



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

Date de l'audit Audit datum	Date du rapport Rapport datum	Processus et service audité Geauditeerd proces en dienst	Auditeur(s) Auditor(en)	Audité(s) Geauditeerde	N� rapport N� rapport
08/06/2016 et 20/06/2016	29/06/2016	Service Mineralogie - Laboratoire des sciences de la terre Service Pal�ontologie Taxonomie et phylogénie Services techniques et logistiques - (Menuiserie et magasins) Securityand Guard Service	Marie Masquelier	Wouter Swalus Thierry Leduc Alexandre Chevalier Thierry Backeljau Geert De Cremer Johnny Stuyck Kristel Claes Maurice Denis	OHSAS18001_2016

### EVALUATION ET SUIVI EVALUATIE EN OPVOLGING

� ISO 9001 � EMAS � OHSAS 18001	Description Omschrijving	Constatation Vaststelling	Réf. Ref.
	<b>Suivi de l'audit interne 2015</b>		
	Ref 15/027 : Le formulaire intitulé "fiche de formation environnement et sécurité" n'a pas pu être présenté.  Le formulaire F402 existe. Des enregistrements papier datés et signés ont été présentés.	+	
	Ref 15/028 : Documentation : Une partie des documents "Safety" est repris avec les documents de la Qualité ou d'EMAS (en particulier : politique, gestion des exigences, gestion des documents (voir documents 07)). La plupart des autres documents sont sauvegardés dans une structure organisée selon les chapitres de la norme OHSAS18001. Cette structure contient également les documents imposés par la législation (plan quinquennal, plan annuel d'action, rapport annuel du SIPPT et du SEPPT, etc.). Ces diverses sources de documentation du SMQES gagneraient à être plus intégrées/uniformisées pour gagner en visibilité et facilité d'emploi du système.  Situation inchangée.	+*	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

	<p><i>Ref 15/029 : Procédure des 3 feux verts : le nombre d'articles présents dans le logiciel ARTIO dont la commande doit être soumise à l'approbation du CP est faible et gagnerait à être augmenté. Illustration : la commande de certains EPI (masque) ne passe pas par le CP.</i></p> <p>Non audité. Le service Achat sera audité lors du prochain audit interne.</p>	Non audité	
	<p><i>Ref 15/030 : Travail avec des tiers : peu d'instructions existantes</i></p> <p>Les actions nécessaires seront déterminées par l'analyse des risques dans le cas de travaux avec des tiers.</p>	+*	
<b>Suivi de l'audit externe 2015 (MIN et PDA)</b>			
	<p><i>MIN : la méthodologie d'évaluation des risques, adoptée par l'organisation, ne permet pas de couvrir tous les éléments identifiés dans la norme, comme les activités de toutes les personnes ayant accès au lieu de travail (p.ex. sous-traitants de la Régie), certaines activités ponctuelles, des modifications (y compris temporaires) dans l'organisation, l'aménagement des espaces de travail, les activités, les équipements, ...</i></p> <p>En ce qui concerne la procédure 'P07_01_Procedure_Inventaire et évaluation des risques_FR_Rev02' et en particulier le travail avec des tiers (sous-traitants, régie des bâtiments, visiteur des collections), certaines actions correctives prévues suite à l'audit externe n'ont pas encore été entreprises et méritent une attention toute particulière afin de pouvoir être terminées dans les délais (avant le 10/2016).</p>	+*	
	<p><i>PDA: il y a peu d'objectifs spécifiques (par division, service, ...), même si au cours des entrevues, régulièrement des objectifs et des indicateurs possibles ont été nommés</i></p> <p>Le plan annuel d'action 2016 reprend différents objectifs spécifiques par service</p>	+	
	<p><i>PDA : dans différents départements et services, les objectifs ne sont que modérément connus, fréquemment les interlocuteurs font plutôt référence à leurs propres bonnes intentions</i></p> <p>Les audités interrogés connaissent les objectifs de leur service repris dans le Plan annuel d'action 2016</p>	+	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

<p><i>MIN : les représentants de la direction sont désignés dans le système (manuel QSE). Le représentant pour la partie S (W. Swalus) ne fait pas partie de la direction, comme la norme l'exige</i></p> <p>Action correctrice réalisée : Le manuel 'MQSE_Manuel Qualité Environnement Safety_FR_Rev02' a été adapté suite à la non-conformité mineure soulignée lors de l'audit externe</p>	+	
<p><i>PDA : pendant les entretiens, il a été noté que les interlocuteurs ne comprennent pas toujours clairement leur rôle et leurs responsabilités liés à la qualité, la sécurité et l'environnement</i></p> <p>La plupart des audités étaient conscients de leur responsabilités en ce qui concerne leurs sécurité et leur santé ainsi que celle de leurs collègues mais ne connaissaient pas nécessairement les instructions existantes en matière de 1° soins par exemple.</p>	+*	
<p><i>PDA : lors de l'enregistrement et d'enquête des accidents et des incidents, l'organisme devrait davantage mettre plus l'accent sur l'identification des causes de base</i></p> <p>Situation inchangée.</p>	+*	
<p><i>PDA : l'ordre et la propreté sont à différents endroits un point faible, comme les câbles dangereusement pendus, les bords qui couvrent les plans de travail (parfois en plusieurs couches), des montagnes de papier, ...</i></p> <p>Point d'attention crucial car l'actuel aménagement des bureaux provoque encore plus de stockage dans des espaces non adaptés tels que les couloirs d'évacuation ou à proximité des moyens d'extinction.</p>	+*	
<p><i>PDA : on pourrait considérer des inspections régulières de leur propre département, à effectuer par les chefs des différentes sections ou départements, (par exemple, à l'aide d'une liste de contrôle S&amp;E). Ces inspections pourraient être effectuées par trimestre</i></p> <p>Non audité</p>	Non audité	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

	<p><i>PDA : il n'y a pas d'objectifs, ni d'indicateurs définis pour les processus, quoi que ceux-ci soient possibles et pertinents (cf. les entretiens, e.a. concernant la digitalisation)</i></p> <p>Le plan annuel d'action 2016 reprend différents objectifs spécifiques par service. Les indicateurs définis sont pertinents</p>	+	
	<p><i>PDA : il y a relativement peu de rapports d'incidents et de situations dangereuses. Une communication ciblée (éventuellement avec des exemples) devrait contribuer à améliorer ceci</i></p> <p>Existence de fiches d'accident (au moins la déclaration d'accident de travail conformément à la législation). Cependant les incidents ou presque-accidents ne sont pas toujours rapportés au conseiller en prévention. Un registre existe (Eerste Hulp - Register) mais peu utilisé</p>	+*	
	<p><i>PDA : lors de l'accueil et de l'introduction de nouveaux collaborateurs (temporaires ou permanents), le parrainage n'est toujours pas intégré. Ceci est une obligation depuis 2008</i></p> <p>Le parrainage des nouveaux collaborateurs a été intégré (formulaire F4203). Une information pour le personnel a été organisée le 20/06/2016.</p>	+	
	<p><i>PDA : la communication avec les sous-traitants de la direction des bâtiments, plus particulièrement concernant les risques d'interférence, n'est actuellement pas réglée d'une façon formelle</i></p> <p>Les actions nécessaires seront déterminées par l'analyse des risques dans le cas de travaux avec des tiers.</p>	+*	
	<p><i>PDA : l'AR prévention incendie nécessite la présence d'un dossier de prévention d'incendie. L'analyse des risques (bien exécutée) fait partie de ce dossier. A compléter, pensez également à d'autres scénarios possibles qui pourraient être inclus dans le plan d'urgence</i></p> <p>Non audité</p>	Non Audité	
	<p><i>PDA : il n'y a pas d'objectifs (autres que généraux) définis, même si cela est certainement possible et utile</i></p> <p>Le plan annuel d'action 2016 reprend différents objectifs spécifiques par service. Les indicateurs définis sont pertinents</p>	+	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

<b>Audit interne 2016</b>			
OHSAS18001 § 4.3.1.	<u>Hazard identification, risk assessment and determining controls</u> : Lors de l'audit, l'analyse des risques concernant la menuiserie (RISICOANALYSE 27.01 : Schrijnwerkerij) a été passée en revue avec les menuisiers : la plupart des mesures de réduction des risques prévues tel que les pictogrammes, le contrôle des échafaudages ont été réalisées. D'autres tels que le remplacement des filtres et l'entretien des filtres du système d'aspiration sont en cours.	+	
OHSAS18001 § 4.3.2.	<u>Legal &amp; other requirements</u> La dernière mise à jour du registre légal OHSAS est le 07/10/2015.  L'obligation d'un registre d'accident (AR 15/12/2010) absent du registre légal	+  +*	
OHSAS18001 § 4.3.3.	<u>Objectives and programme(s)</u> : Le CP a rédigé le plan annuel d'action 2016 et le plan global quinquennal reprenant les objectifs en tenant compte des risques et des exigences légales.	+	
OHSAS18001 § 4.4.2.	<u>Competence, training and awareness</u> : Le CP a organisé diverses formations / sensibilisations à tous les niveaux hiérarchiques (illustration : Recyclage pour les équipiers de première intervention, gestion des situations de crise pour le management, parrainage des nouveaux collaborateurs).	+	
OHSAS18001 § 4.4.3.	<u>Communication, Participation &amp; Consultation</u> : Le Comité de concertation de base sont opérationnels (dernière réunion 10/11/2015). .	+	
OHSAS18001 § 4.4.4.	<u>Documentation</u> La documentation du système de management inclus les documents requis par la norme OHSAS 18001  Le rapport du dernier Comité de concertation n'est pas enregistré	+  +*	
OHSAS18001 § 4.4.5.	<u>Control of documents</u> : Tous les documents présentés étaient identifiés, lisibles et datés et/ou respectaient le format imposés par la législation. Certains (enregistrements suite à une formation) n'étaient pas informatisés.	+  +*	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

<p>OHSAS18001 § 4.4.6. ISO9001</p>	<p><u>Operational control</u> :</p> <p>Accès au laboratoire : existence d'un document intitulé "RBINS OD Earth and Life History Laboratory Use Policy en attente d'approbation. Ce document qui devrait s'appliquer pour tous les laboratoires de l'IRSnB limitera l'accès aux laboratoires et reprend, e.a., un ensemble d'instructions pour prévenir les risques. Ce futur document mériterait de faire l'objet d'un enregistrement (signature des personnes ayant pris connaissance) intégré dans le système.</p> <p>Local "Magasin" : les fiches de données de sécurité des différents produits stockés sont disponibles.</p> <p>Menuiserie: EPI disponibles et personnels (protection anti-bruit, lunettes). Les modes d'emploi sont disponibles.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+*</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p>	
<p>OHSAS18001 § 4.4.7.</p>	<p><u>Emergency preparedness and response</u> :</p> <p>Existence d'un plan interne d'urgence (CP) communiqué aux services de secours externes (pompiers). Visite des pompiers le 08/06.</p> <p>Le nom des personnes formées pour intervenir en cas d'urgence n'est pas systématiquement connues des audités. Un affichage de la liste des noms des secouristes, des personnes responsables de l'évacuation et des équipiers de première intervention pourrait être un plus.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+*</p>	
<p>OHSAS18001 § 4.5.1.</p>	<p><u>Performance measurement and monitoring</u> :</p> <p>La procédure "fiche de processus Safety" (PRO 07) décrit des indicateurs de processus permettant d'évaluer périodiquement les performances du SMS. Ces indicateurs ont été présentés lors de la revue de direction 2016. Existence d'un rapport annuel du SIPPT et du SEPPT (conformément à la législation en vigueur) reprenant divers indicateurs (nombre accidents de travaux, taux de gravité, etc).</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">+</p>	
<p>OHSAS18001 § 4.5.3.2.</p>	<p><u>Nonconformity, corrective action and preventive action</u> : Une liste donnant un récapitulatif des problèmes et améliorations a été complétée et mise à jour depuis le dernier audit (contenant plus de 230 entrées !!). Ce document est actualisé régulièrement.</p>	<p style="text-align: center;">+</p>	



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

OHSAS18001 § 4.5.5.	<i>Internal audit</i> : l'organisation et le planning de ce premier audit interne a été réalisé afin que l'auditeur puisse rencontrer des services en dehors du scope ISO9001.	+	
OHSAS18001 § 4.6. ISO 9001 5.6	<i>Management review</i> : Le système est d'application depuis le 01/09/2014. La première revue de direction a eu lieu le 05/03/2015 (la présentation et le rapport sont enregistrés). La revue de direction de 2016 a eu lieu le 30/05/2016 (la présentation a été enregistrée). Cette revue concerne également la qualité et l'environnement et reprend les données d'entrées nécessaires telles que le degré de satisfaction des objectifs, les changements et les recommandations entre autre.	+	

### CONCLUSION

### CONCLUSIE

Suite aux recommandations des audits précédant, une partie des actions correctrices a été réalisée. Néanmoins les actions correctrices liées à l'analyse des risques pour le travail avec des tiers méritent une attention toute particulière afin de pouvoir respecter les délais (01/10/2016).

On veillera aussi à ce que la situation temporaire lié aux réaménagements des locaux et provocants des stockages inappropriés soit corrigée rapidement.

Les services audités ne sont pas tous dans le scope ISO9001 et, pour ces services, une connaissance de la partie documentaire est moindre.

Les audités avaient dans la plupart des cas une culture de sécurité et une vraie conscience de leur responsabilité en ce qui concerne leur sécurité et la sécurité de leurs collaborateurs. Cependant, les procédures formelles existantes étaient parfois ignorées. Une communication et une concertation plus systématique se justifierait.



## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

### DOCUMENTS CONSULTÉS GERAADPLEEGD DOCUMENTEN

PRO 01: Algemene directie (<https://share.naturalsciences.be>)  
Document Kwaliteits-, Milieu- en Safetybeleid (<https://share.naturalsciences.be>)  
Lijst van documenten van het KMSMS (<https://share.naturalsciences.be>)

A05-04 Onderhouds- en constructiewerken schrijnwerkerij (<https://share.naturalsciences.be>)

P09-02 Beheer van interne audits (<https://share.naturalsciences.be>)  
P09-03 Beheer van non-conformiteiten, verbetervoorstellen en klachten (<https://share.naturalsciences.be>)  
P07\_01\_Procedure\_Inventaire et evaluation des risques\_FR\_Rev02

F4202 Fiche\_attestation\_formation\_environment\_safety\_interne\_Fr\_NI

Overzichtlijst van verbeteringen (<https://share.naturalsciences.be>)

Jaarijksactieplan 2015  
MASTER LIST RIE.xls  
RBINS OD Earth and Life History Laboratory Use Policy

### AUDIT DE SUIVI OPVOLGINGSAUDIT





## RAPPORT D'AUDIT INTERNE INTERNE AUDITRAPPORT

Oui/Ja

Non/Nee

Délai : ... mois

### Légende des constatations

**+** : l'activité auditée / le document audité est conforme aux exigences du SMQES ainsi qu'aux exigences de la norme ISO 9001, du règlement EMAS ou de la norme OHSAS 18001;

**NC** : une non-conformité est un écart par rapport au SMQES ou aux exigences de la norme ISO 9001, du règlement EMAS ou de la norme OHSAS 18001;

**+\*** : une opportunité d'amélioration est une proposition d'une meilleure manière de travailler qui n'est pas encore décrite dans le SMQES.

### Legende van de vaststellingen

**+** : de geauditeerde activiteit / het geauditeerde document is conform de vereisten van het KMSMS alsook die van de ISO 9001-norm, het EMAS-reglement of de OHSAS 18001-norm;

**NC** : een non-conformiteit is een afwijking ten opzichte van het KMSMS of de vereisten van de ISO 9001-norm, het EMAS-reglement of de OHSAS 18001-norm;

**+\*** : een verbetervoorstel is een voorstel om beter te werken dat nog niet staat beschreven in het KMSMS.