



Département Laboratoire de Clermont Ferrand

CETE de Lyon

Rapport d'audit

Nature et objet de l'audit	
Conformité du système de management de la qualité aux exigences des normes ISO 14001 et OHSAS 18001.	
Champ de l'audit : Ensemble des activités.	
Périmètre de l'audit : Clermont-Ferrand.	
Date(s) de l'audit : 04 et 05 juin 2013.	
Référentiels: Normes ISO 14001 : 2004 et OHSAS 18001 : 2007	
Auditeur : P. GROSJEAN (qualifié AFAQ)	
Nombre de pages : 9	
Rapport rédigé le : 21 juin 2013	 Visa auditeur



1 - Conclusion générale

Le système de management de la santé / sécurité et de l'environnement mis en place au laboratoire de Clermont Ferrand apporte des réponses globalement satisfaisantes aux exigences des normes ISO 14001 et OHSAS 18001.

L'objectif de certification est tout à fait réaliste.

Points forts marquants

Politique volontaire de la direction (rangement du laboratoire, conformité des machines, prise en compte de la réglementation), pour inscrire le laboratoire dans une logique durable de préservation de la santé et de la sécurité des agents.

Cette démarche a conduit, entre autre, à réduire de plus de la moitié le nombre de produits chimiques présents au laboratoire, ce qui, en soit, est un résultat exemplaire.

Bonne sensibilisation des agents, tous ont participés (rangement, fiche d'engagement volontaire, check-list HSE, ...).

Cela étant, il reste quelques aspects à parfaire (remontée des situations dangereuses, ...).

Système de management largement intégré au niveau CETE : toutes les dispositions générales sont communes (gestion des documents, gestion des actions, audits, ...).

Pistes de progrès ou points sensibles

Il reste quelques non conformités réglementaires à traiter, dont la partie relative aux risques chimiques.

Il faudra ensuite inscrire la démarche dans une logique de pérennisation, afin de ne pas risquer de perdre le crédit des actions menées.

2- Conclusions détaillées

Types de constats

- PF** (Point fort) Point particulièrement bien traité ou dépassant les exigences de ISO 14001 / OHSAS 18001.
- PP** (Piste de progrès) Proposition d'amélioration du système – pas de risque d'écart.
- PS** (Point sensible) Point pouvant devenir à terme un écart, en l'absence de correction.
- Ecart** ⇔ Non-conformité majeure ou mineure, nécessitant une correction et/ou action corrective.

Type de constat	§ ISO	Commentaire
PF 1	SE 4.2	La politique HSE démontre sa cohérence avec les principaux risques et impacts identifiés. La cohérence des objectifs est, elle aussi, démontrée.
PF 2	SE 4.4.3	La communication interne est bien assurée, notamment via des "lettres QSE", diffusées au cours de la démarche.
PF 3	SE 4.2 et 4.4.3	Des "fiches d'engagement volontaire" ont été complétées par 100% des agents – définissant leur contribution à la politique HSE. Ces fiches sont affichées dans les bureaux.
PS 1	E 4.3.1	Des impacts sont déclarés IES, sans que la cohérence avec les notes attribuées puisse être établie (exemple : impacts liés au carottage). La méthode de détermination du caractère significatif ou non des impacts environnementaux devrait donc être clarifiée.
PP 1	E 4.3.1	Il serait utile de définir le mode de mise à jour de l'analyse des aspects et impacts (prise en compte proactive des modifications).
PF 4	S 4.3.1	Identification très méthodique des dangers et risques, par agents. Méthode commune au niveau CETE.
Note 1	S 4.3.1	Il faut statuer pour définir si les exigences réglementaires liées à la pénibilité sont applicables ou non au DLCF. Dans l'affirmative, la fiche individuelle d'identification des risques professionnels pourrait servir pour l'analyse de la pénibilité.
Note 2	S 4.3.1	De la même façon, statuer sur l'applicabilité, ou non, des articles L441-4 et D441-1 à -4 du code de la sécurité sociale, concernant le registre

Type de constat	§ ISO	Commentaire
		des accidents bénins.
Note 3	SE 4.3.2	La veille réglementaire est centralisée sur le site de Bron. Elle est bien assurée.
PF 5	SE 4.5.2	Bonnes dispositions pour l'évaluation de conformité réglementaire.
PS 2	SE 4.5.2	L'évaluation de conformité nécessite une mise à jour : <ul style="list-style-type: none"> - des exigences sont déclarées non-conformes bien que devenues conformes aujourd'hui (exemple : échafaudages) - voir la surveillance des climatiseurs d'une puissance > 12 kW.
PF 6	S 4.3.3	Des actions pertinentes sont menées en regard des principaux risques identifiés (travail sur écran, stress, déplacements, ...).
PP 2	S 4.3.3	Ces actions pourraient (devraient...) être documentées dans le plan qualité.
PF 7	SE 4.3.3	Le plan d'action est intégré QSE et regroupe les actions issues de plusieurs sources (audits, ...).
PS 3	SE 4.4.1	Les délégations de pouvoir pour signer les plans de prévention ne sont pas documentées.
PF 8	SE 4.4.2	Bon suivi des habilitations du domaine HSE. Les formations sont enregistrées et suivies. Le suivi des visites médicales est bien assuré.
PS 4	SE 4.4.2	Manque les formations liées à la PCR, les éventuels CAMARI. Quelques personnes, formées en tant que serre-file, n'ont pas été enregistrées dans le tableau.
PS 5	SE 4.5.1	Au jour de l'audit, un certains nombre de contrôles réglementaires ont été effectués, mais les rapports ne sont pas encore disponibles : <ul style="list-style-type: none"> - LPS / LPNS - Climatiseurs - VLE - Levage
PS 6	SE 4.5.1	Le registre de sécurité / RUS n'est pas complété comme prévu, plusieurs contrôles effectués n'ont pas été enregistrés.
PP 3	SE 4.5.1	Suite à un contrôle réglementaire, il est utile de statuer, après examen du rapport, sur la conformité ou non du laboratoire.

Type de constat	§ ISO	Commentaire
		Exemple : résultats du contrôle CO à la chaufferie (s'avèrent satisfaisants, après vérification lors de l'audit).
PS 7	E 4.3.2	Concernant le contrôle des chaufferies de 4 à 400 kW, l'arrêté du 15/09/2009 précise les documents que le prestataire doit laisser au commanditaire (voir article 2) : attestation. Au jour de l'audit, cette attestation n'a pu être trouvée.
PF 9	4.4.6	Les consignes relatives au port des EPI sont bien respectées par les agents.
PP 4	4.4.6	Les consignes relatives aux EPI devraient être adaptées au mieux, sans aller au-delà du nécessaire. Exemple pour le garage : lunettes + gants + chaussures + blouse théoriquement obligatoires pour toute personne y pénétrant. Ceci apparaît peu applicable, et non corrélé à un risque réel.
PS 8	4.4.6	Les visiteurs devraient porter les EPI nécessaires en fonction de la zone où ils évoluent. Pas de règle définie à ce sujet au laboratoire.
PF 10	4.4.6	Gros progrès accomplis dans le domaine du rangement / organisation / identification. Exemples : locaux G08, S10, S11, local chimie, ...
PS 9	4.4.6	Le registre déchet ne répond pas totalement aux exigences de l'arrêté du 29/02/12 (enregistrement des numéros de récépissé le l'autorisation de transport, ...).
PS 10	4.4.6	Local S09 : organisation satisfaisante. Reste à traiter le cas des EPI soumis à VGP (harnais, ...).
PS 11	4.4.6	Local E34 : Condition de ventilation non-conformes au code du travail (il s'agit d'un LPS puisqu'un dégagement de formaldéhyde peut exister, une ventilation doit donc être assurée).
PP 5	4.4.6	Salle SOA : Pour régler le problème de la circulation à coté de la rectifieuse et de la presse, une possibilité serait de mettre ces machines dans la salle attenante (principe de suppression du risque).
PS 12	4.4.6	Salle SOA : La presse a été améliorée quant à ses protections contre les projections. Néanmoins ces protections ne sont pas asservies au fonctionnement de la machine, qui n'est donc pas totalement conforme.

Type de constat	§ ISO	Commentaire
PF 11	4.4.6	Bonne gestion des protocoles chargement / déchargement.
PS 13	4.4.6	Quelques plans de préventions ne sont plus à jour (exemple OTIS, périmé fin 2012).
PF 12	4.4.6	Des plans de préventions chantiers sont mis en œuvre pour identifier les risques spécifiques à ce type d'interventions. (la partie environnementale est identifiée dans la PTF).
PF 13	4.4.6	56% des produits chimiques ont été éliminés entre 2011 et 2013.
Ecart 1	4.4.6	La prise en compte du risque chimique, du point de vue réglementaire, n'est pas achevée : <ul style="list-style-type: none"> - inventaire non exhaustif (exemple : Techno CBC Max) - évaluation des risques non terminée.
PF 14	4.4.6	Les accidents du travail sont enregistrés et font l'objet d'analyse des causes pertinentes.
Note 4	4.4.7	Test des situations d'urgence satisfaisants réalisés en 2012 + évacuation incendie en 2013. Comptes-rendus satisfaisants.
PS 14	4.4.7	Programme de test des situations dangereuses non disponible pour l'année 2013.
PP 6	4.4.7	Les actions issues des tests de situations d'urgence pourraient être reportées dans le plan d'action HSE.
PF 15	4.5.3	Dispositions pertinentes mises en place pour la remontée des situations dangereuses et des presque accidents.
PS 15	4.4.7	Le mode de signalement des situations dangereuses reste mal connu d'une partie des agents.
PS 16	4.4.7	La consigne de réaction face à un malaise / accident est mal connue par quelques agents (l'un d'entre eux propose de poser un garrot en cas d'hémorragie...).
PS 17	4.5.3	Peu de remontée de situations dangereuses (5 en 2012, dont seulement 2 non issues de la directrice ou de l'animatrice HSE).
PP 7	4.5.3	Les relais HSE pourraient jouer un rôle accru dans la remontée de ces situations.

Type de constat	§ ISO	Commentaire
PF 16	4.5.1	Des check-lists HSE ont été distribuées à tous pour autoévaluation. (collecte et analyse à venir). Ceci est de nature à améliorer encore la sensibilisation des agents à la démarche HSE.
PF 17	4.4.5	Principe de gestion documentaire commun au niveau du CETE.
PS 18	4.5.4	Les modalités de maîtrise des enregistrements HSE ne sont pas documentées (lieu et durée de conservation des enregistrements liés au HSE : plans de prévention, protocoles, ...).

3 – Plan d'audit

Date : 04 et 05 juin 2013

Référentiels : ISO 14001 version 2004 et OHSAS 18001 : 2007

Auditeur : Pierre Grosjean

<i>Date et heure</i>	<i>Processus et points audités</i>	<i>§ ISO 14001 OHSAS 18001</i>
	04 juin 2013	
09h00	Réunion d'ouverture (confirmation plan d'audit) Domaine d'application	4.1
09h15	Audit du système de management HSE Identification des dangers et des risques SST Identification des aspects et impacts environnementaux Exigences réglementaires (identification et évaluation) Communication	4.3.1 4.3.1 4.3.2, 4.5.2 4.4.3
10h00	Audit de la direction Politique Objectifs et programmes Revue de direction	4.2 4.3.3 4.6
10h45	Gestion des compétences Compétences, formation et sensibilisation Gestion des habilitations Gestion du suivi médical Rôles, responsabilités, autorités et délégations	4.4.2 4.4.1
11h30	Management HSE (aspects opérationnels et réglementaires) Pénibilité Gestion des modifications Contrôle périodiques obligatoires ADR Gestion des Déchets (filières, BSDD, registre) Plans de prévention Protocoles chargement / déchargement Risque chimique (inventaire, FDS, évaluation du risque, VLEP, notices, ...) Entretiens périodiques (matériel de secours, débourbeur - déshuileur, ...) Registre des accidents bénins ATEX Situations d'urgence (tests, comptes-rendus et actions)	4.4.6 4.4.7
12h30	Pause déjeuner	
14h00	Audit terrain Identification proactive des impacts et des risques sur les chantiers extérieurs – dispositions de maîtrise Maîtrise opérationnelle	4.3.1 4.4.6

<i>Date et heure</i>	<i>Processus et points audités</i>	<i>§ ISO 14001 OHSAS 18001</i>
	Situation d'urgence Contrôles (dont les contrôles réglementaires) Communication Politique Rôles, responsabilités et autorités Non conformités	4.4.7 4.5.1 4.4.3 4.2 4.4.1 4.5.3
17h30	Synthèse de la journée	
	05 juin 2013	
08h30	Suite de la partie "Management HSE"	
09h30	Audit du système de management Exigences relatives à la documentation Non conformités, actions correctives et préventives Audits internes	4.4.4 4.4.5 4.5.4 4.5.3 4.5.5
10h30	Synthèse	-
11h30	Réunion de clôture	