

Rapport Définitif

Audit du système d'audit interne de la Direction générale de l'alimentation

établi par

Christophe GIBON

Inspecteur général de la santé publique vétérinaire

Olivier LAPÔTRE

Inspecteur général de la santé publique vétérinaire

Odile MULNET

Inspectrice en chef de la santé publique vétérinaire

Nicolas PETIT

Ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts

Rapport supervisé par **Loïc GOUELLO et Claude ROUSSEAU**

Inspecteurs généraux de la santé publique vétérinaire

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	4
Résumé.....	4
Opinion des auditeurs.....	5
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	6
1. CADRE GÉNÉRAL ET CONTEXTE DE LA MISSION.....	8
1.1. Cadre général.....	8
1.2. Objectifs et étendue des travaux de la mission.....	8
1.3. Descriptions des entités, fonctions ou processus audités.....	9
1.4. Éléments de compréhension.....	9
1.4.1. Une culture de la qualité.....	9
1.4.2. Trois sources de doctrine pour l'audit interne de la DGAL.....	9
1.4.3. Une évolution récente du dispositif d'audits internes de la DGAL.....	10
1.4.4. Des évolutions profondes du cadre de travail des services.....	11
2. DÉROULEMENT DE L'AUDIT.....	11
2.1. Prise de connaissance.....	11
2.2. Établissement du document de cadrage.....	11
2.3. Déroulement de la phase terrain.....	12
2.4. Échanges contradictoires et supervision.....	13
3. OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DES AUDITEURS.....	13
3.1. Approche méthodique du processus d'audit : planification.....	13
3.2. Approche méthodique du processus d'audit : cohérence et compétences des auditeurs.....	18
3.3. Approche méthodique du processus d'audit : conduite et suivi des audits.....	20
3.4. Approche méthodique du processus d'audit : diffusion des bonnes pratiques et suivi des actions correctives et préventives.....	26
3.5. Approche méthodique du processus d'audit : examen de l'atteinte des objectifs du programme d'audit.....	28
3.6. Garantir la transparence.....	30
3.7. Garantir l'indépendance.....	31
3.8. Examen indépendant du processus d'audit.....	35
3.9. Les délégués.....	38
3.10. Les interfaçages.....	39
3.10.1. Les autres autorités compétentes.....	40
3.10.2. Les risques d'oubli ou de doublon en cas de double tutelle ministérielle.....	40
4. CONCLUSION : COMMENTAIRES ET OPINION DES AUDITEURS.....	41
4.1. Commentaires des auditeurs sur le fond.....	41
4.2. Opinion détaillée des auditeurs.....	41
ANNEXES.....	44
Annexe 1 : Lettre de mission.....	45
Annexe 2 : Note de cadrage.....	49
Annexe 3 : Validation de la note de cadrage par le cabinet du MAA.....	56

Annexe 4 : Matrice des risques définitive.....	57
Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées.....	67
Annexe 6 : Liste des sigles utilisés.....	70
Annexe 7 : Liste des textes de références.....	72
Annexe 8 : Pratiques favorisant la transparence d'un processus d'audit : comparaison des pratiques de la DGAL avec les propositions de la décision 2006/677/CE.....	73
Annexe 9 : Fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP).....	74
Annexe 10 : Audits réalisés par le CGAAER de 2010 à 2016.....	80
Annexe 11 : Délégations de la DGAL.....	81
Annexe 12 : Réponse de la DGAL au rapport provisoire.....	83
Annexe 13 : Commentaires de la mission sur la réponse de la DGAL à l'issue de la phase contradictoires.....	88

SYNTHÈSE

Résumé

L'audit du système d'audit interne de la Direction générale de l'alimentation (DGAL) a été programmé par le Comité ministériel d'audit interne (CMAI) du Ministère de l'agriculture et de l'alimentation (MAA) en sa séance du 21 janvier 2016 comme suite à l'identification du risque de non respect de la réglementation européenne relative aux contrôles officiels permettant d'assurer la conformité aux règlements du Paquet Hygiène.

Les textes de référence en la matière sont l'article 4-6 du règlement (CE) n°882/2004 et la décision 2006/677/CE de la commission.

La première phase de prise de connaissance et d'étude documentaire a abouti à l'établissement d'un document de cadrage comportant un déroulé prévisionnel et une matrice provisoire des risques dérivée de la décision 2006/677/CE de la commission, document approuvé le 25 août 2016.

La phase de terrain s'est déroulée en trois vagues, une pour les services centraux, deux pour les services extérieurs, à l'automne 2016 et au printemps 2017. Elle visait à documenter à la fois les dispositions établies pour la réalisation des audits et la mise en œuvre qui en est faite : responsabilités pour la mise en œuvre de l'article 4.6, sélection des auditeurs et gestion de leurs compétences, programmation des audits et couverture de l'univers d'audit et de risque, réalisation des audits, suites données.

Elle a globalement mis en évidence l'inconfort transitoire du dispositif d'audit interne de la DGAL du fait du cumul des éléments de contexte suivants : consistance de la culture de la qualité de la DGAL, pluralité des sources de doctrine pour son audit interne, évolution récente de son dispositif d'audit, modifications profondes du cadre de travail des services.

En début de phase de terrain, le système d'audit interne de la DGAL a été audité par l'Union Européenne. A cette occasion, la présente mission a été présentée comme un examen indépendant de ce système d'audit interne.

Les phases ultérieures de formalisation des constats, d'échanges avec la DGAL autour de quatre fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP), d'élaboration du rapport et de soumission de celui-ci au contradictoire ont permis de répondre à un souci partagé par la mission et la DGAL de pleinement les valoriser dans un esprit d'amélioration continue, ce qui a généré un allongement de la durée de la mission.

Au final, et en tenant compte du fait que la culture des audits existant au sein de l'organisme DGAL constitue à la fois des fondations solides pour pleinement répondre aux stipulations de la réglementation européenne et un facteur de confusion quant à la claire répartition des rôles et responsabilités (par exemple pour bien distinguer l'audit interne du contrôle interne), la mission formule une suggestion globale de portée culturelle et six recommandations propres à améliorer la maîtrise du risque de non respect de la réglementation européenne lorsque cette maîtrise a été évaluée faible ou partielle pour des items de criticité résiduelle majeure ou critique.

La suggestion globale est d'introduire la notion de contrôle interne pour qualifier tout ce qui relève de l'évaluation et de la correction par la chaîne hiérarchique de la conformité des actions des opérateurs de l'organisme DGAL. Ceci permettra de restreindre l'utilisation trop systématique du vocable « audit » et les confusions conceptuelles qui en découlent.

Pour ce qui concerne les recommandations :

- la première vise à disposer d'une méthode robuste et partageable d'analyse de risques et de programmation des audits pour à la fois couvrir l'intégralité du champ des risques, éviter les redondances et répondre aux attentes des directeurs sur des sujets qui engagent leur responsabilité pénale et celle de leurs collaborateurs,
- la deuxième vise à garantir cohérence et compétence des agents intervenant dans les audits,
- la troisième envisage diverses améliorations méthodologiques du processus d'audit,
- la quatrième engage à une meilleure exploitation des constats d'audit,
- la cinquième prescrit une réflexion sur la transparence externe du processus d'audit,
- la sixième préconise la séparation de l'attribution de responsabilités incompatibles.

Ces recommandations ont été largement partagées avec la DGAL au fur et à mesure du déroulement de l'audit, généralement bien accueillies, et font pour plusieurs l'objet d'un début de mise en œuvre. Dans une logique d'amélioration continue, la dynamique de prise en considération par l'audit des recommandations de l'audit est quasiment aussi importante que la situation en elle-même. C'est pourquoi, sans minimiser l'insuffisance actuelle de la maîtrise de certains risques, la mission est confiante dans la capacité de la DGAL à résoudre rapidement les situations combinant un risque résiduel majeur ou critique et un degré de maîtrise faible ou partiel.

Opinion des auditeurs

Dans la mesure où le système d'audit interne de la DGAL était en profonde évolution, le choix de diligenter une mission d'audit MMAI, peut-être nécessaire au regard du besoin d'examen indépendant, peut paraître moins adapté que celui d'une mission de conseil.

Au terme de leur mission, les auditeurs estiment :

- que la situation auditée présente à plusieurs reprises la combinaison d'un risque résiduel majeur ou critique et d'un degré de maîtrise faible ou partiel,
- que ceci découle notamment d'un cumul d'éléments de contexte qui a handicapé l'appropriation de la nouvelle stratégie d'audit interne de la DGAL,
- que les recommandations formulées pour améliorer cette situation ont été bien comprises, font l'objet d'un début de mise en œuvre et sont susceptibles de remédier rapidement aux faiblesses constatées,

et que, globalement, les éléments de gestion des risques, de contrôle interne et d'audit interne qu'ils ont observés confèrent une assurance raisonnable quant au respect par la DGAL de la réglementation européenne en matière d'audit interne, **sous réserve** de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'actions répondant à leurs recommandations.

Mots clés : audit interne, règlement (CE) N° 882/2004, DGAL, matrice des risques

LISTE DES RECOMMANDATIONS

R1. Pour l'organisme DGAL :.....	16
- se rapprocher des autres AC (Autorités Compétentes) françaises pour étudier le périmètre et la cohérence des méthodes d'analyse de risque,.....	16
- élaborer et mettre en œuvre une méthode d'analyse de risque nationale, en tant qu'autorité compétente, en cohérence avec l'analyse de risque ministérielle,.....	17
- maintenir la primo élaboration locale de la programmation régionale, car elle apporte une vision territoriale plus précise et plus complète, en s'assurant de la cohérence avec l'analyse de risque nationale.....	17
La direction d'administration centrale DGAL devra cependant coordonner les programmations régionales de façon :.....	17
- à répondre de façon équilibrée à des attentes fortes des directeurs sur des sujets qui engagent leur responsabilité pénale et celle de leurs collaborateurs, tout en limitant les audits sur certains thèmes à ce qui est nécessaire aux besoins de l'AC,.....	17
- à susciter des candidatures sur des sujets qui n'émergeraient pas de la programmation locale.	17
R2. Mettre en place des mécanismes appropriés permettant de garantir la cohérence et le maintien des compétences des auditeurs et des responsables d'équipe d'audit.....	19
R3. Pour assurer l'approche méthodique du processus d'audit :.....	24
- mettre des questionnaires d'audits thématiques à la disposition des auditeurs ;.....	24
- concevoir un modèle de rapport comportant clairement le déroulé de la phase contradictoire, le plan de diffusion et le plan d'action ;.....	24
- clarifier les instructions sur le traitement des constats ;.....	24
- mettre en place une supervision des rapports qui visera notamment à harmoniser la qualification des constats ;.....	24
- déterminer les modalités d'approbation des rapports.....	24
R4. Définir les modalités pour, au niveau régional et au niveau national, répertorier et exploiter les différents constats positifs et négatifs dans une optique d'amélioration continue.....	27
Se doter d'un outil informatique permettant une exploitation aisée des données d'audit par toutes les personnes concernées.....	27
S'assurer que le nombre d'audits techniques est suffisant, tant au niveau régional que national, pour permettre une évaluation de la qualité et de la cohérence des contrôles.....	27

R5. La DGAL doit entreprendre une réflexion globale sur la mise en œuvre de la transparence externe du processus d'audit requise par le point 5.2 de la décision 2006/677/CE de la commission.....	30
R6. Attribuer à des agents différents les fonctions de sous directeur des ressources et des actions transversales et de responsable de l'audit interne.....	34
Attribuer à des agents différents les fonctions de responsable qualité national dans sa définition actuelle et de responsable de l'audit interne.....	34
De façon générale, ne pas confier une responsabilité d'audit interne à un agent ayant des responsabilités opérationnelles dans le champ audité.....	34

1. CADRE GÉNÉRAL ET CONTEXTE DE LA MISSION

1.1. Cadre général

La maîtrise des risques notamment par le contrôle interne et l'audit interne ont été rendus obligatoires dans tous les ministères par le décret n° 2011-778 du 28 juin 2011 relatif à l'audit interne dans l'administration.

Au ministère de l'agriculture et de l'alimentation (MAA), cette obligation s'est traduite, notamment, par l'arrêté ministériel du 8 novembre 2011 portant création du comité ministériel d'audit interne (CMAI) et de la mission ministérielle d'audit interne (MMAI). C'est à la MMAI qu'il revient de proposer le programme pluriannuel d'audit ministériel au CMAI, qui décide des audits à conduire. Depuis novembre 2014, la mission d'inspection générale et d'audit (MIGA) du CGAAER assure le rôle de MMAI et le secrétariat du CMAI.

Par ailleurs, en tant que membre du comité ministériel de maîtrise des risques du MAA, le DGAL participe à l'analyse de risque ministérielle et à l'élaboration de la cartographie ministérielle des risques. Celle-ci repose sur une méthode qui, après définition d'un univers de risque (ministériel), qualifie la criticité des risques retenus et leur degré de maîtrise. L'exploitation de ces données permet à la mission ministérielle d'audit interne (MMAI) d'identifier les risques qui relèvent de l'audit interne et d'élaborer un programme d'audits soumis à la validation du comité ministériel d'audit interne (CMAI). La méthode est compatible avec les normes de l'IFACI-IIA (Institut français de l'audit et du contrôle interne – Institute of internal auditors).

Au titre de l'année 2016, la cartographie des risques stratégiques du MAA a retenu, pour la Direction générale de l'alimentation (DGAL), le risque de non respect de la réglementation européenne et le CMAI, lors de sa séance du 21 janvier 2016, a décidé le lancement d'un audit sur le respect des dispositions européennes en matière d'audit interne.

Cet audit a été inscrit au programme 2016 de la MMAI et confirmé par lettre de mission du directeur de cabinet du ministre datée du 26 février 2016.

1.2. Objectifs et étendue des travaux de la mission

L'objectif de cet audit est d'évaluer le système mis en place par la DGAL pour répondre à l'article 4-6 du règlement (CE) n°882/2004, article relatif aux audits qui doivent être mis en place pour vérifier que les contrôles officiels réalisés sont conformes aux règlements du Paquet Hygiène.

Le référentiel utilisé pour le présent audit est l'article 4-6 du règlement (CE) n°882/2004.

Bien que celle-ci ne constitue qu'une recommandation, les auditeurs se sont référés également à la décision 2006/677/CE de la commission du 29 septembre 2006 qui établit des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du règlement (CE) n° 882/2004.

Les lignes directrices présentées dans la décision fournissent une orientation sur la nature des systèmes d'audit et leur mise en œuvre par les autorités compétentes.

Les systèmes d'audit ont pour objet de vérifier que les contrôles officiels sont réalisés de façon effective et permettent de réaliser les objectifs de la législation applicable, y compris la conformité aux plans de contrôle nationaux.

Ces lignes directrices visent à énoncer des principes à observer plutôt qu'à définir des méthodes détaillées. Les auditeurs ont donc cherché à évaluer la pertinence et l'efficacité des méthodes retenues par la DGAL pour l'application des principes contenus dans la décision.

1.3. Descriptions des entités, fonctions ou processus audités

La DGAL, direction d'administration centrale (DAC) du MAA, est une autorité compétente (AC) au sens du règlement (CE) n°882/2004. Au sein de la DGAL, le Bureau du management par la qualité et de la coordination des contrôles (BMQCC) est responsable des activités d'audit interne.

Des agents rattachés à des structures de l'administration centrale, Référents nationaux des abattoirs (RNA), Service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire aux frontières (SIVEP) et Bureau de la santé animale (BSA), effectuent des audits. Toutefois, la mission estime que ceux-ci ne sont pas des audits internes au sens de l'article 4-6 du règlement (CE) n°882/2004 parce que les auditeurs sont placés dans des structures qui édictent les règles concernant les dispositifs qui vont être audités et ne présentent de ce fait pas les caractéristiques d'indépendance nécessaires pour effectuer des audits internes. C'est pourquoi, même si des agents concernés ont été entendus, ces activités n'ont pas été prises en compte dans le champ du présent audit.

Les directeurs de chaque structure déconcentrée sont chargés d'établir un programme d'audits internes, fondé sur une analyse des risques, couvrant les contrôles officiels sur une période de cinq ans. Ils sont appuyés par des chargés de mission régionaux d'animation qualité (CRAQ) hiérarchiquement rattachés à la direction régionale.

Ces audits sont par la suite réalisés par un réseau d'auditeurs qualifiés composé des CRAQ et d'autres auditeurs généralistes ou techniques. Les CRAQ font partie du réseau d'animation qualité (RESAQ) et ont tous vocation à être auditeurs, l'audit étant l'une des activités décrites dans leur fiche de fonction.

1.4. Éléments de compréhension

1.4.1. Une culture de la qualité

La démarche qualité a été lancée en 1997 et généralisée en 2003. L'organisme d'inspection (OI) DGAL avait été accrédité le 1^{er} mars 2010 par le Comité français d'accréditation (COFRAC) selon la norme ISO 17020:1988 qui définit les exigences pour le fonctionnement des différents types d'organismes procédant à l'inspection. Le COFRAC effectuait un audit de suivi annuel, jusqu'au renouvellement de l'accréditation obtenu début 2014. L'arrêt de l'accréditation et le passage à un système de management par processus ont été décidés dans le courant 2014.

Pour un organisme de plusieurs milliers d'agents répartis sur des centaines de sites, l'obtention de l'accréditation constitue une performance qui a fortement imprégné la culture managériale de la DGAL. Des pratiques essentielles comme les parcours qualifiants, la revue des ordres de service et la programmation des inspections bénéficient d'une forte adhésion des agents.

1.4.2. Trois sources de doctrine pour l'audit interne de la DGAL

La DGAL avait mis en place un système d'audits internes : des audits annuels de chaque structure étaient réalisés sur la base de la **norme ISO 17020** pour permettre une accréditation en réseau par le COFRAC, obtenue à l'issue de l'audit externe d'un échantillon de structures.

La norme ISO 19011 donnant des lignes directrices pour l'audit des systèmes de management est le référentiel pour la mise en œuvre de ces audits internes.

Le **règlement (CE) n°882/2004** relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux dispose en son article 4.6 que « *Les autorités compétentes procèdent à des audits internes, ou peuvent faire procéder à des audits externes, et prennent les mesures appropriées à la lumière de leurs résultats pour s'assurer qu'elles atteignent les objectifs fixés par le présent règlement. Ces audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente.* ».

Le terme « audit » est défini à l'article 2 comme étant « *un examen méthodique et indépendant visant à déterminer si les activités et les résultats y afférents satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et permettent d'atteindre les objectifs* ».

La DGAL est une des cinq autorités compétentes pour l'application de ce règlement communautaire. À ce titre, elle doit mettre en place un système d'audit¹; la décision 2006/677/CE de la commission qui établit des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du règlement (CE) n°882/2004 est le document européen de référence pour sa mise en œuvre.

Dans le cadre de la réforme de **l'audit interne de l'État** définie par le décret n° 2011-775 du 28 juin 2011, qui vise à généraliser l'audit interne à l'ensemble des fonctions et métiers des ministères, « *un dispositif de contrôle et d'audit internes, adapté aux missions et à la structure des services et visant à assurer la maîtrise des risques liés à la gestion des politiques publiques dont ces services ont la charge, est mis en œuvre dans chaque ministère* ».

L'audit interne est défini comme « *une activité exercée de manière indépendante et objective qui donne à chaque ministre une assurance sur le degré de maîtrise de ses opérations et lui apporte ses conseils pour l'améliorer. L'audit interne s'assure ainsi que les dispositifs de contrôle interne sont efficaces* ». L'audit interne ainsi défini suppose l'existence préalable d'un dispositif de contrôle interne. Cette nouvelle vision de ce qu'est l'audit interne n'est abordée ni dans la norme ISO 19011, ni dans le règlement (CE) n°882/2004 et n'était pas encore prise en compte par la DGAL début 2017.

La circulaire du Premier ministre du 30 juin 2011 précise que le dispositif de maîtrise des risques s'appuie notamment sur la mise en place d'une mission ministérielle d'audit interne (MMAI) et d'un comité ministériel d'audit interne (CMAI).

Le DGAL est membre du CMAI en place au MAA.

1.4.3. Une évolution récente du dispositif d'audits internes de la DGAL

Depuis le début de la démarche qualité, des audits qualité internes (point 8.6 de la norme ISO 17020) avaient été mis en œuvre chaque année dans toutes les structures. Une telle fréquence, qui excède les nécessités de l'audit interne, relève plutôt du contrôle interne.

¹ « *Système d'audit* » combinaison d'un ou de plusieurs organismes d'audit réalisant un processus d'audit au sein d'autorités compétentes ou dans l'ensemble des autorités compétentes.

En parallèle de ces audits qualité, l'Unité d'audit sanitaire (UAS) alors existante au sein du CGAAER réalisait, pour le compte de la DGAL, des audits au sens du règlement (CE) n° 882/2004. Suite à la suppression de l'UAS, les types d'audits qu'elle effectuait devraient être assurés par des agents de la DGAL (cf. annexe 10).

Au cours de l'année 2014, la DGAL a décidé d'abandonner l'accréditation de l'OI DGAL selon la norme ISO 17020 et de privilégier un management par processus. Le lancement de cette nouvelle démarche résulte de la volonté de la DGAL de couvrir la totalité du champ du règlement (CE) n°882/2004 et de ses missions non couvertes par ce règlement en ne se limitant pas à l'inspection, seule prise en compte par la norme ISO 17020.

La DGAL est également confrontée à une double nécessité opérationnelle :

- conduire des audits internes sur des thèmes techniques après analyse de risque,
- reconfigurer les audits internes organisationnels pour les faire correspondre aux processus définis à partir de 2014.

La programmation des audits internes, basée sur une analyse de risque, a alors été transférée de la DGAL aux directeurs des services déconcentrés sous la coordination des DRAAF (directions régionales de l'agriculture de l'alimentation et de la forêt).

1.4.4. Des évolutions profondes du cadre de travail des services

En plus du changement de référentiel de management et de l'arrêt de l'accréditation, une série de modifications du cadre de travail des services a créé une confusion peu propice à l'adhésion de l'ensemble des acteurs : réforme territoriale, déploiement de Résyta appelé à remplacer SIGAL, nouvelle programmation en SSA (sécurité sanitaire des aliments), modification des méthodes d'inspection. Le tout est survenu dans un contexte de crises sanitaires majeures (fièvre catarrhale ovine, influenza aviaire hautement pathogène).

La réorganisation territoriale a mobilisé en 2015 et 2016 l'essentiel du travail de l'encadrement des DRAAF concernées et une part de l'attention des directeurs et chefs de service des DD(CS)PP, au détriment de la mise en œuvre des procédures du management par processus.

Tout ceci a freiné le démarrage de la nouvelle stratégie d'audit interne. En effet, il est difficile de développer une telle stratégie dans une organisation en transformation profonde où les objets de l'audit ne sont pas stabilisés et où le concept de contrôle interne n'a pas été précisé.

2. DÉROULEMENT DE L'AUDIT

2.1. Prise de connaissance

La mission a été désignée par le bureau du CGAAER le 29 mars 2016. Elle a rencontré le Directeur général de l'alimentation le 26 avril 2016 puis la Sous-directrice du pilotage des ressources et des actions transversales (SDPRAT) et son équipe le même jour.

2.2. Établissement du document de cadrage

La première phase de prise de connaissance et d'étude documentaire a consisté en des réunions avec les représentants du BMQCC, chargé du pilotage du dispositif d'audit au sein de la DGAL, et

avec un auditeur interne de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

La mission a consulté les informations transmises par le BMQCC , notamment le plan national de contrôles officiels pluriannuel (PNCOPA) 2011-2014 et le projet 2016-2020, le rapport annuel 2014, le profil de pays « organisation des contrôles » du 07/09/2015, des rapports sectoriels d'audit de la France établis par la DG (Direction Générale) Santé de l'Union européenne. Des documents figurant dans l'intranet du management par la qualité de la DGAL ont été consultés.

Un document de cadrage proposant un déroulé de la mission et une matrice des risques provisoire a été approuvé par la directrice de Cabinet du ministre le 25 août 2016 (annexes 2 et 3).

2.3. Déroulement de la phase terrain

La phase terrain s'est déroulée en trois périodes :

- septembre à novembre 2016 : représentants du réseau RNA (référénts nationaux abattoirs), du SIVEP (Service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire) et du BSA (Bureau de la santé animale),

- septembre à décembre 2016 : DDPP33, DDCSPP16, DRAAF Nouvelle Aquitaine, DDPP45, DDCSPP28, DRAAF Centre-Val de Loire, CRAQ (Correspondants régionaux assurance qualité) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Grand Est.

- avril et mai 2017 : DDPP60, DDPP95, DDPP91, DDPP69, CRAQ des régions Hauts de France, Île de France et Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette phase terrain comprenait des interviews et des examens documentaires. Les interviews ont été conduits sur la base d'un questionnaire réalisé à partir de la matrice des risques provisoire.

Les auditeurs ont ainsi évalué les dispositifs prévus et vérifié leur application par l'examen de différents types de preuves.

L'observation des auditeurs individuels de la DGAL en situation d'audit ne faisait pas partie du champ de la mission.

L'évaluation portait sur les éléments jugés essentiels par les auditeurs pour s'assurer que le dispositif d'audit peut produire des résultats d'audit fiables, avec une couverture adéquate des contrôles officiels :

- Responsabilités pour la mise en œuvre de l'article 4.6 du règlement (CE) n° 882/2004,
- Statut et modalités de reporting de l'organisme d'audit,
- Procédures de sélection des auditeurs et de gestion de leur compétence,
- Procédures pour l'élaboration des programmes d'audit et façon dont est assurée la couverture adéquate de l'univers d'audit et de risque,
- Planification, conduite et rapport des audits,
- Suites données.

2.4. Échanges contradictoires et supervision

Le constat de non conformités a conduit à la rédaction de deux FARP (fiches d'analyse et de révélation de problèmes) en mars 2017, l'une portant sur l'analyse de risque, l'autre sur l'approche

méthodologique. Elles ont été acceptées par la DGAL et ont été présentées aux CRAQ le 29 mars 2017.

Un point d'étape sur la mission a été présenté à la première section du CGAAER le 4 juillet 2017. Il a été décidé alors de rajouter deux FARP, l'une sur l'amélioration continue, l'autre sur la nécessité de séparer certaines fonctions. Le 20 décembre 2017, la DGAL a indiqué, en réponse à leur transmission, son accord sur la première et son avis qu'il n'apparaissait pas pertinent de retenir la seconde.

Le rapport provisoire a été supervisé par Claude Rousseau et Loïc Gouéllo qui ont clos leurs observations le 17/04/2018.

Le rapport a été adressé à la DGAL pour la phase contradictoire le 17/04/2018.

La DGAL a répondu par correspondance du 15/05/2018. En outre, une rencontre a eu lieu avec le directeur général de l'alimentation le 04/07/2018.

Suite à cette phase contradictoire, le corps du rapport provisoire n'a pas été modifié et notamment la conclusion. La mission valide le plan d'action de la DGAL et prend note de la volonté du DGAL de désigner le sous-directeur de la SDPRAT comme RAI (responsable de l'audit interne) contrairement à ce qui est demandé dans la recommandation N°6. La position et les explications du DGAL sur ce point sont dans la continuité de la réponse à la FARP n°4.

La réponse de la DGAL est mise en annexe 12 avec un commentaire de la mission en annexe 13.

3. OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DES AUDITEURS

3.1. Approche méthodique du processus d'audit : planification

Le terme « planification » doit être compris comme « programmation ».

Rappel des prescriptions des référentiels :

La décision 2006/677/CE de la commission européenne stipule :

- au § 5.1, Approche méthodique, que *le processus d'audit résulte d'un processus de planification transparent fondé sur une analyse de risques identifiant les priorités conformément aux responsabilités de l'autorité compétente au titre du règlement (CE) no 882/2004,*

- au § 6, Mise en œuvre du processus d'audit, que :

le système d'audit devrait viser à déterminer si les dispositions préétablies permettent d'atteindre les objectifs du règlement (CE) n°882/2004 et, en particulier, le plan de contrôle national pluriannuel intégré unique. Cette phase devrait comporter une évaluation de la pertinence des contrôles officiels en ce qui concerne, par exemple, leur fréquence et les méthodes utilisées...

les audits devraient avoir pour priorité les dispositions de contrôle concernant la maîtrise des points critiques dans la ou les chaînes de production. L'accent devrait être mis sur l'évaluation de la capacité des dispositions préétablies à fournir des garanties suffisantes sur : a) la sécurité du ou des produits finaux, et b) la conformité avec les autres dispositions de la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux. Pour ce faire, le ou les audits devraient, si possible, dépasser les clivages administratifs.

Objectifs et composantes	Risques bruts retenus initialement et ajustés après phase terrain	Criticité actualisée des risques bruts	Mesures de contrôle interne observées en phase terrain DP : dispositions préétablies MO : mise en œuvre	Criticité du risque résiduel estimée après audit	Degré de maîtrise du risque estimé après audit	Points de vigilance Suggestions Suites à donner
Assurer une Approche méthodique du processus d'audit						
1 - Planification transparente fondée sur une analyse de risques identifiant les priorités conformément aux responsabilités de l'AC (autorité compétente). <i>(le terme planification doit être compris comme programmation)</i>	Absence de planification	Majeur	DP : PN (procédure nationale) Audit prévoyant une planification régionale MO : Déficit de méthode et de compréhension partagée	Majeur	Faible	Déficit de conception et de mise en œuvre de la procédure nationale : celle-ci n'assure pas la réponse à l'exigence ; son applicabilité et sa mise en œuvre ne sont pas revues.
	Insuffisance de transparence de la planification	Majeur				Ce point est traité dans le chapitre transparence
	Insuffisance de l'analyse de risque et non pertinence de l'analyse de risque	Majeur à Critique	DP : PN Audit : Chaque direction doit conduire une analyse formalisée pour laquelle des critères sont proposés MO : des analyses de risque ont été conduites régionalement par les CRAQ sans une participation active des équipes de direction	Critique	Faible	La somme de ces analyses de risque ne constitue pas une analyse de risque globale de l'AC (autorité compétente). Mettre en place une procédure d'analyse de risque associée à la maîtrise du risque qui couvre tout le domaine technique du règlement N° 882/2004 et qui permette de déterminer ce qui relève de l'AI (audit interne).

<p>2 - Programme d'audit couvrant l'ensemble des secteurs d'activité du Reg 882 à une fréquence appropriée fondée sur les risques, sur une période pertinente de cinq ans au plus.</p>	<p>Non couverture de tous les secteurs d'activité de l'AC sur une période pertinente de 5 ans au plus</p>	<p>Majeur</p>	<p>DP : La PN Audit prévoit la couverture des processus liés à la mise en œuvre du règlement N° 882/2004 et des thématiques d'inspection. Elle ne garantit pas que tous les secteurs d'activités du règlement N° 882/2004 soient couverts sur une période de 5 ans. Non couverture par l'AI des missions effectuées par les agents des DDTM (directions départementales des territoires et de la mer) pour le compte de la DGAL.</p> <p>MO Les analyses de risque locales aboutissent le plus souvent aux mêmes thèmes d'audit. Les programmes d'audit n'ont pas partout respecté la PN audit. Certaines DD(CS)PP n'ont pas été auditées entre 2014 et 2016. La pression d'audit est variable d'une région à l'autre.</p>	<p>Critique</p>	<p>Faible</p>	<p>La programmation régionale devrait s'appuyer sur une analyse de risque nationale. Un pilotage national est indispensable pour assurer la cohérence et la complétude du programme d'audit et de son réexamen.</p>
--	---	---------------	---	-----------------	---------------	---

Points favorables :

Pour les activités en lien avec le règlement (CE) n°882/2004, depuis la mise en œuvre de la démarche processus, la DGAL n'avait pas formalisé d'analyse de risque en tant qu'autorité compétente dans la procédure nationale « réalisation des audits et qualification des auditeurs » en vigueur jusqu'au 13/07/2017. La programmation des audits organisés par la DGAL, basée sur une analyse de risque, a été transférée aux directeurs des services déconcentrés sous la coordination des DRAAF. La procédure nationale fixait comme objectif aux DD(CS)PP et aux DRAAF de procéder à une analyse de risque, en indiquant des thèmes prioritaires (plans d'urgence, PSPC -plans de surveillance plans de contrôle-,...).

La définition de thèmes prioritaires a le mérite de poser le problème de la récurrence des thèmes d'audit, notamment sur les sujets les plus critiques. En effet quand l'UAS remplissait la fonction d'unité d'audit interne de la DGAL, le thème changeait chaque année et il n'avait pas été envisagé qu'un thème puisse être revu avec une certaine régularité pour s'assurer de la maîtrise d'un sujet capital.

L'univers d'audit de la DGAL est défini par un document baptisé « référentiel » accessible sur l'intranet de la DGAL. Ce document liste, pour les **domaines techniques** et pour le **système de management par processus**, les principaux textes pouvant être utilisés comme référentiel lors d'un audit. Il est complété par la fiche pratique « PN audit – domaines à auditer » du 22/09/2017.

La déconcentration de la programmation des audits permet d'avoir une approche territoriale plus fine.

Les CRAQ rencontrés s'estiment en mesure d'organiser des audits sur tous les thèmes, mais la mobilisation et la disponibilité des experts (qualifiés auditeurs ou sachants techniques) est un facteur limitant majeur.

Points d'amélioration :

Il n'y a pas de coordination entre AC (autorités compétentes au sens du règlement (CE) n° 882/2004), et notamment entre DGCCRF et DGAL, ni sur la méthode d'analyse de risque, ni sur la programmation des audits, en particulier en ce qui concerne les plages de compétences communes.

La PN (procédure nationale) Audit ne fait pas référence à l'univers de risque de l'AC DGAL. Elle ne prévoit pas de consolidation au niveau national des analyses locales. Elle n'explique pas non plus comment passer de l'analyse de risque à un choix des thèmes d'audit et à une programmation des audits.

La DGAL, qui avait réalisé en 2009 une analyse de risque, n'a pas maintenu cet exercice.

Les DD(CS)PP et DRAAF audités en 2016 n'ont pas procédé à une analyse de risque selon une méthode formalisée pour déterminer les thèmes d'audit et lancer une programmation couvrant tout le champ du règlement (CE) n° 882/2004.

Il n'y a pas de mise en cohérence entre l'analyse de risque ministérielle, l'analyse de risque de l'AC et les analyses de risque locales.

Une somme d'analyses de risque locales ne saurait constituer une analyse de risque de l'AC. Cette analyse de risque de l'AC doit également intégrer la pertinence des contrôles officiels dans les différentes filières : fréquence des contrôles, méthodes utilisées, ainsi que la priorisation des audits sur les dispositions de contrôle concernant la maîtrise des points critiques.

Améliorations en cours :

Dans la version 5 de la PN Audit du 13 juillet 2017, la DGAL prévoit une analyse de risque nationale (point 5.2) et donne une méthode de cotation des risques. Cette PN Audit est complétée par une fiche pratique du 22 septembre 2017, qui indique la liste des domaines à auditer et qui constitue « l'univers d'audit » de la DGAL.

En 2017 des analyses de risque régionales ont commencé à être réalisées. Elles n'ont pas toujours été co-construites avec tous les services concernés.

Non conformités appelant Recommandation :

Les non conformités décrites dans le paragraphe « points d'amélioration » ci-dessus ont conduit la mission à rédiger la recommandation suivante.

R1. Pour l'organisme DGAL :

- se rapprocher des autres AC (Autorités Compétentes) françaises pour étudier le périmètre et la cohérence des méthodes d'analyse de risque,

- élaborer et mettre en œuvre une méthode d'analyse de risque nationale, en tant qu'autorité compétente, en cohérence avec l'analyse de risque ministérielle,
- maintenir la primo élaboration locale de la programmation régionale, car elle apporte une vision territoriale plus précise et plus complète, en s'assurant de la cohérence avec l'analyse de risque nationale.

La direction d'administration centrale DGAL devra cependant coordonner les programmations régionales de façon :

- à répondre de façon équilibrée à des attentes fortes des directeurs sur des sujets qui engagent leur responsabilité pénale et celle de leurs collaborateurs, tout en limitant les audits sur certains thèmes à ce qui est nécessaire aux besoins de l'AC,
- à susciter des candidatures sur des sujets qui n'émergeraient pas de la programmation locale.

3.2. Approche méthodique du processus d'audit : cohérence et compétences des auditeurs

Rappel des prescriptions des référentiels :

Le règlement (CE) n° 882/2004 ne fixe pas d'exigences concernant la compétence des auditeurs.

La décision 2006/677/CE § 6.6 liste les éléments en fonction desquels la compétence et les critères de sélection des auditeurs devraient être définis et stipule qu'il est essentiel de mettre en place un mécanisme qui garantisse la cohérence des auditeurs et le maintien de leurs compétences.

Elle précise également qu'en ce qui concerne les connaissances et les compétences techniques des auditeurs, les exigences de formation du personnel chargé des contrôles officiels (chapitre 1 de l'annexe II du règlement (CE) n° 882/2004) devraient aussi être prises en considération.

La Norme ISO 19011:2012 stipule qu'il convient d'évaluer la compétence au moyen d'un processus tenant compte des comportements personnels et de la capacité à appliquer les connaissances et aptitudes obtenues par la formation initiale, l'expérience professionnelle, la formation d'auditeur et l'expérience d'audit.

3 - Garantir la cohérence entre les auditeurs et démontrer l'application d'une approche méthodique.	Défaut de formation des auditeurs et d'entretien des compétences	Majeur	<p>DP : la PN Audit prévoit la formation initiale et continue des auditeurs (incluant les orientations de la <i>norme ISO 19011</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le RQN (responsable qualité national) attribue et tient à jour la liste des auditeurs qualifiés - la fiche de qualification d'un auditeur n'aborde pas la déontologie de l'auditeur - Les modalités d'évaluation de la compétence (critères et supervision) et d'estimation du besoin de formation continue spécifiques des auditeurs (19011) ne sont pas fixées - les modalités de recrutement des sachants ne sont définies ; il n'y a pas de liste des sachants. <p>MO : la formation initiale est assurée pour les auditeurs Resaq (réseau d'animation qualité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - des échanges de pratique entre auditeurs sont en cours de mise en œuvre - le dispositif de formation continue du MAA ne comporte pas d'évaluation planifiée de la compétence ni d'estimation du besoin de formation continue spécifiques des auditeurs.(19011) -les listes ne sont pas tenues à jour comme prévu 	Majeur	Partiel	<p>Prévoir une surveillance du maintien de la compétence spécifiques des auditeurs. La mise en place de questionnaires d'audit technique améliorerait la cohérence.</p> <p>Une étude comparative entre les programmes européens de formation à l'audit interne BTSF (better training for safer food) et le programme de formation initiale des auditeurs de la DGAL pourrait être intéressante</p>
---	--	--------	--	--------	---------	--

Points favorables :

La PN Audit décrit les modalités de qualification des auditeurs. Elle prévoit une phase d'acquisition de la qualification et le maintien de la compétence des auditeurs incluant les orientations de la norme ISO 19011 à laquelle il est fait référence.

La PN Audit précise qu'un audit peut être réalisé par un seul auditeur ou par une équipe d'auditeurs éventuellement accompagnés de sachants techniques², d'auditeurs juniors et d'observateurs. La définition de chacune de ces catégories est donnée.

Lorsque plus d'un auditeur intervient dans un audit, l'un d'entre eux doit être nommé responsable de l'équipe d'audit.

Points d'amélioration :

Aucune précision n'est apportée dans la PN sur les modalités de qualification d'un responsable d'équipe d'audit dit « *auditeur qualifié qui assume la responsabilité des activités d'audit et coordonne l'intervention de l'équipe d'audit* ».

Il n'y a pas de modalités formalisées d'identification, de reconnaissance, et de qualification des sachants techniques. Chaque CRAQ gère de manière indépendante dans sa région les sachants techniques. En l'absence d'une ressource nationale de sachants techniques, la mobilisation de la personne idoine est souvent difficile.

La liste des auditeurs qualifiés de l'organisme DGAL n'est pas disponible sur l'intranet du management par la qualité³.

² Dénommés « experts techniques » dans la norme ISO 19011:2012 (3.10) et dans la D 677/2006 (3) : personne apportant à l'équipe d'audit des connaissances ou une expertise spécifiques.

³ La liste des auditeurs figure dans l'intranet qualité depuis le 13 février 2018

La fiche de qualification d'un auditeur du 24 novembre 2015 n'aborde pas la déontologie de l'auditeur.

Le cas particulier des audits techniques réalisés pour auditer des agents en situation de contrôle officiel n'est pas abordé alors qu'il requiert un positionnement et une attitudes spécifiques de la part de l'auditeur.

Le maintien des connaissances acquises lors de la formation initiale est assurée pour les CRAQ, auditeurs membres du RESAQ, mais l'est avec moins de rigueur pour les autres auditeurs techniques.

Le dispositif de formation continue du MAA ne comporte pas d'évaluation planifiée de la compétence ni d'estimation du besoin de formation continue spécifique des auditeurs internes. Les entretiens professionnels des auditeurs de la DGAL sont conduits par leurs supérieurs hiérarchiques dans les structures où ils sont affectés. Ces supérieurs hiérarchiques ne supervisent pas les rapports d'audit et ne peuvent donc pas aborder les besoins de compétences spécifiques à l'audit. Les modalités d'évaluation de ces besoins ne sont pas déterminées par ailleurs.

Aucune phase de supervision planifiée des rapports n'est prévue pour identifier les dérives entre auditeurs et les besoins d'acquisition de compétences (ce point est développé en 3.3.).

Certains CRAQ ne disposent pas, lors de leur nomination, d'un bagage suffisant⁴. Il s'ensuit que la formation à la prise de fonction revêt une importance majeure et que la qualification doit être attribuée avec rigueur et selon des critères précis. L'amélioration de cette question demeure à poursuivre.

Améliorations en cours :

La PN Audit a été revue en cours d'audit et tente de mieux prendre en compte cette phase d'acquisition de la qualification.

Des échanges de pratique entre auditeurs se mettent en place depuis un an, ils semblent très appréciés. Ce type de « formation » basé sur des situations réelles devrait permettre d'améliorer la cohérence des auditeurs et de favoriser le maintien de leurs compétences.

Non conformité appelant Recommandation :

Les non conformités décrites dans le paragraphe « points d'amélioration » ci-dessus, et en particulier la problématique de la cohérence et de la compétence des auditeurs qualitatifs et techniques conduisent les missionnaires à rédiger la recommandation suivante :

R2. Mettre en place des mécanismes appropriés permettant de garantir la cohérence et le maintien des compétences des auditeurs et des responsables d'équipe d'audit.

⁴ Au MAA, les CRAQ, dont l'audit est une partie des missions, sont recrutés conformément aux règles administratives et non pas sur leur formation initiale ou expérience préalable d'auditeur ni même sur une formation ou expérience de contrôleur officiel dans le champ du règlement 882.

3.3. Approche méthodique du processus d'audit : conduite et suivi des audits

Rappel des prescriptions des référentiels :

L'article 5.1 de la décision 2006/677/CE de la commission stipule que le processus d'audit doit être étayé par des procédures d'audit documentées et des enregistrements pour garantir la cohérence entre les auditeurs et démontrer l'application d'une approche méthodique.

Ces documents sont destinés à :

- générer les constatations d'audit, y compris l'identification des preuves de conformité et de non-conformité, selon le cas,
- rédiger, approuver et diffuser les rapports d'audit,
- revoir les conclusions de l'audit, en vue d'identifier les points forts et les faiblesses du système de contrôle et de diffuser les meilleures pratiques,
- assurer le suivi des actions correctives et préventives.

3 - Garantir la cohérence entre les auditeurs et démontrer l'application d'une approche méthodique.	Absence d'approche méthodique ou Défaut dans la mise en œuvre de l'approche méthodique par les auditeurs et dans la cohérence technique	Mineur	DP : PN Audit : - le processus d'audit est décrit - la situation particulière d'audit en situation de contrôles officiels n'est pas abordée - manque de prescriptions concernant l'harmonisation des audits techniques MO : - la phase « rapport provisoire/ demande de commentaires » n'est pas respectée par tous les auditeurs et n'est jamais tracée. - défaut d'harmonisation de la conduite des audits techniques	Mineur	Partiel	Aborder la situation particulière d'audit en situation de contrôle. Harmoniser les pratiques des audits techniques : formaliser des questionnaires d'audit technique.
---	--	--------	---	--------	---------	--

Points favorables :

Le manuel qualité, la PN Audit, le mode opératoire «méthodologie de l'AI» et le référentiel d'audit concourent à couvrir toutes les phases de conduite d'un audit.

Tous les documents en lien avec l'audit sont à disposition des auditeurs sur l'intranet qualité de la DGAL. Cet affichage permet l'accès immédiat à la dernière version des documents.

Le mode opératoire «méthodologie de l'AI» décrit les différentes phases de conduite d'un audit individuel. La PN Audit et le mode opératoire audit décrivent la recherche des constats d'audit.

Points d'amélioration :

Sur le terrain, les phases principales des audits individuels sont respectées ; cependant la phase « rapport provisoire/demande de commentaires », telle que prescrite, n'a pas pu être tracée dans les rapports examinés. La mention de cet échange contradictoire, les commentaires émis par les structures auditées (ou la mention de non commentaires émis) ne figurent pas dans les rapports. Dans certains cas, le délai très court entre l'audit et l'envoi du rapport définitif démontre à l'évidence que cette phase n'a pas pu être respectée.

Il n'y a pas de prescriptions concernant la recherche des constats lors des audits techniques, ce qui se traduit dans la pratique par une hétérogénéité des approches.

La mission a noté de grandes disparités des points contrôlés lors des audits techniques. Les référentiels dont disposent les auditeurs ne sont pas suffisants. De plus les rapports d'audits ne font pas l'objet d'une supervision organisée.

Par exemple les audits techniques « abattoirs de boucherie » ont des contenus extrêmement variables. Dans un abattoir de boucherie plusieurs sujets peuvent être audités : management, inspection ante-mortem, inspection post-mortem, suivi du plan de maîtrise sanitaire, santé animale, bien-être animale, propreté des bovins, identification animale, information sur la chaîne alimentaire... Il a été constaté une grande hétérogénéité des périmètres des audits portant sur les abattoirs, ce qui rend difficile leur exploitation.

Actuellement les auditeurs auditent un nombre limité de thèmes techniques. Ce besoin d'harmonisation sera plus prégnant quand des thèmes similaires seront abordés dans plusieurs régions. L'harmonisation devra porter aussi sur les questionnaires d'audit.

Améliorations en cours :

Le SIVEP et le BSA, ont identifié ce besoin de précision et conçu des questionnaires d'audit détaillés, également utilisables par les CRAQ. Dans ces deux domaines, le faible nombre d'auditeurs et l'organisation hiérarchique permettent d'assurer une supervision qui renforce l'harmonisation des pratiques.

Enfin, un travail important de mise à jour de l'intranet qualité a été déjà effectué. Ceci demande une vigilance constante afin de garantir un accès aisé à des documents valides, notamment à des enregistrements mis à jour.

4 - Disposer de procédures destinées à générer les constatations d'audit (à la fois positives et d'améliorations possibles) et à rédiger, approuver et diffuser les rapports d'audit.	Défaut d'harmonisation dans la méthodologie de recherche et de rédaction des constats ou Défaut de qualité des constats d'audit (justification, clarté, hiérarchisation,...)	Majeur	<p>DP : la PN Audit et le mode opératoire audit décrivent la recherche et la qualification des constats d'audit.</p> <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les rapports font tous état de constats positifs et négatifs - la justification des constats n'est pas aisée : le lien entre les constats et les preuves est souvent peu clair - la hiérarchisation des constats est hétérogène entre les auditeurs 	Majeur	Partiel	Améliorer la rédaction des rapports pour en faciliter la lecture pour tous les intervenants. Homogénéiser la hiérarchie des constats. Eviter l'excès de bienveillance des auditeurs dans l'intention de rendre mieux recevables leurs constats.
---	--	--------	--	--------	---------	---

Points favorables :

La PN Audit et le mode opératoire audit décrivent la qualification des constats d'audit.

Les rapports font tous état de constats positifs et négatifs.

Points d'amélioration :

Certaines disparités ont été relevées à la lecture des rapports examinés :

- les termes preuve, constat, observation et commentaire sont utilisés de façon disparate et parfois erronée (ex : les descriptions s'appellent constats et les constats s'appellent commentaires, les points sensibles ne sont pas formulés comme tels mais sous forme de recommandation...),
- la qualification des constats et leur hiérarchisation sont hétérogènes entre les auditeurs, des non-conformités au sens des prescriptions de la PN Audit sont fréquemment qualifiées de point sensible ou d'axe d'amélioration.

Faute d'instructions suffisantes, les auditeurs expriment des difficultés à nommer et qualifier les constats liés aux fiches processus.

	Hétérogénéité de présentation des rapports	Majeur	DP : pas de modèle imposé de rapport d'audit mais seulement une proposition d'exemple. MO : méthodologie variable de rédaction des rapports : les termes preuve, constat, observation et commentaire sont utilisés de façon disparate et parfois erronée, ce qui ne permet pas une synthèse aisée.	Majeur	Partiel	Harmoniser la rédaction des rapports pour en faciliter la lecture, la synthèse et l'exploitation ; suggestion d'un modèle obligatoire plus précis.
--	--	--------	---	--------	---------	--

Points favorables :

La PN Audit et le mode opératoire audit fixent les dispositions pour rédiger et diffuser les rapports d'audit.

Points d'amélioration :

La PN Audit n'impose pas un modèle de rapport d'audit, une proposition d'exemple est fournie aux auditeurs. Il s'en suit une différence de rédaction des rapports sur la forme et le fond.

Dans les rapports, la justification des constats n'est pas aisée. Le lien entre les constats et les preuves est souvent peu clair dans ces rapports, qu'ils soient présentés ou non sous forme de tableau. Il est même inexistant lorsque le constat fait référence à un point qui ne paraît pas avoir été abordé.

La lecture des rapports n'est donc pas facile pour toutes les parties concernées, en particulier pour celles qui n'ont pas assisté à l'audit.

De plus, en l'absence d'harmonie dans la présentation des rapports et la qualification des constats, la synthèse et l'exploitation des résultats d'audit sont rendues difficiles.

Les plans d'action ne sont pas joints au rapport d'audit comme demandé dans la PN.

	Plan de diffusion inapproprié ou non respecté	Mineur	DP : la PN Audit § 5.3 prévoit la diffusion des rapports « <i>Transmission du rapport au RQN et au bureau technique concerné</i> ». MO : - la liste de diffusion ne figure pas sur tous les rapports. - les rapports ne sont pas transmis systématiquement aux bureaux concernés.	Mineur	Faible	Systématiser et tracer la diffusion des rapports.
--	---	--------	--	--------	--------	---

Points favorables :

La PN Audit prévoit la diffusion des rapports au RQN et au bureau technique concerné⁵.

Points d'amélioration :

La liste de diffusion ne figure pas toujours sur les rapports.

Les rapports ne sont pas systématiquement transmis aux bureaux techniques concernés. Ceux-ci sont ainsi privés d'informations pertinentes pouvant aider à l'amélioration des instructions et du système en général.

Des rapports d'audit technique citent pourtant des informations à faire remonter aux bureaux techniques.

	Défaut de supervision et d'approbation des rapports	Majeur	DP : la PN Audit ne prévoit pas la supervision des rapports ; une fiche de lecture existe sans que son utilisation soit prévue. MO : - les rapports ne sont pas supervisés et la fiche de lecture n'est pas utilisée, - il n'y a pas de surveillance effective du respect de la méthode, la qualification des constats est alors plus facilement contestable.	Majeur	Faible	Prévoir une modalité de supervision des rapports d'audit qui permette de diagnostiquer tout problème en lien avec le respect de la méthode, la qualité des constats et conforte l'indépendance de l'auditeur.
--	---	--------	--	--------	--------	---

Points d'amélioration :

La PN Audit ne prévoit ni la supervision ni l'approbation des rapports. Une fiche de lecture des rapports existe, sans que soient prévues les modalités de son utilisation.

Les rapports ne sont pas supervisés et la fiche de lecture n'est pas utilisée.

Outre le défaut de supervision des rapports, le respect de la méthode n'est pas surveillé. Il s'ensuit une diversité des approches dans la conduite de l'audit, notamment les audits dits techniques, la rédaction des rapports et la qualification des constats.

Une supervision programmée et annoncée des rapports renforcerait aussi la crédibilité des auditeurs qui, pour certains, ont été contestés sur la qualification des constats (difficulté de qualifier des non conformités).

	Absence de mise en place d'actions correctives pertinentes	Majeur	DP : PN Audit: - le REA (responsable de l'équipe d'audit) s'assure que toutes les non-conformités ont été prises en considération et que les actions et les délais sont pertinents. - la clôture des non conformités est réalisée par vérification documentaire par le REA et/ou si nécessaire par un auditeur ultérieurement. - seul le traitement des NC (non conformités) apparaît clairement obligatoire (les prescriptions sont ambiguës § 5,3 et 6 de la PN Audit). - la PN 2015 217, traitement des dysfonctionnements,	Majeur	Faible	Maîtriser le risque d'ignorance de la nécessité d'actions correctives du fait d'une qualification bienveillante de non
--	--	--------	---	--------	--------	--

⁵ La V5 du 13/07/2017 de la PN Audit a modifié cette disposition de la V4 ; désormais le rapport est adressé au BMQCC pour permettre la valorisation des constat d'audits, ce qui suppose entre autres la transmission au bureau technique compétent.

		prévoit pour la partie audit une analyse formalisée des causes des seules NC. MO : - la qualification de non conformités en point sensible et axes d'amélioration ne rend pas clairement leur traitement obligatoire et de ce fait les rend non identifiables pour la DGAL (de plus seules les NC sont suivies au travers du programme SPR26). - la clôture des NC est assurée par le CRAQ et non par le REA. - pas d'analyse des causes formalisée.		conformités (cf.supra)
--	--	---	--	------------------------

Points favorables :

La PN Audit prévoit la revue des conclusions d'audit en vue d'identifier les points forts et de diffuser les meilleures pratiques ainsi que les faiblesse du système de contrôle et d'assurer le suivi des actions correctives.

Points d'amélioration :

La PN traitement des dysfonctionnement (Note de service n° 2015-217) prévoit pour la partie audit une analyse formalisée des causes des seules non conformités.

Des instructions claires ne sont données que pour les non conformités qui, seules, doivent être obligatoirement traitées et saisies dans le logiciel SPR26 (PN Audit point 7.1 et instruction technique n° 2015/910 du 30/10/2015). Le traitement éventuel de points sensibles et d'axes d'amélioration dans le plan d'action relève de la décision du directeur de la structure auditée. La déqualification de non conformités en points sensibles ou axes d'amélioration, constatée plusieurs fois par la mission, génère une perte de visibilité de ces non conformités par la DGAL (voir aussi paragraphe 3.4. et recommandation 4).

Dans la pratique, c'est le CRAQ, et non le REA (responsable de l'équipe d'audit), qui s'assurait que toutes les non-conformités ont été prises en considération et que les actions et les délais sont pertinents, ce qui ne correspond pas à la PN Audit V4⁶.

Non conformités appelant Recommandation :

Les non conformités décrites dans les paragraphes « points d'amélioration » de la partie 3.3. ci-dessus ont conduit la mission à formuler la recommandation suivante.

- R3.** Pour assurer l'approche méthodique du processus d'audit :
- mettre des questionnaires d'audits thématiques à la disposition des auditeurs ;
 - concevoir un modèle de rapport comportant clairement le déroulé de la phase contradictoire, le plan de diffusion et le plan d'action ;
 - clarifier les instructions sur le traitement des constats ;
 - mettre en place une supervision des rapports qui visera notamment à harmoniser la qualification des constats ;
 - déterminer les modalités d'approbation des rapports.

⁶ La version 5 de la PN Audit dispose que la clôture des non-conformités est réalisée par l'équipe d'audit par vérification documentaire et/ou sur site, et qu'elle peut également être mise en œuvre par un CRAQ.

3.4. Approche méthodique du processus d'audit : diffusion des bonnes pratiques et suivi des actions correctives et préventives

Rappel des prescriptions des référentiels :

Le point 5 (Approche méthodique) de la décision 2006/677/CE de la commission prévoit que :
« *La planification, la réalisation, le suivi et la gestion des audits devraient faire l'objet d'une approche méthodique. À cette fin, le processus d'audit devrait ... comporter des procédures de revue des conclusions de l'audit, en vue d'identifier les points forts et les faiblesses du système de contrôle, de diffuser les meilleures pratiques et d'assurer le suivi des actions correctives et préventives* ».

Le point 6.4. de la même décision complète ces dispositions : « *Revue d'audit et diffusion des meilleures pratiques : Les implications des constatations d'audit pour d'autres secteurs et régions devraient être examinées, notamment dans les États membres où les contrôles sont délégués à plusieurs autorités compétentes ou sont décentralisés. Il conviendrait en particulier de diffuser les exemples de bonnes pratiques. À cet effet, les rapports devraient être mis à la disposition des autres secteurs et régions dans l'État membre concerné et de la Commission. Les résultats d'audit devraient aussi être pris en considération lors de la planification du programme d'audit et dans le cadre du réexamen du plan de contrôle national pluriannuel intégré unique.* »

5 - Disposer de procédures de revue des conclusions de l'audit, en vue d'identifier les points forts et les faiblesses du système de contrôle, de diffuser les meilleures pratiques et d'assurer le suivi des actions correctives et préventives,	Défaut de revue systématique des conclusions de tous les types d'audit	Majeur	<p>DP : Le MQ (manuel qualité) VIII.3 prévoit que les propositions d'amélioration émises sont centralisées au BMQCC, intégrées dans le plan d'action et prises en compte lors des revues de direction de la DGAL. - La PN audit §7 prévoit l'exploitation et la revue de système au niveau national et local</p> <p>MO : - Des revues de direction sont tenues régulièrement au niveau national et local - Les constats ou leur synthèse ne sont pas suffisamment exploités</p>	Mineur	Partiel	L'efficacité de la revue de direction aurait fort à gagner d'une transmission préalable d'une synthèse des constats aux bureaux concernés.
	Insuffisance de diffusion des bonnes pratiques de contrôle	Majeur	<p>DP : - la PN audit cite «des bonnes pratiques mutualisables » mais ne prévoit pas la modalité de leur exploitation - l'Instruction technique 2015-910 prévoit l'enregistrement et la clôture des seules NC dans le SPR 26</p> <p>MO : - les bonnes pratiques ne sont pas répertoriées, exploitées et diffusées au niveau national et/ou régional</p>	Majeur	Faible	Mieux valoriser les points forts dans une optique d'amélioration continue.

Points favorables :

Le MQ VIII.3 prévoit que les propositions d'amélioration émises sont centralisées au BMQCC, intégrées dans le plan d'action et prises en compte lors des revues de direction de la DGAL.

La PN audit §7 prévoit l'exploitation et la revue de système au niveau national et local.

Des revues de direction sont tenues régulièrement au niveau national et local.

Il existe un programme de référence sur SIGAL de gestion des suites des audits (SPR26).

Points d'amélioration :

Au niveau régional, les constats positifs ne sont pas valorisés et les constats négatifs n'entraînent pas collectivement une analyse de cause et une amélioration des pratiques des contrôles officiels.

Au niveau national, les rapports des audits techniques ou une synthèse de ceux-ci ne sont pas systématiquement transmis aux bureaux concernés. Il n'y a pas d'exploitation globale des résultats d'audit pour améliorer la pertinence et la qualité des contrôles officiels de l'année N+1 et s'inscrire ainsi dans une démarche d'amélioration continue.

L'instruction technique 2015/910 prévoit l'enregistrement et la clôture des seules non conformités (NC) dans le SPR 26 ; les bonnes pratiques ne sont pas répertoriées, exploitées et diffusées au niveau national et/ou régional.

Le nombre des audits techniques est insuffisant pour disposer de données représentatives de la qualité de la mise en œuvre des contrôles officiels.

Améliorations en cours

La DGAL a mis en place une synthèse nationale des constats d'audit soumise pour avis aux bureaux techniques et publiée sur l'intranet du management par la qualité. A ce jour, la synthèse 2016 des constats d'audit a été réalisée pour les processus "Management", "Ressources humaines" et "Inspection" et pour les domaines techniques "certification à l'export", "PSPC" et "abattoirs de boucherie".

Pour s'assurer du niveau adéquat de la pression d'audit, un point a été ajouté aux entretiens de dialogue de gestion dès fin 2017 : étudier la réalisation (année N) et les prévisions de réalisation (année N+1) des audits. Dans le même but, à l'occasion de l'examen des contrats régionaux d'objectifs et de performance que la DGAL réalise chaque année courant mars, un bilan exhaustif de la pression d'audit par processus et par domaine technique est réalisé, en lien avec les bureaux métiers. A ces deux occasions, le BMQCC peut attirer l'attention du DRAAF en tant que RBOP (responsable de budget opérationnel de programme) sur la nécessaire réalisation d'audits sur tel ou tel domaine.

Non conformité appelant recommandation

Des non conformités décrites dans le paragraphe « points d'amélioration » ci-dessus, et en particulier, la problématique de la diffusion des bonnes pratiques et du suivi des actions correctives et préventives appelle la recommandation qui suit.

- R4.** Définir les modalités pour, au niveau régional et au niveau national, répertorier et exploiter les différents constats positifs et négatifs dans une optique d'amélioration continue.
- Se doter d'un outil informatique permettant une exploitation aisée des données d'audit par toutes les personnes concernées.
- S'assurer que le nombre d'audits techniques est suffisant, tant au niveau régional que national, pour permettre une évaluation de la qualité et de la cohérence des contrôles.

3.5. Approche méthodique du processus d'audit : examen de l'atteinte des objectifs du programme d'audit

Rappel des prescriptions des référentiels :

L'examen de l'atteinte des objectifs du programme d'audit relève de l'approche méthodique, selon le point 5.1 de la décision 2006/677/CE de la commission : « *La planification, la réalisation, le suivi et la gestion des audits devraient faire l'objet d'une approche méthodique. À cette fin, le processus d'audit devrait...faire l'objet d'un suivi et d'un réexamen pour s'assurer que les objectifs du programme d'audit ont été atteints et identifier les améliorations possibles.* »

<p>6- Assurer un suivi et un réexamen pour s'assurer que les objectifs du programme d'audit ont été atteints et identifier les améliorations possibles.</p>	<p>Absence de vérification et d'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme d'audit de l'AC. Absence d'identification des améliorations possibles du programme d'audit de l'AC. Absence de suivi de la mise en place des actions d'amélioration du programme d'audit de l'AC.</p>	<p>Majeur</p>	<p>DP : PN Audit : - la programmation des audits, l'analyse de risque sur laquelle elle se fonde, les résultats d'audit, le suivi du plan d'action et de son efficacité constituent des données d'entrée de la revue de direction de chaque structure et de la revue de processus pour les audits de processus. - la revue du système d'audit est réalisée lors de la revue de direction nationale, pour faire le point sur les dispositions mises en œuvre : état des programmations locales, prise en compte des objectifs nationaux et locaux, résultats des audits (incluant les audits externes) et suivi des non-conformités. MO : - le constat dans les revues de direction nationales de la non atteinte des objectifs de la programmation d'audit initialement établie au niveau départemental a entraîné une programmation régionale qui n'a pas encore donné de résultat significatif. - les résultats d'audit ne sont pas un point d'entrée de la programmation des audits. - l'absence d'analyse de risque de l'AC ne permet pas de fixer des thèmes d'audit pertinents.</p>	<p>Majeur</p>	<p>Faible</p>	<p>Au stade actuel de démarrage de la mise en œuvre de la programmation régionale, aucun bilan ne peut en être tiré.</p>
---	---	---------------	--	---------------	---------------	--

Points favorables :

La PN Audit prévoit que la programmation des audits, l'analyse de risque sur laquelle elle se fonde, les résultats d'audit, le suivi du plan d'action et de son efficacité constituent des données d'entrée de la revue de direction de chaque structure et de la revue de processus pour les audits de processus.

La revue du système d'audit est réalisée lors de la revue de direction nationale, ce qui permet de faire le point sur les dispositions mises en œuvre : état des programmations locales, résultats des audits et suivi des non-conformités.

Points d'amélioration :

Le constat, en revue de direction nationale, de la non atteinte des objectifs de la programmation des audits par le niveau départemental a entraîné la mise en place en 2016 d'une programmation régionale. Celle-ci n'avait pas encore donné de résultat significatif à la fin du premier semestre 2017.

Les résultats d'audit ne sont pas un point d'entrée de la programmation des audits.

L'absence d'analyse de risque de l'AC ne permet pas de garantir pleinement la pertinence des thèmes d'audit. A cela s'ajoute une programmation encore insuffisante des audits techniques, ce

qui ne permet pas de disposer de données représentatives de la qualité de la mise en œuvre des contrôles officiels (traité dans le paragraphe 3.4. et dans la recommandation R4).

3.6. Garantir la transparence

Rappel des prescriptions des référentiels :

L'article 5.2 de la décision 2006/677/CE de la commission stipule que pour « *démontrer la transparence du processus d'audit, des procédures documentées devraient notamment comporter un processus clairement défini de planification des audits, des critères d'audit et des mécanismes d'approbation et de distribution des rapports d'audit.* »

Garantir la transparence : Processus clairement défini de planification des audits, des critères d'audit et des mécanismes d'approbation et de diffusion des rapports d'audit.						
Gestion et application du processus d'audit de façon transparente pour tous les intervenants concernés : - entre l'organisme d'audit et l'audité, - avec les autres intervenants, afin de faciliter la diffusion de l'information et la communication des meilleures pratiques, au sein des autorités compétentes et entre elles. Association de la transparence à une information équilibrée, combinaison adéquate de constatations positives et négatives.	Transparence et diffusion non garanties : - entre auditeurs et audités, - au sein de l'AC, - entre AC, - avec les parties prenantes (professionnels contrôlés et concernés), - avec les autres parties intéressées (consommateurs, relais de diffusion).	Mineur	DP : - absence de description argumentée des niveaux de transparence pour chaque étape du processus d'audit (pt 5.2 de la décision 677), - absence de dispositions pour communiquer sur la mise en œuvre et les résultats du programme d'audit, - au sein de l'AC, la PN Audit et le mode opératoire Audit décrivent des dispositions qui participent à la transparence. MO : Les procédures audit sont disponibles et accessibles pour tous les agents sur l'intranet qualité de la DGAL.	Mineur	Faible	Une réflexion pourrait être menée à partir de la grille figurant dans la décision N°677/2006

Points favorables :

La transparence des procédures a été traitée au titre de l'approche méthodique (Cf. 3.3).

Quelques points complémentaires sont développés ici :

- tous les documents de la démarche par processus et de l'audit sont à la disposition de l'ensemble des personnels sur l'intranet qualité de la DGAL accessible via l'intranet du MAA à la suite de leur diffusion par instruction technique,
- certains documents, notamment les fiches processus, sont également publiés sur l'internet du MAA.

Même si la DGAL n'a pas mené de réflexion de principe sur la transparence du processus d'audit dans son ensemble ainsi qu'il est préconisé au point 5.2 de la décision 2006/677/CE , cette notion de transparence est globalement bien assurée au sein de l'autorité compétente.

Points d'amélioration :

La transparence vis à vis des autres AC, des intervenants publics et des autres partenaires n'a pas été abordée par la DGAL. On trouvera en Annexe 6 un tableau de la situation de l'AC DGAL par rapport au tableau indicatif qui figure au point 5.2. de la décision 2006/677/CE de la commission (Exemples de pratiques favorisant la transparence d'un processus d'audit).

Cette notion de transparence doit se décliner, tant au niveau central qu'au niveau local, à toutes les phases du processus. La mission a constaté que cette transparence n'est pas totalement garantie au niveau local. Les directeurs n'ont pas tous été associés à la phase d'analyse de risque. Cette phase, ainsi que la programmation des audits, n'étaient pas connues de certains Chefs de service qui ont signalé apprendre l'existence d'un audit au moment de son annonce.

R5. La DGAL doit entreprendre une réflexion globale sur la mise en œuvre de la transparence externe du processus d'audit requise par le point 5.2 de la décision 2006/677/CE de la commission

3.7. Garantir l'indépendance

Rappel des prescriptions des référentiels

Les prescriptions relatives à l'indépendance figurent au point 5.3 de la décision 2006/677/CE de la commission :

« Les organismes d'audit devraient être à l'abri de toute pression commerciale, financière, hiérarchique, politique ou qui pourrait influencer sur leur jugement ou sur l'issue de l'audit. Le système d'audit, l'organisme d'audit et les auditeurs devraient être indépendants de l'activité auditée et ne pas se trouver dans une situation de partialité et de conflit d'intérêts. Les auditeurs ne devraient pas auditer des secteurs ou des activités vis-à-vis desquels ils ont une responsabilité directe.

Toutes les autorités compétentes concernées doivent introduire des garanties pour faire en sorte que les responsabilités et les compétences en matière d'activités d'audit et de contrôle, telles que la gestion et la supervision des systèmes de contrôles officiels, soient suffisamment séparées.

Lorsque l'équipe d'audit formule des recommandations en matière d'action corrective et préventive, l'audité devrait choisir les méthodes à appliquer pour ce type d'action. La participation active de l'équipe d'audit au suivi devrait se limiter à évaluer l'adéquation du plan d'action et l'efficacité de l'action corrective et préventive. Les audités ne devraient pas être en mesure de faire obstacle au programme d'audit, aux constatations ou aux conclusions de l'audit. Ils devraient être consultés sur le projet de rapport et, lorsque cela s'avère approprié, leurs observations devraient être prises en compte par l'équipe d'audit de manière transparente. »

La matrice d'analyse des dangers avait reformulé cette prescription en cinq composantes.

Au sein de la première composante, les investigations ont amené l'identification d'un risque spécifique relatif à l'indépendance du RAI (responsable de l'audit interne), risque qui n'est ni traité en théorie par le MQN (manuel qualité national) ni maîtrisé en pratique par l'organisation de la DGAL.

Les enseignements des investigations réalisées figurent dans l'extrait ci-après de la matrice finale des risques, avec des énoncés abrégés pour en faciliter la lecture.

La deuxième composante, relative à l'indépendance de l'organisme et de l'équipe d'audit externe est apparue sans objet, la DGAL ne commanditant pas actuellement d'audit externe. Le risque net et le degré de maîtrise afférents n'ont donc pas été cotés. Cette deuxième composante figure dans la matrice finale des risques mais a été retirée de l'extrait présenté ci-après.

Les trois autres composantes sont reprises sans modification dans le tableau qui suit.

Garantir l'indépendance de l'expertise technique requise pour l'audit si elle est uniquement disponible au sein d'une autorité compétente.	Défaut d'indépendance de l'expertise technique.	Majeur	DP : La PN audit prévoit 8.1: un examen attentif des risques de conflit d'intérêts est réalisé... afin d'éviter tout risque de perte d'impartialité. Le REA est désigné par le CRAQ (par délégation du RQN). Les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées. La PN audit ne donne pas de règle concernant l'intervention des sachants techniques (comme ne pas intervenir dans son service d'affectation).	Mineur	Partiel	Les auditeurs techniques et les sachants ne doivent pas intervenir dans des entités dont il relèvent ou dont ils ont relevé depuis un délai à définir.
--	---	--------	---	--------	---------	--

Points favorables :

Dans la pratique, l'indépendance entre auditeurs et structures auditées est apparue correctement assurée, tant pour ce qui concerne la désignation des auditeurs, l'absence de partialité ou de conflits d'intérêts vis à vis des audités et la responsabilité des audités dans la définition et la mise en œuvre du plan d'action.

Pour tous ces aspects, le degré de maîtrise des risques est élevé⁷. Les mesures suggérées pour atteindre une maîtrise optimale sont d'une ampleur limitée.

Points d'amélioration :

L'indépendance de l'expertise technique à mobiliser au regard des spécificités de l'activité auditée demeure améliorable : le fait que le sachant technique intervienne sur désignation et sous l'autorité du REA ne suffit pas à le prémunir contre tout risque de perte d'impartialité, en particulier si le domaine d'intervention est spécialisé et l'effectif de sachants limité. Compléter la PN audit de critères objectifs établissant l'indépendance des sachants par rapport aux activités auditées est une première étape d'amélioration. Il faudra y ajouter des principes à mettre en œuvre pour le traitement des cas où le respect de ces critères objectifs est impossible, par exemple du fait de l'étroitesse de l'effectif de sachants.

Pour ce qui concerne les CRAQ, il conviendra de veiller à ne pas leur confier l'audit interne de dispositifs qu'ils ont contribué à installer.

Améliorations en cours :

Le point 9.3 de la version 5 de la PN Audit en date du 13/07/2017 (postérieure à la phase de terrain de la présente mission) précise les règles en matière de déontologie des auditeurs et rappelle qu'un auditeur ne peut pas auditer sa propre structure.

Non conformité appelant recommandation :

L'indépendance et l'impartialité du pilotage du système d'audit au regard des principes de la décision 2006/677/CE de la commission point 5.3 ne sont pas garanties.

⁷ Il a toutefois été signalé que des contestations de responsables de structures auditées aient dépassé le déroulement normal de la phase contradictoire

En effet, sont confiées à la même personne trois responsabilités totalement ou partiellement incompatibles : responsable qualité national auprès du directeur général, responsable de l'audit interne auprès du directeur général⁸, et sous-directeur du pilotage des ressources et des actions transversales (SDPRAT), à ce titre en charge de la coordination de l'application de la réglementation communautaire relative aux contrôles officiels et de l'allocation des moyens et ressources.

Ainsi, le responsable de l'allocation des moyens et de la coordination nécessaires à la réalisation des contrôles officiels est également en charge de l'audit de la mise en œuvre de ces contrôles. Cet audit ne peut donc être considéré indépendant et impartial.

Que le SDPRAT ait des responsabilités en lien avec l'audit interne reste cependant légitime, sous réserve que l'indépendance des auditeurs et du processus d'audit interne ne soit pas impactée.

Par ailleurs, les responsabilités opérationnelles du responsable qualité national définies par la fiche de fonction du 30 septembre 2009, parce qu'elles comportent la mise en place de dispositifs qui seront à auditer, sont incompatibles avec la fonction de responsable de l'audit interne (RAI). Cette fiche de fonction, écrite à l'époque de l'accréditation selon la norme ISO 17020, prévoit en outre des responsabilités en matière d'audit interne qui devront être toilettées⁹.

Ce constat a fait l'objet de la FARP N°4. La DGAL ne partage pas l'avis de la mission et l'a indiqué par courriel. La FARP et la réponse de la DGAL figurent en annexe 7.

La mission formule la recommandation suivante :

R6. Attribuer à des agents différents les fonctions de sous directeur des ressources et des actions transversales et de responsable de l'audit interne.
Attribuer à des agents différents les fonctions de responsable qualité national dans sa définition actuelle et de responsable de l'audit interne.
De façon générale, ne pas confier une responsabilité d'audit interne à un agent ayant des responsabilités opérationnelles dans le champ audité.

3.8. Examen indépendant du processus d'audit

Rappel des prescriptions des référentiels :

L'examen indépendant du processus d'audit est prévu à l'article 4.6 du règlement (CE) n°882/2004 et est développé au point 5.4. de la décision 2006/677/CE de la commission : « *Pour vérifier qu'il atteint ses objectifs, le processus d'audit devrait faire l'objet d'un examen par une personne ou un organisme indépendant. Cette personne ou cet organisme indépendant devrait disposer d'une autorité, d'une expertise et de ressources suffisantes pour accomplir sa tâche avec efficacité. Les formules retenues pour l'examen indépendant peuvent varier en fonction de l'activité ou de l'autorité compétente. Lorsqu'un organisme ou comité a été mis en place pour*

⁸ Il n'existe pas de fiche de fonction de responsable de l'audit interne (RAI), mais uniquement une mention sur l'organigramme.

⁹ La Norme ISO-CEI 17020-2012 définit la fonction du responsable qualité en privilégiant le lien avec la direction sans mention de conditions d'indépendance : « 8.2.3 La direction de l'organisme d'inspection doit nommer un membre de l'encadrement qui, nonobstant d'autres responsabilités, doit avoir la responsabilité et l'autorité pour notamment a) garantir que les processus et les procédures nécessaires au système de management sont définis, mis en œuvre et tenus à jour, et b) rendre compte à la direction de la performance du système de management et de toute nécessité d'amélioration. »

l'examen indépendant du processus d'audit, une ou plusieurs personnes indépendantes devraient en faire partie.»

Examen indépendant du processus d'audit :

Examen du processus d'audit par un organisme indépendant comprenant une ou plusieurs personnes indépendantes pour vérifier qu'il atteint ses objectifs,	Absence d'examen indépendant du processus d'audit	Critique	<p>DP : La DGAL n'a pas prévu les modalités d'un examen indépendant (critères de sélection de l'organisme, fréquence d'intervention...) En 2016, le CMAI a demandé à la MMAI de réaliser un audit du système d'audit de la DGAL. La DGAL a présenté à la DG SANTE cette mission d'audit comme étant un examen indépendant du processus d'audit.</p> <p>MO: Jusqu'en 2016, la DGAL a considéré que l'examen indépendant était réalisé par le COFRAC. La DG SANTE estime qu'avant 2016 il n'y a pas eu d'examen indépendant.</p>	non évaluable	non évaluable	Prévoir comment sera assuré sur le long terme l'examen indépendant prévu par le règlement 882/2004. La DGAL peut aussi choisir un système de comité d'audit interne propre à la structure avec participation de personnalités extérieurs
S'assurer que la personne ou l'organisme indépendant dispose d'une autorité, d'une expertise et de ressources suffisantes pour accomplir sa tâche avec efficacité.	Défaut d'indépendance de l'organisme Défaut de pertinence de l'auditeur ou de l'organisme	Critique	<p>DP : Mission décidée par le CMAI et assurée par la MMAI (tous deux indépendants de la DGAL). La MMAI, organisme dédié à l'audit interne, dispose des moyens nécessaires à l'examen d'un processus d'audit. Les auditeurs sont désignés par le bureau du CGAAER en fonction de leurs compétences.</p>	non évaluable	non évaluable	L'équipe de la MMAI en charge de cet audit ne peut pas évaluer ce point de manière indépendante
Des mesures devraient être prises pour remédier à toute lacune relevée dans le processus d'audit par la personne ou l'organisme indépendant.	Absence de prise en compte des remarques formulées lors de l'examen indépendant.	Critique	<p>DP : Les conclusions des audits menés dans le cadre de la MMAI font l'objet d'un suivi qui est présenté au CMAI.</p>	Non évaluable	Non évaluable	

Points favorables :

La DGAL considère que le présent audit constitue un examen indépendant au sens de l'article 4.6 du règlement (CE) n°882/2004.

Des auditeurs de la DG Santé de l'Union européenne ont audité, du 3 au 7 octobre 2016, deux des autorités compétentes au sens du règlement (CE) n°882/2004 : la DGAL et la DGCCRF. Dans ce cadre, le président de la première section du CGAAER a été entendu pour présenter le rôle du

CGAAER et pour identifier la présente mission comme un examen indépendant du système d'audit de la DGAL au sens de l'article 4.6 du règlement (CE) n°882/2004 (Cf. 3.8).

La DG Santé de la Commission a réalisé un audit des systèmes d'audit interne de la DGAL et de la DGCCRF du 3 au 7 octobre 2016. Pour ce qui concerne l'examen indépendant du système d'audit interne de la DGAL le rapport provisoire a conclu que : « *des dispositions avaient été prises pour que l'examen indépendant soit conduit par un organisme adapté sur la base d'objectifs appropriés. Il est trop tôt pour évaluer le degré auquel cet examen contribue à l'amélioration de l'activité d'audit interne* »¹⁰. La position de la DGAL est donc confirmée.

Points d'amélioration :

La mise en place systématique d'un examen indépendant n'est pas assurée.

Le maintien de ce thème d'audit au titre de la MMAI demeure soumis à l'analyse de risque et à la décision du CMAI et n'est donc pas systématique.

La DGAL pourrait réfléchir également à la mise en place d'un comité d'audit comprenant des personnalités extérieures pour assurer cet examen indépendant. Un tel comité d'audit permettrait en outre d'améliorer la transparence externe du processus d'audit (cf. 3.5).

3.9. Les délégués

Les possibilités de déléguer des tâches spécifiques de contrôle sont prévues à l'article 5 du règlement (CE) n°882/2004. Les activités visées à l'article 54 « mesures en cas de manquements » ne peuvent pas faire l'objet d'une telle délégation.

Les autorités compétentes qui délèguent des tâches spécifiques à des organismes de contrôle organisent, si nécessaire, des audits ou des inspections de ces organismes (articles 5.2-f et 5.3 du règlement (CE) n°882/2004).

Le règlement (CE) n° 625/2017 envisage en outre la délégation à des personnes physiques ; les vétérinaires sanitaires sont susceptibles d'être intégrés dans ce cadre.

10 50. For DGAL arrangements have been made for independent scrutiny to be carried out by a suitable body on the basis of appropriate objectives. It is too soon to evaluate the degree to which this scrutiny contributes to the improvement of the internal audit activity.

<p>Lorsque des tâches de contrôle sont déléguées à un organisme de contrôle et que l'autorité compétente a choisi de procéder à un audit plutôt qu'à une inspection de l'organisme de contrôle, les obligations contractuelles dudit organisme devraient comporter l'acceptation des exigences et des conditions d'audit.</p>		<p>DP : le PNCOPA mentionne la liste des délégataires .</p>		<p>La question de la délégation fait l'objet d'un développement spécifique.</p>
---	--	--	--	---

La DGAL a délégué des missions couvertes par le règlement (CE) n°882/2004 à des organismes de droit privé ou public. Une liste de ces missions figure dans le PNCOPA (plan national de contrôles officiels pluriannuel) 2016-2020 en annexe 4.

Aucune information n'est donnée, ni dans le PNCOPA ni dans le Manuel qualité, quant à la nécessité d'audits ou d'inspections de ces organismes.

La DGAL avait précédemment demandé au CGAAER de réaliser des études qui ont fait l'objet des rapports N°13039 « Les leçons à tirer pour la DGAL de l'analyse de délégations de missions de service public en France et dans l'Union européenne » et N°13030 « Rapport sur les délégations de mission à la direction générale de l'Alimentation ».

Dans le tableau en annexe 11, extrait du rapport N° 13039 du CGAAER et simplifié, sont présentées, les « délégations » de services ou de missions publics prévues par la note de service du 14 mars 2013 relative au « Nouveau dispositif de gouvernance de la santé animale et végétale ».

Par rapport aux délégataires cités dans le PNCOPA, il est de plus, fait mention dans ce tableau de l'ACSEDIATE (Association pour le contrôle sanitaire l'étude et le développement de l'insémination animale et du transfert embryonnaire) et des prélèvements à l'équarrissage.

Le contrôle des délégations de la DGAL est prévu dans le programme d'audit interne de la MMAI pour l'année 2019.

3.10. Les interfaçages

La décision 2006/677/CE de la commission mentionne en son point 4 que, « *lorsqu'une combinaison de systèmes d'audit est mise en place dans un État membre, il conviendrait de prévoir des mécanismes destinés à faire en sorte que les systèmes d'audit couvrent toutes les activités de contrôle* ».

2 (suite) Lorsqu'une combinaison de systèmes d'audit est mise en place, prévoir des mécanismes destinés à faire en sorte que les systèmes d'audit couvrent toutes les activités de contrôle en application du règlement n° 882/2004, notamment la santé et le bien-être des animaux et tous les stades de la chaîne de production d'aliments pour animaux et de denrées alimentaires,	Risque aux interfaces entre les 5 autorités compétentes de non couverture de tous les secteurs d'activité relevant du règlement N° 882/2004 ou de chevauchement non coordonné.	Mineur	Il y a des protocoles entre AC permettant de s'assurer de la couverture des secteurs relevant du règlement N°882/2004 mais l'analyse de risque pour la réalisation des AI se fait sans concertation. Au sein des DD(CS)PP, le contrôle de la production d'aliments pour animaux et de denrées alimentaires relève de deux systèmes d'audit interne.	Mineur	Partiel	Les AC doivent coordonner leurs compréhensions et mises en œuvre de l'analyse de risques et de l'AI.
---	--	--------	---	--------	---------	--

3.10.1. Les autres autorités compétentes

Sont autorités compétentes au sens du règlement (CE) n°882/2004 la DGAL, la DGCCRF, la DGS (Direction générale de la santé), l'INAO (Institut national de l'origine et de la qualité) et la direction centrale du service de santé des armées (service vétérinaire). Le partage des missions entre les autorités compétentes figure en Annexe 4 du PNCOPA.

Ce sont la DGAL et la DGCCRF qui ont le plus grand nombre de missions et la plus grande interface commune. Elles s'adressent, au niveau départemental, aux mêmes DDI (directions départementales interministérielles).

Un travail important de rapprochement a été réalisé entre ces deux directions d'administration centrale sur la gestion du contentieux, sur le système de management par la qualité, sur les bases de données. La répartition des missions entre ces deux DAC et avec la DGS fait l'objet d'une convention en date du 29/12/2006 (Circulaire DGAL/SDRRCC/C2007-8001 du 16 janvier 2007 - Transmission du protocole de coopération dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, appliqué à l'hygiène alimentaire).

3.10.2. Les risques d'oubli ou de doublon en cas de double tutelle ministérielle

Sur le plan de l'analyse de risque et de l'audit interne, un effort doit être fait sur les plages de compétences communes (secteur de la remise directe, transparence des contrôles) ou partagées (alimentation animale et alimentation infantile) afin d'éviter oublis et doublons.

La gestion sanitaire de la conchyliculture est répartie entre les DD(CS)PP (services vétérinaires et agents du ministère de l'agriculture) pour les établissements conchylicoles et les DDTM (services des affaires maritimes et agents du ministère de l'écologie) pour le milieu marin. Dans les deux cas, c'est la DGAL qui est l'autorité compétente au sens communautaire. Celle-ci considère que les deux entités relevant de deux DDI différentes avec des agents relevant de deux ministères, sont ses services déconcentrés pour ces missions. Il est à noter que la direction des pêches maritimes et de l'aquaculture a été rattachée à nouveau au ministère de l'agriculture et de l'alimentation, suite aux dernières élections présidentielles.

Pour autant, les agents des DDTM et leurs activités au titre de la DGAL ne sont pas pris en compte dans la PN Audit.

Cette problématique sera prochainement éclairée puisqu'un audit interne du dispositif de surveillance des zones conchylicoles intéressant les services déconcentrés figure dans la programmation de la MMAI pour 2018.

4. CONCLUSION : COMMENTAIRES ET OPINION DES AUDITEURS

4.1. Commentaires des auditeurs sur le fond

La version finale de la matrice des risques retient (hors question de l'examen indépendant du processus d'audit) un total de 21 risques. La criticité brute de ceux-ci (avant impact des mesures de maîtrise observées par notre audit) est critique pour l'un d'entre eux, majeure pour 14 et mineure pour 6. Leur criticité nette (après audit des mesures de contrôle) est critique pour 2, majeure pour 10, mineure pour 7 et infime pour 2. Ceci exprime une efficacité limitée des mesures de contrôle puisque, sur les 14 risques de criticité majeure initialement repérés, il découle des mesures de contrôle une aggravation de la criticité pour l'un d'entre eux (risque aggravé par une impression fautive de maîtrise) et une réduction de la criticité pour seulement trois.

Apparaît ainsi un paradoxe entre la formulation de notre opinion, plutôt rassérénante, et la quantification ci-dessus, qui semble l'être moins. Notre opinion intègre des éléments qualitatifs d'évolution du système : tradition historique de sa consistance, dégradation récente de celle-ci (en 2015-2016) par l'accumulation d'évolutions nombreuses et profondes, mais également dynamique des améliorations en cours, perçue sur la durée de la mission. Pour certains risques dont la criticité demeure cotée majeure, les améliorations nécessaires pour changer la cotation en mineure sont devenues limitées par rapport à ce qu'elles étaient il y a deux ans. L'enseignement à tirer de ce paradoxe, c'est que l'effort d'amélioration doit être soutenu pour exprimer sa pleine efficacité et qu'il serait décevant que l'audit de suivi de la mise en œuvre du plan d'action ne donne pas une image nettement plus favorable de la situation.

Enfin, nous soulignons deux sujets sur lesquels, à la fin de la mission, nous pensons que le partage de compréhension entre la mission et la DGAL pourrait être amélioré :

- la bonne identification de tout ce qui relève du contrôle interne, qui constitue un ensemble très important au sein de l'organisme DGAL, identification qui permettra la réduction de l'emploi trop systématique du terme audit et la clarification des rôles respectifs du contrôle hiérarchique et de l'audit interne,
- l'incompatibilité du cumul de la responsabilité nationale de l'audit interne et de responsabilités opérationnelles dans la mise en œuvre du système qualité et dans l'allocation des moyens, massive à nos yeux alors qu'elle ne semble pas perçue par nos interlocuteurs.

4.2. Opinion détaillée des auditeurs

Sur la base des résultats de nos travaux d'audit, nous estimons que les éléments de gestion des risques, de contrôle interne et d'audit interne observés confèrent globalement une assurance

raisonnable¹¹ quant au respect par la DGAL de la réglementation européenne en matière d'audit interne.

Nous soulignons néanmoins que la situation auditée présente la combinaison d'un risque résiduel majeur ou critique et d'un degré de maîtrise faible ou partiel pour ce qui concerne certains aspects de l'indépendance du système d'audit, de la programmation des audits, de la compétence des auditeurs, de la génération des constats d'audit, du suivi des bonnes pratiques et de la mise en place des actions correctives. Du fait de ces cas, l'assurance raisonnable exprimée au paragraphe précédent est émise sous réserve de la mise en œuvre d'un plan d'action répondant aux recommandations formulées dans ce rapport.

L'existence de ces points de faiblesse découle notamment d'un cumul d'éléments de contexte qui a handicapé l'appropriation de la nouvelle stratégie d'audit interne de la DGAL. La consistance des améliorations en cours et la bonne compréhension des recommandations formulées pour améliorer cette situation nous font estimer que l'élaboration de ce plan d'action et sa mise en œuvre sont susceptibles de remédier rapidement aux faiblesses constatées.

11 Les auditeurs attirent l'attention sur le fait que, même un système performant, bien conçu et correctement mis en œuvre, possède des limitations intrinsèques, y compris la possibilité de circonvenir ou d'outrepasser les contrôles. Il ne leur est donc possible de fournir qu'une assurance *raisonnable* au commanditaire quant à l'atteinte des objectifs, et non une assurance absolue.

Signatures des auteurs

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Monsieur Bertrand Hervieu
Vice-Président du Conseil Général
de l'Alimentation, de l'Agriculture
et des Espaces Ruraux

Paris, le 26 FEV. 2016

Objet : Lettre de mission de l'audit du système d'audit interne de l'organisme DGAL (Réf. SAIDGAL n° 16033)

Dans le cadre de la mise en place du contrôle interne au sein du ministère, une cartographie des risques a été établie. Cette cartographie a identifié en 2016 comme risque le non respect de la réglementation européenne en matière de contrôles officiels.

Dans ce contexte, le comité ministériel d'audit interne (CMAI) du ministère a décidé, lors de sa réunion du 21 janvier 2016, le lancement d'un audit sur le système d'audit interne de l'organisme DGAL. Cet audit a été inscrit au programme 2016 de la mission ministérielle d'audit interne (MMAI) du ministère, constituée par la MIGA, mission d'inspection générale et d'audit du CGAAER.

Jusqu'en 2014, l'organisme d'inspection DGAL (OI DGAL) était accrédité par le COFRAC selon le référentiel ISO/CEI 17020. Dans ce cadre, chaque structure (SRAL et DD(CS)PP) faisait l'objet d'un audit complet sur tous les chapitres de la norme par an. Par ailleurs, dans le cadre de l'accréditation, après un audit initial fin 2009 par le COFRAC, ce dernier procédait à un audit de suivi tous les ans jusqu'au renouvellement de cette accréditation, obtenu à la suite d'un audit début 2014.

Depuis juin 2014 et l'arrêt de l'accréditation de la DGAL par le COFRAC selon le référentiel ISO 17020, le système d'audit interne de la DGAL a été entièrement révisé. La programmation des audits est de la responsabilité de chaque directeur, fondée sur une analyse de risque et permettant de couvrir sur une période de 5 ans l'ensemble des domaines techniques de la compétence de l'organisme DGAL.

78, rue de Varenne - 75349 Paris 07^{sp} - Tél. 01 49 55 49 55

L'objectif de l'audit du système d'audit interne de l'organisme DGAL est de s'assurer du respect des prescriptions du Règlement (CE) 882/2004 dans un contexte de modification significative du dispositif national .

L'objet de cet audit, conformément à la fiche ci-jointe, sera de vérifier que :

- le dispositif de gouvernance du plan mis en place par la DGAL permet d'atteindre les objectifs poursuivis,
- les travaux conduits et les actions que pilote la DGAL sont pertinents au regard de la capacité à atteindre les objectifs fixés.

Vous voudrez bien désigner les auditeurs habilités appelés à conduire cette mission qui devront établir son cahier des charges qu'ils soumettront à notre validation avant d'engager leurs investigations.

Je vous demande de veiller au respect de l'échéance de la remise du rapport provisoire, compte d'une mission d'audit OAV en octobre 2016.



Philippe Mauguin

Copies : Patrick DEHAUMONT, directeur général DGAL
Valérie METRICH-HECQUET, secrétaire générale
Loïc GOUËLLO, président de la MIGA et responsable de la MMAI
Claude ROUSSEAU, coordonnateur du domaine sanitaire à la MMAI

P.J. : Fiche Audit

FICHE AUDIT 2016

Audit du système d'audit interne de l'organisme DGAL

SAIDGAL N° 16033

Risque inscrit dans la cartographie des risques MAAF 2016

« 2-3 : Non respect de la réglementation européenne en matière de contrôles officiels »

Contexte

Le Règlement (CE) 882/2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux, prescrit dans son article 4 : « Les autorités compétentes procèdent à des audits internes, ou peuvent faire procéder à des audits externes, et prennent les mesures appropriées à la lumière de leurs résultats pour s'assurer qu'elles atteignent les objectifs fixés par le présent règlement. Ces audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente. »

Jusqu'en 2014, l'organisme d'inspection DGAL (OI DGAL) était accrédité par le COFRAC selon le référentiel ISO/CEI 17020. Dans ce cadre, chaque structure (SRAL et DD(CS)PP) faisait l'objet d'un audit complet (sur tous les chapitres de la norme) par an. Par ailleurs, dans le cadre de l'accréditation, après un audit initial fin 2009 par le COFRAC, ce dernier procédait à un audit de suivi tous les ans jusqu'au renouvellement de cette accréditation, obtenu à la suite d'un audit début 2014.

Depuis juin 2014 et l'arrêt de l'accréditation de l'OI DGAL par le COFRAC selon le référentiel ISO 17020, le système d'audit interne de la DGAL a été entièrement révisé. La programmation des audits est de la responsabilité de chaque directeur, fondée sur une analyse de risque et permettant de couvrir sur une période de 5 ans l'ensemble des domaines techniques de la compétence de l'organisme DGAL.

La révision de la procédure nationale « Réalisation des audits et qualification des auditeurs » (PN Audit) permet d'encadrer la réalisation des audits conformément aux exigences du Règlement (CE) 882/2004. Les audits internes réalisés ainsi que les constats d'audit font l'objet d'un enregistrement dans le système d'information de la DGAL (SIGAL). Des bilans sont régulièrement effectués, notamment à l'occasion des revues de direction.

Les chargés de mission régionaux animation qualité (CRAQ) sont par ailleurs chargés de veiller à la couverture par des audits internes de l'ensemble des domaines techniques dans chaque structure sur un pas de temps de 5 ans.

Risques identifiés

Ils se situent à deux niveaux :

- une dérive des pratiques, suite à la révision récente du système d'audit interne de l'organisme DGAL. Celle-ci a allégé les exigences en matière de fréquence

CMAI du 21 janvier 2016

d'audit et a confié la responsabilité aux directeurs des structures de la programmation des audits internes fondée sur une analyse de risque,

- le non respect des exigences réglementaires européennes.

Une mission d'audit OAV sur ce thème est programmée en octobre 2016.

Travaux attendus

L'objectif de l'audit du système d'audit interne de l'organisme DGAL est de s'assurer du respect des prescriptions du Règlement (CE) 882/2004.

La mission d'audit vérifiera, à partir d'un échantillon de structures, la mise en œuvre des audits internes au sein de l'organisme DGAL. Elle s'appuiera sur le système documentaire existant : manuel qualité national, procédures nationales.

L'organisation des travaux et la sélection des structures auditées seront précisées dans un document de cadrage, en liaison avec la DGAL.

Échéance envisagée

Compte tenu de la programmation d'une mission d'audit OAV en octobre 2016, le rapport remis pour septembre 2016 avec une procédure allégée des compte-rendus des visites de sites.

Rapport définitif en décembre 2016.

Annexe 2 : Note de cadrage

Le présent document décrit le cadrage de la mission CGAAER¹² N° 16033 d'audit du système d'audit que la DGAL (direction générale de l'alimentation) doit mettre en place en application du règlement (CE) N° 882/2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux .

Le document expose d'abord le cadre de la mission tel qu'il découle de l'analyse de la lettre de mission.

Cet exposé est suivi par la description des dispositifs à auditer qui sont les éléments constitutifs d'un système d'audit prévus par la décision CE 677/2006 de la commission du 29 septembre 2006 établissant des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du règlement (CE) no 882/2004. Les dispositifs à auditer font l'objet d'une matrice des risques qui figure en annexe 2.

La mission auditera au cours du second semestre de 2016 un échantillon d'agents impliqués dans des actions qui vont de la conception du système d'audit à la réalisation des audits. Ces agents sont affectés à la DGAL(direction générale de l'alimentation), dans des DRAAF (directions régionales de l'agriculture de l'alimentation et de la forêt) ou dans des DD(CS)PP. (directions départementale - de la cohésion sociale et - de la protection des populations)

Le rapport définitif sera rendu avant le 31 mars 2017.

Mots clés : audit interne, règlement (CE) N° 882/2004, DGAL, matrice des risques

¹² CGAAER : conseil général de l'agriculture de l'alimentation et des espaces ruraux

1- Cadre général

Le règlement (CE) N° 882/2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux dispose en son article 4.6 que « *Les autorités compétentes procèdent à des audits internes, ou peuvent faire procéder à des audits externes, et prennent les mesures appropriées à la lumière de leurs résultats pour s'assurer qu'elles atteignent les objectifs fixés par le présent règlement. Ces audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente.* ». Le terme « *audit* » est défini à l'article 2 comme étant : « *un examen méthodique et indépendant visant à déterminer si les activités et les résultats y afférents satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et permettent d'atteindre les objectifs* ».

La DGAL (direction générale de l'alimentation) du MAAF (ministère de l'agriculture de l'alimentation et de la forêt) est une des cinq autorités compétentes pour l'application de ce règlement communautaire.

A ce titre elle doit mettre en place un système d'audit¹³; la décision CE 677/2006 de la commission du 29 septembre 2006 établissant des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du règlement (CE) n° 882/2004 est le document européen de référence pour leur mise en œuvre.

Par ailleurs le système d'audit doit faire l'objet d'un examen indépendant ; le document de référence de cet examen indépendant est également la décision CE 677/2006.-

En complément du règlement et de la décision susmentionnés, il est fait référence aux documents émanant du réseau des experts des États membres sur les systèmes d'audits nationaux.

1.1- Contexte de la mission

La présente mission d'audit intervient alors que les systèmes de contrôle interne et d'audit interne de la DGAL ont fortement évolué depuis deux ans.

Au cours de l'année 2014 il a été décidé d'abandonner l'accréditation par le COFRAC (comité français d'accréditation) de l'organisme d'inspection (OI) DGAL selon la norme ISO/CEI 17020. L'accréditation avait été attribuée le 1^{er} mars 2010 à l'issue d'un audit initial par le COFRAC, organisme français d'accréditation. Celui-ci effectuait un audit de suivi annuel jusqu'au renouvellement de l'accréditation obtenu début 2014.

En outre, une mission de la Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire (DG SANTE) de la Commission Européenne (CE) doit venir en octobre 2016 expertiser le système d'audit de la DGAL, la prise en compte de ses résultats, la transparence de son exécution et l'examen indépendant.

1.2- Objectif de la mission

Le présent audit a été décidé par le comité ministériel d'audit interne (CMAI) du MAAF le 21 janvier 2016 et est enregistré sous le numéro SAIDGAL N° 16033.

¹³ «*Système d'audit*» combinaison d'un ou de plusieurs organismes d'audit réalisant un processus d'audit au sein d'autorités compétentes ou dans l'ensemble des autorités compétentes.

Les objectifs de la mission sont de s'assurer :

- que le dispositif de gouvernance du plan (système d'audit) mis en place par la DGAL permet d'atteindre les objectifs poursuivis ;
- que les travaux conduits et les actions que pilote la DGAL sont pertinents au regard de la capacité à atteindre les objectifs fixés.

1.3- Thématiques d'audit retenues

Au regard des risques de non atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus, les auditeurs concentreront leurs investigations sur les cinq groupes thématiques ci-après :

- Approche méthodique du processus d'audit
- Garantie de la transparence
- Garantie de l'indépendance
- Examen indépendant du processus d'audit
- Mise en œuvre effective du processus

2- Dispositif à auditer

Chacune des thématiques identifiées ci-dessus a été traduite en objectifs, risques inhérents et mesures de contrôle interne attendues pour constituer **la matrice provisoire des risques jointe en annexe 2** au présent document de cadrage.

Pour évaluer le système d'audit interne mis en œuvre, la mission évaluera les dispositifs ci-après.

2.1- Approche méthodique du processus d'audit

- Planification transparente fondée sur une analyse de risques identifiant les priorités
- Programme d'audit couvrant l'ensemble des secteurs d'activité du Règlement 882/2004 sous la responsabilité de la DGAL à une fréquence appropriée (maximum 5 ans) fondée sur les risques
- Garantie de la cohérence entre les auditeurs et démonstration de l'application d'une approche méthodique
- Existence de procédures destinées à générer les constats d'audit (à la fois positifs et d'améliorations possibles) et à rédiger, approuver et diffuser les rapports d'audit
- Existence de procédures de revue des conclusions de l'audit
- Assurance d'un suivi et d'un réexamen de l'atteinte des objectifs du programme d'audit, et identification des améliorations possibles.

2.2- Garantie de la transparence

- Gestion et application du processus d'audit de façon transparente pour tous les intervenants concernés entre l'organisme d'audit et l'audité et avec les autres intervenants
- Association de la transparence à une information équilibrée, combinaison adéquate de constatations positives et négatives

2.3- Garantie de l'indépendance

- Garantie que le système d'audit, l'organisme d'audit et les auditeurs sont indépendants de l'activité auditée
- Assurance que les auditeurs n'auditent pas des secteurs ou des activités vis-à-vis desquels ils ont une responsabilité directe
- Indépendance de l'organisme et de l'équipe d'audit externe
- Indépendance et transparence du processus d'audit interne
- Définition claire des rôles de l'auditeur et de l'audité
- Garantie de l'indépendance de l'expertise technique requise pour l'audit si elle est uniquement disponible au sein d'une autorité compétente

2.4- Examen indépendant du processus d'audit

- Examen du processus d'audit par un organisme indépendant comprenant une ou plusieurs personnes indépendantes pour vérifier qu'il atteint ses objectifs
- La personne ou l'organisme indépendant dispose d'une autorité, d'une expertise et de ressources suffisantes pour accomplir sa tâche avec efficacité.
- Mesures prises pour remédier à toute lacune relevée dans le processus d'audit par La personne ou l'organisme indépendant.

Le CGAAER effectuant l'examen du processus d'audit de la DGAL en tant qu'organisme indépendant, cette partie sera traitée par une auto évaluation.

2.5- Mise en œuvre des dispositifs

Vérification à chaque étape des points 2.1 à 2.4 de la mise en œuvre effective.

3- Déroulement de l'audit

3.1- Les phases de l'audit

3.1.1- Phase de préparation

- Définition du plan de classement de la documentation d'audit,
- Premières réunions de prise de contact avec les responsables de l'audit interne à la DGAL,
- Examen de la documentation établie par la DGAL,
- Rédaction du document de cadrage par les auditeurs, comprenant une matrice provisoire des risques,
- Validation du document de cadrage de l'audit par le commanditaire ministériel,
- Rédaction du plan de travail de l'équipe d'audit,
- Élaboration des questionnaires spécifiques aux différentes thématiques identifiées, portant sur le pilotage, l'organisation, la gestion et les dispositifs de contrôle internes mis en œuvre,
- Envoi de la matrice des risques et programmation des rendez-vous.

3.1.2- Phase de terrain consacrée au pilotage du système (administration centrale)

- Rencontre avec les responsables de la DGAL qui participent à l'élaboration du système d'audit interne,
- Étude des documents, procédures, instructions et enregistrements,
- Approfondissement des thématiques spécifiées en 1.3.,
- Présentation régulière à la DGAL des constats d'audit.

3.1.3- Phase de terrain consacrée aux structures assurant l'audit interne (phase de terrain DGAL et services déconcentrés)

- Organisation de la réunion d'ouverture de l'audit dans chaque structure auditée,
- Entretiens avec les représentants et les auditeurs internes des entités concernées,
- Examen sur pièces et sur place des étapes des processus à auditer (existence, efficacité, documentation, traçabilité et archivage des dispositifs de contrôle interne),
- Approfondissement des thématiques spécifiées en 1.3,
- Proposition de fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP) et validation des projets de recommandation correspondants par les entités auditées,
- Présentation à chaque structure du relevé des constats.

3.1.4- Phase de synthèse et de restitution

- Proposition de fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP) et validation des projets de recommandation correspondants par la DGAL,
- Rédaction du rapport d'audit provisoire à transmettre à la DGAL pour phase contradictoire,
- Prise en compte des réponses de la DGAL pour la rédaction du rapport définitif,
- Intégration du plan d'actions proposé par la DGAL,
- Tenue de la réunion de clôture,
- Transmission du rapport définitif au commanditaire,
- Présentation à l'équipe de direction de la DGAL.

3.2- Les structures auditées et les auditeurs internes rencontrés au cours de la phase de terrain

Seront auditées des structures mettant en œuvre des audits internes :

- deux directions régionales de l'agriculture de l'alimentation et de la forêt (DRAAF)
- quatre directions départementales (de la cohésion sociale) et de la protection des populations (DD(CS)PP), dont une dotée d'un poste d'inspection frontalier (PIF),
- différents bureaux des sous-directions de la DGAL dont le service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire aux frontières (SIVEP) .

Seront notamment rencontrés des auditeurs internes de différentes catégories :

- les auditeurs du SIVEP,
- les auditeurs en administration centrale,

- les auditeurs du réseau national des abattoirs (RNA), et du réseau animation qualité (RESAQ).

Les investigations de terrain ne donneront pas lieu à l'établissement d'un rapport spécifique.

3.3- Composition de la mission d'audit

Coordonnateur de la mission	Fonction	Adresse mail
Christophe GIBON	Inspecteur général de la santé publique vétérinaire, CGAAER	christophe.gibon@agriculture.gouv.fr

Auditeurs	Fonction	Adresse mail
Odile MULNET	Inspectrice en chef de la santé publique vétérinaire, CGAAER	odile.mulnet@agriculture.gouv.fr
Nicolas PETIT	Ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts, CGAAER	nicolas.petit1@agriculture.gouv.fr
Olivier LAPÔTRE	Inspecteur général de la santé publique vétérinaire, CGAAER	olivier.lapotre@agriculture.gouv.fr

Superviseur	Fonction	Adresse mail
Claude ROUSSEAU	Inspecteur général de la santé publique vétérinaire, CGAAER	claude.rousseau@agriculture.gouv.fr

3.4- Calendrier prévisionnel de la missions

3.4.1- Phase de préparation

De mai à juillet 2016.

3.4.2- Phase de terrain

Deuxième semestre 2016,

- réunion d'ouverture : date à fixer dès l'approbation du document de cadrage,

- entretiens et évaluations sur place : date à fixer dès l'approbation du document de cadrage ,
- validation des fiches de révélation et d'analyse des problèmes : début janvier 2017.

3.4.3- Phase de restitution

De mi-décembre 2016 à fin mars 2017

- rédaction du rapport provisoire : deuxième quinzaine de janvier,
- phase contradictoire : février,
- réunion de clôture, transmission au commanditaire du rapport définitif comprenant le plan d'actions correctives : au plus tard le 31 mars 2017.

Annexe 3 : Validation de la note de cadrage par le cabinet du MAA



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

LA DIRECTRICE DU CABINET

Paris, le 25 AOUT 2016

N/Réf : CI 737540

à

Monsieur Alain MOULINIER
Vice-Président du Conseil Général de
l'Alimentation, de l'Agriculture et des
Espaces Ruraux
251, rue de Vaugirard
75732 PARIS CEDEX 15

Objet : Validation du cahier des charges concernant l'audit du système d'audit interne de la
Direction Générale de l'Alimentation.

J'ai bien reçu votre demande relative à l'audit ci-dessus référencé. Je vous informe
que je valide ce document de cadrage.

Christine AVELIN

Annexe 4 : Matrice des risques définitive

Objectifs et composantes	Risques bruts retenus initialement et ajustés après phase terrain	Criticité actualisée des risques bruts	Mesures de contrôle interne observées en phase terrain DP : dispositions préétablies MO : mise en œuvre	Criticité du risque résiduel estimée après audit	Degré de maîtrise du risque estimé après audit	Points de vigilance Suggestions Suites à donner
Assurer une Approche méthodique du processus d'audit						
1 - Planification transparente fondée sur une analyse de risques identifiant les priorités conformément aux responsabilités de l'AC (autorité compétente). <i>(le terme planification doit être compris comme programmation)</i>	Absence de planification	Majeur	DP : PN (procédure nationale) Audit prévoyant une planification régionale MO : Déficit de méthode et de compréhension partagée DP : PN Audit : Chaque direction doit conduire une analyse formalisée pour laquelle des critères sont proposés MO : des analyses de risque ont été conduites régionalement par les CRAQ sans une participation active des équipes de direction	Majeur	Faible	Déficit de conception et de mise en œuvre de la procédure nationale : celle-ci n'assure pas la réponse à l'exigence ; son applicabilité et sa mise en œuvre ne sont pas revues. Ce point est traité dans le chapitre transparence La somme de ces analyses de risque ne constitue pas une analyse de risque globale de l'AC (autorité compétente). Mettre en place une procédure d'analyse de risque associée à la maîtrise du risque qui couvre tout le domaine technique du règlement N° 882/2004 et qui permette de déterminer ce qui relève de l'AI (audit interne).
	Insuffisance de transparence de la planification	Majeur		Critique	Faible	
	Insuffisance de l'analyse de risque et non pertinence de l'analyse de risque	Majeur à Critique				
2 - Programme d'audit couvrant l'ensemble	Non couverture de tous les secteurs d'activité de l'AC sur une	Majeur	DP : La PN Audit prévoit la couverture des processus liés à la mise en œuvre du règlement N° 882/2004 et des thématiques	Critique	Faible	La programmation régionale devrait

des secteurs d'activité du Reg 882 à une fréquence appropriée fondée sur les risques, sur une période pertinente de cinq ans au plus.	période pertinente de 5 ans au plus		<p>d'inspection. Elle ne garantit pas que tous les secteurs d'activités du règlement N° 882/2004 soient couverts sur une période de 5 ans.</p> <p>Non couverture par l'AI des missions effectuées par les agents des DDTM (directions départementales des territoires et de la mer) pour le compte de la DGAL.</p> <p>MO Les analyses de risque locales aboutissent le plus souvent aux mêmes thèmes d'audit.</p> <p>Les programmes d'audit n'ont pas partout respecté la PN audit.</p> <p>Certaines DD(CS)PP n'ont pas été auditées entre 2014 et 2016.</p> <p>La pression d'audit est variable d'une région à l'autre.</p>			<p>s'appuyer sur une analyse de risque nationale.</p> <p>Un pilotage national est indispensable pour assurer la cohérence et la complétude du programme d'audit et de son réexamen</p>
2 (suite) Lorsqu'une combinaison de systèmes d'audit est mise en place, prévoir des mécanismes destinés à faire en sorte que les systèmes d'audit couvrent toutes les activités de contrôle en application du règlement n° 882/2004, notamment la santé et le bien-être des animaux et tous les stades de la chaîne de production d'aliments pour animaux et de denrées alimentaires,	Risque aux interfaces entre les 5 autorités compétentes de non couverture de tous les secteurs d'activité relevant du règlement N° 882/2004 ou de chevauchement non coordonné.	Mineur	<p>Il y a des protocoles entre AC permettant de s'assurer de la couverture des secteurs relevant du règlement N°882/2004 mais l'analyse de risque pour la réalisation des AI se fait sans concertation.</p> <p>Au sein des DD(CS)PP, le contrôle de la production d'aliments pour animaux et de denrées alimentaires relève de deux systèmes d'audit interne.</p>	Mineur	Partiel	<p>Les AC doivent coordonner leurs compréhensions et mises en œuvre de l'analyse de risques et de l'AI.</p>
3 - Garantir la cohérence entre les auditeurs et démontrer l'application d'une approche méthodique.	Défaut de formation des auditeurs et d'entretien des compétences	Majeur	<p>DP : la PN Audit prévoit la formation initiale et continue des auditeurs (incluant les orientations de la <i>norme ISO 19011</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le RQN (responsable qualité national) attribue et tient à jour la liste des auditeurs qualifiés - la fiche de qualification d'un auditeur n'aborde pas la déontologie de l'auditeur - Les modalités d'évaluation de la compétence (critères et supervision) et d'estimation du besoin de formation continue spécifiques des auditeurs (19011) ne sont pas fixées - les modalités de recrutement des sachants ne sont définies ; <p>il n'y a pas de liste des sachants.</p>	Majeur	Partiel	<p>Prévoir une surveillance du maintien de la compétence spécifiques des auditeurs.</p> <p>La mise en place de questionnaires d'audit technique améliorerait la cohérence.</p> <p>Une étude comparative entre les programmes</p>

			<p>MO : la formation initiale est assurée pour les auditeurs Resaq (réseau d'animation qualité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - des échanges de pratique entre auditeurs sont en cours de mise en œuvre - le dispositif de formation continue du MAA ne comporte pas d'évaluation planifiée de la compétence ni d'estimation du besoin de formation continue spécifiques des auditeurs. (19011) -les listes ne sont pas tenues à jour comme prévu 			européens de formation à l'audit interne BTSF (better training for safer food) et le programme de formation initiale des auditeurs de la DGAL pourrait être intéressante
4 - Disposer de procédures destinées à générer les constatations d'audit (à la fois positives et d'améliorations possibles) et à rédiger, approuver et diffuser les rapports d'audit.	Défaut d'harmonisation dans la méthodologie de recherche et de rédaction des constats ou Défaut de qualité des constats d'audit (justification, clarté, hiérarchisation,...)	Majeur	<p>DP : la PN Audit et le mode opératoire audit décrivent la recherche et la qualification des constats d'audit.</p> <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les rapports font tous état de constats positifs et négatifs - la justification des constats n'est pas aisée : le lien entre les constats et les preuves est souvent peu clair - la hiérarchisation des constats est hétérogène entre les auditeurs 	Majeur	Partiel	Améliorer la rédaction des rapports pour en faciliter la lecture pour tous les intervenants. Homogénéiser la hiérarchie des constats. Eviter l'excès de bienveillance des auditeurs dans l'intention de rendre mieux recevables leurs constats.
	Hétérogénéité de présentation des rapports	Majeur	<p>DP : pas de modèle imposé de rapport d'audit mais seulement une proposition d'exemple.</p> <p>MO : méthodologie variable de rédaction des rapports : les termes preuve, constat, observation et commentaire sont utilisés de façon disparate et parfois erronée, ce qui ne permet pas une synthèse aisée.</p>	Majeur	Partiel	Harmoniser la rédaction des rapports pour en faciliter la lecture, la synthèse et l'exploitation ; suggestion d'un modèle obligatoire plus précis.
	Plan de diffusion inapproprié ou non respecté	Mineur	<p>DP : la PN Audit § 5.3 prévoit la diffusion des rapports «<i>Transmission du rapport au RQN et au bureau technique concerné</i>».</p> <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la liste de diffusion ne figure pas sur tous les rapports. - les rapports ne sont pas transmis systématiquement aux bureaux concernés. 	Mineur	Faible	Systématiser et tracer la diffusion des rapports.
	Défaut de supervision et d'approbation des rapports	Majeur	<p>DP : la PN Audit ne prévoit pas la supervision des rapports ; une fiche de lecture existe sans que son utilisation soit prévue.</p> <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les rapports ne sont pas supervisés et la fiche de lecture n'est pas utilisée, - il n'y a pas de surveillance effective du respect de la 	Majeur	Faible	Prévoir une modalité de supervision des rapports d'audit qui permette de diagnostiquer tout problème en lien avec le respect de la méthode,

			méthode, la qualification des constats est alors plus facilement contestable.			la qualité des constats et conforte l'indépendance de l'audit
	Absence de mise en place d'actions correctives pertinentes	Majeur	<p>DP : PN Audit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le REA (responsable de l'équipe d'audit) s'assure que toutes les non-conformités ont été prises en considération et que les actions et les délais sont pertinents. - la clôture des non conformités est réalisée par vérification documentaire par le REA et/ou si nécessaire par un auditeur ultérieurement. - seul le traitement des NC (non conformités) apparaît clairement obligatoire (les prescriptions sont ambiguës § 5,3 et 6 de la PN Audit). - la PN 2015 217, traitement des dysfonctionnements, prévoit pour la partie audit une analyse formalisée des causes des seules NC. <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la qualification de non conformités en point sensible et axes d'amélioration ne rend pas clairement leur traitement obligatoire et de ce fait les rend non identifiables pour la DGAL (de plus seules les NC sont suivies au travers du programme SPR26). - la clôture des NC est assurée par le CRAQ et non par le REA. - pas d'analyse des causes formalisée. 	Majeur	Faible	Maîtriser le risque d'ignorance de la nécessité d'actions correctives du fait d'une qualification bienveillante de non conformités (cf.supra)
5 - Disposer de procédures de revue des conclusions de l'audit, en vue d'identifier les points forts et les faiblesses du système de contrôle, de diffuser les meilleures pratiques et d'assurer le suivi des actions correctives et préventives,	Défaut de revue systématique des conclusions de tous les types d'audit	Majeur	<p>DP :</p> <p>Le MQ (manuel qualité) VIII.3 prévoit que les propositions d'amélioration émises sont centralisées au BMQCC, intégrées dans le plan d'action et prises en compte lors des revues de direction de la DGAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La PN audit §7 prévoit l'exploitation et la revue de système au niveau national et local <p>MO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des revues de direction sont tenues régulièrement au niveau national et local - Les constats ou leur synthèse ne sont pas suffisamment exploités 	Mineur	Partiel	L'efficacité de la revue de direction aurait fort à gagner d'une transmission préalable d'une synthèse des constats aux bureaux concernés.
	Insuffisance de diffusion des bonnes pratiques de contrôle	Majeur	<p>DP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la PN audit cite «des bonnes pratiques mutualisables » mais ne prévoit pas la modalité de leur exploitation - l'Instruction technique 2015-910 prévoit l'enregistrement et la 	Majeur	Faible	Mieux valoriser les points forts dans une optique d'amélioration continue.

			clôture des seules NC dans le SPR 26 MO : - les bonnes pratiques ne sont pas répertoriées, exploitées et diffusées au niveau national et/ou régional			
6- Assurer un suivi et un réexamen pour s'assurer que les objectifs du programme d'audit ont été atteints et identifier les améliorations possibles.	Absence de vérification et d'évaluation de l'atteinte des objectifs du programme d'audit de l'AC. Absence d'identification des améliorations possibles du programme d'audit de l'AC. Absence de suivi de la mise en place des actions d'amélioration du programme d'audit de l'AC.	Majeur	DP : PN Audit : - la programmation des audits, l'analyse de risque sur laquelle elle se fonde, les résultats d'audit, le suivi du plan d'action et de son efficacité constituent des données d'entrée de la revue de direction de chaque structure et de la revue de processus pour les audits de processus. - la revue du système d'audit est réalisée lors de la revue de direction nationale, pour faire le point sur les dispositions mises en œuvre : état des programmations locales, prise en compte des objectifs nationaux et locaux, résultats des audits (incluant les audits externes) et suivi des non-conformités. MO : - le constat dans les revues de direction nationales de la non atteinte des objectifs de la programmation d'audit initialement établie au niveau départemental a entraîné une programmation régionale qui n'a pas encore donné de résultat significatif. - les résultats d'audit ne sont pas un point d'entrée de la programmation des audits. - l'absence d'analyse de risque de l'AC ne permet pas de fixer des thèmes d'audit pertinents.	Majeur	Faible	Au stade actuel de démarrage de la mise en œuvre de la programmation régionale, aucun bilan ne peut en être tiré.
Garantir la transparence : Processus clairement défini de planification des audits, des critères d'audit et des mécanismes d'approbation et de diffusion des rapports d'audit.						
Gestion et application du processus d'audit de façon transparente pour tous les intervenants concernés : - entre l'organisme d'audit et l'audité, - avec les autres intervenants, afin de faciliter la diffusion de l'information et la communication des meilleures	Transparence et diffusion non garanties : - entre auditeurs et audités, - au sein de l'AC, - entre AC, - avec les parties prenantes (professionnels contrôlés et concernés), - avec les autres parties intéressées (consommateurs, relais de diffusion).	Mineur	DP : - absence de description argumentée des niveaux de transparence pour chaque étape du processus d'audit (pt 5.2 de la décision 677), - absence de dispositions pour communiquer sur la mise en œuvre et les résultats du programme d'audit, - au sein de l'AC, la PN Audit et le mode opératoire Audit décrivent des dispositions qui participent à la transparence. MO : Les procédures audit sont disponibles et accessibles pour tous les agents sur l'intranet qualité de la DGAL.	Mineur	Faible	Une réflexion pourrait être menée à partir de la grille figurant dans la décision N°677/2006

<p>à l'audit de définir les actions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En suivi, l'équipe d'audit devrait se limiter à évaluer l'adéquation du plan d'action et son efficacité. - Les audités ne devraient pas être en mesure de faire obstacle au programme d'audit, aux constatations ou aux conclusions de l'audit. - Ils devraient être consultés sur le projet de rapport et leurs observations prises en compte de manière transparente 	<p>l'audit pour l'élaboration du plan d'action.</p> <p>Les audités sont en mesure de faire obstacle au programme d'audit, aux constatations ou aux conclusions de l'audit.</p> <p>Absence de procédure contradictoire ou défaut de prise en compte des observations de l'audit.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - § 6 : chaque dirigeant de structure est responsable de la mise en œuvre du plan d'action. - § 5. 3 : le REA s'assure de la prise en considération de toutes les NC par la structure et de la pertinence des actions et des délais. § 6 : la clôture des NC est réalisée par le REA. § 5.3 : la structure auditée transmet au REA ses commentaires et son plan d'action constat par constat. Ces commentaires sont pris en considération dans la rédaction finale du rapport (modifications ou mention des désaccords). <p>MO :</p> <p>Les plans d'action sont élaborés par les structure auditées. Le suivi des non conformités est assuré par le CRAQ. Les différentes étapes de la phase contradictoire sont parfois regroupées dans les échanges lors de la réunion de clôture.</p>			<p>conseil et l'audit.</p> <p>Porter une attention au déroulement complet de la phase contradictoire.</p>
<p>Garantir l'indépendance de l'expertise technique requise pour l'audit si elle est uniquement disponible au sein d'une autorité compétente.</p>	<p>Défaut d'indépendance de l'expertise technique.</p>	<p>Majeur</p>	<p>DP :</p> <p>La PN audit prévoit 8.1: un examen attentif des risques de conflit d'intérêts est réalisé... afin d'éviter tout risque de perte d'impartialité. Le REA est désigné par le CRAQ (par délégation du RQN). Les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées.</p> <p>La PN audit ne donne pas de règle concernant l'intervention des sachants techniques (comme ne pas intervenir dans son service d'affectation).</p>	<p>Mineur</p>	<p>Partiel</p>	<p>Les auditeurs techniques et les sachants ne doivent pas intervenir dans des entités dont il relèvent ou dont ils ont relevé depuis un délai à définir.</p>
<p>Examen indépendant du processus d'audit :</p>						

<p>Examen du processus d'audit par un organisme indépendant comprenant une ou plusieurs personnes indépendantes pour vérifier qu'il atteint ses objectifs,</p>	<p>Absence d'examen indépendant du processus d'audit</p>	<p>Critique</p>	<p>DP : La DGAL n'a pas prévu les modalités d'un examen indépendant (critères de sélection de l'organisme, fréquence d'intervention...) En 2016, le CMAI a demandé à la MMAI de réaliser un audit du système d'audit de la DGAL. La DGAL a présenté à la DG SANTE cette mission d'audit comme étant un examen indépendant du processus d'audit.</p> <p>MO: Jusqu'en 2016, la DGAL a considéré que l'examen indépendant était réalisé par le COFRAC. La DG SANTE estime qu'avant 2016 il n'y a pas eu d'examen indépendant. La DG SANTE a estimé qu'il était prématuré de se prononcer sur le caractère d'examen indépendant de l'audit de la MMAI.</p>	<p>non évaluable</p>	<p>non évaluable</p>	<p>Prévoir comment sera assuré sur le long terme l'examen indépendant prévu par le règlement 882/2004. La DGAL peut aussi choisir un système de comité d'audit interne propre à la structure avec participation de personnalités extérieurs</p>
<p>S'assurer que la personne ou l'organisme indépendant dispose d'une autorité, d'une expertise et de ressources suffisantes pour accomplir sa tâche avec efficacité.</p>	<p>Défaut d'indépendance de l'organisme Défaut de pertinence de l'auditeur ou de l'organisme</p>	<p>Critique</p>	<p>DP : Mission décidée par le CMAI et assurée par la MMAI (tous deux indépendants de la DGAL). La MMAI, organisme dédié à l'audit interne, dispose des moyens nécessaires à l'examen d'un processus d'audit. Les auditeurs sont désignés par le bureau du CGAAER en fonction de leurs compétences.</p>	<p>non évaluable</p>	<p>non évaluable</p>	<p>L'équipe de la MMAI en charge de cet audit ne peut pas évaluer ce point de manière indépendante</p>
<p>Des mesures devraient être prises pour remédier à toute lacune relevée dans le processus d'audit par la personne ou l'organisme indépendant.</p> <p>Lorsque des tâches de contrôle sont déléguées à un organisme de contrôle et que l'autorité compétente a choisi de procéder à un audit plutôt qu'à une inspection de l'organisme de contrôle, les obligations contractuelles dudit</p>	<p>Absence de prise en compte des remarques formulées lors de l'examen indépendant.</p>	<p>Critique</p>	<p>DP : Les conclusions des audits menés dans le cadre de la MMAI font l'objet d'un suivi qui est présenté au CMAI.</p> <p>DP : le PNCOPA mentionne la liste des délégataires .</p>	<p>Non évaluable</p>	<p>Non évaluable</p>	<p>La question de la délégation fait l'objet d'un développement spécifique.</p>

organisme devraient comporter l'acceptation des exigences et des conditions d'audit.						
---	--	--	--	--	--	--

Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées

Nom Prénom	Organisme	Fonction	Date de rencontre
Michel Guillou	DGAL	Chef de bureau	25/04/2016
Denis Debat	DGAL	Chef de bureau (BMQCC)	25/04/2016
Patrick Dehaumont	DGAL	Adjoint au chef du BMQCC	25/04/2016
Françoise Kremer	DGAL	Directeur général	14/06/2016
Isabelle Pierson	DGAL	Chargée de mission	15/06/2016*
Marie-Anne Cambours	DGAL	CRAQ et chargée de mission nationale « Audit »	06/07/2016
Camara Koriangbe	DGAL	Support SIGAL	06/07/2016
Patrick De Araujo	DGCCRF	IGS	07/07/2016
Patrick Giraud	DDPP45	Directeur	15/09/2016
Jean-Pascal Monnier	DDPP45	CS SPAV	15/09/2016
Natalya Barkina	DDPP45	VO abattoir de Fleury-les-Aubrais	15/09/2016
Thierry Laitot	DDPP45	CS SLA	15/09/2016
Sylvia Massouline	DDPP45	RQL	15/09/2016
Valérie Vergès	DDPP45	Inspecteur	16/09/2016
Véronique Devige	DDPP45	Inspecteur	16/09/2016
François Coulombel	DDPP45	Inspecteur	16/09/2016
Fanny Berthias	DDPP45	Inspecteur	16/09/2016
Christèle Mathonnière	DRAAF Centre Val de Loire	CRAQ	21/09/2016
Emmanuelle Thill	DRAAF Centre Val de Loire	Cheffe du SRAL	21/09/2016
Elisabeth Vanneroy-Adenot	DRAAF Centre Val de Loire	Cheffe pôle coordination	22/09/2016
Didier Eumont	DRAAF Centre Val de Loire	Chef de pôle SQV	22/09/2016
Aurélie Thomas	DRAAF Centre Val de Loire	RQL	22/09/2016
Catherine Perry	DRAAF Centre Val de Loire	DRAAF Adjointe	22/09/2016
Jean-Roch Gaillet	DRAAF Centre Val de Loire	Directeur	22/09/2016
Jean-Bernard Iche	DDCSPP28	Directeur	26/09/2016

Nom Prénom	Organisme	Fonction	Date de rencontre
Daniel Hirschy	DDCSPP28	Directeur adjoint	26/09/2016
Valentin Delaporte	DDCSPP28	CS SPA-EN	26/09/2016
José Gil	DDCSPP28	Inspecteur	27/09/2016
Catherine Proust-Gavard	DDCSPP28	Inspecteur	27/09/2016
Fabien Gourcerol	DDCSPP28	Inspecteur	27/09/2016
Adeline Croyere	DGAL SIVEP	Cheffe	06/10/2016
J.-C. Quintard	DDPP33	Directeur	12/10/2016
Pierre Parriaud	DDPP33	Directeur adjoint	12/10/2016
N. Lesiza	DDPP33	Adjointe au DDPP	12/10/2016
E. Morin	DRAAF Nouvelle Aquitaine	CRAQ Bordeaux	12/10/2016
J.-C. Badie	DDPP33	RQL	12/10/2016
H. Oubaziz	DDPP33	VO abattoir et SIVEP	12/10/2016
Vincent Heussner	DDPP33	CS SSA	12/10/2016
Pascale Cazin	DRAAF Nouvelle Aquitaine	Directrice adjointe	13/10/2016
Olivier Créton	DRAAF Nouvelle Aquitaine	Adjoint du C-SRAL	13/10/2016
Pascal Frey	DRAAF Nouvelle Aquitaine	CU SSPV	13/10/2016
Pascale Mercier	DRAAF Nouvelle Aquitaine	CRAQ Poitiers	13/10/2016
Cécile Malfroy	DRAAF Nouvelle Aquitaine	RQL	13/10/2016
Chantal Petitot	DDCSPP16	Directrice	17/10/2016
Rabah Bellahsene	DDCSPP16	Directeur adjoint	17/10/2016
Jean-Pierre Malzeyrat	DDCSPP16	RQL	17/10/2016
Laurence Coudouy	DDCSPP16	Cheffe SQSA	18/10/2016
Jean-Luc Garreau	DDCSPP16	Chef SPAE	18/10/2016
Yvan Lobjoit	DRAAF Nouvelle Aquitaine	Directeur	13/10/2016*
Patrick Chasset	DGAL BSA	Chargé d'étude	25/10/2016
Françoise Chartier	DGAL BEAD	Coordinatrice RNA	09/11/2016*
Benjamin Genton	DGAL SDPRAT	Sous-directeur	09/11/2016
Ramazan Avci	DGAL BMQCC	Chargé d'étude	14/12/2016
Patrick Crocis	DRAAF ALCA	CRAQ	13/12/2016*
E. Rouault-Hardouin	DDPP95	Directrice	13/04/2017

Nom Prénom	Organisme	Fonction	Date de rencontre
G. Chenut	DDPP95	Directeur adjoint	13/04/2017
A. Boustaleb	DDPP95	Adjointe C-SSA	13/04/2017
Y. Levray	DDPP95	Adjoint C-SPAE	13/04/2017
C. Bayol	DRIAF Ile de France	CRAQ	13/04/2017
Blandine Glazel	DRAAF PACA/Corse	CRAQ	15/12/2016*
Elisabeth Champalle	DDPP69	Directrice	18/04/2017
Isabelle Tapie	DDPP69	CS PQA	18/04/2017
Jean-Marc Debernardi	DDPP69	Adjoint CS PQA	18/04/2017
Vincent Pfister	DDPP69	CS SPA	18/04/2017
Virginie Dusch	DDPP69	RQL	18/04/2017
Christine Gardan	DDPP60	Directrice	20/04/2017
Céline Schmidt	DDPP60	Directrice adjointe	20/04/2017
Raymond Fatoux	DDPP60	RQL	20/04/2017
Jean-Louis Dekimpe	Région Hauts de France	CRAQ	20/04/2017
Marie Jacolot	DDPP60	CS SSA	20/04/2017
Hadrien Jacquet	DDPP60	CS SPA	20/04/2017
Stéphane Bruchet	DRAAF ARA	CRAQ	18/04/2017
Philippe Martinaud	DDCSPP91	Directeur	25/04/2017
Patrick Paignant	DDCSPP91	Directeur adjoint	25/04/2017
Vanessa Cornu	DDCSPP91	CS SPA	25/04/2017
Philippe Richard	DDCSPP91	RQL	25/04/2017
Laurent Genet	DDCSPP91	CS LQSA	25/04/2017
Loïc Evain	DGAL	Directeur adjoint	07/03/

* visioconférence

Annexe 6 : Liste des sigles utilisés

AC	Autorité compétente
ACSEDIATE	Association pour le contrôle sanitaire l'étude et le développement de l'insémination animale et du transfert embryonnaire
AI	Audit interne
BMQCC	Bureau du management par la qualité et de la coordination des contrôles
BSA	Bureau de la santé animale
BTSF	Better training for safer food (programme européen de formation pour les fonctionnaires de États Membres)
CE	Commission européenne
CGAAER	Conseil général de l'agriculture de l'alimentation et des espaces ruraux
CMAI	Comité ministériel d'audit interne
COFRAC	Comité français d'accréditation
CRAQ	Correspondant régional assurance qualité
DAC	Direction d'administration centrale
DD(CS)PP	Direction départementale (de la cohésion sociale) et de la protection des populations
DDI	Direction départementale interministérielle
DDTM	Direction départementale des territoires et de la mer
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DG Santé	Direction générale de la santé de la Commission
DGS	Direction générale de la santé (du ministère de la santé français)
DRAAF	Direction régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DP	Dispositions préétablies (procédure, instructions...)
DSP	Délégation de service public
ESB	Encéphalite spongiforme bovine
FARP	Fiches d'analyse et de révélation de problèmes
IFACI-IIA	Institut français de l'audit et du contrôle interne – Institute of internal auditors
INAO	Institut national de l'origine et de la qualité

MAA	Ministère de l'agriculture et de l'alimentation
MMAI	Mission ministérielle d'audit interne
MO	Mise en œuvre (des dispositions préétablies - DP))
MQN	Manuel qualité national
NC	Non conformité
OI	Organisme d'inspection
PIF	Poste d'inspection frontalier
PN	Procédure nationale
PNCOPA	Plan national de contrôles officiels pluriannuel
PSPC	Plans de surveillance plans de contrôle
RAI	Responsable de l'audit interne
REA	Responsable de l'équipe d'audit
RBOP	Responsable de budget opérationnel de programme
RESAQ	Réseau d'animation qualité
RNA	Référents nationaux abattoirs
RQN	Responsable qualité national
SDPRAT	Sous-direction du pilotage des ressources et des actions transversales
SIGAL/RESYTAL	Système d'information de la DGAL et des DD(CS)PP
SIVEP	Service d'inspection vétérinaire et phytosanitaire
SSA	Sécurité sanitaire des aliments
UAS	Unité d'audit sanitaire (entité du CGAAER)

Annexe 7 : Liste des textes de références

- Règlement (CE) N° 882/2004 relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux ;
- Règlement (UE) N° 2017/625 du Parlement européen et du Conseil du 15 mars 2017 concernant les contrôles officiels et les autres activités officielles servant à assurer le respect de la législation alimentaire et de la législation relative aux aliments pour animaux ainsi que des règles relatives à la santé et au bien-être des animaux, à la santé des végétaux et aux produits phytopharmaceutiques (abroge le règlement (CE) N°882/2004) ;
- Décision 2006/677/CE de la commission du 29 septembre 2006 établissant des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du règlement (CE) n° 882/2004 ;
- PNCOPA 2016-2020 (plan national de contrôle pluriannuel : établi par les autorités compétentes en application du règlement (CE) n°882/2004 ; présente l'organisation et le fonctionnement du système de contrôle français de la chaîne alimentaire, les modalités d'adaptation de ce dispositif selon une démarche d'amélioration continue et les axes prioritaires définis pour les années 2016 à 2020. Chaque année, un rapport fait le bilan de la mise en œuvre des contrôles officiels.) ;
- Intranet du management par la qualité du site DGAL : les textes relatifs au management par la qualité et à l'audit interne y figurent et sont accessibles aux agents ;
- Manuel qualité national (**MQN**) : version 8 du 05/12/2016 (l'audit est traité dans le paragraphe VIII-amélioration continue) ;
- Procédure nationale (PN) "Réalisation des audits et qualifications des auditeurs" (**PN Audit**) Version : 5 du 3/07/2017 ;
- Procédure nationale (PN) « Traitement des dysfonctionnements » Indice 2 du 09/03/2015 (PN dysfonctionnements) ;
- Instruction technique DGAL/SDASEI/2016-429 du 25/05/2016 relative à l'audit interne des postes d'inspection frontaliers (PIF), des points d'entrée désignés (PED) et des points d'entrée communautaires (PEC) ;
- Instruction technique DGAL/SDPRAT/2015-910 du 30/10/2015 relative à SIGAL - Fonctionnement du programme de référence SPR 26 – Pilotage du management par la qualité ;
- Mode opératoire « Éléments de méthodologie de l'audit interne » (Indice : 1 du 28/07/16) ;
- Fiche pratique complémentaire de la PN Audit Domaines à auditer (Indice : 1.2 Date : 11/12/2017).L'ensemble des domaines pouvant être audité correspond à l'« univers d'audit » . Ces domaines sont ceux du référentiel métier de l'organisme DGAL, éventuellement affinés.
- Référentiel d'audit : document listant par domaine les textes qui sont susceptible de servir de référentiel (figure sur l'intranet du management par la qualité. Mis à jour en permanence) ;
- Fiche de fonction responsable qualité national du 20/06/11 ;
- Fiche de fonction CRAQ du 03/04/15.

Annexe 8 : Pratiques favorisant la transparence d'un processus d'audit : comparaison des pratiques de la DGAL avec les propositions de la décision 2006/677/CE

Pratiques de l'organisme d'audit	Audité		Au sein de l'autorité compétente		Ensemble des autorités compétentes (d'un État membre)		Intervenants publics et autres	
	<i>cible</i>	<i>constat</i>	<i>cible</i>	<i>constat</i>	<i>cible</i>	<i>constat</i>	<i>cible</i>	<i>constat</i>
Accès aux procédures documentées de l'organisme d'audit	v	ok	v	ok	v	non		
Consultation sur la planification du programme d'audit	v	ok	v	fait au niveau régional	v	non		
Publication du programme d'audit	v	ok	v	Publié sur l'intranet	v	non	v	non
Présentation du plan d'audit	v	ok	v	sans intérêt				
Possibilité de formuler des observations sur le projet de rapport d'audit	v	ok	v	sans intérêt				
Distribution du rapport d'audit final	v	ok	v	BMQCC servi	v	non		
Publication des observations de l'audité sur le projet de rapport		ok	v	sans intérêt	v	non	v	non
Publication du rapport d'audit final	v	ok	v	non sauf NC SPR 26	v	non	v	non
Publication de synthèses des rapports d'audit finaux et du rapport annuel	v	ok	v	ok	v	non	v	non
Publication du plan d'action de l'audité	v	?	v	non	v	non	v	non
Publication des résultats de suivi	v	ok	v	Clôture NC en SPR 26	v	non	v	non

NC : non conformité

Annexe 9 : Fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP)

FARP N°1 :

Fiche d'analyse et de révélation de problème N°1 : analyse de risque	
1/Problème	Absence d'analyse de risque et de méthode pour l'établir permettant de programmer les audits internes de l'organisme DGAL, en tant qu'autorité compétente (administration centrale et services déconcentrés) au sens du règlement (CE) n° 882/2004.
2/Constat	<p>Il n'y a pas de coordination entre autorités compétentes (AC) et notamment entre DGCCRF et DGAL, ni sur la méthode d'analyse de risque ni sur la programmation des audits, en particulier en ce qui concerne les plages de compétences communes.</p> <p>En tant que membre du comité ministériel de maîtrise des risques (CMMR) du MAAF, la DGAL participe à l'analyse de risque ministérielle et à l'élaboration de la cartographie ministérielle des risques . Celle-ci repose sur une méthode qui après définition d'un univers de risque (ministériel), qualifie la criticité des risques retenus et leur degré de maîtrise. L'exploitation de ces données permet à la mission ministérielle d'audit interne (MMAI) d'identifier les risques qui relèvent de l'audit interne et d'élaborer un programme d'audits soumis à la validation du comité ministériel d'audit interne (CMAI). La méthode s'inscrit dans un ensemble de normes compatibles avec celles de l'IFACI-IIA.</p> <p>La procédure nationale « réalisation des audits et qualification des auditeurs » fixe comme objectif aux DDI et aux DRAAF de procéder à une analyse de risque, en indiquant des thèmes prioritaires (plans d'urgence, PSPC...).</p> <p>Elle ne décrit pas l'univers de risque de l'autorité compétente DGAL, elle ne prescrit aucune méthode d'analyse de risque, elle ne prévoit pas de consolidation au niveau national des analyses locales. Elle n'explique pas comment passer de l'analyse de risque à un choix des thèmes d'audit et à une programmation des audits</p> <p>Les DDI et DRAAF audités en 2016 n'ont pas procédé à une analyse de risque selon une méthode formalisée pour déterminer les thèmes d'audit et lancer une programmation couvrant tout le champ du règlement (CE) n° 882/2004.</p> <p>La DGAL, qui avait réalisé en 2009 une analyse de risque, n'a pas maintenu cet exercice.</p> <p>En résumé, l'organisme DGAL, en tant qu'AC, ne dispose ni d'une analyse de risque ni d'une méthode pour l'établir.</p>
3/Cause(s)	<p>Auparavant, lors de la mise en œuvre de la norme 17020, l'audit annuel, réalisé dans chaque DDI, parce qu'il était systématique et relevait en partie du contrôle interne, a pu faire perdre de vue la nécessité d'une analyse de risque pour ce type d'audit.</p> <p>La DGAL se fondait sur son analyse de risque de 2009 pour</p>

	<p>fixer la programmation des audits assurés pour son compte par l'unité d'audit sanitaire (UAS) du CGAAER jusqu'en 2012. Cette méthode n'a pas été reprise après l'arrêt des audits UAS.</p> <p>La décision 2006/677/CE ne décrit pas de méthode d'analyse de risque.</p> <p>La DGAL en matière d'audit interne travaille ou a travaillé par obligation avec trois ensembles de référentiels : les normes ISO (17020 et 19011), les normes de l'IFACI ou leur équivalent, le règlement (CE) n° 882/2004 et la décision 2006/677/CE. Ceci ne peut être que source de confusion.</p> <p>La DGAL a souhaité responsabiliser les services extérieurs en leur confiant l'établissement d'une analyse de risque locale. Or, une somme d'analyses de risques établies par des sous-ensembles d'une AC selon des méthodes disparates ne saurait constituer réellement une analyse de risque représentative d'AC. La participation des DDI et des DRAAF est cependant une initiative très intéressante.</p>
4/Conséquence(s)	<p>Il n'y a pas d'analyse de risque d'AC par l'organisme DGAL. La couverture du champ technique du règlement (CE) n° 882/2004 par des audits internes demeure parcellaire. Le nombre annuel d'audits a régressé.</p>
5/ Projet de recommandation	<p>Pour l'organisme DGAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer et mettre en œuvre une méthode d'analyse de risque nationale, en tant qu'AC, en cohérence avec celle du CMMR, - se rapprocher des autres AC pour étudier le périmètre et la cohérence des méthodes d'analyse de risque, - maintenir la primo élaboration départementale (pour le secteur vétérinaire) de la programmation régionale, car elle apporte une vision territoriale plus précise et plus complète. <p>La direction d'administration centrale DGAL devra cependant coordonner les programmations régionales de façon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à répondre à des attentes fortes des DDI sur des sujets où ils engagent leur responsabilité pénale, - à limiter les audits sur certains thèmes à ce qui est nécessaire aux besoins de l'AC, - à susciter des candidatures sur des sujets qui n'émergeraient pas de la programmation locale.

FARP N°2

Fiche d'analyse et de révélation de problème N°2 - Approche méthodique	
1/Problème	Déficience d'approche méthodique et de cohérence entre les auditeurs au regard des principes de la décision 2006/677/CE et du mode opératoire «Eléments de méthodologie de l'audit interne»
2/Constats	Déficit de précision de la méthode, certaines prescriptions sont ambiguës, les principes de rédaction des rapports ne sont pas formalisés avec suffisamment de précisions au regard des préconisations de la décision 2006/677/CE Les constats formulés dans les rapports ne sont pas facilement fiables aux preuves, leur qualification n'est pas harmonisée entre les auditeurs. Absence de supervision planifiée des rapports. Absence d'exploitation et de valorisation des bonnes pratiques
3/Causes	Des modifications successives du système documentaire ont introduit des ambiguïtés sur certains points, sans réassurance systématique d'adéquation globale. Les changements structurels dans le système d'audit et la réorganisation territoriale ont introduit une période d'expectative et d'incertitude pour l'ensemble des équipes ; l'audit interne n'était pas une priorité. Le programme SPR 26 ne comprend pas d'enregistrements des bonnes pratiques.
4/Conséquences	Des divergences d'interprétation et de pratique entre les auditeurs, d'où une hétérogénéité dans la mise en œuvre des audits. La lecture des rapports n'est pas aisée pour toutes les parties concernées, en particulier pour celles qui n'ont pas assisté à l'audit. En l'absence d'harmonie dans la présentation des rapports et la qualification des constats, la synthèse et l'exploitation des résultats d'audits sont difficiles. La non remontée de non conformités, du fait d'une qualification erronée, ne permet pas d'avoir une vision fiable et représentative des constats d'audit (SPR 26) et du fonctionnement de l'organisme. Il n'y a pas de diffusion, au sein de l'autorité compétente, des bonnes pratiques constatées au cours des audits internes.
5/Projet de recommandation	Pour l'autorité compétente DGAL, tenir compte, lors de la révision de la PN « Réalisation des audits et qualification des auditeurs » également justifiée par une modification de l'analyse de risque, des nécessités suivantes : <ul style="list-style-type: none">• S'assurer de la prise en compte de l'ensemble des préconisations de la décision 2006/677/CE, laquelle implique notamment une supervision des rapports d'audit,• Supprimer les ambiguïtés et viser l'unicité de traitement de chaque sujet dans la documentation pour prévenir les divergences lors des révisions,• Mobiliser le réseau des auditeurs sur la consolidation de la documentation.

FARP N°3

Fiche d'analyse et de révélation de problème N°3 – Amélioration continue	
1/Problème	L'organisation et l'exploitation des audits internes ne permettent pas l'amélioration continue de la pertinence et de la qualité des contrôles officiels comme le demande le point 6.4 de la décision 677/2004 ¹⁴
2/Constats	<p>- Défaut de revue des conclusions des différents types d'audits :</p> <p>Au niveau régional, les constats positifs ne sont pas valorisés et les constats négatifs n'entraînent pas collectivement une analyse de cause et une améliorations des pratiques de contrôle officiel.</p> <p>Au niveau national, les rapports des audits techniques ou une synthèse de ceux-ci ne sont pas systématiquement transmis aux bureaux concernés. Il n'y a pas d'exploitation globale des résultats d'audit pour améliorer la pertinence et la qualité des contrôles officiels de l'année N+1 et s'inscrire ainsi dans une démarche d'amélioration continue. Les bonnes pratiques ne sont pas systématiquement répertoriées, exploitées et diffusées.</p> <p>- Insuffisance du nombre des audits techniques conduits dans un même domaine pour permettre d'évaluer la qualité et la cohérence des contrôles officiels dans un souci d'amélioration continue.</p>
3/Causes	<p>Les modalités d'exploitation des bonnes pratiques ne sont pas définies.</p> <p>L'outil informatique de compilation des données d'audit est d'une exploitation complexe et ne permet pas de satisfaire toutes les attentes liées au système d'audit.</p> <p>La programmation des audits techniques est insuffisante pour disposer de données représentatives de la qualité de la mise en œuvre des contrôles officiels.</p>
4/Conséquences	<p>L'absence d'une analyse collective des constats et conclusions des audits réalisés prive l'autorité compétente d'éléments permettant d'améliorer les instructions données aux services d'inspection, d'améliorer les pratiques de contrôle officiel et d'effectuer une planification plus pertinente du programme d'audit.</p> <p>L'objectif premier du système d'audit interne et de la démarche de management par la qualité, à savoir l'amélioration continue des contrôles officiels, tend à être oublié.</p>
5/Projet de recommandation	<p>Définir les modalités pour répertorier et exploiter les différents constats positifs et négatifs dans une optique d'amélioration continue. Cette exploitation sera effectuée au niveau régional et/ou au niveau national, en fonction de l'analyse des causes.</p> <p>Se doter d'un outil informatique permettant une exploitation aisée des données d'audit par toutes les personnes concernées</p> <p>S'assurer (BMQCC et bureaux techniques) que le nombre d'audits techniques est suffisant, tant au niveau régional que national, pour permettre une évaluation de la qualité et de la cohérence des contrôles.</p>

¹⁴ 6.4. *Revue d'audit et diffusion des meilleures pratiques* : Les implications des constatations d'audit pour d'autres secteurs et régions devraient être examinées, notamment dans les États membres où les contrôles sont délégués à plusieurs autorités compétentes ou sont décentralisés. Il conviendrait en particulier de diffuser les exemples de bonnes pratiques. À cet effet, les rapports devraient être mis à la disposition des autres secteurs et régions dans l'État membre concerné et de la Commission. Les résultats d'audit devraient aussi être pris en considération lors de la planification du programme d'audit et dans le cadre du réexamen du plan de contrôle national pluriannuel intégré unique.

FARP N°4 et réponse de la DGAL

Fiche d'analyse et de révélation de problème N°4 – Séparation des fonctions	
1/Problème	L'indépendance et l'impartialité du pilotage du système d'audit au regard des principes de la décision 2006/677/CE point 5.3 ne sont pas garanties.
2/Constat	La conjonction de l'arrêté du 30 juin 2008 portant organisation et attributions de la DGAL et de l'organigramme détaillé de la DGAL font que sont confiées à la même personne trois responsabilités totalement ou partiellement incompatibles : <ul style="list-style-type: none"> - responsable qualité national auprès du directeur général, - responsable de l'audit interne auprès du directeur général, - sous-directeur du pilotage des ressources et des actions transversales, à ce titre en charge de la coordination de l'application de la réglementation communautaire relative aux contrôles officiels et de l'allocation des moyens et ressources.
3/ Causes	L'historique de l'attribution des responsabilités au sein de la DGAL a conduit progressivement à confier au même agent des responsabilités précédemment attribuées à différents agents. Depuis le début de la démarche qualité, le « responsable qualité national » auprès du directeur général est en même temps responsable des audits qualité internes (point 7.7 de la norme ISO 17020). En parallèle de ces audits qualité interne, l'Unité d'audit sanitaire alors existante au sein du CGAAER réalisait, pour le compte de la DGAL, des audits internes au sens du règlement 882/2004. Suite à la disparition de l'UAS, les audits qu'elle effectuait sont assurés par des agents de la DGAL pilotés par le RQN. Lors de la mise en œuvre de la démarche par processus, les fonctions de responsable qualité national (également responsable de l'audit interne) et de sous directeur du pilotage des ressources et des actions transversales ont été confiées à la même personne.
4/Conséquences	Le responsable de l'allocation des moyens et de la coordination nécessaires à la réalisation des contrôles officiels est également en charge de l'audit de la mise en œuvre de ces contrôles. Cet audit ne peut donc être considéré indépendant et impartial. Les responsabilités opérationnelles du responsable qualité national définies par la fiche de fonction du 30 septembre 2009 sont incompatibles avec l'exercice de la responsabilité de l'audit interne.
5/ Projet de recommandation	Attribuer à des agents différents les fonctions de sous directeur des ressources et des actions transversales et de responsable de l'audit interne. Attribuer à des agents différents les fonctions de responsable qualité national dans sa définition actuelle et de responsable de l'audit interne. De façon générale, ne pas confier une responsabilité d'audit interne à un agent ayant des responsabilités opérationnelles dans le champ audité.

Mail du 20/12/2017 de réponse du SDPRAT à l'équipe d'audit pour les FARP 3 et 4 de la mission N°160333

Bonjour Christophe,

Je vous remercie d'avoir partagé avec nous ces deux fiches d'analyse et de révélation de problèmes (FARP) sur l'amélioration continue (FARP n°3) et sur la séparation des fonctions (FARP n°4).

FARP n°4 sur la séparation des fonctions :

Vous évoquez l'attribution au Sous-directeur du pilotage des ressources et des actions transversales des fonctions de responsable d'audit interne (RAI) et de responsable qualité national (RQN) que vous qualifiez de "responsabilités totalement ou partiellement incompatibles".

Le règlement européen 882/2004 mentionne à l'article 4 §6 que "(les) audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente", repris en ces termes par le futur règlement n°2017/625 (art. 6 §2). Ces exigences sont précisées par la décision 2006/677 qui fait état de recommandations : pour les audits internes, il est recommandé que l'organisme d'audit et l'équipe d'audit soit désignés par la direction à qui ils rendent compte et qu'un contrôle soit effectué pour s'assurer de l'absence de conflit d'intérêt. Sur ce dernier point, le Directeur général a souhaité que soit maintenue la séparation entre les fonctions d'audit et les fonctions d'allocation des moyens et des ressources. C'est pourquoi ces missions sont attribuées à deux bureaux distincts au sein de la DGAL (BMQCC et BPP206). Ces deux bureaux rendent compte au SDPRAT qui rend lui-même compte au Directeur général, comme mentionné par la décision 2006/677.

Vous noterez par ailleurs que l'audit COFRAC de janvier 2014, qui a conduit à la reconduction de l'accréditation de l'organisme d'inspection DGAL selon le référentiel ISO/CEI 17020 a de facto validé cette organisation alors que les thématiques d'indépendance et d'impartialité sont au coeur de la norme en question. Laurence DELVA, alors sous-directrice du pilotage des ressources et des actions transversales, occupait alors les fonctions de responsable de l'audit interne et de responsable qualité nationale auprès du Directeur général.

Par ailleurs, les audits menés dans le cadre de l'audit interne sont pour la plupart des audits de management ou des audits techniques qui ne sont pas en lien avec le dispositif d'attribution des moyens (processus Ressources humaines).

Enfin, la programmation des audits est locale, réalisée à la demande du directeur de la structure. Dans la FARP N°1, vous recommandez d'ailleurs sur ce point de maintenir le dispositif actuel de programmation locale.

L'intervention du niveau national ne se fera qu'à l'occasion d'éventuels ajustements proposés dans le cadre de l'analyse de risque nationale évoquée ci-dessus (entretiens de dialogue de gestion et bilan des contrats), soit à la marge d'un point de vue quantitatif. Le SDPRAT n'a donc pas de fonction de programmation d'audit et ne décide pas des thématiques et des lieux d'audit, ce qui limite aussi les conflits d'intérêt. Le SDPRAT n'intervient pas non plus dans le choix des auditeurs, qui doivent bien, eux être indépendants.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il ne nous apparaît pas pertinent de retenir cette quatrième FARP. Ce point a été évoqué par Patrick Dehaumont lors de la réunion annuelle avec le chef de la MIGA.

Bien cordialement

Benjamin GENTON

Sous-directeur du pilotage des ressources et des actions transversales

Direction générale de l'alimentation (DGAL)
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation
251 rue de Vaugirard, 75732 Paris cedex 15
Tél. : + 33 (0)1 49 55 55 80

Annexe 10 : Audits réalisés par le CGAAER de 2010 à 2016

Audits internes réalisés par le CGAAER pour le compte de la DGAL	
2010	Audit portant sur le contrôle de la bien-traitance animale en abattoir d'animaux de boucherie
	Audit interne du contrôle des intrants en production végétale
	Audit portant sur le contrôle de la filière des sous-produits animaux (ruminants)
2011	Contrôle d'une délégation de service public dans le domaine du transport des denrées alimentaires
	Audit portant sur le gestion de foyers d'organismes nuisibles aux végétaux
2012	Audit portant sur la conformité de mise en œuvre, la pertinence et la performance face aux objectifs assignés des plans de surveillance et plans de contrôle du domaine vétérinaire et phytosanitaire (PSPC)
	Audit portant sur la certification pour les exportations vers les pays tiers dans les domaines sanitaires vétérinaire et phytosanitaire
	Audit portant sur les suites données aux inspections réalisées par les services de contrôle sanitaire vétérinaire et phytosanitaire*

Audits internes réalisés par le CGAAER dans le cadre de la MMAI sur le domaine d'activité de la DGAL	
2013	Audit des contrôles officiels menés par les agents des DDPP ou des DDCSPP sur les processus mis en place par les exploitants d'abattoirs de bovins pour prévenir le risque Escherichia coli STEC (shigatoxin producing E.coli)*
	Audit de la mise en place des inspections « paquet hygiène » dans le domaine de la production primaire végétale*
	Audit de l'inspection des plans de maîtrise sanitaire dans les établissements de transformation de viandes*
2014	Audit du contrôle interne de la gestion des alertes sanitaires dans le domaine de l'alimentation (denrées animales ou produits en contenant)*
	Audit de la méthodologie de programmation des contrôles officiels en fonction d'une hiérarchisation des risques dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments*
2015	Audit de la mise en œuvre par la Direction générale de l'alimentation et le Secrétariat général du Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt des différentes dispositions visant à la protection des utilisateurs professionnels de produits phytosanitaires : agriculteurs, salariés d'exploitations agricoles, applicateurs agréés.
2016	Audit du système d'audit interne de la DGAL

* audit faisant l'objet d'un suivi en 2016

Annexe 11 : Délégations de la DGAL

	Intitulé de la délégation	Modalité juridique	Financement	Contrôle et suivi du délégataire
Secteur animal et sécurité alimentaire	L'organisation et la mise en œuvre des mesures de surveillance relatives aux dangers de catégories I et II pour le contrôle des résultats d'examens prévus par cette surveillance et le contrôle de mesures prescrites par arrêtés préfectoraux de mise sous surveillance en application de l'article L.223-6-1 (isolement, séquestration, visite, recensement, marquage, restrictions de transport et de circulation...).	<p>Marché public</p> <p>Bien que prévue par la note de service du 14/3/2013, la mise en œuvre d'une délégation de service public (DSP) supposerait que le délégataire soit doté de prérogatives de puissance publique ; ce que le règlement communautaire interdit (refus de déléguer les mesures coercitives)</p> <p><u>Observation :</u> Exclure les restrictions au transport et à la circulation/ prérogatives de puissance publique ?</p>	<p>Redevance pour service rendu payée au prestataire par le contrôlé avec possibilité d'exonération et de modulation des tarifs.</p> <p>Financement des contrôles de deuxième niveau par redevance additionnelle au prix des contrôles</p>	Cahier des charges détaillé avec mis en concurrence, contractualisation, contrôles inopinés du délégataire, renseignement systématique d'une base de donnée centralisée, production trimestrielle d'un rapport d'activité détaillé.
	Les prélèvements ESB (encéphalite spongiforme bovine) par les vétérinaires à l'équarrissage	Marché public	Budget de l'Etat	Cahier des charges détaillé avec mise en concurrence, contractualisation, contrôles inopinés du prestataire, renseignement systématique d'une base de donnée centralisée, production trimestrielle d'un rapport d'activité détaillé.
	Analyses réalisées pour le compte de la DGAL (ESB en équarrissage, plans de surveillance et de contrôle)	Marché public		
	Les contrôles sanitaires en reproduction animale pour la délivrance d'un certificat aux échanges (obligation communautaire)	Voie réglementaire (non concurrentielle): conventionnement avec un seul opérateur unique (ACSEDIATE – laboratoire national de contrôle des reproducteurs)	Redevance pour service rendu payée au prestataire par le contrôlé avec possibilité d'exonération et de modulation des tarifs.	Cahier des charges détaillé avec mis en concurrence, contractualisation, contrôles inopinés du prestataire, renseignement systématique d'une base de donnée centralisée, production trimestrielle d'un rapport d'activité détaillé.
	La mise en place de « vétérinaires certificateurs praticiens » qui certifient des lots d'animaux pour l'exportation	Voie réglementaire : libre choix du vétérinaire par l'exportateur	Redevance pour service rendu payée au prestataire par le contrôlé	Cahier des charges détaillé avec mis en concurrence, contractualisation, contrôles inopinés du prestataire, renseignement systématique d'une base de donnée centralisée, production trimestrielle d'un rapport d'activité détaillé.
Secteur végétal	La mise en œuvre des plans de surveillance relatifs aux organismes nuisibles réglementés	DSP	Paiement direct du délégataire par les contrôlés avec possibilité	Cahier des charges détaillé avec mis en concurrence,

	ou émergents	« loi Sapin »	d'exonération des très petites entreprises	contractualisation, contrôles inopinés du délégataire, renseignement
	Les contrôles permettant de vérifier l'exécution des mesures ordonnées vis-à-vis des organismes réglementés		Financement des contrôles de deuxième niveau par redevance additionnelle au prix des contrôles	systématique d'une base de donnée centralisée, production trimestrielle d'un rapport d'activité détaillé.
	Les actes prévus à l'article L.251-7 pour la surveillance du territoire, la délivrance du passeport phytosanitaire européen et les contrôles associés,			
	Les contrôles relatifs à la santé des végétaux en vue de l'export			
	les prélèvements et contrôles dans le cadre des inspections et contrôles réalisés pour la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques et des supports de culture ainsi que les contrôles en production primaire végétale et la consignation de végétaux ou produits végétaux suspects de véhiculer un organisme nuisible réglementé dans l'attente d'un agent de l'État.			

Annexe 12 : Réponse de la DGAL au rapport provisoire



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE L'ALIMENTATION

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'ALIMENTATION

**Direction générale
de l'alimentation**

Service de la
gouvernance et de
l'international dans les
domaines sanitaire et
alimentaire

Sous-direction du
pilotage des ressources
et des actions
transversales

Bureau du management
par la qualité et de la
coordination des
contrôles

251 rue de Vaugirard
75 732 Paris cedex

À

Loïc GOUELLO, président de la mission
d'inspection générale et d'audit du CGAAER

et

Christophe GIBON, Olivier LAPÔTRE,
Odile MULNET et Nicolas PETIT, auditeurs

Paris, le **15 MAI 2018**

Objet : Réponse au rapport provisoire de la mission n°16033 « Audit du système d'audit interne de la Direction générale de l'alimentation »

PJ : plan d'action

Réf. : SDPRAT/2018-83

Je vous remercie pour la transmission le 17 avril 2018 du rapport provisoire de la mission n°16033 relative à l'audit du système d'audit interne de la Direction générale de l'alimentation.

Les éléments de ce rapport d'audit font l'objet d'un suivi particulier de la part de mes équipes, dans le cadre de l'amélioration continue de notre système d'audit interne. Compte tenu de la durée de la mission, initiée en 2016, de nombreuses pistes d'amélioration sont d'ores-et-déjà mises en œuvre par nos services. Les principales sont mentionnées le cas échéant au plan d'action que vous trouverez joint à ce courrier.

Vous noterez qu'il ne nous apparaît pas pertinent de mettre en œuvre la recommandation n°6 de la mission. L'organisation actuelle du système d'audit interne de la DGAL respecte les garanties d'indépendance recommandées par la décision 2006/677 de la Commission européenne. Ce point n'avait d'ailleurs pas suscité d'interrogation de la part de la DG SANTE lors de son audit de notre système d'audit interne en octobre 2016.

Le Directeur Général de l'Alimentation,
Patrick DEHAUMONT

Annexe : plan d'action

R1. Approche méthodique du processus d'audit

« Pour l'organisme DGAL :

- se rapprocher des autres AC françaises pour étudier le périmètre et la cohérence des méthodes d'analyse de risque,
- élaborer et mettre en œuvre une méthode d'analyse de risque nationale, en tant qu'autorité compétente, en cohérence avec l'analyse de risque ministérielle,
- maintenir la primo élaboration locale de la programmation régionale, car elle apporte une vision territoriale plus précise et plus complète, en s'assurant de la cohérence avec l'analyse de risque nationale.

La direction d'administration centrale DGAL devra cependant coordonner les programmations régionales de façon :

- à répondre de façon équilibrée à des attentes fortes des directeurs sur des sujets qui engagent leur responsabilité pénale et celle de leurs collaborateurs, tout en limitant les audits sur certains thèmes à ce qui est nécessaire aux besoins de l'AC,
- à susciter des candidatures sur des sujets qui n'émergeraient pas de la programmation locale. »

Réponse de la DGAL :

Nous confirmons notre souhait de maintenir le dispositif actuel de programmation régionale des audits. Celui-ci, conformément aux engagements du Directeur général de l'alimentation, permet effectivement de conforter la vision terrain du système d'audit en replaçant notamment les directeurs et les manageurs au cœur du dispositif.

Nos services s'assurent toutefois, dans un premier temps, de sa cohérence avec les attendus détaillés dans la PN Audit et de la bonne prise en compte de toutes les thématiques d'audit technique au niveau national. Ainsi, la DGAL peut recommander des ajustements dans le cadre du dialogue de gestion (entretiens annuels ou contrats d'objectifs et de performance). Dans un second temps, une analyse de risque nationale sera développée, avec l'appui des bureaux métiers, pour s'assurer de la cohérence des programmations régionales avec les exigences réglementaires.

La DGAL et la DGCCRF partagent désormais leur programmation respective des audits. Des échanges plus réguliers vont être mis en place pour veiller à une pression d'audit convenable pour les structures (éviter les audits successifs des deux directions) et des audits conjoints seront menés sur des sujets propices.

Action	Objectif	Échéance	Responsable
Analyser les programmations et réalisations d'audits pour identifier les domaines sous ou sur évalués et organiser les échanges avec les directions régionales pour d'éventuels ajustements	S'assurer d'une couverture optimale de la réalisation des audits internes dans les différents domaines d'activité	Déjà mis en œuvre dans le cadre du dialogue de gestion et des bilans des contrats régionaux d'objectifs et de performance	BMQCC
Mettre en place une analyse de risque nationale	S'assurer de la pertinence du système d'audit interne	Revue de direction 2019	Michel GUILLOU, chef du BMQCC

R2. Cohérence et compétences des auditeurs

« Mettre en place des mécanismes appropriés permettant de garantir la cohérence et le maintien des compétences des auditeurs et des responsables d'équipe d'audit. »

Réponse de la DGAL :

Une supervision des rapports d'audit est assurée par le BMQCC et la chargée de mission nationale « Audit ». Aléatoire et basée sur une analyse de risque (nouvel auditeur, thèmes multiples abordés au cours d'un même audit, structure identifiée, etc.), elle doit toutefois être objectivée et formalisée, notamment à l'appui de la fiche de lecture de rapport d'audit qui doit être revue.

<u>Action</u>	<u>Objectif</u>	<u>Échéance</u>	<u>Responsable</u>
Organiser des échanges de pratiques d'auditeur (généraliste ou technique)	Harmoniser les pratiques d'audit	Déjà mis en œuvre	BMQCC
Organiser un suivi de la qualification des auditeurs au cours du temps	Veiller au maintien de la compétence des auditeurs	Déjà mis en œuvre	BMQCC
Organiser des échanges avec les IGAPS et les RBOP délégués pour s'assurer de critères communs dans la sélection des candidatures au poste de CRAQ	S'assurer que les CRAQ disposent ou peuvent disposer du bagage suffisant pour assurer leur fonction	30 septembre 2018	Benjamin GENTON, SDPRAT
Rédiger une charte de l'auditeur rappelant les règles de déontologie, d'indépendance et d'impartialité.	S'assurer de la connaissance par les auditeurs des règles à respecter	30 juin 2018	Ramazan AVCI, chargé d'étude « management par la qualité » (BMQCC)
Réviser la fiche de lecture de rapport d'audit	Formaliser et objectiver la supervision des rapports d'audit	30 juin 2018	Denis DEBAT, adjoint au chef du BMQCC

R3. Conduite et suivi des audits

<p>« Pour assurer l'approche méthodique du processus d'audit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre des questionnaires d'audits thématiques à la disposition des auditeurs ; - concevoir un modèle de rapport comportant clairement le déroulé de la phase contradictoire, le plan de diffusion et le plan d'action ; - clarifier les instructions sur le traitement des constats ; - mettre en place une supervision des rapports qui visera notamment à harmoniser la qualification des constats ; - déterminer les modalités d'approbation des rapports. »

Réponse de la DGAL :

La DGAL ne souhaite pas mettre à disposition des auditeurs des questionnaires types qui ne pourront prendre en compte toutes les spécificités des structures et pourraient les conduire à se limiter aux questions mentionnées. A contrario, nous créons des fiches pratiques présentant une méthodologie d'audit qui mentionnent, pour chaque étape clé du processus ou du domaine technique, les risques associés, les objectifs de l'auditeur, les points à observer, les fonctions à auditer et les éléments de maîtrise du risque identifié (à ce stade pour le seul processus *Management*). Ces fiches pratiques, qui n'ont pas vocation à être exhaustives, ont pour objet d'harmoniser les pratiques d'audit en donnant aux auditeurs un cadre de référence. Elles ne dispensent pas de la connaissance des principaux textes du référentiel d'audit. Elles n'ont pas vocation à lister des points obligatoires : en fonction de la conduite d'un audit, certains points pourront ne pas être évalués.

La supervision des rapports d'audit existe déjà ; elle est ainsi mentionnée dans la PN Audit du 13/07/2017 :

Supervision : Chaque auditeur qualifié doit être supervisé par le CRAQ de sa région à minima une fois tous les 3 ans. Cette supervision peut être documentaire, sur la base de rapports d'audit et des documents associés, ou en situation réelle d'audit. Le CRAQ communique le rapport de supervision à l'auditeur et transmet une copie au BMQCC. En fonction des conclusions de la supervision, une formation complémentaire peut être proposée à l'auditeur. Selon les mêmes règles, les CRAQ et les auditeurs

<u>Action</u>	<u>Objectif</u>	<u>Échéance</u>	<u>Responsable</u>
Intégrer clairement au modèle de rapport d'audit le déroulé de la phase contradictoire, le plan de	S'assurer du respect du contradictoire et des étapes clés du suivi des	30 juin 2018	Elodie SADOWSKI, chargé d'études « management par la

diffusion et les étapes d'élaboration du plan d'action	audits		qualité » (BMQCC)
+ Réviser la fiche de lecture de rapport d'audit (déjà mentionnée)	Formaliser et objectiver la supervision des rapports d'audit	30 juin 2018	Denis DEBAT, adjoint au chef du BMQCC

R4. Diffusion des bonnes pratiques et suivi des actions correctives et préventives

« Définir les modalités pour, au niveau régional et au niveau national, répertorier et exploiter les différents constats positifs et négatifs dans une optique d'amélioration continue.
Se doter d'un outil informatique permettant une exploitation aisée des données d'audit par toutes les personnes concernées.
S'assurer que le nombre d'audits techniques est suffisant, tant au niveau régional que national, pour permettre une évaluation de la qualité et de la cohérence des contrôles. »

Réponse de la DGAL :

Action	Objectif	Échéance	Responsable
Rédiger des synthèses de constats d'audit par thématique d'audit, à partager avec les bureaux techniques et la communauté de travail	Mutualiser les bonnes pratiques et valoriser les constats dans une optique d'amélioration continue	Déjà mis en œuvre ; extension progressive	BMQCC
Rechercher un logiciel de suivi des audits permettant de remplacer le projet SECUREA abandonné et l'outil SIGAL actuellement utilisé	Assurer un suivi optimal des audits de l'organisme DGAL	31 décembre 2018	Denis DEBAT, adjoint au chef du BMQCC
Réaliser une cartographie des ressources disponibles par thématique d'audit	S'assurer d'une capacité de réalisation d'audit suffisante	31 décembre 2018	Elodie SADOWSKI, chargé d'études « management par la qualité » (BMQCC)
Mettre en place une analyse de risque nationale	S'assurer que le nombre d'audits techniques est suffisant pour permettre une évaluation de la qualité des contrôles	Revue de direction 2019	Michel GUILLOU, chef du BMQCC

R5. Examen de l'atteinte des objectifs du programme d'audit

« La DGAL doit entreprendre une réflexion globale sur la mise en œuvre de la transparence externe du processus d'audit requise par le point 5.2 de la décision 2006/677/CE de la Commission. »

Réponse de la DGAL :

Action	Objectif	Échéance	Responsable
Identifier parmi les exemples de pratiques présentes dans la décision 2006/677, celles qui peuvent favoriser la transparence du système d'audit de la DGAL	Favoriser la transparence du système d'audit de l'organisme DGAL	Revue de direction 2019	Isabelle PIERSON, chargée de mission nationale « Audit » (BMQCC)

R6. Garantir l'indépendance

« Attribuer à des agents différents les fonctions de sous directeur des ressources et des actions transversales et de responsable de l'audit interne. Attribuer à des agents différents les fonctions de responsable qualité national dans sa définition actuelle et de responsable de l'audit interne. De façon générale, ne pas confier une responsabilité d'audit interne à un agent ayant des responsabilités opérationnelles dans le champ audité. »

Réponse de la DGAL :

Le règlement européen 882/2004 mentionne à l'article 4 §6 que "(les) audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente", repris en ces termes par le futur règlement n°2017/625 (art. 6§2). Ces exigences sont précisées par la décision 2006/677 qui fait état de recommandations : pour les audits internes, il est recommandé que l'organisme d'audit et l'équipe d'audit soit désignés par la direction, à qui ils rendent compte, et qu'un contrôle soit effectué pour s'assurer de l'absence de conflit d'intérêt. Sur ce dernier point, le Directeur général a souhaité que soit maintenue la séparation entre les fonctions d'audit et les fonctions d'allocation des moyens et des ressources. C'est pourquoi ces missions sont attribuées à deux bureaux distincts au sein de la DGAL (BMQCC et BPP206). Ces deux bureaux rendent compte au SDPRAT qui rend lui-même compte au Directeur général, selon le schéma recommandé par la décision 2006/677.

Vous noterez par ailleurs que l'audit COFRAC de janvier 2014 selon le référentiel ISO/CEI 17020 n'a pas donné lieu à un questionnement sur cette thématique, alors que l'indépendance et l'impartialité sont au cœur de la norme en question. La sous-directrice du pilotage des ressources et des actions transversales occupait alors également les fonctions de responsable de l'audit interne et de responsable qualité nationale auprès du Directeur général à l'occasion du renouvellement de l'accréditation de la DGAL par le COFRAC.

Enfin, la programmation des audits est locale, réalisée à la demande du directeur de la structure, dont vous conseillez d'ailleurs le maintien dans vos recommandations. L'intervention du niveau national se fait à l'occasion d'éventuels ajustements proposés dans le cadre de l'analyse de risque nationale, que nous devons renforcer, soit à la marge d'un point de vue quantitatif. Le SDPRAT n'a donc pas de fonction de programmation d'audit et ne décide pas des thématiques et des lieux d'audit, ce qui limite également les conflits d'intérêt. S'il attribue la qualification sur des critères objectifs et partagés en tant que responsable qualité national, le SDPRAT n'intervient pas non plus dans le choix des auditeurs.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il ne nous apparaît pas pertinent de mettre en œuvre la recommandation de la mission.

Annexe 13 : Commentaires de la mission sur la réponse de la DGAL à l'issue de la phase contradictoire

La mission valide le plan d'action transmis.

Elle souhaite toutefois souligner des différences d'approche sur deux points.

En ce qui concerne la supervision de chaque rapport, celle-ci n'est pas une exigence explicite de la décision 2006/677/CE. Cependant, une supervision planifiée en fonction de critères précis reste un des meilleurs moyens pour assurer à la fois la cohérence entre les auditeurs et le maintien des compétences, qui sont deux exigences de la décision.

En ce qui concerne le manque d'indépendance du RAI, le DGAL privilégie la compétence dans ce domaine d'un proche collaborateur (position pragmatique) ; la mission prend en compte que ce collaborateur est également chargé de l'allocation des moyens et du contrôle interne pour considérer que ce cumul est incompatible dans son principe (position de doctrine).

En parallèle à ce constat de différences d'approche, la mission note que :

- la MMAI utilise le référentiel CRAIE et valorise donc dans sa pratique la supervision des rapports et l'indépendance du RAI ;
- la DGAL reste marquée par la norme ISO 17020 qui ne formule pas les mêmes obligations sur ces deux points.

L'appropriation progressive par la DGAL des concepts du CRAIE, qui sont l'adaptation à la fonction publique des normes de l'IFACI, permettra d'avancer sur ces deux points.