

ISO 9001 : 2015

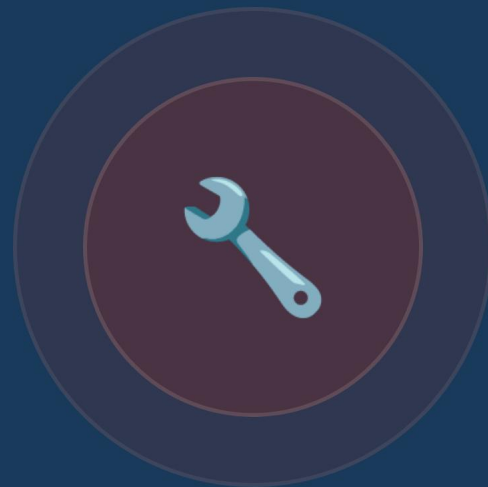
## CHAPITRE 10.2

# Non-conformité et action corrective

*Guide pratique pour la mise en place de votre démarche qualité*

---

Série : Démarche ISO 9001 — §10.2



# § 10.2 — Ce que vous allez apprendre

Objectifs de cette présentation



## Texte de la norme

§10.2.1 : les 5 actions exigées face à une NC. §10.2.2 : les 4 éléments obligatoires de l'enregistrement AC



## Analyse de cause racine

Comprendre pourquoi la NC est apparue — pas seulement corriger le symptôme. Méthodes : 5 pourquoi, ishikawa, arbre des causes



## §10.2 vs §8.7

§8.7 traite le produit NC qui est là. §10.2 analyse la cause et prévient la récurrence — deux mécanismes complémentaires



## Enregistrements OBLIGATOIRES

§10.2.2 exige 4 éléments dans chaque fiche AC — nature NC, actions, résultats, modifications du SMQ si nécessaire

## § 10.2 — Texte officiel de la norme

ISO 9001:2015 — Verbatim

Exigence normative

§10.2.1 — Lorsqu'une non-conformité se produit, y compris celle résultant de réclamations, l'organisme doit :

- a) **réagir** à la NC et, selon le cas : prendre des mesures pour la maîtriser et la corriger ; faire face aux conséquences ;
- b) **évaluer s'il est nécessaire de mener une action corrective** pour éliminer la cause(s) de la NC, afin qu'elle ne se reproduise pas ou n'apparaisse pas ailleurs, en : examinant et analysant la NC ; déterminant les causes de la NC ; déterminant si des NC similaires existent ou pourraient potentiellement se produire ;
- c) **mettre en œuvre toute action nécessaire** ;
- d) **examiner l'efficacité de toute action corrective** mise en œuvre ;
- e) si nécessaire, **mettre à jour les risques et opportunités** déterminés durant la planification ;
- f) si nécessaire, **apporter des modifications au SMQ**.


Les actions correctives doivent être **adaptées aux effets des non-conformités rencontrées**.

§10.2.2 — L'organisme doit conserver des informations documentées comme preuves : de la nature des NC et de toute action ultérieure entreprise ; des résultats de toute action corrective.

Source : NF EN ISO 9001:2015 — AFNOR, octobre 2015

## § 10.2 — En clair : traiter la cause, pas le symptôme

Vulgarisation & compréhension pratique

 **Principe** : §8.7 dit "gérez ce produit NC". §10.2 dit "trouvez pourquoi c'est arrivé et faites en sorte que ça n'arrive plus". L'action corrective vise la cause racine — pas seulement le symptôme. Elle est déclenchée quand une NC est récurrente, significative ou systémique.

### Quand déclencher une AC §10.2 ?

- NC récurrente (même type, même processus, même cause probable)
- NC significative par son impact client, financier ou réglementaire
- NC détectée après livraison — réclamation client
- Écart d'audit interne §9.2 ou d'audit de certification
- NC identifiée en revue de direction §9.3
- Pas chaque NC individuelle — le seuil de déclenchement est à définir

### Analyse de cause racine — méthodes

- **5 Pourquoi** — poser "pourquoi ?" 5 fois pour remonter à la cause profonde
- **Diagramme d'Ishikawa** — 5M : Matière, Méthode, Main-d'œuvre, Milieu, Machines
- **Arbre des causes** — représentation visuelle des liens de causalité
- **AMDEC** — analyse des modes de défaillance et de leurs effets
- ISO 9001 n'impose pas de méthode — adapter à la complexité de la NC
- Une cause mal identifiée = une AC inefficace = NC récurrente

 **Point clé** : §10.2.1.d exige d'examiner l'efficacité de l'AC mise en œuvre. Une AC sans vérification de son efficacité n'est pas conforme. La preuve d'efficacité (indicateur avant/après, disparition de la NC sur la période suivante) est obligatoire dans l'enregistrement §10.2.2.

## § 10.2 — Le cycle de l'action corrective en 6 étapes

De la détection de la NC à la vérification de l'efficacité

### 1 — DÉTECTION



- NC identifiée (contrôle, réclamation, audit, revue)
- Enregistrement §8.7 créé
- Traitement immédiat §8.7 réalisé
- Évaluation : AC nécessaire ?
- Seuil de déclenchement atteint ?

### 2 — ANALYSE CAUSE



- Description précise de la NC
- Méthode choisie : 5P, Ishikawa...
- Cause(s) racine(s) identifiée(s)
- NC similaires ? Risque d'extension ?
- Cause validée par le terrain

### 3 — DÉFINIR L'AC



- Action ciblée sur la cause racine
- Action proportionnée à l'impact NC
- Responsable désigné
- Délai fixé et réaliste
- Indicateur d'efficacité défini

### 4 — MISE EN ŒUVRE



- Action réalisée selon plan
- Ressources allouées
- Communication aux équipes concernées
- MAJ procédures si nécessaire
- MAJ risques §6.1 si nécessaire

### 5 — VÉRIF. EFFICACITÉ



- Mesure de l'indicateur défini
- La NC a-t-elle disparu ?
- Délai de vérification adapté
- Résultat documenté
- AC inefficace → nouvel cycle

### 6 — CLÔTURE




- AC clôturée si efficace
- Enregistrement §10.2.2 complété
- SMQ mis à jour si nécessaire
- Résultats remontés §9.3
- Capitalisation : diffuser les bonnes pratiques

⚠ §10.2.1.e et .f : si la NC révèle un risque non identifié ou une lacune du SMQ, **mettre à jour le registre des risques §6.1** et/ou **modifier le SMQ** (procédure, processus, formation...). Ces deux actions sont souvent oubliées — et vérifiées en audit.

# § 10.2 — Documents & enregistrements obligatoires

§10.2.2 — Les 2 catégories d'informations documentées exigées

 §10.2.2 exige de conserver : (a) la nature de la NC et toute action ultérieure + (b) les résultats de l'AC. Ces deux éléments sont obligatoires. Une fiche AC sans résultat d'efficacité documenté = non-conformité à §10.2.2.

## Fiche d'action corrective

OBLIGATOIRE §10.2.2

- ✓ Référence unique, date, origine (NC, réclamation, audit...)
- ✓ Description précise de la NC — nature, étendue, impact
- ✓ Analyse de cause racine — méthode utilisée, cause identifiée
- ✓ AC définie — action, responsable, délai
- ✓ Résultat de vérification de l'efficacité — avec indicateur
- ✓ Date de clôture + décision de clôture signée

 **Peut être intégrée au registre NC §8.7 si les deux parties sont distinctes**

## Résultats de l'AC

OBLIGATOIRE §10.2.2


- ✓ Indicateur mesuré avant AC (valeur de référence)
- ✓ Indicateur mesuré après AC sur période définie
- ✓ Conclusion : NC éliminée / réduite / persistante
- ✓ Si AC inefficace : nouvel cycle documenté
- ✓ Preuve que la cause racine a bien été traitée

 **Sans résultat d'efficacité documenté = fiche AC incomplète au regard de §10.2.2**

## MAJ du SMQ si nécessaire

§10.2.1.e.f

- ✓ Procédure mise à jour si la NC révèle une lacune documentaire
- ✓ Formation déclenchée si cause = compétence insuffisante §7.2
- ✓ Registre des risques §6.1 mis à jour si nouveau risque identifié
- ✓ Cartographie des processus révisée si nécessaire §4.4

 **Ces mises à jour prouvent que le SMQ apprend et s'adapte — marqueur fort de maturité**

## Tableau de bord AC

RECOMMANDÉ §9.1

- ✓ Nombre d'AC ouvertes / clôturées / en retard
- ✓ Délai moyen de résolution par type de NC
- ✓ Taux d'efficacité des AC (NC non récidivées)
- ✓ Répartition par processus, cause, gravité
- ✓ Tendances sur 12 mois — présenté en revue §9.3

 **Alimenté par §9.1.3 — entrée clé de la revue de direction §9.3**

## § 10.2 — Ce que recherche un auditeur


Préparez-vous efficacement à votre audit de certification

### Questions types posées par l'auditeur

- « Pouvez-vous me montrer votre registre d'actions correctives ? »
- « Prenons cette NC — quelle analyse de cause avez-vous réalisée ? »
- « L'action corrective était-elle ciblée sur la cause racine ou sur le symptôme ? »
- « Comment avez-vous vérifié que l'AC a été efficace ? Quel indicateur avez-vous utilisé ? »
- « Y a-t-il des AC ouvertes depuis plus de 3 mois ? Pourquoi ne sont-elles pas clôturées ? »
- « Cette NC a-t-elle conduit à mettre à jour une procédure ou le registre des risques ? »
- « Vos AC récurrentes ont-elles fait l'objet d'une revue en §9.3 ? »

### Preuves attendues

- **Fiches AC complètes §10.2.2**  
Nature NC + actions + résultats d'efficacité
- **Analyse de cause documentée**  
Méthode utilisée, cause racine identifiée
- **Vérification d'efficacité tracée**  
Indicateur avant/après — conclusion
- **MAJ SMQ si NC révèle lacune**  
Procédure, formation, registre risques
- **Lien AC → revue §9.3**  
Bilan AC présenté en revue de direction

 L'auditeur prend une AC au hasard et remonte toute la chaîne : NC source → analyse cause → action → vérification efficacité. Si la chaîne est cassée à une étape — cause non analysée, efficacité non vérifiée — c'est un écart §10.2 direct.

## § 10.2 — Erreurs fréquentes & bonnes pratiques

Les pièges à éviter dans la gestion des actions correctives

### ✘ Erreurs fréquentes

#### AC ciblée sur le symptôme, pas la cause

La pièce est NC en dimension → on retouche la pièce (§8.7). Mais l'AC §10.2 est "vérifier mieux à l'avenir" — sans chercher pourquoi la pièce sort hors tolérance. Sans analyse de cause racine, la NC se reproduit.

#### Efficacité de l'AC non vérifiée — fiche clôturée sans preuve

L'action est réalisée et la fiche est clôturée — mais personne n'a vérifié si la NC a disparu. §10.2.1.d exige l'examen de l'efficacité. Une fiche clôturée sans résultat d'efficacité est incomplète.

#### AC ouvertes depuis des mois sans avancement

Un registre AC avec 15 fiches ouvertes depuis 6 mois et aucune mise à jour. L'auditeur considère cela comme un système AC non opérationnel — les AC non suivies ne protègent pas contre la récurrence.

#### SMQ non mis à jour suite à une NC systémique

Une NC révèle qu'une procédure est obsolète ou qu'un risque n'a pas été identifié. L'AC traite le cas mais la procédure et le registre des risques ne sont pas mis à jour — la lacune reste dans le système.

### ✔ Bonnes pratiques recommandées

#### Analyse de cause systématique avec méthode documentée

Pour toute AC déclenchée : documenter la méthode d'analyse utilisée (5 Pourquoi, Ishikawa...) et la cause racine identifiée. Une cause "opérateur n'a pas fait" cache souvent une cause "procédure absente ou formation insuffisante".

#### Délai de vérification d'efficacité défini dès l'ouverture de l'AC

Dès que l'AC est définie, fixer la date de vérification d'efficacité (ex : dans 3 mois après mise en œuvre). L'indicateur de référence est mesuré avant l'AC. La vérification est planifiée — pas laissée au hasard.

#### Tableau de pilotage AC avec délais et alertes

Un tableau simple (Excel, logiciel QMS) avec statut, responsable, délai et alerte en cas de dépassement. Revue mensuelle du tableau avec les responsables concernés. Les AC en retard sont escaladées.

#### Capitalisation : diffuser les AC efficaces à tout le SMQ

Quand une AC résout un problème de façon efficace, partager la solution aux processus similaires. Mettre à jour les procédures et les plans de contrôle. Transformer chaque AC en apprentissage organisationnel.

📌 §10.2 est le chapitre le plus évalué en profondeur par les auditeurs — car il révèle la capacité de l'organisme à apprendre de ses erreurs. Une gestion rigoureuse des AC, avec analyse de cause et vérification d'efficacité, est le signe le plus tangible de maturité SMQ.

## § 10.2 — Synthèse & plan d'action

Ce que vous devez mettre en place — étape par étape

1

### Définir le seuil de déclenchement des AC et le documenter

Critères clairs : NC récurrente  $\geq 2$  fois en 3 mois, NC critique (sécurité, client, réglementaire), écart d'audit. Le seuil est connu de tous les responsables — évite les AC déclenchées trop tôt ou trop tard.

Court terme  
1-2 mois

2

### Créer la fiche AC standardisée couvrant les 6 étapes du cycle

Un formulaire structuré : NC source → analyse cause (méthode + résultat) → AC définie (action + responsable + délai) → mise en œuvre → vérification efficacité (indicateur + résultat) → clôture. Impossible d'oublier une étape.

Court terme  
2 mois

3

### Former les responsables aux méthodes d'analyse de cause racine

Formation courte (1 journée) sur les 5 Pourquoi et l'Ishikawa. Suffisant pour couvrir 90 % des NC courantes. Les responsables processus gèrent leurs propres AC avec l'appui du responsable qualité.

Court terme  
2-3 mois

4

### Mettre en place le tableau de pilotage AC avec revue mensuelle

Statut, responsable, délai, alerte dépassement. Revue mensuelle systématique. AC en retard escaladées au responsable hiérarchique. Aucune AC ouverte sans responsable et date de vérification d'efficacité.

Mensuel

5

### Systématiser la mise à jour du SMQ suite aux AC significatives

Processus automatique : toute AC clôturée passe en revue "impact SMQ" — procédure à mettre à jour ? Risque à enregistrer §6.1 ? Formation à déclencher §7.2 ? La réponse est documentée dans la fiche AC.

Systématique

6

### Présenter le bilan AC en revue de direction §9.3 avec indicateurs de tendance

Nombre AC, délai moyen résolution, taux d'efficacité, NC récidivées. Tendances sur 12 mois. Démontrer que le système AC fonctionne et que les NC diminuent — preuve d'amélioration continue §10.3.

Annuel §9.3

# En résumé — §10.2



## Objectif

Éliminer les causes des non-conformités pour éviter leur récurrence — pas seulement corriger le produit NC (§8.7). L'AC cible la cause racine et vérifie son efficacité avant clôture.



## Cycle en 6 étapes

Détection → analyse de cause racine → définir l'AC → mettre en œuvre → vérifier l'efficacité → clôturer. Chaque étape est documentée. Une étape manquante = cycle incomplet = NC potentielle §10.2.



## Enregistrements OBLIGATOIRES §10.2.2

Nature de la NC + actions mises en œuvre + résultats de l'AC (efficacité vérifiée). Les deux sont obligatoires. Une fiche AC sans résultat d'efficacité documenté est incomplète.



## Mise à jour du SMQ §10.2.1.e.f

Si la NC révèle un risque non identifié ou une lacune du SMQ : mettre à jour le registre des risques §6.1 et/ou modifier les procédures, formations, processus. Le SMQ apprend de ses erreurs.

► Prochain chapitre : §10.3 — Amélioration continue