark, le système d'échanges d'expériences et le système d'information partagé et accessible à l'ensemble des acteurs.

© IFACI

4- Le renforcement des relations avec toutes les parties prenantes et notamment avec les clients.

La première révolution pour un service d'audit a été l'introduction de la notion de client (il y a maintenant dix ans !), elle s'est faite progressivement.
On est passé successivement d'audité à bénéficiaire de l'audit, puis à partie prenante, avant de parler enfin de client. Ce cheminement, non seulement au niveau sémantique, s'est traduit dans les comportements des auditeurs, mais également dans les produits élaborés avec l'apparition de nouveaux outils comme les outils d'auto-diagnostic qui ne concernent plus uniquement les audités mais toutes les cibles concernées par la problématique traitée dans le cadre de l'audit.
Ce passage progressif de l'évaluation à l'auto-évaluation me semble être une des pistes les plus significatives de cette évolution. On s'installe ainsi vraiment dans une dynamique de confiance, de motivation et de responsabilisation managériale. Cependant, cette dynamique n'exclut pas d'évaluer périodiquement les auto-évaluations pour boucler, en toute efficacité et transparence, le processus mis en place.

A noter cette évolution majeure du métier même d'audit vers la recherche permanente d'outils, de plus en plus efficaces et adaptés à une logique managériale efficiente et responsabilisante.
Cette évolution constatée pour le client s'est d'ailleurs reproduite pour toutes les autres parties prenantes, avec la même logique d'efficacité et de plus grande responsabilisation des acteurs, dans un souci de relations mutuellement bénéfiques au service de la performance globale.

* *
*

En conclusion, ayant été, tantôt au cours de ma carrière un acteur du contrôle interne, tantôt de la qualité, j'ai souhaité, par ce modeste témoignage, dépasser l'esprit de chapelle en essayant de montrer que face à la complexité et à la nécessité de s'adapter en permanence, le contrôle interne et la qualité peuvent se conjuguer mutuellement pour créer des organisations performantes, responsables, réactives et fiables et entretenir une dynamique de progrès continu au service de toutes les parties prenantes.

© IFACI

ANNEXE

© IFACI

Annexe 3 :

LE PILOTAGE DES PROCESSUS DE L'ASSURANCE MALADIE[1]

(Sonia Chovaux, CRAMIF)

La mise en œuvre du contrôle interne dans les organismes de Sécurité sociale a été introduite par le décret du 10 août 1993.
La décision d'engager le réseau de l'Assurance Maladie dans une démarche de certification externe sous le référentiel ISO 9001 a été prise, quant à elle, dans le cadre du projet de branche, en 2001.
Ces deux démarches ayant pour objectif commun la maîtrise de l'activité des organismes de sécurité sociale et la recherche d'un niveau de qualité en amélioration constante, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) a donc mis en place un outil unique de suivi et de pilotage des processus pour l'ensemble du réseau, à savoir le Plan de Maîtrise Socle.

1- Un référentiel commun fixé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie : les Plans de Maîtrise Socle

Les Plans de Maîtrise Socle (PMS) répondent aux exigences du contrôle interne, à certaines exigences de la norme ISO 9001 et aux obligations en matière de certification des comptes. Ils permettent de répondre à une logique de maîtrise de l'ensemble des risques des organismes de Sécurité sociale et deviennent l'outil de référence de l'Assurance Maladie dans ce domaine.
Il s'agit d'un outil commun à ces différentes démarches à travers :

- une cartographie unique ;
- un respect des objectifs spécifiques (satisfaction client, fiabilité financière et respect de la réglementation, sécurité des données et des biens) ;
- un respect des modalités de contrôle par des instances extérieures : certification ISO, certification des comptes, audits informatiques spécialisés…, donc un caractère « officiel » vis-à-vis de ces modalités.

Le PMS est un outil commun qui s'applique progressivement aux différents types d'organismes de l'Assurance Maladie, comme les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) et les Centres de Traitement Informatique (CTI), et bientôt aux interfaces avec les processus métier du service médical.

[1] *Cet article a été rédigé à partir de la lettre réseau LR-DFC-14/2008*

© IFACI

2- *L'appropriation des PMS par les organismes : la mise en œuvre des plans de maîtrise locaux*

Du fait de la diversité des organismes dans l'Assurance Maladie, les PMS sont déclinés en Plans de Maîtrise Locaux (PML).
Un « auto diagnostic » réalisé au sein de chaque organisme permet de constater que les procédures et documents locaux constituent bien les moyens de maîtrise demandés par le PMS.

Le PML contient notamment les références relatives :

- aux procédures et documents locaux qui vont constituer les moyens de maîtrise et « Vérifications Audit – Contrôle – Surveillance (VACS) » ;
- aux indications des fonctions chargées des activités décrites ;
- à la mise en place d'une « matrice des compétences ».

La mise en place des PML est l'occasion pour l'organisme de :

- recenser et classer, par processus, divers dispositifs existants tels que les « actions du plan de contrôle interne », ou les « plans d'action qualité » ;
- vérifier pour chaque processus, la pertinence de ces dispositifs au regard des moyens de maîtrise contenus dans le PMS d'une part, et des risques locaux éventuels d'autre part ;
- intégrer dans le PML les dispositifs permanents qui demeurent pertinents, faire disparaître les autres ;
- intégrer dans les plans d'actions établis à l'issue de l'auto diagnostic les plans d'amélioration ou plans d'action qualité, avec leurs actions préventives et correctives.

A ce jour, à titre d'exemple, la CRAMIF (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France) a élaboré 7 Plans de Maîtrise Locaux concernant :

- les activités comptables et financières : Contrôle des opérations budgétaires, créances, oppositions, gestion de la trésorerie et tenue de la comptabilité ;
- les prestations : Recours Contre Tiers et Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (FCAATA) ;
- la gestion des approvisionnements.

3- *Les PML, composants du Système de Management de la Qualité*

Les Plans de Maîtrise Locaux (PML) et les documents qui leur sont associés constituent la documentation propre à chaque processus.
Par exemple, les plans d'actions issus de l'autodiagnostic et d'autres sources d'information (examen des réclamations, de l'écoute client, des préconisations de divers audits) constituent les actions préventives et correctives de la norme ISO 9001 ; la traçabilité des plans d'action constituent les enregistrements relatifs à la qualité.

© IFACI

Les PML représentent donc une partie essentielle de la documentation du système de management de la qualité, mais ils n'en sont pas la totalité. Ainsi, par exemple, le manuel qualité ainsi que l'expression documentée de la politique qualité et des objectifs qualité ne figurent pas dans les PML. En revanche, l'expression documentée de la politique qualité doit mentionner les PML.
Le Directeur Général de la CRAMIF « s'engage personnellement à veiller à intégrer des plans de maîtrise socle dans la démarche qualité, afin de les utiliser comme outil de maîtrise pour les processus concernés », dans sa lettre d'engagement relative à la démarche qualité certifiée et datée du 21 janvier 2008.

4- *Le référentiel de contrôle interne financier et comptable de l'assurance maladie se compose d'une partie des PMS et de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI)*

La certification des comptes impose aux branches du régime général de Sécurité sociale d'avoir un référentiel de contrôle interne dans le domaine financier et comptable conforme à l'arrêté interministériel du 27 novembre 2006.

Le référentiel de contrôle interne financier et comptable de l'Assurance Maladie comprend tout ce qui dans les PMS a trait à la fiabilité et à la maîtrise du risque de fraude. Cela concerne bien entendu les PMS « Activités comptables et financières », mais aussi les autres PMS ayant un impact sur les comptes. Certains aspects du PMS (rapidité, information…) qui sont sans lien direct avec la fiabilité des comptes ne sont pas intégrés.

La validation des comptes, qui consiste à obtenir l'assurance raisonnable que les comptes des organismes de l'Assurance Maladie sont sincères et donnent une image fidèle, s'appuie sur la maîtrise des processus. Sauf exception, en mettant en œuvre les PMS, l'organisme satisfait la plupart des exigences du programme de travail du dossier de clôture. Sur les processus couverts par des PMS, il est donc inutile de maintenir des documents de contrôle interne spécifiques, à l'exception des documents demandés par la CNAMTS pour la validation des comptes : questionnaires d'auto-évaluation, feuilles maîtresses, revues analytiques, feuilles de travail…Concrètement, les organismes procèderont à cette simplification à l'occasion de la mise en place de leurs PML.

De plus, le référentiel de contrôle financier et comptable de l'Assurance Maladie, exige la mise en œuvre de la Politique de Sécurité du Système d'Information (PSSI). Les règles de la PSSI concernant des processus particuliers, sont progressivement incluses dans les PMS correspondants. Les autres procédures (règles générales ou communes à plusieurs processus telles que la gestion des habilitations) sont intégrées au processus de management.

© IFACI

5- *Le suivi de la mise en œuvre du dispositif*

Chaque organisme doit vérifier lui-même qu'il maîtrise ses processus :

- Le comité de direction de l'organisme désigne les pilotes de processus, valide les PML et les plans d'action associés, pilote les revues de direction et supervise les revues de processus.
- Le pilote de processus doit assurer la surveillance (atteinte des objectifs, tableau de bord, satisfaction des clients, veille réglementaire, ressources allouées, mesures correctives), l'amélioration du processus (revue de processus, plan d'action), la communication et la participation au Système de Management de la Qualité de l'organisme.
- Le MSSI (Manager de la sécurité du système d'information, ou le RSSI, Responsable de la sécurité du système d'information, dans les CTI) veille au respect de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) dans l'organisme ; il rend compte de son action à la direction.
- L'agent comptable fournit les preuves demandées par la validation des comptes. Pour ce faire, il procède à un certain nombre de contrôles obligatoires, qui constituent son plan de contrôle. Bien entendu, ces contrôles sont eux-mêmes inclus dans les PMS (en règle générale dans les VACS).

La CNAMTS vérifie que le dispositif de maîtrise est bien appliqué. Cela passe par trois canaux :

- S'assurer que les PMS sont bien mis en place : les moyens utilisés sont des questionnaires et des auto-diagnostics. Ces informations sont remontées dès que possible par un outil informatique. Les certificats des audits de certification ISO attestant de la mise en œuvre des PMS sur le champ certifié, peuvent constituer également un moyen d'obtenir cette assurance.
- Recueillir régulièrement un certain nombre de données chiffrées, révélatrices du degré de maîtrise atteint dans chaque organisme : ces données peuvent être des indicateurs des PMS ou des "traces" prévues par les PMS. Ce recueil de données devra concerner aussi le processus sécurité informatique générale.
- S'assurer de la réalité de la maîtrise : dans la plupart des cas, les informations évoquées ci-dessus seront déclaratives ; il faut donc s'assurer de leur exactitude au moyen de preuves sous forme de documents, recueillis notamment dans le cadre de la validation des comptes. Les audits sur place concourent bien entendu à l'obtention de cette assurance.

CONCLUSION

La mise en œuvre des PMS/PML implique que chaque processus soit sous la responsabilité d'un pilote de processus et que leur fonctionnement soit examiné lors de revues de processus planifiées et tenues à échéance régulière. En outre, cette démarche constitue une occasion privilégiée pour que l'organisme s'interroge sur l'organisation qui conduit au meilleur déploiement des PMS, à la meilleure maîtrise des risques et à l'atteinte des objectifs.

© IFACI

Annexe 4 :

LA CHARTE MARIANNE

"Pour un meilleur accueil"

1- Une introduction (obligatoire) :

L'État et ses services publics exercent leurs missions en veillant à assurer à tous équité, transparence et accessibilité. Vous avez droit à un accueil de qualité, et nous prenons une série d'engagements pour mieux vous accueillir.

2- Cinq rubriques obligatoires, avec pour chacune des engagements obligatoires ou optionnels :

- *En caractères gras : engagements obligatoires.*
- *En caractères courants : engagements optionnels ; ces engagements optionnels peuvent être complétés d'autres engagements spécifiques au service concerné.*

Un accès plus facile à nos services

- **Nous vous informons sur nos horaires d'ouverture :** (les indiquer).
- **Nous vous orientons vers le bon service et le bon interlocuteur.**
- Nous simplifions l'accès à nos locaux *(mettre ici les dispositifs mis en place, par exemple : signalétique, parking, guichet unique, etc.).*
- Nos locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite *(indiquer les dispositions particulières).*
- Nous nous rendons plus facilement disponibles *(mettre ici les dispositifs mis en place : prise de rendez-vous, information sur les heures d'affluence, enquêtes sur les préférences en termes d'horaires d'ouverture, etc.).*
- Nous vous offrons une information plus accessible sur notre site internet *(l'indiquer).*
- Nous vous permettons d'accomplir certaines démarches à distance *(mettre ici les dispositifs mis en place : téléphone, téléprocédures, etc.).*

© IFACI

Un accueil attentif et courtois

- **Nous vous donnons le nom de votre interlocuteur.**
- **Nous vous écoutons avec attention et nous efforçons de vous informer dans des termes simples et compréhensibles.**
- Nous vous demandons uniquement les documents indispensables au traitement de votre dossier.
- Nous facilitons la constitution de vos dossiers (notamment en précisant les pièces à fournir et en vous procurant des notices explicatives).
- Nous vous accueillons en toute confidentialité lorsque nous devons traiter des situations personnelles difficiles.
- Nous veillons à vos conditions d'attente *(indiquer ici les dispositifs mis en place : aménagement des lieux d'accueil, services associés tels que photocopieuse ou photomaton…).*

Une réponse compréhensible à vos demandes dans un délai annoncé

- Nous sommes attentifs à la lisibilité et à la clarté de nos courriers et de nos formulaires.
- Dans un délai maximum de ... [ne pas dépasser 2 mois], nous apportons à vos courriers postaux :
  - soit une réponse définitive ;
  - soit un accusé de réception indiquant dans quel délai vous sera donnée une réponse, ainsi que le nom de la personne chargée du dossier.
- Dans un délai maximum de …, nous apportons une réponse à vos courriers électroniques.
- Nous annonçons votre temps d'attente prévisible à l'accueil, sauf périodes exceptionnelles.
- Nous répondons à tous vos appels téléphoniques pendant les horaires suivants (à préciser). Nous vous rappelons si vous laissez un message en cas d'absence de votre interlocuteur [cet engagement, provisoirement facultatif, sera obligatoire à compter du 1er septembre 2005].

Une réponse systématique à vos réclamations

- Nous vous informons sur les moyens de formuler vos réclamations et leur apportons une réponse systématique.
- Nous nous engageons à répondre à vos réclamations dans un délai maximum de … *(à préciser)*
- Nous vous offrons la possibilité de contacter M. X, chargé des relations avec les usagers de notre service. Vous pouvez le contacter au …

A votre écoute pour progresser

- **Nous vous interrogeons régulièrement sur vos attentes et votre satisfaction concernant la qualité de notre accueil.**
- **Nous mesurons les résultats des actions d'amélioration que nous mettons en place.**
- **Nous vous informons des résultats de ces évaluations et des progrès accomplis.**

© IFACI

3- *Des engagements sur la réalisation de certaines prestations propres au service concerné ou à certains publics :*

Les services concernés pourront ajouter des engagements supplémentaires concernant notamment :

- *la réalisation de certaines prestations rendues en situation d'accueil,*
- *les dispositifs particuliers permettant d'adapter l'accueil aux besoins spécifiques de certains publics. Il est notamment souhaitable de prévoir des modalités d'accueil facilitant les démarches des handicapés (personnes à mobilité réduite, mal voyants, mal entendants ...).*

4- *Une conclusion (obligatoire) :*

Nous vous remercions de votre confiance et de votre participation à la qualité de notre accueil, dans un respect mutuel.

(http://www.thematiques.modernisation.gouv.fr/bib_res/227.pdf)

© IFACI

ANNEXE

© IFACI

Annexe 5 :

LE DISPOSITIF DE CONTRÔLE INTERNE : CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'AMF

(SYNTHÈSE)

Définition

Le contrôle interne est un dispositif de la société, défini et mis en œuvre sous sa responsabilité, qui vise à assurer :

- la conformité aux lois et règlements ;
- l'application des instructions et des orientations fixées par la Direction Générale ou le Directoire ;
- le bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concourant à la sauvegarde de ses actifs ;
- la fiabilité des informations financières ;

et d'une façon générale, contribue à la maîtrise de ses activités, à l'efficacité de ses opérations et à l'utilisation efficiente de ses ressources.

En contribuant à prévenir et maîtriser les risques de ne pas atteindre les objectifs que s'est fixés la société, le dispositif de contrôle interne joue un rôle clé dans la conduite et le pilotage de ses différentes activités.
Toutefois, le contrôle interne ne peut fournir une garantie absolue que les objectifs de la société seront atteints.

Périmètre du contrôle interne

Il appartient à chaque société de mettre en place un dispositif de contrôle interne adapté à sa situation.

Dans le cadre d'un groupe, la société mère veille à l'existence de dispositifs de contrôle interne au sein de ses filiales. Ces dispositifs devraient être adaptés à leurs caractéristiques propres et aux relations entre la société mère et les filiales.

Composantes du dispositif de contrôle interne

La Direction Générale ou le Directoire conçoivent le dispositif de contrôle interne. Celui-ci fait l'objet d'une communication adéquate en vue de sa mise en œuvre par le personnel.

© IFACI

Le niveau d'implication des Conseils d'Administration ou de Surveillance en matière de contrôle interne varie d'une société à l'autre. Il appartient à la Direction Générale ou au Directoire de rendre compte au Conseil (ou à son comité d'audit lorsqu'il existe) des caractéristiques essentielles du dispositif de contrôle interne. En tant que de besoin, le Conseil peut faire usage de ses pouvoirs généraux pour faire procéder par la suite aux contrôles et vérifications qu'il juge opportuns ou prendre toute autre initiative qu'il estimerait appropriée en la matière.

Le contrôle interne est d'autant plus pertinent qu'il est fondé sur des règles de conduite et d'intégrité portées par les organes de gouvernance et communiquées à tous les collaborateurs. Il ne saurait en effet se réduire à un dispositif purement formel en marge duquel pourraient survenir des manquements graves à l'éthique des affaires.

Le dispositif de contrôle interne, qui est adapté aux caractéristiques de chaque société, doit prévoir :

- **une organisation comportant** une définition claire des responsabilités, disposant des ressources et des compétences adéquates et s'appuyant sur des procédures, des systèmes d'information, des outils et des pratiques appropriés ;
- **la diffusion en interne d'informations pertinentes**, fiables, dont la connaissance permet à chacun d'exercer ses responsabilités ;
- **un système** visant à recenser et analyser les principaux risques identifiables au regard des objectifs de la société et à s'assurer de l'existence de procédures de gestion de ces risques ;
- **des activités de contrôle** proportionnées aux enjeux propres à chaque processus et conçues pour réduire les risques susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs de la société ;
- **une surveillance permanente** du dispositif de contrôle interne ainsi qu'un examen régulier de son fonctionnement. Cette surveillance, qui peut utilement s'appuyer sur la fonction d'audit interne de la société lorsqu'elle existe, peut conduire à l'adaptation du dispositif de contrôle interne.

La Direction Générale ou le Directoire apprécient les conditions dans lesquelles ils informent le Conseil des principaux résultats des surveillances et examens ainsi exercés.

Exposé détaillé : (http://www.ifaci.com/fo/page.asp?id=209&zone=P)

Réalisation : Ebzone Communication (ebzone@ebzone.fr)
Impression : Compédit Beauregard S.A. - 61600 La Ferté-Macé
N° d'imprimeur : 4475

© IFACI