



CONFIDENTIEL

Référentiel : document Cofrac LAB REF 02 (NF EN ISO/CEI 17025)

RAPPORT D'EVALUATION N° LABO-14-1063

Nom du laboratoire : CEREMA – CLERMONT FERRAND

N°(s) d'accréditation ou de projet : 1- 5702

Type d'évaluation		Champ de l'évaluation (domaines techniques et sites)
	Initiale	
	Réévaluation	
X	Surveillance	- BGC/ Elements de Construction – Béton, Ciment, Mortier, Coulis et Constituants - BGC/ Elements de Construction- Sols, Roches et Granulats
	Extension	
	Complémentaire	
	Supplémentaire	

Ce rapport d'évaluation comporte 15 pages et 4 annexe(s)

Responsable d'évaluation :
Hervé BEINISH

Date :
17/02/2015

DÉROULEMENT DE L'EVALUATION

Site* : Clermont – Ferrand (63)		Date de l'évaluation : 20 et 21 janvier 2015		
Composition de l'équipe d'évaluation				
Nom – Prénom	Qualif. **	Domaine(s) de compétence technique sur lequel l'évaluateur est mandaté	Type *** évaluation	Durée jour(s)
BEINISH Hervé	RA	BGC/ Eléments de construction – béton, ciment, mortier, coulis et constituants BGC / Eléments de construction - sols, roches et granulats	S	1,5

** Q : évaluateur qualicien

A : évaluateur technique

T : expert technique

J : évaluateur qualicien junior

OB : observateur

S : superviseur

Identifier le responsable de l'(équipe d')évaluation par la lettre R devant la lettre correspondant à la qualification de l'évaluateur mandaté

*** I : Initiale

S : Surveillance

Cp : Complémentaire

R : Réévaluation

E : Extension

Sp : Supplémentaire

Personnes rencontrées et services visités

Nom – Prénom	Fonction – Service	Nom – Prénom	Fonction – Service
CAZARD Jérôme	Responsable UPAL		
TRAUCHESSEC Martine	Chargé d'affaires MI		
BAPT André	Correspondant matériel		
BARRAILH Céline	Responsable qualité		
BOULET Bruno	Responsable UT Béton		
CHASSAGNOL Hélène	Métrologue		
LIANDRAT Sébastien	Responsable UT Granulats		
BLACHERE Loïc	Chargé d'essai MI		
DOMAS Christophe	Chargé d'essais		
CUER Alexandre	Directeur adjoint Chef du groupe construction et mobilité		

* : dupliquer cette fiche informative pour chaque site sur lequel a porté l'évaluation.

VALIDATION DE LA PORTEE D'ACCREDITATION ET DU CHAMP D'EVALUATION

Le responsable d'évaluation pourra détailler la liste des compétences ou renvoyer à des éléments de portée d'accréditation en annexe, par exemple annexe technique ou projet d'accréditation (annexe I à la convention d'accréditation).*

** les compétences incluent analyses, essais, étalonnages, prélèvements et échantillonnages avec les éventuels degrés de flexibilité de la portée.*

PORTEE D'ACCREDITATION EN VIGUEUR :

- Annexe technique à l'attestation d'accréditation :

N° 1-5702 rév. 1 du 01/03/2014 (Convention N° 5678)

- Données de l'annexe technique à mettre à jour (hors extension/suppression) :

Page 6/7 de l'annexe technique, Granularité des granulats; mentionner en référence de la méthode: NF EN 933-1 + FD P 18-663 (Cf. Annexe 4)

- Données de l'annexe technique supprimées en ouverture de l'évaluation :

Sans objet

DEMANDE D'ACCREDITATION INITIALE OU EN EXTENSION:

- Demande d'accréditation ou demande d'évaluation de nouveaux signataires¹ des rapports acceptée par le Cofrac préalablement à l'évaluation sur site :

Sans objet

- Demande d'extension ou demande d'évaluation de nouveaux signataires¹ des rapports acceptée par le Cofrac et par l'équipe d'évaluation après transmission de l'information par le laboratoire au moins 8 jours avant l'évaluation:

Sans objet

- Demande d'extension retirée en ouverture de l'évaluation sur site :

Sans objet

CHAMP D'EVALUATION (si différent de portée d'accréditation en vigueur et/ou demandée, par exemple pour les évaluations complémentaires) :

/

¹ : spécifier uniquement dans le cas des programmes d'accréditation réglementaires.

RELEVÉ DES ÉCARTS AUX EXIGENCES DE L'ACCREDITATION PAR LE COFRAC

Chapitres concernés		NA NE	N° fiche(s) d'écart	N° écarts critiques	Commentaires (<i>préciser le cas échéant</i>)
4 - Exigences relatives au management					
4.1	Organisation				
4.2	Système de management				
4.3	Maîtrise de la documentation		4		
4.4	Revue des demandes, appels d'offres et contrats				
4.5	Sous-traitance des essais et des étalonnages				
4.6	Achats de services et de fournitures				
4.7	Services au client				
4.8	Réclamations				
4.9	Maîtrise des travaux d'essai et/ou d'étalonnage non conformes				
4.10	Amélioration				
4.11	Actions correctives				
4.12	Actions préventives				
4.13	Maîtrise des enregistrements				
4.14	Audits internes				
4.15	Revue de direction				
5 - Exigences techniques					
5.1	Généralités				
5.2	Personnel				
5.3	Installations et conditions ambiantes				
5.4	Méthodes d'essai et d'étalonnage et validation des méthodes				
5.5	Équipement		1		
5.6	Traçabilité du mesurage		3		
5.7	Échantillonnage				
5.8	Manutention des objets d'essai et d'étalonnage				
5.9	Assurer la qualité des résultats d'essai et d'étalonnage				
5.10	Rapport sur les résultats		2		
	Référence à l'accréditation Cofrac				
	TOTAL		4		

NA : non-applicable ou NE : non-examiné ou à confirmer

Ecart critique : écart dont le résultat met en cause la fiabilité des résultats ou l'aptitude du système de management à maintenir le niveau de qualité des prestations d'évaluation de la conformité.

DESCRIPTION DE LA SITUATION OBSERVEE

1. Organisation

1. Décrire succinctement la **structure** du laboratoire et, le cas échéant, l'organisation à laquelle il appartient / préciser notamment si changement depuis la dernière évaluation sur site ou non correspondance avec l'information fournie par le Cofrac
2. Des **moyens** (personnel, équipements, locaux) ou **services** (métrologie, informatique, autres services supports) sont-ils **mis en commun** avec d'autres départements ou organisations ? Préciser si besoin.
3. Le laboratoire met-il en œuvre des **dispositions différentes** pour la réalisation de prestations dans sa portée, suivant que celles-ci soient réalisées sous accréditation ou en dehors ? Ces pratiques sont clairement établies dans le SMQ ?
4. L'organisation en place permet-elle de **maîtriser les conflits d'intérêt** potentiels ?

1. Le changement de statut juridique du Cete de Lyon, qui est devenu un établissement public administratif (DterCE du Cerema), le 01/01/2014 a entraîné un transfert d'accréditation auprès du COFRAC. Le laboratoire DLCF (Département Laboratoire de Clermont-Ferrand) est un des départements de la Direction Territoriale Centre-Est du CEREMA (établissement public sous-tutelle du ministère de l'écologie).

Le DLCF compte environ 90 agents, ingénieurs, chercheurs, techniciens, experts techniques, dessinateur et personnels administratifs. La Direction est assurée par une Directrice assistée de deux adjoints et un responsable des activités supports. Le DLCF est structuré en deux groupes techniques "Construction Mobilité" et "Risques Environnement et Infrastructures", qui s'appuient pour leur production sur l'unité des prestations administratives et logistiques. L'organisation du laboratoire est présentée sur l'organigramme de décembre 2014 et les missions et les dispositions d'organisation sont décrites dans le plan qualité spécifique DLCF d'octobre 2014.

La responsable qualité Céline BARRAILH est habilitée depuis septembre 2012. Elle exerce également une activité à mi-temps dans l'unité « hydro-systèmes et corridors fluviaux ». Elle sera remplacée par Alexandre CUER (en cours de qualification-habilitation depuis le 01/11/14). Un compagnonnage du futur responsable qualité est mené jusqu'à la prochaine revue de direction du DLCF prévue le 24 février 2015.

2. Le laboratoire dispose de services communs avec la DterCE du CEREMA : achats, ressources humaines, formation, informatique, documentation, communication.

3. Sans changement. Le laboratoire ne met pas en œuvre des dispositions différentes pour les prestations analytiques de sa portée qu'elles soient réalisées sous logo Cofrac ou sans logo Cofrac, seuls des rapports (PV) peuvent être émis sans logo si une méthode modifiée est utilisée.

4. Les dispositions, l'organisation et le statut du personnel permettent de maîtriser les conflits d'intérêt.

2. Activités du laboratoire

1. Rappel succinct des **activités** du laboratoire. Préciser si le laboratoire a **d'autres activités** que celles d'essais, d'analyses ou d'étalonnages (R&D, conception de produits, ...).
2. Les activités d'essais, d'analyses ou d'étalonnages du laboratoire sont-elles **réparties sur plusieurs sites** ou menées au sein d'**installations mobiles** ?
3. Le laboratoire **réalise-t-il lui-même l'échantillonnage** des objets soumis à essais ou analyses ? Intervient-il dans ce cas en qualité d'entrepreneur principal ?
4. Que représentent, en **volume**, l'activité d'échantillonnage, d'essais, d'analyses ou d'**étalonnages**, en général, et l'**activité couverte par la portée d'accréditation** en particulier ?
5. Le laboratoire réalise-t-il **hors accréditation** des **prestations référencées dans sa portée** ? Si oui dans **quelle proportion** ?

1. La DterCE réalise des missions de conception et de prestations d'études, d'assistance technique, de contrôle et d'essais.

Le Département Laboratoire de Clermont-Ferrand (DLCF) intervient en priorité sur la région Auvergne et sur le Limousin pour des prestations d'études, d'assistance technique mais il peut intervenir également au niveau national.

Les axes stratégiques du laboratoire sont : l'eau, la sécurité routière et les matériaux.

Les essais objets de cette évaluation de surveillance (S6), portent sur des essais physiques et mécaniques sur les bétons et les granulats.

2. Le laboratoire réalise ses analyses uniquement sur le site de Clermont-Ferrand au sein d'installations fixes, seules les activités de prélèvement « granulats » sont réalisées en dehors du laboratoire.

3. Le laboratoire ne réalise pas d'échantillonnages mais des prélèvements au sens de la norme NF EN 932-1.

4. Le volume d'essais en 2014 est le suivant :

	Nb de PV émis	Avec logo COFRAC
UT Structures et Ouvrages d'Art (SOA)		
Résistance à la compression des bétons (NF EN 12390-3)	470	470
UT Matériaux et Infrastructure (MI)		
Analyse granulométrique (NF EN 933-1)	30	110
Aplatissement (NF EN 933-3)	45	
Essai au bleu (NF EN 933-9)	20	
Micro Deval (NF EN 1097-1)	11	
Los Angeles (NF EN 1097-2)	14	

5. Domaine 23: Le laboratoire réalise (fréquence 15%) hors accréditation des prestations référencées dans sa portée. Ceci se produit lorsque pour les besoins d'une étude il est nécessaire de déroger au mode opératoire normalisé.

3. Gestion de la documentation et des enregistrements

1. Les règles de **gestion de la documentation** du système qualité produite en **interne** sont-elles **définies** et en **adéquation** avec la taille, l'organisation et le domaine d'activités du laboratoire ? Sont-elles suffisamment **documentées** et correctement **appliquées** ?
2. Les règles de **gestion des documents** provenant de sources **externes** (**veille normative et technique**, prise en compte dans le système de management) sont-elles **définies** et en **adéquation** avec la taille, l'organisation et le domaine d'activités du laboratoire ? Sont-elles suffisamment **documentées** et correctement **appliquées** ?
3. Les **enregistrements** permettent-ils d'établir une **filière d'audit** ?
4. En cas de **dématérialisation des enregistrements**, les **dispositions** quant à l'accès, l'intégrité, la confidentialité et la restauration des données sont-elles **adaptées** et **suivies** ?

1. Les règles de gestion de la documentation sont définies dans le Manuel Qualité Sécurité Environnement (juillet 2014).

La DterCE est certifié ISO 9001, la documentation applicable au laboratoire est celle de la DterCE rédigée et gérée par le chargé de mission qualité, complétée en tant que de besoin par des dispositions spécifiques au DLCF et précisées dans le plan qualité du DLCF (révision 4 de octobre 2014), les procédures, les instructions et les enregistrements.

IL existe une liste des documents dans le logiciel GEDOQ (Gestion Documentation Qualité) et la liste des documents applicables au DLCF est en annexe du plan qualité DLCF.

La documentation du laboratoire est gérée par le Responsable Qualité du Département(RQD) selon les dispositions décrites dans la procédure « maîtrise des documents et des enregistrements M1.P.001 » de la DterCE.

Tous les documents sont disponibles sous format informatique avec l'aide du support SUMI (Système Unitaire Maîtrise de l'Information) pour l'élaboration et le classement des documents. Le logiciel GEDOQ est le recueil de tous les documents de la DterCE. La fonction historique permet d'identifier les modifications entre deux versions et dans le texte les modifications sont soit surlignées soit barrées. Seuls les documents en vigueur sont accessibles à tous les agents, la version informatique fait foi.

Les documents archivés sont accessibles uniquement au RQD et à la directrice du DLCF.

Les dispositions définissent les modalités de création, de validation de diffusion, de retrait et d'archivage des différents documents

La diffusion des documents se fait à l'aide du logiciel GEDOQ.

La revue des documents est prévue tous les ans au moment de la revue qualité du DLCF (pour l'UT Bétons) et tous les ans lors des revues qualité de l'UT Matériaux Infrastructures (24/04/2014).

Les documents sont classés conformément au plan de classement (instruction S2I001).

Les règles de gestion de la documentation du système qualité produite en interne sont définies et en adéquation avec la taille du laboratoire. Elles sont documentées et appliquées.

2. Le responsable d'essai gère la documentation technique nécessaire à la réalisation de ses essais.

La veille sur les documents COFRAC est réalisée par le RQD du DLCF qui transmet l'information aux unités techniques. Voir fiche d'écart n°4.

Les modalités de gestion de la portée A2 sont décrites dans les instructions des UT Cofrac (renseignement fiche d'évolution d'une référence R2 DLCF E005).

3. Les différents documents examinés permettent d'établir une filière d'audit.

4. Pour l'UT Bétons, les enregistrements ne sont pas dématérialisés. Tous les enregistrements sont archivés sous forme papier, seul le PV non signé est archivé sous forme informatique mais c'est en plus de l'archivage papier.

Les enregistrements non confidentiels sont enregistrés sur le serveur SUMI ou sur le logiciel de gestion documentaire GEDOQ.

Les enregistrements confidentiels (PV essais par exemple), sont stockés dans un répertoire du serveur SUMI accessible de manière restreinte par les chargés d'essai, responsables d'essai et signataires des PV.

Pour l'UT MI, les PV d'essais sont enregistrés dans le même répertoire du serveur SUMI à accès restreint. L'accès de ce répertoire est différent dans les deux unités puisque les personnes concernées sont différentes.

4. Revue des demandes, appels d'offre et contrats

1. Quelle est la **typologie de la clientèle** (interne, externe,...) et quels sont les **types de demandes** (contrats annuels, demandes ponctuelles) ?
2. Les **conditions** pertinentes de **prise en charge des demandes** de prestation sont-elles **convenues avec le client** (quantité d'échantillon nécessaire et/ou conditionnement des objets, choix des méthodes, délais, possibilité de sous-traitance, mode de transmission des rapports sur les résultats, réalisation des prestations sous accréditation ou non, ...) et en **adéquation** avec le type d'activité et de client ?
3. Les **revues** sont-elles correctement **réalisées** et **enregistrées** ?

1. La clientèle est majoritairement externe pour réalisation d'études. Les principaux clients sont les Collectivités, l'Etat, les Maires, les Conseils généraux, les Laboratoires départementaux d'essais routiers, les Préfectures ainsi que quelques Clients privés.

Les demandes sont prises en compte (procédure DLCF gestion d'une affaire R2DLCFI001) au moyen de contrats, devis - programmes, ceux-ci sont signés par le client. Il n'existe pas de tarif à proprement parlé, la plupart du temps l'offre d'essai n'est pas directe et est incluse dans une étude plus globale. Un numéro de dossier est affecté à la demande.

Le laboratoire spécifie les exigences nécessaires à la réalisation de l'analyse, quantités, conditions de transport. La prise en charge des échantillons est réalisée, au moyen de la fiche affaire R2DM001.

Le laboratoire effectue lui-même une partie des prélèvements pour les granulats.

2. Pour l'UT SOA, les essais bétons (résistance à la compression), dans 80 % des cas, le client ne demande pas directement la réalisation d'essais. M. Boulet est responsable du programme de contrôle et de ce fait établit la Proposition Technique et Financière (PTF) qui se traduit par une description des travaux et coût correspondant des programmes d'essais à réaliser. Le laboratoire ne vend pas directement des essais, mais plutôt un contrôle dans lequel est inclus un certain nombre d'essais.

Pour l'UT MI, la quasi totalité des essais sont réalisés pour un client interne au laboratoire (chargé d'affaire) et les prélèvements sont réalisés par des personnes habilitées du laboratoire. Pour les autres affaires ces points sont discutés avec le client.

Tous les essais sont sous logo, l'émission d'un rapport sans logo est consécutive à la modification de la méthode.

3. Les dispositions spécifiques aux activités « sous accréditation COFRAC » sont décrites dans la procédure (R2P002 et dans l'annexe DLCF -R2.DLCF.P.001), elles sont complétées par une instruction spécifique à chacune des unités pour la réalisation des prestations « COFRAC » (R2.DLCF.I.006 et R2.DLCF.I.009).

Les revues de la demande du client sont enregistrées par la signature du devis – programme par les deux parties.

5. Sous-traitance de l'échantillonnage ou des essais/analyses/étalonnages

1. Quelle est la **politique de sous-traitance** du laboratoire (échantillonnage, essais, analyses et étalonnages) ?
2. Le laboratoire **rapporte-t-il sous accréditation des résultats émis par des sous-traitants accrédités** ? Si oui, quels sont les types d'essais, d'analyses ou d'étalonnages concernés, et est-ce correctement géré ?
3. Les **dispositions** concernant la **sous-traitance** (mode de sélection des sous-traitants, transmission des objets et demandes aux sous-traitants, validation des résultats obtenus en sous-traitance, intégration des résultats et des conclusions dans le rapport final) sont-elles suffisamment **documentées** et correctement **suivies** ?
4. Depuis la dernière évaluation sur site, quel est approximativement le **volume** d'échantillonnages, d'essais, d'analyses ou d'étalonnages **sous-traités** ?

1. Le laboratoire a décidé de ne sous-traiter aucun de ses essais (Cf. Procédure R2. P002).

2. Sans objet

4. Aucun essai sous traité depuis la dernière évaluation.

6. Achats de services et fournitures

1. L'**identification** de l'ensemble des **fournitures et services critiques** a-t-elle été faite de façon **complète** et **pertinente** par le laboratoire ?
2. Les **dispositions** pour l'**achat**, le **stockage** et le **contrôle de la conformité** avant utilisation sont-elles correctement **formalisées** et **appliquées** ?
3. Le laboratoire réalise-t-il de façon efficace l'**évaluation** et l'**approbation** des **fournisseurs de services** et **fournitures critiques** ?
4. Les fournitures et services critiques sont-ils identifiés ?

La gestion des achats (services et fournitures) est décrite dans le Plan qualité du DLCF et les dispositions sont issues du processus S3 « achats » de la DterCE.

Les consommables, peu nombreux, sont évalués au niveau des Unités Techniques.

UT SOA : l'unique consommable est le fond de moule en plastique placé en fond des moules 16x32. Il n'est pas considéré comme critique.

UT MI : Le laboratoire a élaboré un document qui liste les consommables et les fournisseurs pour l'ensemble des essais réalisés au sein de l'unité. Une liste dite « critique » correspondant aux essais accrédités COFRAC sont surlignée au sein de ce document.

Les fournisseurs sont évalués selon la procédure de la DterCE (S3P003), elle est effectuée une fois par an (dernière menée en décembre 2014).

L'enregistrement est effectué pour l'UT MI dans l'enregistrement R2.DLCF.EM.004.

7. Dynamique d'amélioration du laboratoire

1. Comment le laboratoire **mesure** t-il la **satisfaction de ses clients** ?
2. Les modalités de **gestion des réclamations** sont-elles **définies, adaptées** et correctement **appliquées** ?
3. Les modalités de **gestion des travaux non conformes** sont-elles **définies, adaptées** et correctement **appliquées** ?
4. Des **dispositions** existent-elles pour l'**amélioration continue** (actions correctives, préventives et autres actions d'amélioration) ? Sont-elles **efficaces** ?
5. Quelles sont les grandes lignes du **dispositif d'audit interne** (internalisation/externalisation de l'audit, planification, contenu, exploitation) ? Ce dispositif est-il **adapté** à la taille, à l'organisation et aux types d'activités du laboratoire ?
6. Des **revues de direction** sont-elles **périodiquement menées** ? Permettent-elles de **conclure** sur l'**adéquation** et l'**efficacité** du système ? Les **objectifs** et **plans d'action** y sont-ils définis/revus ?

1. Toutes les affaires font l'objet d'une enquête de satisfaction client quel que soit leur montant. La satisfaction des clients est réalisée au moyen d'une enquête réalisée à chaque prestation. Une non-satisfaction exprimée par le client fait l'objet d'une analyse et d'un enregistrement. Le RQD du DLCF assure le dépouillement et la présentation de la synthèse des enquêtes clients lors des revues qualité du Département. A ce jour, le laboratoire n'a pas reçu de retours clients spécifiques aux prestations d'essais. Les essais étant souvent réalisés dans le cadre d'une prestation globale d'étude.

2. La gestion des réclamations se fait selon les dispositions de la procédure générale de la DterCE qui concerne tous les référentiels de certification et d'accréditation selon la procédure M2 P002 « maîtrise des non- conformités -actions correctives et préventives ». Pas de réclamation spécifique aux prestations d'essais.

3. La gestion des travaux non-conformes et des points sensibles se fait selon les dispositions de la procédure « maîtrise des non-conformités -actions correctives et préventives – M2.P.002 », l'ensemble est reporté dans le tableau commun DterCE et un tri est effectué pour le DLCF. En 2014, aucune non-conformité de d'enregistrée.

4. L'évaluation continue de la conformité du laboratoire est effectuée régulièrement lors des comités de direction en présence du RQD. Sont présentés: le tableau de la DterCE des non-conformités, en décidant des actions préventives et correctives inscrites dans le plan d'action, du plan d'action pour suivre l'avancement des actions correctives et préventives, des tableaux de suivi des matériels et équipements.

5. Le processus d'audit interne est décrit dans la procédure M2.P.003.Rév 2 du 19/05/2014 (y compris la qualification des auditeurs internes) Le processus est piloté et géré par le RQD en lien avec le chargé de mission qualité de la DterCE. Les audits interne sont réalisés par du personnel Cerema. Le résultat des audits internes est présenté en revue qualité du DLCF. L'audit interne du 16/05/2014 fait état de 5 points forts, 5 points sensibles et de 5 pistes de progrès.

6. La revue de direction (revue qualité) du département DLCF est programmée annuellement selon les dispositions du plan qualité DLCF (dernière revue = 17/02/2014. Prochaine prévue le 23/02/2015). Seuls les personnels de l'UT SOA sont associés à cette revue, les personnels de l'UT MI font leur propre revue, le RQD du département y participe. Ces revues permettent de conclure sur l'adéquation et l'efficacité du système. Des objectifs et plans d'action sont définis.

8. Personnel

1. Les **fonctions** et **responsabilités** sont-elles **définies** et **pertinentes** ?
2. Le **processus** et les **critères** de **qualification** sont-ils **définis** et **pertinents** ? Le **maintien des compétences** est-il périodiquement **confirmé** ? S'applique-t-il le cas échéant aux **personnels** utilisés à **titre supplémentaire** ?
3. Le laboratoire a-t-il des dispositions permettant d'**identifier** les **besoins en formation** et assurer la **formation** de son personnel ? Sont-elles **appropriées** et correctement **appliquées** ? L'**efficacité des formations** est-elle évaluée ?
4. Lister les **fonctions clés** du laboratoire, notamment les **signataires des rapports d'essais, d'analyses ou d'étalonnages (titulaires / suppléants)**

1. Les fonctions et responsabilités sont définies et pertinentes. Une fiche de poste est rédigée pour le recrutement avec les activités principales et secondaires. (Instruction M1.I.002 DterCE). Les fonctions spécifiques aux activités NF EN ISO 17025 sont définies dans la procédure DLCF annexe spécifique au COFRAC R2.DLCF.P.001. Celle-ci précise les agents qualifiés par essai ainsi que le responsable d'essai, le chargé d'essai, le signataire et le responsable d'UT.

2. Les dispositions sont décrites dans les procédures : « Gestion des compétences » S1.P001, « qualification et habilitation » S1.P003. L'agent est habilité à signer les PV d'essais s'il remplit au moins l'un des deux critères suivants: être responsable d'essai, être chef d'unité "COFRAC" connaissant les exigences du référentiel NF EN ISO 17025 et justifiant d'une implication dans le domaine considéré. Le maintien de l'habilitation est revu annuellement lors de la revue qualité.

Le processus général de qualification comporte un programme théorique et pratique élaboré par le N+1 avec un bilan réalisé annuellement.

Le maintien est obtenu par la réalisation d'essais et la confirmation par des essais croisés tous les deux ans avec participation à des essais inter-laboratoires.

3. Les besoins de formation sont collectés lors de l'entretien annuel d'évaluation, un plan de formation est rédigé

4. Les fonctions clés du laboratoire sont les suivantes :

- a. Chargé d'essai,
- b. Responsable d'essai,
- c. Responsables UT COFRAC, (UT SOA: M. Boulet et M. Dierkens sont suppléant, UT MI: C.Mauduit et S. Liandrat)
- d. Signataires des PV (UT SOA: M. Boulet et M. Dierkens sont suppléant, UT MI: C.Mauduit et S. Liandrat)
- e. Métrologue (Mme H. Chassagnol),
- f. RQD (Mme C. Barrailh).

9. Installations et conditions ambiantes

1. Les installations et conditions ambiantes sont-elles **adaptées** à l'activité du laboratoire ? Sont-elles **surveillées** de manière satisfaisante ?
2. Indiquer si des **déménagements/aménagements** ont eu lieu **depuis la dernière évaluation** sur site et s'ils ont été correctement **gérés**.

1. Les accès sont réglementés et les locaux sont adaptés aux activités. Les conditions ambiantes sont adaptées et surveillées de manière satisfaisante.

2. Il n'y a pas eu d'aménagement/déménagement depuis la dernière évaluation.

10. Méthodes d'essai, analyse, d'étalonnage et d'échantillonnage / Evaluation des incertitudes de mesure

1. Quelle est la **démarche d'évaluation des incertitudes de mesure** concernant les essais, analyses ou étalonnages objets de la portée d'accréditation ? Est-elle **aboutie** et **satisfaisante** ?
2. Dans le cas des portées flexibles standards, des **dispositions** existent-elles pour la **prise en compte des révisions** ou l'**adoption de méthodes normalisées** ? Sont-elles **adaptées** à l'activité et correctement **appliquées** ?
3. Dans le cas des portées flexibles étendues, les **dispositions** relatives à l'activité de **développement/validation/autorisation d'emploi** des **méthodes nouvelles et/ou modifiées** sont-elles **adaptées** et correctement **appliquées** ?
4. Dans le cas des portées flexibles standards et étendues, des **enregistrements appropriés** sont-ils conservés ?

1. la démarche d'évaluation des incertitudes de mesure concernant les essais, objets de la portée d'accréditation sont:

- UT Matériaux Infrastructures:

Les incertitudes font l'objet d'une étude approfondie retranscrite dans le dossier : Incertitudes « essais sur les roches, granulats et matériaux » version 5 d'avril 2014. Les valeurs d'incertitude retenues sont celles de la norme NF P 18-545 (sept 2011) que le laboratoire a confirmées par les résultats d'essais croisés. Une mise à jour de ce rapport est réalisée annuellement.

- UT SOA:

L'évaluation de l'incertitude de l'essai de compression a été réalisée selon le guide RLPC de janvier 2004 établi par JM. GEOFFRAY soit : diagrammes cause/effet pour identifier les causes d'erreur et les maîtriser, puis estimation de l'incertitude élargie sur la base de l'écart type des écarts à leur moyenne des résultats individuels des séries de trois éprouvettes d'un groupe d'échantillons présumés identiques .

Le calcul réalisé en 2014 à partir de 816 résultats (272 prélèvements de trois éprouvettes) conduit à une incertitude de plus ou moins 1,7 MPa en intégrant l'incertitude d'étalonnage de la presse.

2. Le laboratoire est en portée A2. La veille est assurée via SAGAWEB de l'AFNOR sous la responsabilité de chaque UT. Mme Trauchessec auditrice CE-Granulats dispose de l'information et l'a transmet à l'UT MI. Lors de l'évolution d'une norme, il est procédé à une analyse tracée sur le support « Fiche d'évolution d'un référentiel » réf R2.DLCF.DM.005. Pas d'évolution de norme depuis la précédente évaluation.

11. Equipement et traçabilité du mesurage

1. La **gestion** des équipements est-elle **maîtrisée** (**identification** et **étiquetage**, programme de **maintenance** et **raccordement**, gestion des **incidents**, **dossiers « de vie »**) ?
2. Les **équipements de mesure « critiques »** et les **besoins métrologiques** ont-ils été correctement **identifiés** ? (préciser les grandeurs ou les types d'équipement faisant l'objet d'un suivi métrologique)
3. Les **étalons de référence** sont-ils correctement **raccordés au SI** ?
4. Préciser la situation du laboratoire en ce qui concerne le **raccordement au SI des étalons de travail et des équipements de mesure « critiques »**. En particulier, les opérations de métrologie sont-elles **externalisées** ou **réalisées en interne** par le laboratoire ? Les pratiques sont-elles satisfaisantes ?

1. Les équipements de mesure sont identifiés et font l'objet d'un suivi à l'aide du logiciel OPTIMU qui contient les fiches de vie. Concernant l'étiquetage des matériels vérifiés/étalonnés par les prestataires externe voir fiche d'écart n° 1 et sur le raccordement des tamis voir fiche d'écart n° 3.

2. La fonction métrologie est organisée par la métrologue avec les correspondants matériel. L'Instruction « fonctionnement des cellules métrologie » S4.I.004 décrit les missions de la cellule.

En complément des prestations externes, une partie de la métrologie est réalisée par la métrologue et l'autre partie est réalisée par le personnel des unités techniques. La procédure « maîtrise des équipements de surveillance de mesure et d'essai suivi métrologique et maintenance » S4.P.002 décrit toutes les dispositions concernant les matériels : fiches de vie, planning métrologie avec registre des interventions (logiciel Optimu) avec indicateurs de dépassement de délai.

3. Nombreuses opérations de métrologie sont effectuées en interne par la cellule métrologie (température, masse et dimensions) avec raccordement aux étalons SI. Des procédures spécifiques complètent les dispositions générales notamment procédure Q MET E2 131 pour la gestion des étalons et les modalités de calcul des incertitudes d'étalonnage.

Les tamis sont vérifiés par la responsable de la cellule métrologie à l'aide du banc mobile du CETE-EST /LABO de Strasbourg (labo référant -accrédité). La responsable Hélène CHASSAGNOL, dispose d'une habilitation après formation au labo référant.

4. Métrologie externalisée

Grandeur – instruments	Raccordement (organismes externe accrédités COFRAC)	Périodicité
5 Balances (5g à 34kg)	cellule métrologie du DLCF	Chaque année+vérification interne tous les mois
Masses de référence	ZWIEBEL	3 ans
Machines d'essais de compression 3000kN	CERIB	1/an
Chronomètres	INTERNE /HORLOGE PARLANTE	1/an
Températures (enceintes- bains thermostatiques- thermomètres)	cellule métrologie du DLCF	1/an
Dimensions	cellule métrologie du DLCF	Tous les 2 ans
Tachymètre	MECASEM	Tous les 3 ans

12. Qualité des résultats et comparaisons interlaboratoires (CIL)

1. Décrire et commenter le **programme de participation aux comparaisons interlaboratoires** et/ou renseigner le **folio 12**.
2. En l'**absence de participation aux CILs**, préciser les **raisons** invoquées par le laboratoire.
3. **En plus ou à la place des CILs**, comment le laboratoire exerce-t-il la **surveillance de la qualité de ses résultats** (utilisation de matériaux de référence, répétition d'essais ou d'étalonnages, ...)?

1. Le programme de participation aux essais inter-laboratoires est détaillé dans le document R2.DLCF.EM.016 rév 1 du 15/07/2014 (annexe 5 à ce rapport d'évaluation).

- Le rapport (02/06/2014) de l'organisateur de la campagne d'intercomparaison des essais sur béton durci (résistance à la compression), campagne 2013 fait état de résultats du DLCF dans la plage de confiance.
- Depuis la précédente évaluation, le DLCF a participé à des essais croisés sur granulats (valeur de bleu de méthylène, micro Deval et Los Angeles) avec d'autres Laboratoire Départementaux. Les résultats sont conformes.

3. Le laboratoire exerce la surveillance de la qualité des résultats de la manière suivante:

- Essais sur granulats : la qualité des résultats est vue lors de la revue annuelle, de plus les résultats et leurs conclusions sont listés dans le rapport d'incertitude.
- Essais sur bétons: suivi de l'incertitude d'essai dans le temps (calculée une fois par an sur environ 3 années de résultats glissants).

13. Rapports sur les résultats

1. Sous quelle **forme** les rapports sont-ils émis (format **papier/numérique**) ?
2. Les rapports comportent-ils les **données d'échantillonnage** ? Si oui, est-ce traité de façon satisfaisante ?
3. Les rapports comportent-ils des **déclarations de conformité** ? Si oui, est-ce traité de façon satisfaisante ?
4. Les rapports d'essais mentionnent-ils des **avis et interprétations** ? Si oui, est-ce traité de façon satisfaisante ?
5. Les **règles d'utilisation de la marque Cofrac** sont-elles correctement appliquées ?
6. Lorsque les **prestations** sont **réalisées sous accréditation**, les **rapports** font-ils **référence à l'accréditation** ? **Si non**, quelles sont les **raisons** invoquées ?

1. Les rapports sont émis sous format papier uniquement.

2. Le laboratoire ne réalise pas d'échantillonnage. Des prélèvements sont réalisés soit par le laboratoire soit par le client. Les PV granulats mentionnent le responsable du prélèvement.

3. Lorsque le client demande l'interprétation des résultats d'essais par rapport à un référentiel technique donné (cahier des charges, CCTP, guide technique, recommandations, etc.), celle-ci figure dans le document accompagnant le rapport d'essai (PV) Cofrac. Ce document d'accompagnement ne comporte pas de logo Cofrac.

4. Les unités techniques ne font pas mention d'avis et d'interprétation sur les PV d'essais. Ceux-ci figurent dans le document accompagnant du rapport d'essai (PV) Cofrac. Ce document d'accompagnement ne comporte pas de logo Cofrac.
L'avis et l'interprétation sont réalisés sur la base des résultats obtenus et d'un jugement ou en l'état actuel des connaissances.

5. Durant la période de transfert d'accréditation (01/01/2014 au 18/01/2014), le laboratoire a demandé une suspension volontaire d'accréditation. Dans ce contexte, une information sur cette période de non accréditation a été faite par mail auprès des clients du DLCF. Les premiers PV sous accréditation COFRAC avec le logo CEREMA ont été émis le 05/02/2014.

Lorsque les prestations sont réalisées sous accréditation, les rapports font référence à celle -ci par l'apposition du logo Cofrac Essais et la mention « Accréditation Cofrac N° 1- 5702 Portée disponible sur www.cofrac.fr ».

Les rapports relatifs aux essais figurant dans la portée d'accréditation font toujours référence à l'accréditation, sauf si du fait de la nature de l'échantillon le laboratoire n'a pu pratiquer le mode opératoire normalisé.

AUTRES COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS TECHNIQUES

Programme / Domaine de compétence technique évalué :

Essais sur béton hydraulique et essais sur roches et granulats

Reprendre au minimum les points suivants :

1. Informations complémentaires sur les écarts à solder et nouveaux écarts relevés
2. Identification des prestations d'essais et d'étalonnages observées (noms des personnes observées, identification si les prestations concernent des prestations sur site client, et dans ce cas si elles ont été simulées dans les locaux du laboratoire, ou réalisées sur site client) et des vérifications de traçabilité effectuées durant l'évaluation
3. Points forts et aspects sensibles du laboratoire (au plan technique)
4. Adéquation et gestion des équipements de mesure ou d'essais, des locaux, de la documentation technique, des dossiers de validation le cas échéant
5. Compétence technique du personnel réalisant les prestations accréditées, notamment les nouveaux personnels et les nouveaux signataires des rapports
6. Appréciation quant à la validité des résultats d'analyses, d'essais ou d'étalonnages dans le(les) domaine(s) concerné(s)
7. Avis quant à la pertinence des plans d'actions décidés (analyses, actions et délais proposés) en réponse aux éventuels écarts relevés, et quant à la capacité du laboratoire à traiter efficacement ces écarts dans les délais annoncés
8. Avis quant aux preuves d'action fournies après l'évaluation sur site et commentaires éventuels
9. Modulation éventuelle de l'appréciation générale compte tenu des plans et preuves d'actions transmis

Cette évaluation de surveillance (S6) avait pour objectif de vérifier sur place que les dispositions techniques et organisationnelles établies et mises en œuvre par le laboratoire pour assurer la qualité des prestations sont techniquement valides, adaptées aux prestations réalisées, conformes aux exigences du Cofrac, et qu'elles sont effectivement et efficacement appliquées.

1. Bilan des écarts de l'évaluation précédente n° 13-0498 du 06/11/2013 :

Q1 : L'annexe au plan qualité DG PQSE.005 (rév 2 du 19/11/2013 et rév 3 du 01/02/2014) prend dorénavant en compte les exigences du 4.2.2 de la norme NF EN ISO 17025 en termes de politique qualité. Ecart non critique soldé, délai de mise en œuvre respecté.

Q2 : L'annexe « spécifique au COFRAC » (rév 5 du 24/01/2014, rév 6 et rév 7 du 15/07/2014) fait mention des signataires des PV d'essais ainsi que des responsables d'UT pour les essais sous accréditation COFRAC. Figure également, les dispositions d'habilitation des signataires pour chaque programme. Ecart non critique soldé, délai de mise en œuvre respecté.

Q3 : La procédure « Maîtrise des non conformités, actions correctives et préventives » Ref : M2.P002 rév 3 du 17/04/2014 précise dorénavant la définition du traitement curatif. Le tableau des NC et ACP contient une colonne d'analyse des causes et conséquence. Vu : analyse du retard dans la réalisation de l'audit interne, étalonnage non enregistré. Ecart non critique soldé, délai de mise en œuvre respecté.

T1 : L'instruction relative à l'essai en compression sur béton, Unité SOA réf. R2.DLCF.I009 rév 3 du 27/02/2014, précise : afin de garantir l'unicité du PV d'essai, le CE crée le n° PV, composé du n° SOA, du n° de lot et de la date de la dernière échéance d'essai. Vu PV n° 14/02-2-080414. Ecart non critique soldé, délai de mise en œuvre respecté.

Axes d'amélioration signalés lors de l'évaluation précédente :

A. Améliorer la lisibilité de la revue des documents : Vu sur le compte rendu de la revue qualité du 28/04/2014 de l'UT MI, un tableau spécifique sur la gestion des documents. Celui-ci fait mentionne si le doc qualité géré dans GEDOQ est à modifier ou non. Même pratique pour l'UT SOA. Vu revue qualité du 17/02/2014.

B. Nommer des suppléants pour les fonctions clés : Le Plan qualité du DLCF rév 4 d'octobre 2014, précise les règles de suppléance de la métrologue (assurée par le RQD) et du RQD (assurée par la direction du DLCF). Les procédures d'essais précisent les suppléances pour les signataires et responsable d'essais.

C. Choisir une durée d'archivage unique permettant de réaliser une filière d'audit complète : L'archivage et accès aux anciennes révisions passent de 10 à 5 ans. La procédure « Maîtrise des documents et enregistrement Ref. M1.P.001 Rév 3 du 19/05/2014 » a été modifiée en conséquence.

D. Compléter la liste des documents externe à gérer notamment les documents « COFRAC » manquants, les normes autres que les normes analytiques citées dans les procédures : La liste des docs externe a été aménagée (Réf : R2.P.012 Rév 4 du 23/06/2014). Toutefois, tous les docs contractuels n'y figurent pas cf. Ecart n°4.

E. Raccorder les documents « orphelins » au SMQ : Reste à établir le référencement dans la base de données documentaire du contrôle des balances à l'aide des masses de travail.

F. Clarifier la notion de sous traitance, la différencier des prestations complémentaires : La procédure « réalisation de prestations suivant le référentiel NF EN ISO CEI 17025 » Réf. R2.P.002 a été révisée le 23/06/2014. Il est clairement indiqué que si pour des circonstances imprévues, un essai ne peut être réalisé, le client devra s'adresser à un autre laboratoire COFRAC. La DterCE peut être amené à sous-traiter à un organisme accrédité COFRAC des essais ne relevant pas de sa portée d'accréditation.

G. Préciser les définitions des termes « déclarations de conformité » et « interprétation » : termes précisés correctement dans la procédure Réf. R2.P.002 révisée (rév 3 et rév 4 du 23/06/2014).

H. Compléter la liste des fournisseurs en incluant les fournisseurs critiques : La liste a été complétée.

I. Compléter les fiches de suivi des vérifications en service des balances avec les tolérances définies : Vu consignes d'utilisation CV n° 14 L 007U/CV 14 L 008V du 11 février 2014 faisant état des limites acceptables.

La prise en compte par le laboratoire des axes d'amélioration mentionnée dans le rapport précédent est effective. Reste les items D et E à finaliser.

2. Identification des prestations d'essais et d'étalonnages observées : chaque UT a fait l'objet d'une observation sur des essais en cours.

- Pour l'UT SOA, l'essai de compression sur éprouvettes béton rectifiées Ø 16x32 cm, selon NF EN 12390-3, a été pratiqué par M. DOMAS Christophe. Echantillons provenant du chantier de la déviation RN 88 du Puy en Velay. Les matériels ou équipement utilisés (bac de conservation des éprouvettes, thermomètre, dispositif dimensionnel, balance, machine d'essais [vitesse de montée en charge et force]) sont tous vérifiés ou raccordés soit en interne, soit en externe par un organisme accrédité COFRAC. Le technicien a pris en compte les remarques formulées par l'audit interne sur l'observation des faciès de rupture. La date ou les critères d'échéance du prochain étalonnage de la presse d'essai ne sont pas disponibles (cf. écart n°1). L'exercice de traçabilité sur le PV 14/02-2-080414 (essais du 8/04/2014 à 28j) dans le cadre de la marque NF-BPE n'a pas fait apparaître de point discordant. Les résultats de la campagne d'intercomparaison (Ginger 2013) sont conformes.

- Pour MI, M. BLACHERE Loïc, technicien habilité depuis le 15/07/2014 à pratiquer l'ensemble des essais du programme 23 de la portée d'accréditation du DLCF, a réalisé en ma présence les essais suivants : Préparation d'échantillons en laboratoire des granulats par méthode de réduction selon NF EN 932-2 et mesure du coefficient d'aplatissement selon NF EN 933-3. Les techniques d'essais sont bien maîtrisées.

Exercice de traçabilité sur le PV n° 2014 1215-12040 relatif à l'affaire n° C14 LC 0125 ; essai d'aplatissement selon NF EN 933-3. Résultat conforme à la minute d'essais ainsi que les signataires des PV d'essais. L'identification de la norme d'essai est à compléter par son homologation (cf. écart n°2). Equipement raccordé en interne.

3. Points forts

- compétences et motivations des personnels techniques rencontrés
- l'ensemble des locaux est fonctionnel et propre
- la traçabilité est assurée
- participation aux campagnes d'intercomparaison
- qualification des nouveaux embauchés

Aspects sensibles

- Identification des normes utilisées
- raccordement de certains nouveaux tamis

4. Le laboratoire dispose de locaux fonctionnels et possède les équipements nécessaires à l'exécution des essais visés dans sa portée d'accréditation. De nombreux documents ont été révisés suite à l'évaluation précédente.

5. Le personnel réalisant les prestations accréditées est techniquement compétent, y compris le nouvel embauché.

6. les validités des résultats sont assurées.

7 et 8. Les plans d'actions et les délais de traitement des écarts sont jugés pertinents

9. L'évaluateur technique, responsable de l'évaluation a confiance dans la capacité du laboratoire à respecter l'ensemble des exigences normatives et réglementaires.

Expert/Evaluateur technique :
Hervé BEINISH

Date :
17/02/2015

PROCES-VERBAL DE CLÔTURE

Lieu : Clermont – Ferrand (63)

Liste des personnes présentes à la réunion de clôture

Nom - Prénom	Fonction - Service	Nom - Prénom	Fonction - Service
CUER Alexandre	Directeur adjoint Chef du groupe Construction et Mobilité (GCM)		
MOREIRA Sylvain	Directeur adjoint Chef du groupe Risques Environnement Infrastructures (GREI)		
DELOUIS Dominique	Directrice du DLCF		
BLACHERE Loïc	Expert technique MI		
CHASSAGNOL Hélène	Métrologue		
LIANDRAT Sébastien	Responsable UT Granulats		
BARRAILH Céline	RQD		
BOULET Bruno	Responsable UT Béton		
DOMAS Christophe	Chargé d'essais		

Bilan du solde des fiches d'écart (et des fiches de demande de clarification objet de l'examen des preuves d'actions de maîtrise de la situation) de(s) l'évaluation(s) précédente(s) :

0	FICHE(S) EXAMINÉE(S) DEMEURANT NON SOLDÉE(S)	DONT	/	ECART(S) CRITIQUE(S)
---	---	------	---	----------------------

0	FICHE(S) NON EXAMINÉE(S) FAUTE DE COMPÉTENCE DANS L'EQUIPE	DONT	/	ECART(S) CRITIQUE(S)
---	---	------	---	----------------------

Nombre de fiches d'écart et de fiches de demande de clarification remises au laboratoire (toutes activités confondues) :

4	ECART(S) RELEVÉ(S)	DONT	0	ECART(S) CRITIQUE(S)
---	--------------------	------	---	----------------------

0	DEMANDE(S) DE CLARIFICATION SOULEVÉE(S)
---	---

Commentaire éventuel du laboratoire :

/

Le représentant du laboratoire reconnaît avoir pris connaissance du contenu des fiches d'écart et exprimé son désaccord éventuel. Il est rappelé que seul le Directeur général du Cofrac est habilité pour prononcer la décision d'accréditation.

Date : 21/01/2015	Responsable d'Evaluation : (Original signé) Hervé BEINISH	Représentant du laboratoire : (Original signé) DELOUIS Dominique
----------------------	--	---

ANNEXES

N° annexe	Intitulé de l'annexe	Nbre de pages
1	Eventuels nouveaux écarts relevés	8
2	Écart(s) des évaluations précédentes EXAMINES demeurant NON SOLDÉ(S)	/
3	Écart(s) des évaluations précédentes NON EXAMINÉ(S)	/
4	Portée d'accréditation en vigueur et/ou demande d'accréditation validée(s)	7
5	Participation aux comparaisons interlaboratoires	1
6	Eventuelles preuves documentaires attestant de la maîtrise des écarts critiques	/
7	Eventuelles preuves documentaires d'actions consécutives aux écarts formulés restant à examiner	/
8	Liste des principaux documents examinés, si ces documents ne sont pas cités dans le descriptif de la situation (folios 5 à 8)	1
9		
10		

FICHE D'ECART N° 1☐ CRITIQUE☒ NON CRITIQUE

N° d'accréditation ou de projet : 1-5702

C O F R A C	DOMAINE(S) : 3 et 23		LIEU(X) DE CONSTAT (si évaluation multi sites) : Clermont Ferrand (63)	
	ECART AUX EXIGENCES DE ⁽¹⁾ : NF EN ISO 17025		PARAGRAPHE(S) DU REFERENTIEL : 5.5.8	
	<small>⁽¹⁾ Indiquer au regard de quel référentiel (norme, programme, etc.) porte l'écart</small>			
	CONCERNE : LES DISPOSITIONS <input type="checkbox"/>		L'APPLICATION <input checked="" type="checkbox"/>	
O E C	CONCERNE UNE DEMANDE D'EXTENSION <input type="checkbox"/>			
	Constat(s) : Equipement Les matériels d'essais étalonnés/vérifiés par un organisme externe (exemple : Presse Walter et Bai) comportent uniquement l'étiquette du prestataire. Celle-ci mentionne la date d'intervention de celui-ci. La date ou les critères d'échéance du prochain étalonnage/vérification ne sont pas disponibles. Conséquence avérée : L'opérateur n'a pas connaissance si la périodicité de l'étalonnage/ vérification est toujours valide. Risque induit : Faible, car le logiciel de suivi des matériels OPTIMU permet la gestion des fréquences d'étalonnage/vérification.			
	EVALUEUR : H.BEINISH		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
	ACCORD DE L'ORGANISME OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES EVENTUELS : /			
O E C	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
	PLAN D' ACTIONS DECIDE			
	ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART (antériorité - prestations et clients -...) L'opérateur de la presse Walter et bai est aussi utilisateur du logiciel OPTIMU car il est correspondant « matériels » pour son unité. Il est donc en capacité de prendre connaissance de la date de fin de validité de l'étalonnage de son matériel.			
	ANALYSE DES CAUSES ET DE LA NECESSITE DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS POUR EVITER LA REPRODUCTION DE L'ECART Pour les matériels étalonnés en externe, l'étiquette est apposée par le prestataire externe qui n'a pas pour pratique d'y mentionner la date de fin de validité de l'étalonnage. Aucune étiquette n'est apposée en interne.			
O E C	ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE Pour tous les matériels d'essais raccordés à une chaîne COFRAC et étalonnés en externe, le DLCF va apposer une étiquette interne faisant apparaître la date de fin de validité de l'étalonnage			Délai(s) de mise en œuvre : 28/02/2015
	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF		DATE : 03/02/2015	SIGNATURE * : électronique
	APPRECIATION DE LA PERTINENCE DU PLAN D' ACTIONS			
	PERTINENCE DE L'ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART ET DE L'ANALYSE DES CAUSES : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES EVENTUELS :			
C O F R A C	PERTINENCE DES ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DÉLAI(S) PERTINENT(S) : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	EVALUEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE * : Original signé

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° 1 (SUITE)

C O F F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER LORS DE LA REDACTION DU RAPPORT)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES : OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS : A vérifier lors de la prochaine évaluation		
EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

C O F F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER SUITE A LA DECISION)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
STRUCTURE PERMANENTE :		DATE :	SIGNATURE* :

C O F F R A C	VERIFICATION DE L'EFFICACITE DES ACTIONS ET SOLDE DE LA FICHE D'ECART (EVALUATION SUIVANTE)		
	RESPECT DU PLAN D'ACTION (CONTENU ET DELAIS) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	ELEMENTS DE PREUVES CONSIDERES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
	EFFICACITE DES ACTIONS MISES EN OEUVRE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
COMMENTAIRES EVENTUELS :			
SOLDE DE L'ECART : ECART SOLDE <input type="checkbox"/> ECART NON SOLDE <input type="checkbox"/>		Cf. nouvelle fiche d'écart n° :	
EVALUATEUR :	DATE :	SIGNATURE* :	

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **2**☐ CRITIQUE☒ NON CRITIQUE

N° d'accréditation ou de projet : 1-5702

C O F R A C	DOMAINE(S) : 23		LIEU(X) DE CONSTAT (si évaluation multi sites) : Clermont Ferrand (63)	
	ECART AUX EXIGENCES DE ⁽¹⁾ : NF EN ISO 17025 <small>⁽¹⁾ Indiquer au regard de quel référentiel (norme, programme, etc.) porte l'écart</small>		PARAGRAPHE(S) DU REFERENTIEL : 5.10	
	CONCERNE : LES DISPOSITIONS <input type="checkbox"/> L'APPLICATION <input checked="" type="checkbox"/>		CONCERNE UNE DEMANDE D'EXTENSION <input type="checkbox"/>	
	Constat(s) : Rapport sur les résultats Les méthodes d'essais indiquées dans les Procès verbaux d'essais "granulats" sont les normes EN... et non les normes française homologuées NF EN... telles que mentionnées dans l'annexe technique du laboratoire. Conséquence avérée : Les normes NF EN... précisent les dates de prise d'effet, les normes remplacées et parfois des indications de pratiques nationales. Risque induit : Faible, car en général les normes "granulats" comportent peu de mention de pratique nationale			
O E C	EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
	ACCORD DE L'ORGANISME		OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	COMMENTAIRES EVENTUELS :			
O E C	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF			
	DATE : 21/01/2015		SIGNATURE * : Original signé	
	PLAN D' ACTIONS DECIDE ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART (antériorité - prestations et clients -...) Il n'y pas de risque avéré sur la qualité des prestations réalisées sous accréditation car ce sont bien les normes NF-EN qui sont appliquées			
	ANALYSE DES CAUSES ET DE LA NECESSITE DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS POUR EVITER LA REPRODUCTION DE L'ECART Le modèle de procès verbal est à reprendre			
O E C	ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE			Délai(s) de mise en œuvre :
	Modification du modèle de procès verbal en remplaçant les mentions NF en NF-EN			28/02/2015
	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF			
C O F R A C	DATE : 03/02/2015		SIGNATURE* : électronique	
	APPRECIATION DE LA PERTINENCE DU PLAN D'ACTIONS PERTINENCE DE L'ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART ET DE L'ANALYSE DES CAUSES : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	PERTINENCE DES ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DÉLAI(S) PERTINENT(S) : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **2** (SUITE)

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER LORS DE LA REDACTION DU RAPPORT)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS : A vérifier lors de la prochaine évaluation		
EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER SUITE A LA DECISION)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
STRUCTURE PERMANENTE :		DATE :	SIGNATURE* :

C O F R A C	VERIFICATION DE L'EFFICACITE DES ACTIONS ET SOLDE DE LA FICHE D'ECART (EVALUATION SUIVANTE)		
	RESPECT DU PLAN D'ACTION (CONTENU ET DELAIS) :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ELEMENTS DE PREUVES CONSIDERES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
	EFFICACITE DES ACTIONS MISES EN OEUVRE :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COMMENTAIRES EVENTUELS :			
SOLDE DE L'ECART :		ECART SOLDE <input type="checkbox"/> ECART NON SOLDE <input type="checkbox"/>	Cf. nouvelle fiche d'écart n° :
EVALUATEUR :		DATE :	SIGNATURE* :

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **3**☐ CRITIQUE☒ NON CRITIQUE

N° d'accréditation ou de projet : 1-5702

C O F R A C	DOMAINE(S) : 23		LIEU(X) DE CONSTAT (si évaluation multi sites) : Clermont Ferrand (63)	
	ECART AUX EXIGENCES DE ⁽¹⁾ : NF EN ISO 17025 <small>⁽¹⁾ Indiquer au regard de quel référentiel (norme, programme, etc.) porte l'écart</small>		PARAGRAPHE(S) DU REFERENTIEL : 5.6.2.1	
	CONCERNE : LES DISPOSITIONS <input type="checkbox"/> L'APPLICATION <input checked="" type="checkbox"/>		CONCERNE UNE DEMANDE D'EXTENSION <input type="checkbox"/>	
	Constat(s) : Etalonnage Suite à la vérification par le DLCF le 13/10/2014 de l'ensemble de ses tamis et grille à fentes avec une chaîne de mesure accréditée COFRAC dans le cadre du tronc commun métrologie des laboratoires CEREMA, il a été détecté 1 tamis et 5 grilles à fentes non conformes. Le laboratoire a fait l'acquisition le 5/12/2014 de 11 tamis et 7 grilles à fentes auprès de l'entreprise SAULAS. Cette entreprise a fourni des certificats de vérification sans référence à l'accréditation NF EN 17025. Conséquence avérée : Pas de raccordement à une chaîne métrologique accréditée Risque induit : Faible, car 2 essais ont été réalisés avec cet équipement. Pas d'émission de rapport d'essai			
O E C	EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
	ACCORD DE L'ORGANISME		OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	COMMENTAIRES EVENTUELS :			
O E C	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
	PLAN D' ACTIONS DECIDE			
	ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART (antériorité - prestations et clients -...) Seuls 2 essais ont été réalisés avec ces nouveaux matériels. D'ici le raccordement effectif, tous les essais nécessitant les tamis et les grilles à fentes ne comporteront pas le logo COFRAC			
	ANALYSE DES CAUSES ET DE LA NECESSITE DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS POUR EVITER LA REPRODUCTION DE L'ECART Les tamis et les grilles à fentes sont contrôlés tous les 2 ans par le banc d'étalonnage du laboratoire de Strasbourg, qui est mutualisé entre tous les laboratoires du Cerema. Entre l'achat des tamis et grilles et l'audit, le DLCF n'a pas eu le temps de programmer un envoi des matériels concernés à Strasbourg pour étalonnage par leur chaîne de mesure fixe raccordée COFRAC.			
O E C	ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE			Délai(s) de mise en œuvre :
	Envoi des tamis et des grilles à fentes concernés au laboratoire de Strasbourg, pour étalonnage par leur chaîne de mesure fixe raccordée COFRAC.			30/04/2015
	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice du DLCF		DATE : 03/02/2015	SIGNATURE * : électronique
C O F R A C	APPRECIATION DE LA PERTINENCE DU PLAN D'ACTIONS			
	PERTINENCE DE L'ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART ET DE L'ANALYSE DES CAUSES :			OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	PERTINENCE DES ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE :			OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	DÉLAI(S) PERTINENT(S) :			OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
C O F R A C	COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **3** (SUITE)

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER LORS DE LA REDACTION DU RAPPORT)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS :
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER SUITE A LA DECISION)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS :
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
STRUCTURE PERMANENTE :		DATE :	SIGNATURE* :

C O F R A C	VERIFICATION DE L'EFFICACITE DES ACTIONS ET SOLDE DE LA FICHE D'ECART (EVALUATION SUIVANTE)		
	RESPECT DU PLAN D'ACTION (CONTENU ET DELAIS) :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ELEMENTS DE PREUVES CONSIDERES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
	EFFICACITE DES ACTIONS MISES EN OEUVRE :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COMMENTAIRES EVENTUELS :			
SOLDE DE L'ECART :		ECART SOLDE <input type="checkbox"/> ECART NON SOLDE <input type="checkbox"/>	Cf. nouvelle fiche d'écart n° :
EVALUATEUR :		DATE :	SIGNATURE* :

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **4**☐ CRITIQUE☒ NON CRITIQUE

N° d'accréditation ou de projet : 1-5702

C O F R A C	DOMAINE(S) : 23		LIEU(X) DE CONSTAT (si évaluation multi sites) : Clermont Ferrand (63)	
	ECART AUX EXIGENCES DE ⁽¹⁾ : NF EN ISO 17025		PARAGRAPHE(S) DU REFERENTIEL : 4.3	
	<small>⁽¹⁾ Indiquer au regard de quel référentiel (norme, programme, etc.) porte l'écart</small>			
	CONCERNE : LES DISPOSITIONS <input type="checkbox"/>		L'APPLICATION <input checked="" type="checkbox"/>	
	CONCERNE UNE DEMANDE D'EXTENSION <input type="checkbox"/>			
O E C	Constat(s) : Maîtrise de la documentation			
	Lors de l'évaluation précédente, un des axes d'amélioration nécessitait de compléter la liste des documents externes à gérer. Le DLCF a complété cette liste par l'ajout du Lab Ref 08 "expression et évaluation des portées d'accréditation".			
	Cette liste aménagée, cf. procédure R2.P002 Rév:04 du 23/06/2014, n'est pas exhaustive vis-à-vis de la liste des documents contractuels entre le CEREMA et le COFRAC.			
	Conséquence avérée : Enregistrement de la documentation			
	Risque induit : Faible , car les documents reçus par le COFRAC sont systématiquement transmis par le RQD aux responsables d'UT			
	EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé
O E C	ACCORD DE L'ORGANISME		OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice de DLCF		DATE : 21/01/2015	SIGNATURE * : Original signé

O E C	PLAN D' ACTIONS DECIDE		
	ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART (antériorité - prestations et clients -...)		
	Il n'y pas de risque avéré sur la qualité des prestations réalisées sous accréditation.		
	ANALYSE DES CAUSES ET DE LA NECESSITE DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS POUR EVITER LA REPRODUCTION DE L'ECART		
	Une modification exhaustive de la procédure est nécessaire		
O E C	ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE		Délai(s) de mise en œuvre :
	La procédure R2.P002 va être modifiée en lien avec le chargé de mission qualité de la direction territoriale centre est du Cerema pour intégrer la liste des documents contractuels entre le Cerema et le COFRAC		31/07/2015
	REPRESENTANT DE L'ORGANISME : Dominique DELOUIS, directrice de DLCF		DATE : 03/02/2015
			SIGNATURE * : électronique

C O F R A C	APPRECIATION DE LA PERTINENCE DU PLAN D' ACTIONS		
	PERTINENCE DE L'ANALYSE DE L'ETENDUE DE L'ECART ET DE L'ANALYSE DES CAUSES :		
	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
	PERTINENCE DES ACTIONS DECIDEES POUR MAITRISER LA SITUATION CONSTATEE :		
C O F R A C	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DÉLAI(S) PERTINENT(S) :		
	OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
COMMENTAIRES EVENTUELS :			
	EVALUATEUR : H.BEINISH	DATE : 04/02/2015	SIGNATURE * : Original signé

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

FICHE D'ECART N° **4** (SUITE)

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER LORS DE LA REDACTION DU RAPPORT)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
EVALUATEUR : H.BEINISH		DATE : 04/02/2015	SIGNATURE* : Original signé

C O F R A C	EXAMEN DES PREUVES D' ACTIONS POUR MAITRISER LA SITUATION (A COMPLETER SUITE A LA DECISION)		
	PREUVES DOCUMENTAIRES EXAMINEES :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	DOCUMENTS EXAMINES SATISFAISANTS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	PREUVES SUFFISANTES POUR DEMONTRER LA MAITRISE DE LA SITUATION : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
	DOCUMENTS EXAMINES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
STRUCTURE PERMANENTE :		DATE :	SIGNATURE* :

C O F R A C	VERIFICATION DE L'EFFICACITE DES ACTIONS ET SOLDE DE LA FICHE D'ECART (EVALUATION SUIVANTE)		
	RESPECT DU PLAN D'ACTION (CONTENU ET DELAIS) :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ELEMENTS DE PREUVES CONSIDERES :		
	COMMENTAIRES EVENTUELS :		
	EFFICACITE DES ACTIONS MISES EN OEUVRE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
COMMENTAIRES EVENTUELS :			
SOLDE DE L'ECART :		ECART SOLDE <input type="checkbox"/>	ECART NON SOLDE <input type="checkbox"/>
EVALUATEUR :		DATE :	Cf. nouvelle fiche d'écart n° : SIGNATURE* :

* Si la page est dactylographiée, indiquer « original signé » ou « validation e-mail » en fonction de la situation

Annexe 8

Liste des principaux documents examinés

- Organigrammes Cerema direction territoriale Centre-Est (Novembre 2014) et DLCF (1^{er} décembre 2014)
- Plan qualité du département Laboratoire de Clermont-Ferrand (Rév 4 Octobre 2014)
- Déclinaison de la politique qualité de la Direction territoriale Centre-Est. Engagement de la direction du DLCF (Enregistrement Rév 3 du 01/02/2014)
- Rapport d'audit interne QSE et COFRAC (M2.DM.001 Rév 3 du 05/03/2014)
- Revue qualité du DLCF compte rendu du 17/02/2014
- Revue qualité de l'unité MI du 28/04/2014
- Evaluation des fournisseurs 2014 - Liste des fournisseurs et consommables Unité Matériaux Infrastructures (Réf R2.DLCF.EM.004)
- Essais sur les roches – granulats et matériaux "facteurs d'influence et estimation des incertitudes d'essais, organisation qualité". Rapport Avril 2014
- Procédures:
 - Maîtrise des documents et des enregistrements (Réf: M1.P.001 Rév 3 du 19/05/2014)
 - Maîtrise des non-conformités, actions correctives et préventives (Réf: M2.P.002 Rév 3 du 17/04/2014)
 - Qualification et habilitation (Réf S1.P.004 Rév 2 du 17/07/2014)
 - Réalisation de prestations suivant le référentiel NF EN ISO CEI 17025 (Réf: R2.P.002 rév 4 du 23/06/2014)
 - Maîtrise des équipements de contrôle, de mesure et d'essai – suivi métrologique et maintenance (Réf: S4.P.002 rév 2 du 25/06/2014)
 - DLCF annexe spécifique au COFRAC (Réf: R2.DLCF.P.001 Rév 7 su 15/07/2014)
- Instructions:
 - Application de la procédure "gestion d'une affaire R123" au DLCF (Réf: R2.DLCF.I.001 Rév 8 du 10/10/2014)
 - Essai en compression sur béton Unité SOA (Réf: R2.DLCF.I.009 Rév 3 du 27/02/2013)
 - Réalisation des prestations de l'unité MI suivant le référentiel NF EN ISO/CEI 17025 (Réf: R2.DLCF.I.006 Rév 5 du 28/04/2014)
- Modèle PV d'essais "COFRAC" pour UT MI