|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
| 05/09/2017 | | 18/09/2017 | Service Interne Prévention & Protection  Services techniques et logistiques - Mess  Service Muséologie  Service Expositions | Marie Masquelier | Wouter Swalus  Esmeralda Docquier  Gossey Kurt  Katelijn De Kesel  Boitsios Sophie  Cobert Gerard  Dufour Isabelle | |  | |
| **Evaluation et suivi**  **Evaluatie en opvolging** | | | | | | | | |
| **§ ISO 9001**  **§ EMAS**  **§ OHSAS 18001** | **Description**  **Omschrijving** | | | | | **Constatation**  **Vaststelling** | | **Réf.**  **Ref.** |
|  | **Suivi de l'audit interne 2016** | | | | |  | |  |
| OHSAS18001  § 4.4.7. | *Emergency preparedness and response* :  *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.*  Un autocollant avec un numéro de téléphone pour les situations d'urgence a été distribué. Ce numéro (555) est maintenant connu. | | | | | + | |  |
|  |  | | | | |  | |  |
|  | **Suivi de l'audit externe 2016** | | | | |  | |  |
|  | *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, …*  En ce qui concerne la procédure 'P07\_01\_Procedure\_Inventaire et évaluation des risques\_FR\_Rev02', le travail avec des tiers (sous-traitants, régie des bâtiments, visiteurs des collections), méritent encore une attention. Les rôles gagneraient à être clarifiés lors des chantiers de la régie et avec des tiers. Des réunions sur le sujet entre le Conseiller en Prévention et la régie sont en cours. Lors du travail avec des tiers, le manuel de bien-être est (régulièrement mais pas systématiquement) transmis et fait l'objet d'une attestation (p.e. présentée dans le cadre du travail avec la société WAVE par le service exposition) | | | | | +\* | |  |
|  | **Audit interne 2017** | | | | |  | |  |
| OHSAS18001  § 4.3.3. | *Objectives and programme(s)* : Le CP a rédigé le plan annuel d'action 2017 reprenant les objectifs en tenant compte des risques et des exigences légales. | | | | | + | |  |
| OHSAS18001  § 4.4.2. | *Competence, training and awareness* :  Le personnel du mess n'a pas suivi de recyclage en matière de bonnes pratiques d'hygiène pour les cuisines de collectivités depuis un certain temps. | | | | | +\* | |  |
| OHSAS18001  § 4.4.6.  ISO9001 | *Operational contro*l :  Le personnel du Mess connait les bonnes pratiques d'hygiène en matière, notamment, de manipulation de denrées alimentaires, de nettoyage et de maitrise de la chaine du froid. Cependant, il n'existe ni procédure, ni enregistrement en la matière. La nécessité de disposer de procédures documentées pour couvrir les situations à risque méritent d'être étudiée. | | | | | +\* | |  |
| OHSAS18001  § 4.4.7. | *Emergency preparedness and response* :  Le plan d'implémentation (accès, éclairage,...) des expositions temporaires importantes est vérifié par les pompiers.  Dans le cadre de l'exposition temporaire POISON, une procédure d'urgence, concertée avec l'hôpital a été  élaborée.  Un groupe de travail "Plan Catastrophe Collection" étudiant les différents scénarios de situations d'urgence est en cours. | | | | | + | |  |
| OHSAS18001  § 4.5.3.2. | *Nonconformity, corrective action and preventive action* : Une liste donnant un récapitulatif des problèmes et améliorations a été complétée et mise à jour depuis le dernier audit. Ce document est actualisé régulièrement. | | | | | + | |  |
| OHSAS18001  § 4.5.5. | *Internal audit* : 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. | | | | | + | |  |
| **Conclusion**  **Conclusie** | | | | | | | | |
| Dans le cas où les services audités (en particulier le Mess) ne font pas partie du scope ISO9001, la partie documentaire est parfois quasi inexistante.  Les audités avaient tous une culture de sécurité et une vrai conscience de leur responsabilité en ce qui concerne leur sécurité et la sécurité de leurs collègues. Cependant, les procédures formelles manquaient. Il serait nécessaire de s'interroger sur la nécessité de suivre formellement (procédure, enregistrements,...) certains processus ayant trait à la sécurité alimentaire.  Une formation de recyclage à destination du personnel du Mess pourrait permettre également de suivre les évolutions des exigences réglementaires en la matière.  Les travaux avec des tiers restent également un point d'attention. Une première étape pourrait être une systématisation de l'emploi du "manuel bien-être" actualisé avec remise d'une attestation par le tiers. | | | | | | | | |
| **documents consultés**  **Geraadpleegd documenten** | | | | | | | | |
| 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  Overzichtlijst van verbeteringen (https://share.naturalsciences.be)  Jaarijksactieplan 2016  MASTER LIST RIE.xls  2017m08d28 Monkeys floorplan  Manuel bien-être | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Audit de suivi**  **Opvolgingsaudit** |
| 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.