

RAPPORT D'AUDIT

COMMUNE DE BERNAY

Référentiel : Phase

REF111 - QUALIVILLES - Avril 2017 - Divers

Date de début d'audit : 24/11/2025

Référence : 42433316

VOTRE RESPONSABLE

D'AUDIT

SMIDTS Walter

Téléphone : 06 64 88 99 06

E-mail : walter178@hotmail.fr

VOTRE CHARGÉ(E) DE CLIENTÈLE

LUTTE Mariama

Téléphone : 01 41 62 61 40

E-mail : mariama.lutte@afnor.org

AFNOR Certification – Siège : 11 rue Francis de Pressensé
93571 La Plaine Saint-Denis Cedex – France
T. +33 (0)1 41 62 80 11 – F. +33 (0)1 49 17 90 00
SAS au capital de 18 187 000 € - 479 076 002 RCS Bobigny

afnor
GROUPE

ORGANISME AUDITÉ

NOM

COMMUNE DE BERNAY

ADRESSE DU SIÈGE

COMMUNE DE BERNAY : PLACE GUSTAVE HEON - - 27300
BERNAY

CONTACT PRINCIPAL

MANUEL CHEVALLIER

TÉLÉPHONE

06 31 48 69 77

E-MAIL

manuel.chevallier@bernay27.fr

ABRÉVIATIONS

A	Auditeur	PF	Point fort
NC. Min. ou Maj	Non-conformité mineure ou majeure	PS	Point sensible
Note	Constat de Conformité	RA	Responsable d'Audit
OC	Organisme de Certification		

Clause de confidentialité : Ce rapport d'audit est confidentiel et limité en diffusion aux services de l'organisme de certification et de l'organisme audité. Il demeure la propriété exclusive de l'organisme de certification. © Toute reproduction intégrale ou partielle, faite en dehors d'une autorisation expresse de l'organisme de certification ou de ses ayants cause, est illicite.

I.

PRÉSENTATION DE L'ORGANISME ET DE L'AUDIT

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

Cet audit de vérification documentaire fait suite à l'audit initial mené fin mai dernier.

La collectivité qui se présente à la certification Qualivilles est la ville de Bernay. Commune de 10 000 habitants située dans l'Eure, la démarche « qualité et relations usagers » initiée par Madame le Maire et pilotée par le Directeur Communication et Dynamique locale, a été officiellement lancée en septembre 2024. Elle couvre les modules 1, 2 et 3 ainsi que le module 4 "Citoyenneté et démarches administratives", le module 6 "Prestations familles" et le module 7 "Prestations sociales".

Au total, ce sont 35 agents qui mettent leurs compétences au service de la satisfaction des administrés.

L'audit initial s'est soldé par l'identification de 3 NC majeures, de 4 NC mineures et de 3 points sensibles.

Cet audit de vérification documentaire a donc pour objectif d'examiner la mise en œuvre des actions correctives sur les 3 non-conformités majeures et de pouvoir les lever

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

Le libellé de la certification est représentatif du domaine d'application et du périmètre de certification. Il est conforme au référentiel.

Description du périmètre d'application (sites) couvert par la certification

Pas de différence entre le périmètre de certification définis dans l'annexe technique et ceux réellement audités

Rapport finalisé le 22/12/2025

II.

CONCLUSIONS

Le constat réalisé par le responsable d'audit ne préjuge pas de l'octroi de la certification.

1. CONCLUSIONS GENERALES DE L'AUDIT

Cet audit permet de clôturer les 3 NC majeures.

Les 4 NC mineures seront examinées à l'occasion du prochain audit sur site, tout comme les 3 PS.

Dans le cadre du présent audit, l'audit à distance a été réalisé (cf. Plan d'audit) de façon efficace et a permis d'atteindre les objectifs de l'audit

NON CONCERNE

OUI

NON

X

Pourquoi, à préciser :

Les objectifs de l'audit étaient d'examiner la mise en œuvre des actions correctives sur les 3 non-conformités majeures et de pouvoir les lever.

Nota : Seul l'Organisme Certificateur est habilité à statuer sur les conditions d'audit à distance en tenant compte des recommandations du responsable d'audit, et à les mettre en œuvre.

2. POINTS MARQUANTS

Dans cette partie du rapport, nous souhaitons porter à l'attention de l'Organisme, la synthèse des forces et faiblesses de l'organisme par rapport au référentiel

Les points forts

La forme et la composition du bilan annuel.
Les nombreuses actions mises en œuvre depuis l'audit initial du mois de mai.

Les points sensibles

Sans objet dans le cadre de cette vérification documentaire.

3. CONSTATS

Nombre de constats de l'audit en cours

Non-conformités majeures : 0 Non-conformités mineures : 0

Nombre de NC issues de l'audit précédent : 3. Traitées et jointes : Restent à traiter :

Se reporter aux fiches d'écart jointes au présent rapport. Une réponse écrite (plan d'action avec éventuellement preuve de sa mise en œuvre) est requise pour toutes non-conformités relevées ou maintenues lors du présent audit.

Synthèse des chapitres examinés et des écarts

N° d'Engagement du Référentiel	Engagement :	Ex	NC maj	NC min
Module 1	Engagements 1 à 10			X
Module 4	Engagements 20 à 23	X		
Module 6	Engagements 29 à 34			X
Module 7	Engagements 35 et 36			X

Disposition d'Organisation.	Critères :	Ex	NC maj	NC min
Module 2	Engagements 11 à 14			X

Disposition de Suivi et de Pilotage	Critères :	Ex	NC maj	NC min
Module 3	Engagements 15 à 19	X		

Modalités de référence à la marque ENGAGEMENT DE SERVICE	Critères :	Ex	NC maj	NC min
V Modalités de communication		X		

NB : ce : tableau « Modalités de Communication » est à supprimer en cas d'audit initial

EX = Engagement examiné (tous doivent l'être au cours d'un audit) -

NC maj = Nombre de non conformités majeures – NC min : Nombre de non-conformités mineures

III. ÉLÉMENTS TECHNIQUES

Exigences légales et réglementaires

Pas de commentaire particulier à l'occasion de cette vérification documentaire.

Mise en demeure ou procès-verbal en cours.	N/A
--	-----

Traitement des réclamations des parties intéressées reçues par l'OC

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

AFNOR Certification a enregistré et transmis à l'auditeur la/les réclamation(s) concernant le service et périmètre certifié suivantes...

Sans objet pour cet audit de vérification documentaire.

IV. ANNEXES

Définitions

Fiches de non-conformité

Plan d'audit réalisé

PV de clôture

ANNEXE 1 : DÉFINITIONS

Lexique (abréviations)

Non-applicable (NA)

Élément considéré comme non-applicable en prenant en compte le contexte de l'organisme.

Examiné (Ex)

Élément audité.

A contrario lorsque non indiqué comme examiné : élément applicable mais non audité car non échantillonné.

Conformité (C)

Satisfaction d'une exigence.

(ISO 9000:2015 § 3.6.11)

Non-conformité (NC)

Non-satisfaction d'une exigence.

(ISO 9000:2015 § 3.5.9)

Non-conformité mineure (NC_{min})

Non-satisfaction d'une exigence du référentiel d'audit n'entraînant pas de risque important de non-respect d'une exigence relative au service délivré.

Non-conformité Majeure (NC_{Maj})

Non-satisfaction d'une exigence du référentiel d'audit entraînant un risque avéré (c'est-à-dire fondé sur des éléments objectifs) de non-respect, récurrent, ou unique en cas de risque très important, d'une exigence relative au service délivré.

Commentaires généraux

Constat de conformité par rapport au référentiel d'audit.

Le commentaire général est utilisé pour apporter un avis global sur le degré de conformité aux exigences du référentiel d'audit.

Note

Constat de conformité par rapport au référentiel d'audit.

Une note est utilisée pour :

- répondre aux "éléments spécifiques" à auditer,
- préciser une spécificité notable de l'organisation mise en œuvre ou des services certifiés,
- garder trace d'un constat effectué lors de l'audit et documenté dans le rapport sans qualificatif particulier.

Point Fort (PF)

Élément sur lequel l'organisme se distingue par une pratique, méthode ou technique performante.

Point Sensible (PS)

Élément sur lequel des preuves d'audit montrent que l'organisme, actuellement conforme, risque de ne plus atteindre les exigences du référentiel d'audit à court ou moyen terme.

Un point sensible étant un constat particulier de conformité par rapport au référentiel d'audit :

- son libellé ne doit pas prêter à confusion,
- un point sensible doit être réévalué à l'audit suivant.

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

CONSTATS DE L'AUDIT

Date (mois/année) : 11/2025	Référence organisme : 42433316
Référentiel : Phase	
REF111 - QUALIVILLES - Avril 2017 - Divers	

"Type" : Non-conformité majeure (NC Maj), Non-conformité mineure (NC Min), Point sensible (PS), Point fort (PF), Constat de conformité (Note)
">>" : NC et PS reconduits

Type	N°	Libellé du constat	Référentiels	Clôturé	Site concerné
NCMAJ	WSM-1	Les audits internes n'ont pas été menés au sein de la collectivité. Le dispositif d'audit interne n'a pas été initié et n'a donc pas été en mesure de couvrir les services et sites de la démarche qualité. Absence de vérification du respect des engagements avant l'audit de certification. La mairie se prive d'un outil d'amélioration majeur dans une démarche qualité. Les actions suivantes ont été menées et documentées : - Formation spécifique d'un agent chargé d'accueil et de suivi de la démarche qualité et relation usagers. - Réalisation d'une première session d'audit interne au sein de la collectivité du 20 octobre au 28 octobre 2025. - Audit sur l'ensemble du périmètre Qualivilles : accueils de la Ville et du CCAS de Bernay : État Civil, Espace du Droit et de la Famille, Accueil de Loisirs, Pôle Ados, Multi-Accueil, Résidence Autonomie, Ludothèque et Médiathèque, Urbanisme, Eau, Police municipale et Maison des Associations. - Les rapports d'audit par sites et/ou activités montrent la rigueur avec laquelle cet audit interne a été mené. La NC majeure est levée.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.15 - Engagement 15 : Nous évaluons périodiquement nos pratiques pour nous améliorer et vous communiquons nos résultats.	Oui	Tous
NCMAJ	WSM-2	La collectivité ne s'est pas dotée d'un tableau de bord de bord qui associe les objectifs à chaque indicateur et permettant leur suivi. Les indicateurs ne sont pas définis, mis en place et suivis afin de veiller au respect des engagements. Manque de performance des activités menées. Les actions suivantes ont été menées et documentées : - Poursuite du déploiement du projet de mise en œuvre de la GRU. - CR de réunions du Groupe Projet sur les thématiques typologie des demandes, archivages, workflows, interconnexion des progiciels, etc. - CR de réunions avec le prestataire entre mai et octobre. - Test de la solution informatique le 24 octobre avec recettage programmé en janvier 2026. - Mise à disposition de quelques indicateurs de suivi qui confirme la progression sur la collecte et l'exploitation de donnée.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.17 - Engagement 17 : Nous mettons en place des indicateurs de performance pertinents.	Oui	Tous

		La NC Majeure est levée. A suivre en 2026 afin de laisser travailler sereinement la collectivité.			
NCMAJ	WSM-3	Le bilan annuel n'a pas été mené. La collectivité n'a pas réalisé de bilan annuel permettant d'examiner l'ensemble des données reflétant la qualité de service et le respect des engagements. Manque d'analyse de la démarche et de diffusion d'information aux agents. Le bilan annuel a été réalisé et rédigé en novembre 2025. Il est composé des éléments suivants : Partie 1 : 2020 > 2024 : La qualité de la relation aux usagers comme enjeu de transformation. Partie 2 : 2024 > 2025 : De la démarche qualité à la recherche de la certification Qualivilles. Partie 3 : 26 mai au 2 juin : Un audit initial de certification riche en enseignements Partie 4 : La gestion de la relation usagers au coeur de la démarche qualité. Partie 5 : Conclusion : une première année foisonnante au service de l'amélioration durable du service rendu. et des annexes ci-après : 1. Questionnaire de satisfaction initial 2. Analyse du questionnaire de satisfaction initial 3. Deuxième Enquête de satisfaction 4. Rapport d'analyse statistiques 5. Analyse statistique application mobile Bernay la Ville 6. Analyse statistique démarches en ligne 7. Analyse statistique site Internet www.bernaylaville.fr 8. Analyse statistique téléphonique accueil général 9. Questionnaire de satisfaction échanges téléphoniques 10. Plan de documentation - mise en service hiver 25/26 La NC majeure est levée.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.18 - Engagement 18 : Nous réalisons des bilans annuels.	Oui	Tous
NCMIN	WSM-5	La notion de réclamation n'est pas homogène sur l'ensemble des sites. Les réclamations ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique au sein de la collectivité. Manque de prise en compte des réclamations verbales. Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.1.4.10 - Engagement 10 : Nous traitons vos réclamations de manière systématique.	Non	Tous
NCMIN	WSM-6	Les règlements intérieurs ne sont pas systématiquement disponibles aux usagers. La gestion des listes d'attente n'est ni définie ni communiquée aux usagers. Sur le site Internet, les règlements intérieurs ne sont pas systématiquement disponibles aux usagers dans leurs dernières versions. Il en est de même pour les modalités de gestion des listes d'attente qui ne sont ni définies ni communiquées aux usagers. Manque d'information des usagers. Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.6.29 - Engagement 29 : Nous communiquons de manière complète auprès des familles.	Non	ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE, SERVICES MULTIACCUEIL, ACCUEIL DE LOISIRS ET LE PÔLE ADOS
NCMIN	WSM-7	La gestion des dossiers n'est pas optimisée. Il n'est pas procédé au contrôle annuel des informations du dossier "famille". Les informations contenues dans le dossier famille ne font pas l'objet d'un contrôle annuel selon des modalités définies.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.6.32 - Engagement 32 : Nous optimisons la gestion de vos dossiers.	Non	ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE, SERVICES MULTIACCUEIL,

		Informations non actualisées. Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.			ACCUEIL DE LOISIRS ET LE PÔLE ADOS
PS	WSM-8	La documentation consultable par les usagers sur les différents sites n'est pas actualisée et réapprovisionnée selon des modalités définies, de sorte qu'il est impossible d'identifier les documents à trouver obligatoirement sur chaque site. Constat classé en PS car la documentation est nombreuse sur chaque site audité. Ce PS sera vérifié lors du prochain audit sur site. Constat maintenu.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.1.1.02 - Engagement 2 : Nous vous informons des prestations fournies et des événements prévus.	Non	Tous
PS	WSM-9	Si d'excellentes pratiques ont été constatées, il est constaté une trop grande hétérogénéité des comportements et attitudes en matière d'accueil des usagers. Ce PS sera vérifié lors du prochain audit sur site. Constat maintenu.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.1.2.04 - Engagement 4 : Nous vous accueillons avec courtoisie et attention.	Non	Tous
PS	WSM-10	L'organisation documentaire et plus particulièrement la notion de procédures induites par le référentiel est améliorable afin de garantir l'existence de procédures en lien avec les exigences du référentiel. Ce PS sera vérifié lors du prochain audit sur site. Constat maintenu.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.2.13 - Engagement 13 : Nos savoir-faire et connaissances sont organisés pour une meilleure efficacité de nos services.	Non	Tous
PF	WSM-11	Le bilan annuel proposé à l'occasion de cet audit de vérification documentaire constitue un excellent support pour une première réalisation.	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.18 - Engagement 18 : Nous réalisons des bilans annuels.		Tous
PF	WSM-12	Le nombre et l'importance des actions correctives et des actions d'amélioration mises en œuvre depuis l'audit du mois de mai démontrent l'implication et le dynamisme des équipes. > Le nouveau site Internet : il répond à l'ensemble des attentes en matière d'accessibilité > La 1ère application mobile de la Ville Ios/Android présentée durant l'audit a été lancée en août avec son module de signalement (propreté, voirie, habitat, espaces verts...) qui préfigure la prochaine interface de GRU (module de suivi interne, statistiques...), son guidage par GPS vers les différents services publics de la Ville et du CCAS... > L'ouverture de l'espace du droit et de la famille le 11 juin 2025. Il regroupe notamment le CCAS, le Guichet famille, les services Jeunesse, Vie scolaire et périscolaire ainsi que la maison France services, le point justice, ainsi qu'un poste de titres biométriques de la Ville. Cette création a pour vocation d'améliorer la qualité du service public en facilitant le parcours administratif des familles et des usagers en général. La Ville souhaite ainsi fluidifier les parcours des usagers et de permettre aux usagers de retrouver différents services sur un même lieu et de clarifier l'offre de services dédiée aux familles > L'ouverture de la Maison de l'enfant en septembre pour la 1ère phase, (courant 2026 pour la deuxième) : parce que chaque famille mérite un accompagnement adapté, la Ville de Bernay crée un lieu inédit dans l'Eure : la Maison de l'Enfant. > La rénovation de l'accueil de la Maison des associations. > Des implantations de bornes tactiles de service public dans la ville. > Le renforcement signalétique Hôtel de Ville (intérieure et extérieure) et Espace du droit et de la famille (intérieure, extérieure et routière). > La poursuite de l'apport en formation des agents chargés des différents accueils avec notamment l'organisation de deux séminaires internes (17 octobre et 14 novembre) avec l'ensemble des agents d'accueil ou des formations individuelles (« Améliorer	REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.19 - Engagement 19 : Nous élaborons et mettons en œuvre un plan d'amélioration.		Tous

		sa GRU » pour la cheffe de projet ou « réaliser un audit interne » pour l'agent chargé d'accueil et de suivi de la démarche qualité et relation usagers). > la refonte du dispositif d'enquête de satisfaction, suite aux échanges durant l'audit initial.			
--	--	---	--	--	--

NON-CONFORMITÉ

Organisme : COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025

☐ Mineure

☒ Majeure

N° WSM-1

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.15 - Engagement 15 : Nous évaluons périodiquement nos pratiques pour nous améliorer et vous communiquons nos résultats.

o La collectivité organise et réalise au moins un audit interne par an et par service concerné par la démarche de certification.

Ces audits internes permettent la vérification du respect :

- des engagements ;
- des dispositions d'organisation, de suivi et de pilotage, décrites dans le présent référentiel.

o L'organisation de l'audit interne est assurée par le responsable qualité qui établit le programme d'audit et désigne les auditeurs internes. Ces audits sont réalisés par des personnes qualifiées et indépendantes de l'activité auditée. Pour être qualifiés les auditeurs ont suivi une formation à l'audit qualité.

o Les audits donnent lieu à des comptes rendus écrits, les écarts relevés font l'objet d'un plan d'amélioration, mis en œuvre et suivi par le responsable de la démarche qualité de service et le responsable du service concerné.

Constat factuel :

Les audits internes n'ont pas été menés au sein de la collectivité.

Libellé de la non-conformité :

Le dispositif d'audit interne n'a pas été initié et n'a donc pas été en mesure de couvrir les services et sites de la démarche qualité.

Risque (client/produit/processus/système) :

Absence de vérification du respect des engagements avant l'audit de certification.

La mairie se prive d'un outil d'amélioration majeur dans une démarche qualité.

Sites concernés : Tous

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

Effectivement, compte-tenu de la jeunesse de la démarche, aucun audit interne d'ampleur formalisé (comprendre sur l'ensemble du périmètre) n'a pu être mené avec le passage de l'auditeur AFNOR. Par ailleurs, la création du service "Accueil général et démarche qualité" remonte à avril 2025.

Correction de la Non-conformité

Réalisation d'un audit interne

Action corrective proposée	Réalisation d'un audit interne entre la dernière semaine de septembre 2025 et la mi-octobre à la fois avec un moyen interne (un agent du service "Accueil général et démarche qualité") ainsi que, sous réserve d'un accord budgétaire, un auditeur externe (devis en cours de réalisation).
Responsable	CHEVALLIER MANUEL
Date cible	17/10/2025
Correction de la Non-conformité	Professionnalisation des agents du service "accueil et démarche qualité"
Action corrective proposée	Formation d'un agent du service "Accueil et démarche qualité) à l'audit interne à l'audit interne dans le courant du deuxième semestre 2025 pour systématiser et professionnaliser l'audit interne à partir de 2026 (audits partiels et audits de l'ensemble du périmètre concerné).
Responsable	CHEVALLIER MANUEL
Date cible	19/12/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

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

Justification :

Les actions correspondent aux manquements constatés. La vérification de l'efficacité des ces actions hors site est envisageable.

Nom du RA : SMIDTS Walter

Date : 23/07/2025

VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Les actions suivantes ont été menées et documentées : - Formation spécifique d'un agent chargé d'accueil et de suivi de la démarche qualité et relation usagers. - Réalisation d'une première session d'audit interne au sein de la collectivité du 20 octobre au 28 octobre 2025. - Audit sur l'ensemble du périmètre Qualivilles : accueils de la Ville et du CCAS de Bernay : État Civil, Espace du Droit et de la Famille, Accueil de Loisirs, Pôle Ados, Multi-Accueil, Résidence Autonomie, Ludothèque et Médiathèque, Urbanisme, Eau, Police municipale et Maison des Associations. - Les rapports d'audit par sites et/ou activités montrent la rigueur avec laquelle cet audit interne a été mené. La NC majeure est levée.

Résultat :	☒ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date : 22/12/2025	

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

NON-CONFORMITÉ

Organisme : COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025

☐ Mineure

☒ Majeure

N° WSM-2

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.17 - Engagement 17 : Nous mettons en place des indicateurs de performance pertinents.

o Afin de veiller au respect de certains engagements, des indicateurs sont définis, mis en place et suivis.

o La collectivité crée et met à jour un tableau qui présente les objectifs associés à chaque indicateur et permettant leur suivi, dont les sujets suivants concernant le module 1 :

- au sein de l'engagement n°3, délais de réponse aux courriers, délais de réponse aux courriels, appels répondus, décroché en moins de quatre sonneries, mise en relation téléphonique ;
- au sein de l'engagement n°4, respect du délai de prise de rendez-vous, respect des horaires des rendez-vous ;
- au sein de l'engagement n°7, disponibilité et sens de l'écoute ;
- au sein de l'engagement n°8, facilité d'accès aux informations.

o La pertinence des objectifs et de leurs valeurs cibles est validée lors de l'audit externe. Le système d'indicateurs est cohérent avec les objectifs fixés dans la politique qualité.

o Les éventuels écarts relevés lors des contrôles sont analysés et traités à l'aide du plan d'amélioration. Lorsque la valeur d'un indicateur se situe entre l'objectif et la limite fixée, (mettant ainsi en évidence un risque potentiel), il peut être alors opportun d'engager une action préventive ou d'amélioration.

o Lorsque la valeur d'un indicateur dépasse la limite fixée, il est nécessaire d'engager une action corrective.

o Les résultats des mesures des indicateurs de performance peuvent être communiqués aux usagers une fois par an.

Constat factuel :

La collectivité ne s'est pas dotée d'un tableau de bord de bord qui associe les objectifs à chaque indicateur et permettant leur suivi.

Libellé de la non-conformité :

Les indicateurs ne sont pas définis, mis en place et suivis afin de veiller au respect des engagements.

Risque (client/produit/processus/système) :

Manque de performance des activités menées.

Sites concernés : Tous

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

Des indicateurs disparates existent mais ne sont pas centralisés efficacement en raison de l'absence de remontées en provenance de services, de la non-existence de certains indicateurs, et d'une structuration en cours de la démarche qualité au sein de la collectivité.

Correction de la Non-conformité

Action corrective proposée

Mise en place d'une interface de Gestion Relations Usagers (GRU)

Développement puis mise en service pour le dernier trimestre, avec la société UTOPIA d'une solution de GRU pour l'ensemble de la collectivité (à terme) et en priorité pour les services inclus dans le périmètre de certification Qualivilles. Après une première partie de l'année consacrée à trouver le bon prestataire, les services de la Ville sont, depuis la fin juin, en cours de travail sur la future interface qui centralisera et tracera les demandes d'intervention, réclamations et d'incident (téléphone, mail, courrier et remontées physiques des accueils). Cette interface permettra de renforcer et de structurer nos suivis d'indicateurs. Les indicateurs GRU seront calqués sur ceux du référentiel Qualivilles.

CHEVALLIER MANUEL

Responsable

Date cible

03/11/2025

Correction de la Non-conformité

Action corrective proposée

Poursuite de la mise en place d'indicateurs dans les services

Rappel et sensibilisation des services impliqués du référentiel qualivilles, organisation de la centralisation des différents indicateurs vers le service "Accueil et démarche qualité"

CHEVALLIER MANUEL

Responsable

Date cible

30/09/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L' ORGANISME

Pertinente : ☒ Oui
☐ Non

☒ En attente de
vérification

☐ Sur site

☒ Hors site

Justification :

Les actions sont pertinentes. La vérification de l'efficacité de celles-ci est à mener.

Nom du RA : SMIDTS Walter

Date : 23/07/2025

VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Les actions suivantes ont été menées et documentées : - Poursuite du déploiement du projet de mise en œuvre de la GRU. - CR de réunions du Groupe Projet sur les thématiques typologie des demandes, archivages, workflows, interconnexion des progiciels, etc. - CR de réunions avec le prestataire entre mai et octobre. - Test de la solution informatique le 24 octobre avec recettage programmé en janvier 2026. - Mise à disposition de quelques indicateurs de suivi qui confirme la progression sur la collecte et l'exploitation de donnée. La NC Majeure est levée. A suivre en 2026 afin de laisser travailler sereinement la collectivité.

Résultat :	☒ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date : 22/12/2025	

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

Visa :	Date :
--------	--------

NON-CONFORMITÉ

Organisme : **COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025**

☐ Mineure

☒ Majeure

N° WSM-3

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.3.18 - Engagement 18 : Nous réalisons des bilans annuels.

o Un bilan est effectué au moins une fois par an sous la responsabilité du responsable qualité.

Les responsables de la collectivité (élu + direction), le responsable qualité, participent aux bilans annuels.

Ce bilan a pour objet :

- D'examiner l'ensemble des données reflétant la qualité de service et le respect des engagements à partir de l'analyse ;

* des indicateurs ;

* des enquêtes de satisfaction ;

* des audits internes ;

* des réclamations ;

* des besoins en formation ;

- De consolider le plan d'amélioration.

o Le bilan annuel est diffusé à l'ensemble des agents concernés et, si la collectivité le juge pertinent, auprès des usagers.

Constat factuel :

Le bilan annuel n'a pas été mené.

Libellé de la non-conformité :

La collectivité n'a pas réalisé de bilan annuel permettant d'examiner l'ensemble des données reflétant la qualité de service et le respect des engagements.

Risque (client/produit/processus/système) :

Manque d'analyse de la démarche et de diffusion d'information aux agents.

Sites concernés : Tous

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

La démarche qualité n'ayant pas encore un an, un bilan annuel n'a encore pu être réalisé.

Correction de la Non-conformité

Réalisation d'un bilan annuel

Action corrective proposée

Réalisation d'un bilan annuel de la démarche en intégrant les

Responsable

Date cible

périodes d'audit interne de cet automne + le bilan de l'audit initial de certification déjà réalisé par l'AFNOR.
CHEVALLIER MANUEL

30/11/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L'ORGANISME

Pertinente : ☒ Oui
☐ Non

☒ En attente de
vérification

☐ Sur site

☒ Hors site

Justification :

Les actions correspondent aux manquements constatés. La vérification de l'efficacité des ces actions hors site est envisageable.

Nom du RA : SMIDTS Walter

Date : 23/07/2025

VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Le bilan annuel a été réalisé et rédigé en novembre 2025. Il est composé des éléments suivants : Partie 1 : 2020 > 2024 : La qualité de la relation aux usagers comme enjeu de transformation. Partie 2 : 2024 > 2025 : De la démarche qualité à la recherche de la certification Qualivilles. Partie 3 : 26 mai au 2 juin : Un audit initial de certification riche en enseignements Partie 4 : La gestion de la relation usagers au coeur de la démarche qualité. Partie 5 : Conclusion : une première année foisonnante au service de l'amélioration durable du service rendu. et des annexes ci-après : 1. Questionnaire de satisfaction initial 2. Analyse du questionnaire de satisfaction initial 3. Deuxième Enquête de satisfaction 4. Rapport d'analyse statistiques 5. Analyse statistique application mobile Bernay la Ville 6. Analyse statistique démarches en ligne 7. Analyse statistique site Internet www.bernaylaville.fr 8. Analyse statistique téléphonique accueil général 9. Questionnaire de satisfaction échanges téléphoniques 10. Plan de documentation - mise en service hiver 25/26 La NC majeure est levée.

Résultat :	☒ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date : 22/12/2025	

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

NON-CONFORMITÉ

Organisme : **COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025**

☒ Mineure

☐ Majeure

N° WSM-5

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.1.4.10 - Engagement 10 : Nous traitons vos réclamations de manière systématique.

La réclamation est la manifestation d'une insatisfaction. Il s'agit d'un premier contact avec notre collectivité qui ne vous a pas donné satisfaction. Cette notion est à distinguer des doléances qui sont des demandes courantes d'intervention.

Multicanal

- o Toute réclamation, qui concerne un engagement de service certifié, fait l'objet d'un enregistrement.
- o Nous mettons à votre disposition des supports qui facilitent le recueil de vos réclamations. Sur ces supports, nous vous informons des modalités de réponse.
- o Toutes les réclamations donnent lieu à une réponse enregistrée :
 - un premier niveau de réponse immédiat et enregistré OU un accusé de réception qualifié en moins 10 jours ouvrés, dans 100% des cas ;
 - ET une réponse définitive sous 30 jours ouvrés dans 100% des cas.
- o Toutes les réclamations font l'objet d'une analyse afin de :
 - déterminer les causes du dysfonctionnement
 - définir si des actions de progrès doivent être menées.
- o Les actions de progrès identifiées font l'objet d'un suivi dans un plan d'amélioration. Une revue régulière de ce plan permet de définir si les actions de progrès menées ont été efficaces.
- o Un bilan des réclamations et des actions de progrès correspondantes est réalisé à l'occasion du bilan annuel.
- o Ce bilan est communiqué aux usagers, via les canaux pertinents.

Réseaux Sociaux

- o Si la collectivité possède une page sur des réseaux sociaux, les commentaires et réclamations émis sur ces réseaux sont pris en compte et doivent faire l'objet d'une réponse ou d'échanges interactifs.

Constat factuel :

La notion de réclamation n'est pas homogène sur l'ensemble des sites.

Libellé de la non-conformité :

Les réclamations ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique au sein de la collectivité.

Risque (client/produit/processus/système) :

Manque de prise en compte des réclamations verbales.

Sites concernés : Tous

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

Méconnaissance du référentiel Qualivilles = définition non partagée de la notion de réclamation. Ou absence de connaissance des attendus concernant les réclamations.

Correction de la Non-conformité

Action corrective proposée

Responsable

Date cible

Travail avec le groupe "certification Qualivilles" (ensemble des agents du périmètre concerné) sur la notion de réclamation Remontées des réclamations dans l'interface de Gestion Relations Usagers (GRU) pour un suivi, une réponse adaptée et une traçabilité des réclamations dans un objectif d'amélioration continue.

CHEVALLIER MANUEL

03/07/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Pertinente : ☒ Oui
☐ Non

☒ En attente de
vérification

☒ Sur site

☐ Hors site

Justification :

Les actions correspondent aux manquements constatés. La vérification de l'efficacité des ces actions est à mener lors du prochain audit.

Nom du RA : SMIDTS Walter

Date : 23/07/2025

VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.

Résultat :	☐ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date :	

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

NON-CONFORMITÉ

Organisme : **COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025**

☒ Mineure

☐ Majeure

N° WSM-6

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.6.29 - Engagement 29 : Nous communiquons de manière complète auprès des familles.

Multicanal

o Nous vous communiquons, selon les services et établissements concernés, les informations suivantes :

- l'offre de service complète (équipements, projet éducatif, programmes d'activité...) et ses modalités d'accès (pièces à fournir, critères d'attribution, règlement intérieur...) ;
- les tarifs ;
- les critères d'attributions ;
- les modalités de gestion de notre liste d'attente ;
- les dates des commissions ;
- les coordonnées et caractéristiques des équipements ;
- les qualifications de nos personnels en contact avec les enfants.

OPTIONNEL

o Nous nous engageons à mesurer la clarté de nos informations et de nos formulaires par des outils d'écoute client (panel usager, enquête...), à intervalles réguliers. Cette analyse donne lieu à un plan d'action suivi.

Constat factuel :

Les règlements intérieurs ne sont pas systématiquement disponibles aux usagers.
La gestion des listes d'attente n'est ni définie ni communiquée aux usagers.

Libellé de la non-conformité :

Sur le site Internet, les règlements intérieurs ne sont pas systématiquement disponibles aux usagers dans leurs dernières versions. Il en est de même pour les modalités de gestion des listes d'attente qui ne sont ni définies ni communiquées aux usagers.

Risque (client/produit/processus/système) :

Manque d'information des usagers.

Sites concernés : ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE, SERVICES MULTIACCUEIL, ACCUEIL DE LOISIRS ET LE PÔLE ADOS

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

Concernant la mise à disposition de la bonne version des règlements intérieurs : mauvaise connaissance des agents concernés des espaces qui leur sont dédiés sur le site Internet de la Ville malgré de multiples sensibilisation sur le sujet, absence d'appropriation de cet outil.

La procédure concernant la liste d'attente existait bel et bien d'autant plus qu'elle avait été mise à jour quelques semaines avant l'audit initial mais semble ne pas avoir été suffisamment communiquée aux agents concernés ou bien il y a eu un défaut d'appropriation de leur part de cette évolution.

Correction de la Non-conformité

Action corrective proposée

Mise à jour de l'ensemble des règlements intérieurs en lien avec le Pôle Ados, l'espace du droit et de la
Mise à jour de l'ensemble des règlements intérieurs en lien avec le Pôle Ados, l'espace du droit et de la famille, la cuisine centrale, le multiaccueil et l'accueil de loisirs lors du prochain conseil municipal de septembre 2025 (date à définir) pour intégrer notamment les nouvelles modalités de liste d'attente. Au retour de la validation du contrôle de légalité de la Préfecture, les règlements intérieurs seront mis en ligne sur le site Internet de la Ville dans leur version signée.

Responsable

CHEVALLIER MANUEL

Date cible

30/09/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Pertinente : ☒ Oui
☐ Non

☒ En attente de
vérification

☒ Sur site

☐ Hors site

Justification :

Les actions correspondent aux manquements constatés. La vérification de l'efficacité des ces actions est à mener lors du prochain audit.

Nom du RA : SMIDTS Walter

Date : 23/07/2025

VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES

Constatations :

Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.

Résultat :	☐ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date :	

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

NON-CONFORMITÉ

Organisme : **COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025**

☒ Mineure

☐ Majeure

N° WSM-7

DESCRIPTION DE LA NON-CONFORMITÉ

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

REF111-v3-Avril 2017-QUALIVILLES - IV.6.32 - Engagement 32 : Nous optimisons la gestion de vos dossiers.

Multicanal

o Nous nous engageons à tenir à jour, de façon fiable, votre dossier « famille » avec : vos coordonnées, votre situation maritale, la composition de votre famille, les établissements fréquentés, les prestations utilisées et/ou facturées. Nous contrôlons ces informations avec vous une fois par an.

o Nous nous engageons à vous offrir la possibilité de déposer, en une fois et/ou au même endroit, toutes vos demandes relatives au même domaine d'activité (exemples : inscription d'enfant, demandes pour la famille...).

OPTIONNEL

o Nous nous engageons sur un taux de fiabilité de la facturation et nous le respectons à 90%.

o Nous vous offrons la possibilité de suivre et gérer votre « Dossier famille » par voie dématérialisée (exemples : réservation, suivi de la consommation réelle, facturation, paiement...).

o Nous vous communiquons nos délais de réponse pour l'attribution de places (crèche, école..) et les respectons à 90%.

Constat factuel :

La gestion des dossiers n'est pas optimisée. Il n'est pas procédé au contrôle annuel des informations du dossier "famille".

Libellé de la non-conformité :

Les informations contenues dans le dossier famille ne font pas l'objet d'un contrôle annuel selon des modalités définies.

Risque (client/produit/processus/système) :

Informations non actualisées.

Sites concernés : ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE, SERVICES MULTIACCUEIL, ACCUEIL DE LOISIRS ET LE PÔLE ADOS

Nom de l'Auditeur : SMIDTS Walter

Date: 02/06/2025

PROPOSITION D'ACTIONS DE L'ORGANISME

Analyse des causes racines de l'écart :

Absence de process permettant le contrôle annuel complet des éléments du dossier famille. Uniquement certaines données sont systématiques contrôlées en vue de la rentrée scolaire.

Correction de la Non-conformité**Action corrective proposée****Responsable****Date cible**

Mise en place d'un process de contrôle annuel de l'ensemble des données "familles" attachées au pôle Continuité éducative
Mise en place d'un process de contrôle annuel de l'ensemble des données "familles" attachées au pôle Continuité éducative : cette démarche est en cours de travail durant cet été par le responsable et plusieurs agents du service en vue d'une mise en place en septembre prochain.
CHEVALLIER MANUEL

15/09/2025

COMMENTAIRES SUR LA PROPOSITION D' ACTIONS DE L'ORGANISMEPertinente : ☒ Oui☐ Non☒ En attente de vérification☒ Sur site☐ Hors site**Justification :**

Les actions correspondent aux manquements constatés. La vérification de l'efficacité des ces actions est à mener lors du prochain audit.

Nom du RA : SMIDTS Walter**Date :** 23/07/2025**VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DES ACTIONS MENÉES****Constatations :**

Cette NC mineure sera vérifiée lors du prochain audit sur site. Ecart maintenu.

Résultat :	☐ Écart levé	☐ Écart reconduit en NC n°
Nom du RA : SMIDTS Walter	Date :	

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

PLAN D'AUDIT

Organisme : COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025

Plan d'audit

Organisme audité

Organisme	COMMUNE DE BERNAY
Correspondant	CHEVALLIER MANUEL
Téléphone	06 31 48 69 77
Courriel	manuel.chevallier@bernay27.fr
Représentant en France et/ou en Europe	

Equipe d'audit

Responsable d'audit (RA)	SMIDTS Walter
Téléphone 06 64 88 99 06	Courriel walter178@hotmail.fr
Auditeur (A)	Expert Observateur

Objectif de l'audit

- L'objectif de l'audit est de s'assurer que les dispositions définies et mises en œuvre par l'organisme audité répondent aux exigences du référentiel objet du présent plan d'audit.
- Les actions correctives sur les 3 non-conformités majeures seront vérifiées. L'objectif de cet audit sera de lever les non-conformités majeures. La vérification documentaire devra être réalisée au plus tard le 24/11/2025

Référentiel

- REF111 - QUALIVILLES - Avril 2017 Divers

Activités auditées

- DELIVRANCE DE SERVICES PUBLICS AUX USAGERS. ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION, REPONSE. DISPOSITIONS D'ORGANISATION. MODALITES DE SUIVI ET DE PILOTAGE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS. ACCUEIL ET DELIVRANCE DE PRESTATION CITOYENNETE ET DEMARCHES ADMINISTRATIVES POUR L'ACCUEIL GÉNÉRAL ET LES SERVICES ETAT CIVIL (y compris les cimetières de la Couture, rue du repos et Sainte Croix, boulevard des Monts), EAU, URBANISME, POLICE MUNICIPALE, MÉDIATHÈQUE-LUDOTHÈQUE ET MAISON DES ASSOCIATIONS
- ACCUEIL ET DELIVRANCE DE PRESTATIONS FAMILLE POUR L'ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE ET LES SERVICES MULTIACCUEIL, ACCUEIL DE LOISIRS ET LE PÔLE ADOS

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

- ACCUEIL ET DELIVRANCE DE PRESTATIONS SOCIALES POUR L'ESPACE DU DROIT ET DE LA FAMILLE, LA RÉSIDENCE LYLIANE CARPENTIER

Points spécifiques à auditer

- Les actions correctives sur les 3 non-conformités majeures seront vérifiées. L'objectif de cet audit sera de lever les non-conformités majeures. La vérification documentaire devra être réalisée au plus tard le 24/11/2025

Echantillonnage retenu

- Vérification documentaire réalisée le 24/11/2025 sur la base d'un envoi documentaire transmis le 18/11/2025.

Programme

Version : 23/11/2025

Date de l'audit	24/11/2025	Nombre jour(s) à distance	1	:
Heure	Thème audité (§ du référentiel)	Equipe d'audit	Personnes / Fonctions	
	Toutes les exigences du référentiel sont examinées lors de cette vérification documentaire y compris l'utilisation de la marque Qualivilles	Walter SMIDTS		

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

Organisme : **COMMUNE DE BERNAY - Audit : 24/11/2025**

Nombre de non-conformités majeures : 0

Nombre de non-conformités mineures : 4

Direction de l'organisme

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

Date :

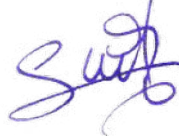
Visa de la direction :

Équipe d'Audit

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

Date : 24/11/2025

Visa des auditeurs



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

[illegible]