



**Agence fédérale  
pour la Sécurité  
de la Chaîne alimentaire**

Audit interne, Qualité &  
Prévention

CA – Botanique  
Food Safety Center  
Bd du Jardin botanique, 55  
B-1000 Bruxelles  
Tél. 02 211 82 11

[www.afsca.be](http://www.afsca.be)

NE 0267 387 230

---

# **Rapport annuel de l'audit interne Activités 2016**

## **Comité d'audit de l'AFSCA**

Notre mission est de veiller  
à la sécurité de la chaîne  
alimentaire et à la qualité de  
nos aliments, afin de protéger  
la santé des hommes,  
des animaux et des plantes.

## Table des matières

1. Avant-propos.....	3
2. Définition, mission et objectifs de l'audit interne.....	4
2.1. Définition .....	4
2.2. Mission et objectifs.....	4
3. Acteurs du processus d'audit interne.....	5
3.1. Le Comité d'audit de l'Administration fédérale (CAAF).....	5
3.2. Le Service fédéral d'audit interne (FAI).....	5
3.3. Le Comité d'audit de l'AFSCA.....	6
3.4. La cellule d'audit interne.....	6
3.5. Les experts techniques .....	7
3.6. Les audits internes techniques de la DG LABO.....	7
3.7. La DG SANTÉ – Unité F (Health and Food audits and analysis) en tant qu'acteur européen 8	8
3.8. Autres acteurs nationaux .....	8
3.9. Cour des Comptes .....	9
4. Organisation de la cellule d'audit interne.....	9
4.1. Structure et budget.....	9
4.2. Fonctionnement de la cellule d'audit interne.....	9
4.2.1. Profil de fonction et évaluation .....	9
4.2.2. Formation .....	9
4.2.3. Outils de support pour l'audit .....	10
4.2.4. Rapportage des activités.....	10
4.2.5. Amélioration continue.....	10
4.2.6. Fonctionnement dans le contexte national .....	11
4.2.7. Fonctionnement dans le contexte européen.....	11
5. Aperçu des activités d'audit interne en 2016.....	12
5.1. Activités génératrices d'assurance.....	12
5.1.1. Élaboration du programme d'audit 2016.....	12
5.1.2. Réalisation du programme d'audit 2016 .....	12
5.1.3. Objectifs et KPI de la cellule d'audit interne.....	15
5.1.4. Conclusions principales des audits initiaux réalisés par la cellule d'audit interne .....	16
5.1.5. Résultats des audits de suivi.....	17
5.1.6. Conclusions principales des audits réalisés par la DG LABO .....	18
5.1.7. Aperçu des audits externes réalisés en vue de la certification et de l'accréditation de l'AFSCA 18	18
5.2. Activités consultatives et devoirs d'enquête spécifiques .....	19
6. Suivi des plans d'action .....	20
6.1. Cellule d'audit interne.....	20
6.2. DG LABO .....	20
7. Rapport du contrôle interne .....	21
8. Conclusion générale .....	22
9. Abréviations .....	23
10. Annexe 1 : Programme d'audit 2016 (AIQP) .....	24

# 1. Avant-propos

La charte de l'audit interne prévoit que le Comité d'audit de l'AFSCA rédige chaque année un rapport des activités menées en matière d'audit interne. Le présent rapport est déjà le 10<sup>e</sup> depuis l'instauration de la cellule d'audit interne à l'AFSCA. Vous trouverez dans ce rapport une description des acteurs du processus d'audit et de l'organisation de la cellule d'audit interne, un aperçu des activités d'audit effectuées en 2016, ainsi qu'un aperçu des audits externes et des principales conclusions pouvant en être tirées.

En 2015, de nouveaux objectifs stratégiques et opérationnels ont été formulés dans le 5<sup>e</sup> business plan de l'AFSCA (période 2015-2017). Aucun objectif spécifique n'a été formulé pour le service d'audit interne mais un certain nombre d'objectifs opérationnels ont toutefois été prévus à titre d'actions secondaires.

Veiller en permanence à la qualité et à l'efficacité du travail dans le cadre d'une gestion optimale de l'organisation constitue un objectif stratégique pour le haut management. Un système de contrôle interne soutenu et implémenté par le personnel, et un système de qualité certifié ciblé sur une amélioration continue, doivent contribuer à la réalisation de cet objectif. Il relève de la mission du service d'audit interne de fournir au haut management l'assurance raisonnable que ces systèmes fonctionnent de manière efficace et efficiente.

Le Comité d'audit réaffirme l'indépendance de la cellule d'audit interne au sein de l'organisation.

Peter Maes,

Président du Comité d'audit 2016

## 2. Définition, mission et objectifs de l'audit interne

### 2.1. Définition

L'audit interne est une activité indépendante et objective qui offre à une organisation une certaine assurance sur le degré de maîtrise de ses processus et activités, apporte des opportunités d'amélioration et contribue ainsi à créer de la valeur ajoutée pour l'organisation.

L'audit interne aide cette organisation à atteindre ses objectifs via une approche systématique et méthodique afin d'évaluer et d'améliorer l'efficacité de ses processus de gestion des risques, de contrôle et de gestion organisationnelle (gouvernance).

### 2.2. Mission et objectifs

L'audit interne de l'AFSCA revêt une fonction d'appréciation et d'évaluation indépendante, il a été instauré pour étudier et évaluer les activités de l'organisation afin de rendre service à l'ensemble de celle-ci.

Les objectifs de l'audit interne sont les suivants :

- vérifier la conformité avec les prescriptions légales (nationales et européennes) et les exigences de qualité pertinentes (normes) ;
- vérifier que les processus de bonne gouvernance sont bien définis, qu'ils sont connus, compris et appliqués ;
- examiner si l'AFSCA est en mesure d'atteindre ses objectifs et ce de manière efficiente ;
- évaluer le bon fonctionnement, l'efficacité et l'efficience du système de contrôle interne.

Les structures intégrées suivantes garantissent un haut degré d'objectivité et d'indépendance dans le processus d'audit interne :

- l'emplacement de la cellule d'audit interne à un haut niveau de l'organisation, à savoir dans un service du CEO ;
- l'existence d'un Comité d'audit fédéral (CAAF) et d'un Comité d'audit propre à l'AFSCA (voir points 3.1 et 3.3) ;
- l'existence d'une charte d'audit et d'un code déontologique pour l'auditeur interne, reprenant entre autres les principes de base de l'audit interne (indépendance, expertise, intégrité, objectivité, accès illimité à tou(te)s les activités, propriétés, fichiers, membres du personnel et informations) ;
- un contrôle indépendant périodique du processus d'audit interne par un organisme externe ;
- un mode de rapportage transparent et la publication des rapports et des plans d'action sur l'intranet ;
- un rapportage aux comités d'audit précités et une supervision par ceux-ci.

## 3. Acteurs du processus d'audit interne

### 3.1. Le Comité d'audit de l'Administration fédérale (CAAF)

Depuis 2010, les activités d'audit interne de l'AFSCA sont placées sous la surveillance du Comité d'audit de l'Administration fédérale (CAAF).<sup>1</sup> Il s'agit d'un organe consultatif indépendant, au service du gouvernement fédéral, dont l'objectif est de contribuer à une bonne gestion des services publics fédéraux et de veiller à ce que ceux-ci utilisent à bon escient l'argent des contribuables. Le CAAF prend note du programme d'audit et donne son avis à ce sujet.

En 2016, le CAAF a rédigé deux rapports, dont un concernait directement le fonctionnement du système de contrôle interne de l'AFSCA. Les principales conclusions formulées dans ce rapport sont que le service d'audit interne de l'AFSCA travaille de manière professionnelle et structurée. En ce qui concerne le système de contrôle interne, l'AFSCA démontre que son organisation accorde de l'intérêt au système de contrôle interne et à l'amélioration de celui-ci. Dans son rapport, le CAAF formule une série de recommandations et d'opportunités d'amélioration. Le CAAF recommande ainsi d'ajouter au rapport un relevé clair des recommandations formulées par la Cour des Comptes et par les autres instances de contrôle, avec un état d'avancement des réalisations et un inventaire de tous les processus. De plus, le registre des risques devrait également indiquer quelles sont les personnes propriétaires de ces risques. Par ailleurs, ce registre des risques devrait être intégré dans le tableau de bord où sont enregistrées les actions correctives, préventives et d'amélioration, de manière à garantir un suivi optimal. Enfin, le CAAF conseille également de faire mention des résultats des actions d'amélioration dans le rapport.

### 3.2. Le Service fédéral d'audit interne (FAI)

L'accord de gouvernement du 10 octobre 2014 prévoit l'organisation d'un service commun d'audit interne pour les services publics fédéraux. Le 11 décembre 2015, le conseil des ministres a approuvé un projet d'AR portant création du Service fédéral d'audit interne (FAI). Cet AR prévoit une structure en « clusters » qui serait pleinement déployée à partir de 2018. Un cluster horizontal est ainsi prévu pour les matières transversales présentes dans chaque département (RH, IT, finances, développement de l'organisation,...) et un certain nombre de clusters verticaux spécifiques afin de maintenir la connexion avec les départements.

Pour chacune des organisations membres, le FAI évaluera la fiabilité de leur système de contrôle interne ainsi que leur gestion de l'organisation et des risques (bonne gouvernance). Après délibération, il s'est avéré que la réalisation d'audits légaux (tels que prévus dans l'AR) n'était pas un bon choix et qu'une séparation stricte entre les deux fonctions était souhaitée. La fonction d'auditeur légal réclame tout de même quelques autres compétences et d'autres droits. Le FAI exerce ses activités sous la supervision du CAAF et est dirigé par un responsable de l'audit interne (RAI).

L'AR du 4 mai 2016 portant création du FAI<sup>2</sup> prévoit qu'un certain nombre de services publics se rajouteront à un stade ultérieur : le ministère de la Défense, le SPF Finances, l'Agence fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS) et l'AFSCA. L'intégration de cette 2<sup>e</sup> vague, dont fait partie l'AFSCA, devra être achevée d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Des entretiens exploratoires ont déjà eu lieu et les négociations s'intensifieront dans le courant de l'année 2017. Les décisions relatives aux modalités de transition doivent être prises d'ici l'été 2017 de sorte que les AR éventuels puissent encore être publiés avant le 31 décembre 2017. Les difficultés qui émergent dans le cadre de cette transition sont des discussions à propos des activités d'audit interne *versus* le core business de l'AFSCA. L'AFSCA doit en effet respecter certaines obligations européennes et satisfaire aux exigences des normes ISO. Le FAI ne peut pas garantir qu'il sera en mesure d'y répondre dès le début de ses activités. Néanmoins, la transition n'a pas été attendue pour déjà impliquer les organisations de la 2<sup>e</sup> vague dans les discussions relatives au développement du FAI, du point de vue de la méthodologie d'audit, de l'analyse du risque, du partage d'informations et des aspects P&O.

<sup>1</sup> Le CAAF a été institué par l'arrêté royal du 17 août 2007 portant création du Comité d'audit de l'Administration fédérale (CAAF) et est composé de 7 membres.

<sup>2</sup> Arrêté royal du 4 mai 2016 portant création du Service fédéral d'audit interne.

### 3.3. Le Comité d'audit de l'AFSCA

Le Comité d'audit a pour mission d'assister le CEO et le Comité de direction de l'AFSCA en exerçant une surveillance sur le fonctionnement de l'Agence. Il a été institué par l'article 11 de l'AR du 20 décembre 2007<sup>3</sup> et ses tâches principales sont :

- d'évaluer le programme annuel d'audit, les demandes d'audit intermédiaires et les révisions trimestrielles du programme annuel d'audit ;
- d'assurer le suivi des audits internes et externes effectués ;
- d'évaluer les audits réalisés ;
- de rédiger un rapport annuel.

En 2016, le Comité d'audit était présidé par Peter Maes (consultant externe et expert en audit et assurance qualité) et était composé des membres suivants :

- Vicky Lefevre : directrice générale de la Politique de Contrôle
- Yvan Dejaegher : représentant du secteur (APFACA) ;
- Ana Granados-Chapatte : représentante du secteur (FWA) ;
- Joost Vandembroucke : représentant des consommateurs (Test-Achats) ;
- Martine Delanoy : représentante du ministre de tutelle Willy Borsus ;
- Steve Carlos Braem (a démissionné du comité d'audit dans le courant de 2016) de l'Association belge de recherche et d'expertise des organisations de consommateurs (REOC).

Les auditeurs internes, ainsi qu'un représentant de la DG LABO (cellule qualité), sont présents aux réunions du Comité d'audit mais n'ont pas de voix délibérative. Un représentant du CAAF est également invité. En 2016, le Comité d'audit s'est réuni quatre fois : les 18 février, 22 juin, 20 septembre et 29 novembre. Le secrétariat est assuré par le CAE (directeur AIQP), qui établit l'ordre du jour en concertation avec le président du Comité d'audit et qui rédige les comptes rendus des réunions.

### 3.4. La cellule d'audit interne

La cellule d'audit interne fait partie du service AIQP (audit interne, qualité, prévention et service de médiation). Le service AIQP relève du CEO et fait rapport de ses activités d'audit auprès des comités d'audit de l'AFSCA et du CAAF ainsi qu'au management de l'AFSCA.

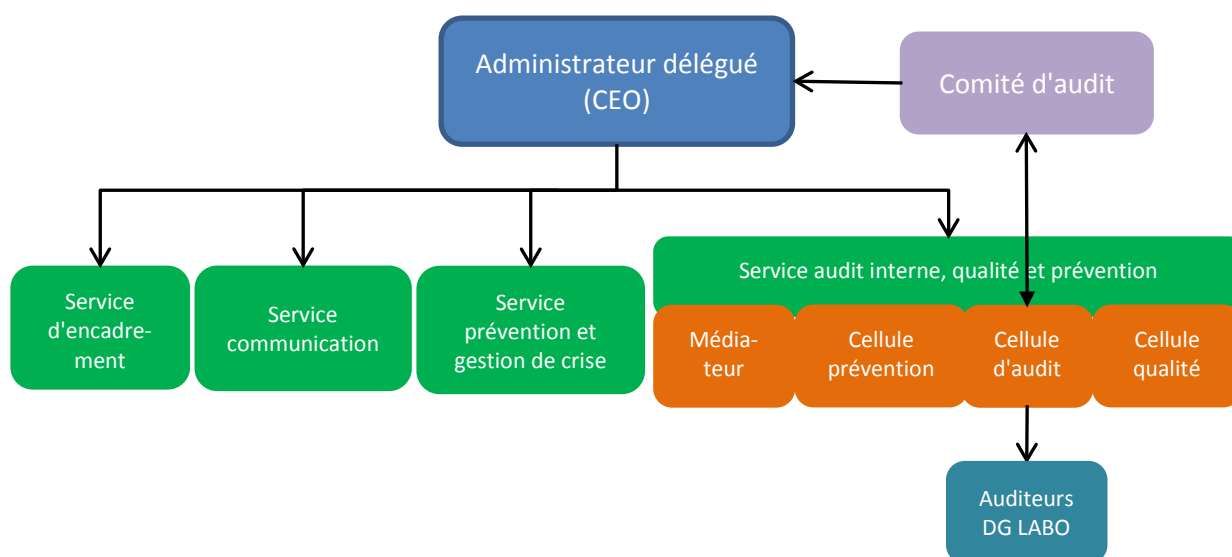
La cellule d'audit interne est responsable de l'élaboration du programme annuel d'audit (voir point 5.1.1), du rapportage de celui-ci et constitue aussi le point de contact pour le Comité d'audit et le management. Une partie de ce programme d'audit est prise en charge par les auditeurs techniques internes de la DG LABO et n'est pas reprise dans le programme d'audit du service AIQP (voir point 3.6). Ces audits techniques relèvent de la responsabilité de la DG LABO et ne sont donc pas abordés dans le présent rapport. Cette structure est représentée dans le schéma ci-dessous.

La cellule d'audit interne effectue chaque année un audit de système dans chaque laboratoire de l'AFSCA. Le scope de cet audit est établi en concertation avec le responsable qualité de la DG LABO.

---

<sup>3</sup> AR du 20 décembre 2007 fixant le lieu d'établissement, l'organisation et le fonctionnement de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.

Figure 1 : Organigramme des services du CEO, avec positionnement du service audit interne, qualité et prévention (AIQP).



### 3.5. Les experts techniques

Pour l'exécution de ses tâches, la cellule d'audit interne fait appel à des collaborateurs d'autres services, possédant une expertise technique et/ou une expérience spécifique au scope audité. Cette collaboration est prévue aussi bien dans la norme IIA que dans la norme ISO-19011 et la décision européenne 2006/677/CE<sup>4</sup>. Ces auditeurs « ad hoc » ou experts techniques sont placés, pour la durée de l'audit, sous la supervision du directeur du service AIQP et sont dirigés par l'auditeur principal. Avant de prendre en charge leurs activités d'audit, ils reçoivent une formation relative au déroulement du processus d'audit interne et signent la charte et le code déontologique de l'audit interne. En 2016, la cellule d'audit interne a fait appel à plusieurs experts techniques de la DG Contrôle.

### 3.6. Les audits internes techniques de la DG LABO

Les audits techniques sont réalisés par les auditeurs techniques internes à la DG LABO (au moins un audit technique par labo par an, en tenant compte du cycle d'accréditation BELAC). Il s'agit de collaborateurs de la DG LABO ou d'un partenaire externe qui disposent des compétences techniques nécessaires pour évaluer la conformité du scope technique concerné. Ces experts techniques ne seront pas qualifiés en tant qu'auditeurs internes. Enfin, en cas d'extension du scope d'accréditation et/ou en cas de constatation de certains points problématiques, il est possible d'ajouter des audits internes supplémentaires dans le programme d'audit.

La procédure « Audits internes techniques DG Laboratoires : organisation pratique » (2014/877/LAB) décrit la manière dont les audits internes des activités de laboratoire sont organisés.

<sup>4</sup> Décision 2006/677/CE du 29 septembre 2006 établissant des lignes directrices fixant des critères pour la réalisation des audits en application du Règlement (CE) n° 882/2004 du Parlement européen et du Conseil relatif aux contrôles officiels effectués pour s'assurer de la conformité avec la législation sur les aliments pour animaux et les denrées alimentaires et avec les dispositions relatives à la santé animale et au bien-être des animaux.

### 3.7. La DG SANTÉ – Unité F (*Health and Food audits and analysis*) en tant qu'acteur européen

La DG SANTÉ – Unité F vérifie que les États membres respectent bien la législation et les normes européennes, notamment en matière d'audit interne (article 4.6 du Règlement 882/2004<sup>5</sup> et Décision 2006/677/CE). Au cours de ces missions, elle interroge les États membres sur la réalisation des audits relatifs à des thèmes spécifiques relevant de la réglementation européenne. En 2016, la DG SANTÉ - Unité F a effectué 3 audits et 3 visites d'étude (*fact finding*) auprès de l'AFSCA :

- 2016-8680 : Campylobacter in poultry (fact finding) ;
- 2016-8822 : National Audit System ;
- 2016-8856 : Food additives ;
- 2016-8872: Import controls – enhanced checks : products of animal origin and live animals/products of non-animal origin ;
- 2016-8879: Composite products (fact finding) ; food containing both products of plant origin and processed products of animal origin ;
- 2016-8900 : Feed importers (fact finding).

Du 18 au 22 janvier 2016, la DG SANTÉ – Unité F a réalisé une évaluation du processus d'audit interne de l'AFSCA (2016-8822). Les conclusions générales du rapport étaient les suivantes :

- Un système d'audit éprouvé et efficace a été mis en place, couvrant tous les contrôles officiels qui relèvent du champ d'application du Règlement (CE) n° 882/2004 et susceptible d'atteindre les objectifs de l'article 4, alinéa 6 de ce règlement. Ce système comporte un processus de priorisation systématique, basé sur les risques, pour la détermination du programme d'audit et des modalités appropriées, incluant des procédures documentées permettant la mise en œuvre efficace du plan d'audit et la compétence du personnel mobilisé dans les activités d'audit. En outre, le processus d'audit est monitoré et évalué, et les résultats de ce monitoring sont utilisés en vue d'une amélioration continue du processus et de la diffusion des bonnes pratiques en faveur de l'exécution des contrôles officiels ;
- Les directives stipulées dans la Décision 2006/677/CE de la Commission ont été prises en considération et les dispositions existantes garantissent l'indépendance du processus d'audit ainsi que le contrôle indépendant du système d'audit. Par ailleurs, les dispositions détaillées existantes visant à garantir la transparence du processus d'audit peuvent également, aux yeux des parties prenantes internes mais aussi externes, fournir une assurance dans le cadre des prestations effectuées ;
- Le système d'audit est en mesure d'identifier lui-même les domaines devant être améliorés et de prendre des mesures pour implémenter ces améliorations, de sorte que les dispositifs d'audit continuent d'être développés et qu'ils apportent une plus grande « valeur ajoutée » à l'organisation ;
- Les dispositifs d'audit existants peuvent générer des résultats crédibles et fiables, et les systèmes de suivi systématique peuvent attester de l'efficacité des mesures prises à la lumière de ces résultats.

Dans ce rapport, une recommandation était formulée à l'attention des autorités régionales compétentes en matière de contrôle du bien-être animal.

Ces autorités régionales devaient prendre des mesures afin d'assurer que les objectifs formulés à l'article 4(6) du Règlement 882/2004 relatif à l'audit interne soient atteints et que des mesures appropriées soient prises à l'égard des constatations faites.

### 3.8. Autres acteurs nationaux

Chaque année, des réviseurs d'entreprises effectuent une vérification de la comptabilité, conformément aux dispositions légales et aux normes de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises. Le rapport du commissaire a été transmis. Le réviseur d'entreprise a également réalisé un audit concernant les comptes annuels 2015. Aucune anomalie n'a été constatée lors de cet audit.

<sup>5</sup> Règlement 882/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, article 4.6 « Les autorités compétentes procèdent à des audits internes, ou peuvent faire procéder à des audits externes, et prennent les mesures appropriées à la lumière de leurs résultats pour s'assurer qu'elles atteignent les objectifs fixés par le présent règlement. Ces audits font l'objet d'un examen indépendant et sont exécutés de manière transparente ».



L'audit de la Cour des Comptes concernant la comptabilité se déroulera en 2017 (et portera sur les comptes annuels de 2015 et 2016).

### 3.9. Cour des Comptes

En ce qui concerne l'audit « Autocontrôle des opérateurs actifs dans la chaîne alimentaire – encadrement par l'AFSCA », l'AFSCA n'était pas entièrement d'accord avec plusieurs des recommandations formulées et a exprimé son point de vue par l'intermédiaire du ministre de tutelle, dans un courrier transmis le 17 juin 2016. Il n'en demeure pas moins que les recommandations de la Cour des Comptes ont été examinées en profondeur et qu'un plan d'action a été transmis en même temps que un courrier du 17 juin 2016, avec indication de la manière dont il allait être donné suite aux 10 recommandations de l'audit.

## 4. Organisation de la cellule d'audit interne

### 4.1. Structure et budget

En 2016, la cellule d'audit interne comptait quatre auditeurs (3,4 ETP) : deux collaborateurs francophones (1,8 ETP) et deux collaborateurs néerlandophones (1,6 ETP). Un des auditeurs a quitté le service début 2016 et a été remplacé en juillet 2016. Ceci a eu un impact sur le planning et sur l'exécution du programme d'audit. En tant que *Chief Audit Executive* (CAE), le directeur du service AIQP (0,3 ETP) est responsable de la surveillance de la qualité du travail de la cellule d'audit interne. Il veille à la réalisation des objectifs, à la qualité des audits, au rapportage des audits et évalue les auditeurs internes. La cellule d'audit interne peut faire appel au soutien administratif du secrétariat de direction AIQP pour une charge de travail équivalente à 0,3 ETP.

Le service AIQP disposait en 2016 d'un budget de fonctionnement de 161 088 euros. Dans ce budget, 94 090 euros ont été utilisés de manière effective pour les frais généraux de fonctionnement, les audits externes, les frais de fonctionnement du Comité d'audit et l'affiliation à l'Institut des Auditeurs internes de Belgique (IIA-Bel).

### 4.2. Fonctionnement de la cellule d'audit interne

#### 4.2.1. Profil de fonction et évaluation

Le profil de fonction de l'auditeur interne est resté inchangé en 2016. Les objectifs et les KPI de la cellule, ainsi que les objectifs de développement personnel des auditeurs internes, ont été évalués en 2016 par le CAE. Le CAE a été évalué par le CEO.

#### 4.2.2. Formation

En 2016, les quatre auditeurs internes et le CAE ont suivi un total de 59,5 jours de formation. Chaque auditeur suit un programme de formation adapté à ses besoins.

- Tous les auditeurs, ainsi que le CAE, ont suivi la formation « Modélisation de processus & ARIS Express » ; les auditeurs ont également tous suivi le recyclage ISO 9001 – version 2015 ;
- Étant donné que la cellule d'audit interne a repris pour son compte les audits de système ISO 17025 qui devaient initialement être pris en charge par la DG LABO, un auditeur a suivi une formation à ce sujet. Les autres auditeurs avaient déjà suivi cette formation dans le passé ;
- Un auditeur a suivi la formation « Quality Assessment of an Audit Activity » auprès de l'institut IIA Belgium ;
- Un auditeur a assisté à un audit interne effectué auprès de l'Agence irlandaise de sécurité alimentaire ;
- Enfin, un auditeur a participé au module B2 « advanced level » de la formation BTSF en matière d'audit (projet *Better Training for Safer Food*, organisé par la Commission européenne).

En 2017, les autres auditeurs et le CAE suivront le module B2 « advanced level » de la formation BTSF en matière d'audit. L'auditeur entré en service en 2016 devra, lui, tout d'abord suivre le module B1.

### 4.2.3. Outils de support pour l'audit

L'organisation du processus d'audit interne est décrite dans un certain nombre de procédures et d'instructions. En 2016, la procédure 2007/003/ADGB : « Élaborer et gérer un programme d'audit annuel » a fait l'objet d'une révision. À cette occasion, la procédure 2007/005/ADGB : « Demander un audit en dehors du programme d'audit » a été intégrée dans la procédure 2007/003/ADGB. En 2017, la procédure 2007/004/ADGB : « Réaliser un audit interne » sera elle aussi révisée.

Vu que la cellule d'audit interne preste des services pour l'ensemble de l'organisation et pour le management en particulier, elle s'efforce de perfectionner en permanence son fonctionnement en faveur de ces partenaires. Depuis le programme d'audit 2016, chaque audit, une fois terminé, est suivi d'une enquête de satisfaction menée auprès de chaque service audité. Les résultats de ces enquêtes seront exploités afin d'optimiser le processus d'audit à partir de 2017.

La structure des rapports d'audit a été adaptée dans le courant de 2016, ce à la demande du management. En outre, plus aucune recommandation n'est formulée lors des audits. Les non-conformités sont constatées et consignées en l'état dans le rapport.

La cellule d'audit interne utilise un certain nombre d'outils (tableaux Excel) pour surveiller le processus d'audit et le rectifier si nécessaire :

- Suivi du programme annuel d'audit. Ce tableau sert également à calculer et à suivre les KPI et autres indicateurs de la cellule ;
- Suivi des plans d'action : statut et suivi des recommandations – et des non-conformités à partir de la mi-2016 ;
- Univers d'audit (subdivisé en un univers des processus et un univers sectoriel).

### 4.2.4. Rapportage des activités

Lors des réunions trimestrielles du Comité d'audit, le CAE, en tant que secrétaire du Comité d'audit, présente une évaluation intermédiaire des objectifs réalisés. Les comptes rendus de ces réunions ont été publiés sur le site intranet de l'AFSCA. Le rapport d'activités de l'AFSCA est publié à la fois sur le site intranet et sur le site internet de l'AFSCA.

Des présentations sur le fonctionnement de l'audit interne ont été données dans le cadre de la revue de direction, mais aussi au sein du Comité consultatif et du Comité de concertation management de la DG Contrôle.

### 4.2.5. Amélioration continue

La cellule d'audit interne vise une amélioration continue de ses activités afin d'améliorer sa prestation de services à l'égard du management. Toutes les remarques reçues à propos de cette prestation de services sont enregistrées dans un tableau de bord par le CAE et, si nécessaire, font l'objet d'une discussion avec les auditeurs internes. Dans ce tableau, une distinction est faite entre recommandations, plaintes et points d'attention. En 2016, aucune plainte n'a été reçue. Depuis janvier 2016, les auditeurs font systématiquement parvenir une enquête de satisfaction aux services audités. Le nombre d'enquêtes complétées et retournées n'étant pas encore suffisant, l'analyse de ces enquêtes ne sera exposée que dans le prochain rapport annuel.

Dans le cadre de la réalisation de l'évaluation du processus d'audit interne de l'Irlande et de l'Estonie, la DG SANTÉ a fait appel à 2 auditeurs de la cellule. Un auditeur a rejoint l'équipe d'audit pour l'Irlande, et un autre l'équipe d'audit pour l'Estonie.

#### **4.2.6. Fonctionnement dans le contexte national**

Les deux univers d'audit ont été revus. L'univers lié aux processus a été adapté en fonction de la cartographie des processus. L'univers lié aux opérateurs et activités a été adapté en fonction des check-lists utilisées lors des contrôles sur le terrain. Ces adaptations ont été approuvées par le Dircom et le Comité d'audit, et ont été à la base de l'analyse de risque pour le programme d'audit 2017. Cela a été pris en compte dans le cycle de 5 ans pour la Direction DG SANTÉ F (voir point 6.5 de la Décision 2006/677).

Il n'y a pas eu, en 2016, de demande d'investigation pour fraude ou d'autres enquêtes.

#### **4.2.7. Fonctionnement dans le contexte européen**

En 2016, la cellule d'audit interne a participé aux 2 réunions du *National Audit System Network* organisées par l'OAV à Grange, en Irlande (20 – 21 avril 2016 et 16 –17 novembre 2016). Lors de la réunion du mois d'avril, la nouvelle structure de la Direction DG SANTÉ F *Health and Food Audits and Analysis* a été présentée, ainsi que le projet CIRCABC (*Communication and Information Resource Centre for Administrations, Businesses and Citizens*). Le projet de nouveau RCO (Règlement sur les contrôles officiels), qui remplacera le Règlement 882/2004, a été présenté lors de la réunion de novembre.

Un des auditeurs et le directeur du service d'audit interne se sont investis en tant que formateurs dans le cadre des modules de formation A, B1 et B2 du BTSF en matière d'audit.

## 5. Aperçu des activités d'audit interne en 2016

### 5.1. Activités génératrices d'assurance

#### 5.1.1. Élaboration du programme d'audit 2016

Le programme d'audit pluriannuel est basé sur une analyse des risques et s'appuie sur deux piliers :

- un univers d'audit des processus de l'AFSCA (47 éléments au total) ;
- un univers d'audit sectoriel sur base du Règlement 882/2004 et du business plan de l'AFSCA (40 éléments au total).

Pour chacun de ces deux sous-univers, une grille des risques ou de la vulnérabilité est élaborée, avec une pondération pour les critères appliqués. En tenant compte de l'apport du management, le programme d'audit 2016 a été « distillé » au départ du planning pluriannuel. Les autres paramètres pris en compte sont les suivants :

- la répartition de l'univers d'audit, telle que définie dans la réglementation européenne;
- la réalisation de deux audits généraux de suivi ; et
- la réalisation d'audits de seconde partie auprès d'organisations externes auxquelles sont confiées des tâches et des compétences relevant de l'AFSCA.

La proposition de programme d'audit a été abordée le mardi 22 septembre 2015 lors de la réunion du Comité d'audit de l'AFSCA, et quelques adaptations y ont été apportées. Le programme d'audit adapté a été présenté au Comité de direction le lundi 14 décembre 2015. Le 23 décembre 2015, le programme d'audit 2016 a été publié sur l'intranet.

Le programme d'audit initial de l'année 2016 comportait 22 audits internes : 20 audits initiaux (6 audits sectoriels, 5 processus transversaux, 5 audits de système dans les labos, 3 audits de seconde partie, 1 audit dans le cadre de la bonne gestion d'une UPC) et 2 audits de suivi.

Ce programme d'audit fait l'objet de modifications dans le courant de l'année. Ces modifications sont toujours soumises à l'approbation du Comité d'audit de l'AFSCA et du management. Un aperçu détaillé du programme d'audit complet est fourni en annexe 1 du présent rapport.

#### 5.1.2. Réalisation du programme d'audit 2016

##### 1. Cellule d'audit interne

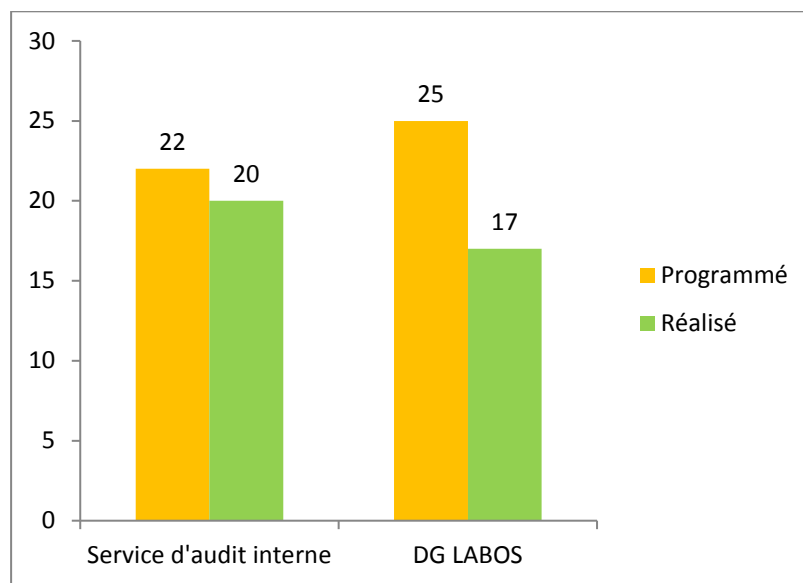
Deux audits (2016-05 et 2016-15) ont été annulés et seront repris dans le programme d'audit 2017. L'audit 2016-10 sera finalisé début 2017 suite à la formation du nouvel auditeur et à son intégration dans la cellule.

L'année 2016 clôture le second cycle de cinq ans de couverture de l'univers d'audit sectoriel, comme prévu par la DG SANTÉ F.

## 2. DG LABO

La DG LABO avait initialement planifié 30 audits internes pour l'année 2016. Les 5 audits de système ont été repris dans le programme d'audit de la cellule d'audit interne du service AIQP et ont été réalisés en novembre/décembre 2016. Quelque 25 audits techniques ont été planifiés en 2016, parmi lesquels 17 ont effectivement eu lieu. Six audits portant sur la microbiologie ont été reportés au premier semestre de 2017 vu qu'un audit BELAC s'était déroulé en septembre 2016 pour ce scope et qu'un audit d'extension était prévu en mai 2017 pour ce même scope, nécessitant dès lors un audit interne préalable. L'audit « Hydrocarbures aromatiques polycycliques dans les aliments pour animaux et les matières premières des denrées alimentaires » a été postposé vu que ces analyses ont été sous-traitées depuis la mi-2016 dans l'attente d'un nouvel appareil. L'audit portant sur la détection du Norovirus GI dans les fruits, les légumes et les mollusques bivalves n'a pas été réalisé en raison du fait que cela avait déjà été audité par BELAC à la fin septembre et que l'enchaînement d'audits (internes et externes) sur un même scope présente peu d'intérêt.

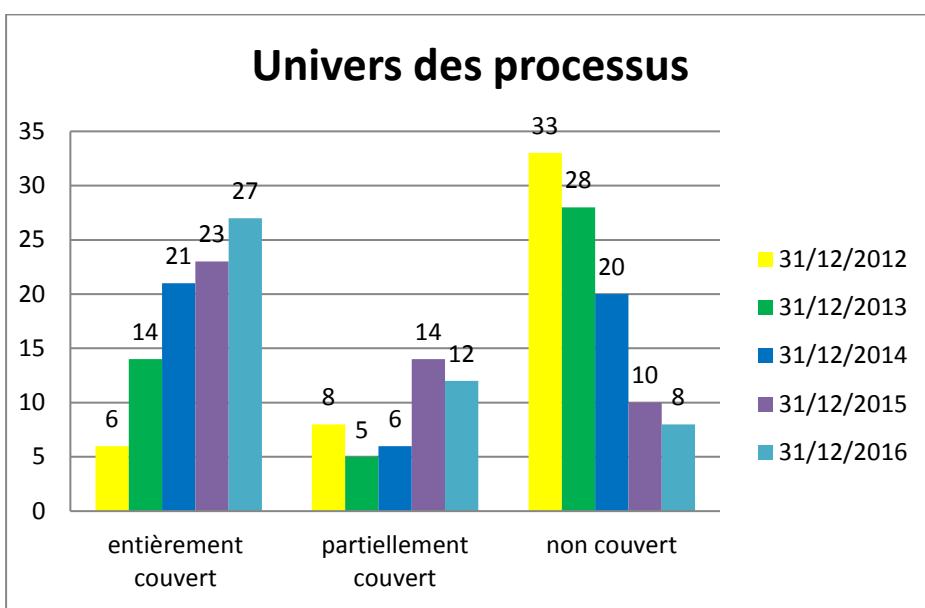
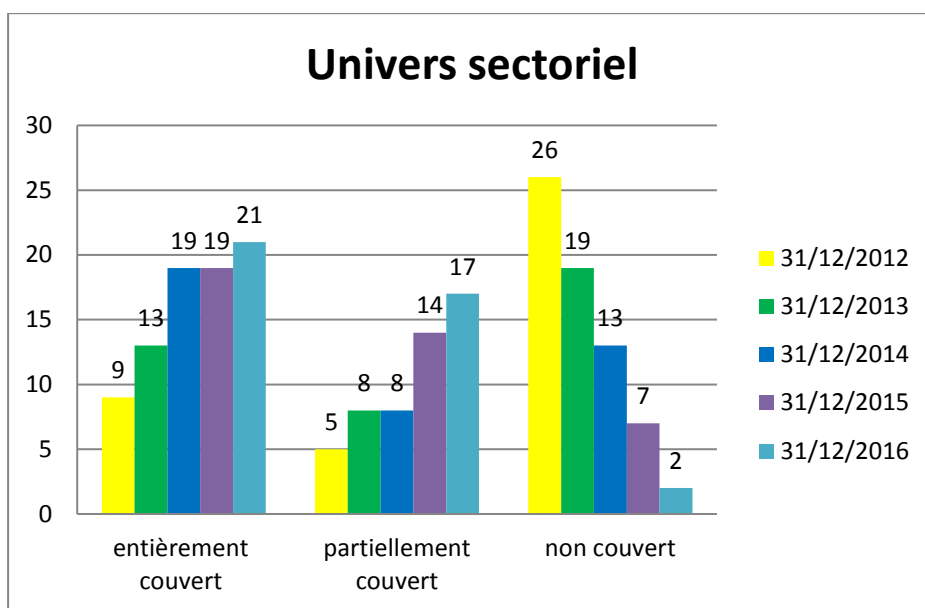
*Figure 2 : Réalisation du programme d'audit 2016*



## 3. Réalisation de l'univers d'audit

Après la réalisation du programme d'audit, 27 des 47 secteurs de l'univers des processus et 21 des 40 secteurs de l'univers sectoriel étaient déjà entièrement couverts. Dans l'univers sectoriel, 2 secteurs n'ont pas encore été audités, ainsi que 8 processus de l'univers des processus. Ces secteurs devront être repris dans une programmation ultérieure (voir figure 3).

Figure 3 : Réalisation du cycle 2012-2016 de l'univers d'audit après exécution du programme d'audit 2016.



### 5.1.3. Objectifs et KPI de la cellule d'audit interne

La réunion de clôture a toujours eu lieu dans les 5 jours ouvrables qui suivaient la dernière activité d'audit. Les auditeurs ont en moyenne eu besoin de 27,5 jours pour envoyer le projet de rapport aux services audités. Les remarques reçues ont été intégrées dans un rapport final d'audit dans un délai moyen de 6 jours.

*Tableau 1 : Aperçu des KPI réalisés en 2016 par la cellule d'audit interne (en date du 14/03/2016)*

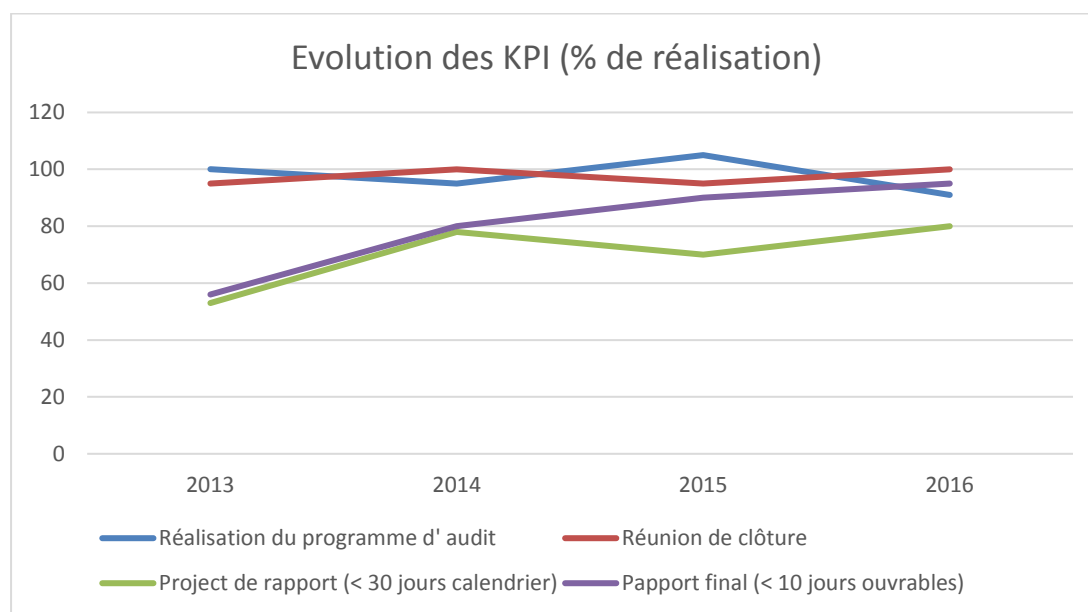
Activité	KPI	Réalisation 2013	Réalisation 2014	Réalisation 2015	Réalisation 2016
Réalisation du programme d'audit	80%	100%	95%	105%	91%
Réunion de clôture*	100 % < 5 jours ouvrables	95%	100%	95%	100%
Envoi du projet de rapport**	90% < 30 jours calendrier	53%	78%	70%	80%
	100% < 50 jours calendrier	100%	94%	95%	95%
	> 50 jours calendrier	-	6%	5%	5%
Envoi du rapport final***	80% < 10 jours ouvrables	56%	80%	90%	95%
	100% < 20 jours ouvrables	94%	93%	100%	100%
	> 20 jours ouvrables	6%	7%	-	-

\* après la dernière activité d'audit

\*\* après la réunion de clôture

\*\*\* après réception des dernières remarques

*Figure 4 : Évolution des KPI de 2013 à 2016.*



#### 5.1.4. Conclusions principales des audits initiaux réalisés par la cellule d'audit interne

Les audits de l'univers sectoriel (production d'aliments pour animaux, parcs à gibier, ovins, caprins et cervidés, secteur bovin, denrées alimentaires d'origine non animale, commerce ambulant, plants de pommes de terre, contrôles prérécoltes) démontrent que le plan d'inspection et d'échantillonnage est exécuté conformément à la législation et aux procédures en vigueur, ainsi qu'à la norme ISO 17020. Les non-conformités constatées font l'objet d'un suivi adéquat. La gestion de certaines maladies animales, les informations relatives aux activités et au contrôle, ainsi que le suivi des objectifs de contrôle des opérateurs ambulants peuvent néanmoins être améliorés.

Les processus audités sont garantis et bien gérés (contrôles en dehors du plan de contrôle, processus des amendes administratives, gestion d'une UPC, élaboration et transposition de textes législatifs, collaboration avec le SPF Économie, communication interne et externe). Plusieurs processus et sous-processus doivent encore être documentés (p.ex. communication interne/externe). La documentation de certains processus doit être revue et améliorée (amendes administratives, veille documentaire). Les objectifs environnementaux doivent être suivis par les UPC. Au niveau stratégique, l'analyse de risque, la description de certains objectifs ou de certaines actions liées (protocole SPF Économie, communication, veille documentaire) et l'évaluation des projets liés aux alternatives aux amendes administratives, sont à prévoir.

Les exigences ISO 17025 en matière de système sont en général respectées par les laboratoires. Certains enregistrements peuvent néanmoins être améliorés (remplacements, déclarations de confidentialité, sous-traitance, données brutes).

Il ressort des audits de seconde partie (Dept. LV, SPW, SPF Économie, Criées) que les tâches déléguées aux partenaires externes sont effectuées correctement et ce, conformément aux modalités convenues.

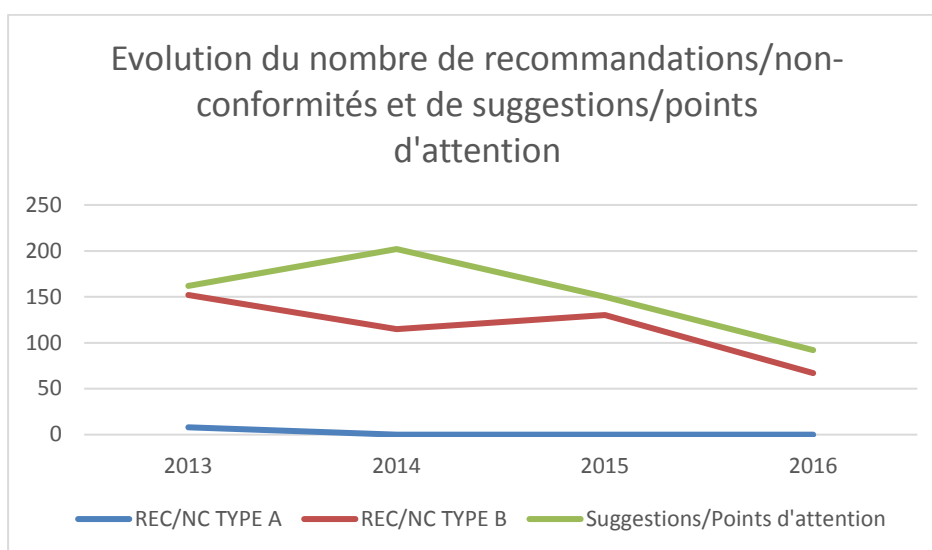
Au total, le service d'audit interne a formulé 74 non-conformités/recommandations<sup>6</sup> de type B et 97 suggestions/points d'attention (S). Aucune non-conformité de type A n'a été formulée en 2016. La figure 5 ci-dessous illustre l'évolution des différents types de recommandations/non-conformités et suggestions/points d'attention formulé(e)s depuis 2013.

---

<sup>6</sup> Dans le courant de l'année 2016, suite à une demande du management, le service d'audit interne a formulé des non-conformités en lieu et place de recommandations.



Figure 5 : Évolution du nombre de recommandations et de suggestions/points d'attention formulé(e)s pour le service AI.

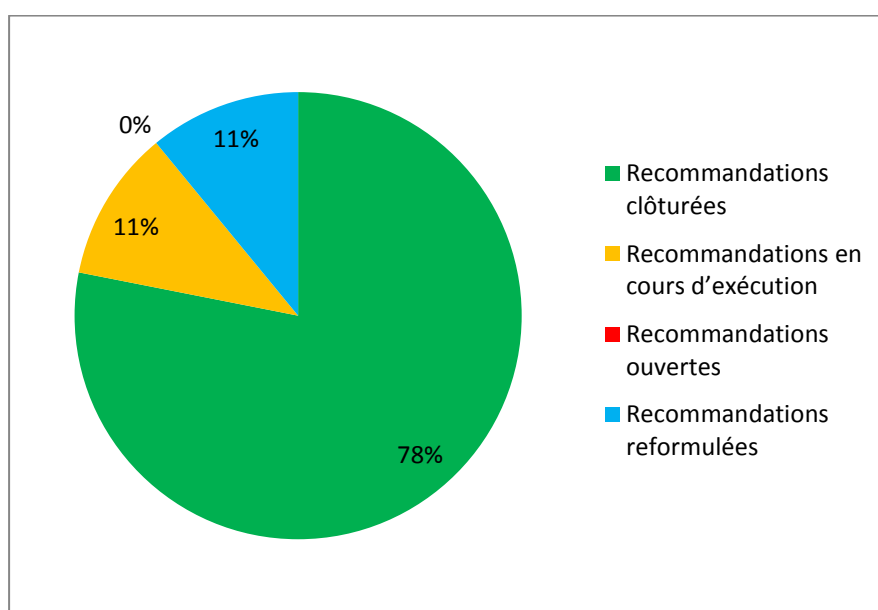


### 5.1.5. Résultats des audits de suivi

Deux audits généraux de suivi figuraient dans le programme d'audit 2016 (services de l'Administrateur délégué et de la DG Services généraux). Les recommandations encore ouvertes au niveau des UPC et des laboratoires ont, si possible, été reprises dans le scope des audits initiaux.

Au total, 137 recommandations ont été évaluées. Les recommandations dont la deadline prévue n'était pas encore dépassée n'ont pas été prises en compte dans cette évaluation. Les actions proposées ont été évaluées tant du point de vue de leur efficacité que de leur efficience. Parmi toutes les recommandations évaluées, 78 % ont pu être clôturées. Pour 15 d'entre elles (11%), l'action n'était pas encore suffisamment réalisée pour permettre de clôturer la recommandation. Il n'y avait pas de recommandations pour lesquelles aucune action n'avait encore été entreprise. En raison du fait que l'ancienne formulation n'était plus en adéquation avec la situation actuelle, 15 recommandations (11%) ont également été reformulées.

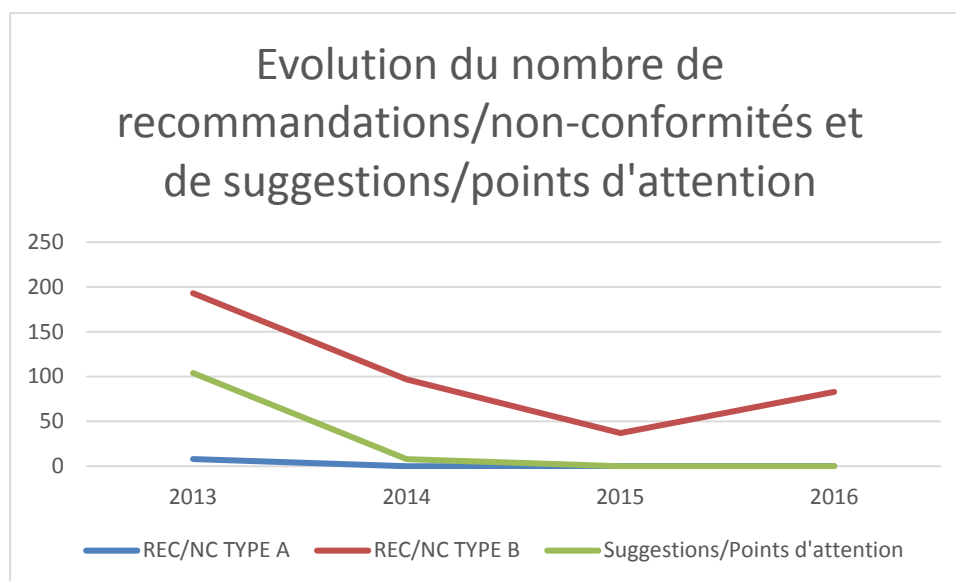
Figure 6 : Aperçu des audits de suivi réalisés en 2016



### 5.1.6. Conclusions principales des audits réalisés par la DG LABO

Au total, 83 non-conformités de type B ont été formulées. Pour chaque anomalie constatée requérant une mesure corrective et/ou préventive, l'auditeur interne de la DG LABO formule une recommandation (La DG LABO ne fait pas de suggestions lors de ses audits techniques). Les NC portaient essentiellement sur des documents « qualité » qui n'étaient pas en ordre sur le plan textuel, des dossiers de validation qui n'étaient pas tout à fait en ordre sur le plan technique, des fiches de qualification/RAM incomplètes, une mauvaise configuration du rapportage, des enregistrements incomplets,...

*Figure 7 : Évolution du nombre de recommandations et de suggestions/points d'attention formulé(e)s pour la DG LABO*



### 5.1.7. Aperçu des audits externes réalisés en vue de la certification et de l'accréditation de l'AFSCA

Les efforts fournis dans le passé en vue de parvenir à la certification ISO 9001 et d'obtenir les accréditations ISO 17020, ISO 17025 et ISO 17043 ont été poursuivis en 2016.

#### 5.1.7.1. Audits ISO 9001 et ISO 17020

En 2016, dans le cadre de la recertification ISO 9001 (incluant la transition vers version 2015 de la norme), le 1<sup>er</sup> audit du nouveau cycle a été effectué par Vinçotte. À cette occasion, les 5 laboratoires ont également été intégrés dans le scope pour ce qui concerne la gestion des aspects environnementaux et des aspects liés à la sécurité. L'administration du FSC, 2 laboratoires et 4 UPC ont été audités et ce, sur une durée de 12 jours/homme. Aucune non-conformité n'a été constatée. La conclusion générale est que l'AFSCA dispose d'un système mature et structuré de management de la qualité, avec une approche « processus » très bien développée. Plusieurs propositions d'amélioration ont été formulées et ajoutées dans le tableau de bord de l'AFSCA.<sup>7</sup>

En mai 2016, BELAC a effectué le deuxième audit de surveillance de l'ISO 17020 (2<sup>e</sup> cycle d'accréditation). Le certificat s'est vu prolongé et restera valable jusqu'en 2019, moyennant la réalisation des audits de suivi. Une non-conformité de type A a été constatée au niveau de l'assignation et de l'enregistrement des compétences de certains agents. Huit non-conformités de type B ont été constatées, dont une au niveau du service d'audit interne. Plusieurs rapports d'audits internes effectués en 2015 ne comportaient pas de référence vers les exigences évaluées de la norme ISO 17020. De plus, lors de la formulation de non-conformités, il n'était pas toujours renvoyé aux exigences concernées de la norme. Les autres non-conformités portaient notamment sur l'enregistrement des compétences, sur certains éléments relatifs aux certificats d'étalonnage, sur les

<sup>7</sup> Parmi lesquelles : optimiser le système ABS de l'audit interne, enregistrer dans le tableau de bord les suggestions formulées par l'audit interne, suivre de manière centralisée les tableaux de bord des UPC au moyen d'un outil central, éviter les risques de confusion en utilisant la terminologie prévue.

rapports d'inspection et d'audit, les récipients stériles et certains éléments relatifs à la procédure de report d'une inspection en raison de circonstances familiales. Le plan d'action pour ces non-conformités a été validé par BELAC.

#### 5.1.7.2. Audits ISO 17025 et ISO 17043

En 2016, dans le cadre de l'audit de prolongation, 284 heures d'audit ont été prévues pour les dossiers 014-TEST, 014-CAL et 014-PT. Les 5 laboratoires ont été audités, de même que l'administration centrale de la DG LABO. Six NC de type A et 60 de type B ont été formulées. Les recommandations de type A concernaient l'absence d'un contrôle de 3<sup>e</sup> ligne, un rapportage erroné, le non-respect du planning d'audit interne, des dossiers de validation qui n'étaient pas tout à fait en ordre sur le plan technique et le mauvais fonctionnement d'appareils. Les recommandations de type B portaient essentiellement sur des documents « qualité » qui n'étaient pas en ordre sur le plan textuel, un suivi insuffisant du contrôle de 1<sup>re</sup> ligne, des enregistrements incomplets,...

## 5.2. Activités consultatives et devoirs d'enquête spécifiques

Le programme d'audit 2016 ne prévoyait aucun audit consultatif ni audit de type « fact finding ».

## 6. Suivi des plans d'action

### 6.1. Cellule d'audit interne

La dernière phase dans le processus d'audit est l'élaboration d'un plan d'action par les services audités, l'implémentation de ce plan d'action et son suivi par la cellule d'audit interne. Le plan d'action mentionne les actions préventives et/ou correctives destinées à répondre à la constatation rapportée, ainsi que la personne responsable et la date limite d'implémentation. Après validation par la cellule d'audit interne, ces actions sont enregistrées dans un tableau Excel afin de pouvoir en assurer le suivi.

*Tableau 2 : Aperçu des recommandations évaluées, hors EMAS et DG LABO (en date du 31/03/2017)*

Année	Nombre de recommandations	Évaluées				Encore à évaluer
		Clôturées	En cours de réalisation après suivi	Ouvertes après suivi	Reformulées	
2007	119	112	0	0	7	0
2008	228	205	0	0	23	0
2009	295	260	4	2	29	0
2010	454	430	8	1	15	0
2011	510	470	13	2	21	4
2012	227	201	5	0	6	15
2013	212	141	20	1	8	42
2014	181	72	8	2	8	91
2015	130	18	4	0	0	108
2016	74	3	0	0	0	71
Total	2430	1912	62	8	117	331
%		78,7%	2,6%	0,3%	4,8%	13,6%

Depuis le lancement du service d'audit interne en 2007 jusqu'en 2016 (inclus), 2 396 recommandations ont été formulées au total. Les chiffres du tableau 2 reflètent la situation à un moment ponctuel et tiennent uniquement compte des résultats des audits de suivi. Vu qu'un audit général de suivi est réalisé tous les deux ans dans chaque DG, il est possible que des actions aient été entreprises depuis ces audits de suivi mais que les recommandations n'aient pas encore été clôturées « officiellement » par la cellule d'audit interne.

Sur les 2.430 recommandations formulées, 331 d'entre elles (13,6%) doivent encore être évaluées au cours d'un audit de suivi. Seule une petite minorité des recommandations déjà évaluées ont le statut « ouvertes après suivi » (pour 0,3% d'entre elles, aucune action n'avait encore été entreprise) ou « en cours de réalisation après suivi » (pour 2,6% des recommandations, une première ébauche a été posée mais la mise en œuvre n'était pas encore suffisante).

### 6.2. DG LABO

La manière de gérer les anomalies (évaluations, plaintes, audits (internes),...) constatées par la DG LABO est décrite dans la procédure « Gestion des anomalies et mesures » (2011/432/LAB). L'enregistrement, l'évaluation (analyse causale, analyse d'impact), l'implémentation des mesures et l'évaluation de leur efficacité se font au moyen de l'application Q-app. La DG LABO ne peut pour le moment pas encore donner de chiffres à propos des NC ouvertes vu que cela doit encore fait l'objet de discussions avec les labos lors des revues de direction.

## 7. Rapport du contrôle interne

En 2016, l'AFSCA a continué à renforcer son système de contrôle interne en maintenant l'acquis et en travaillant au développement de nouveaux outils plus performants.

Les actions visant à réaliser les objectifs du business plan 2015-2017 ont été poursuivies par l'intermédiaire de l'ensemble des processus et projets documentés dans une banque de données centralisée (« STROPS »). Un suivi régulier de celles-ci a été organisé dans chaque administration. Cet outil offre de belles perspectives pour l'intégration du cycle « objectifs – processus – risques – mesures de contrôle - indicateurs », qui seront développées et implémentées en 2017, en préparation au nouveau business plan 2018-2020.

La recertification ISO 9001 en 2016, y compris la transition réussie à la nouvelle version de la norme publiée en septembre 2015, a apporté une nouvelle contribution au déploiement de l'approche processus et de la gestion des risques vu la place importante accordée à ces matières dans la norme. Cette orientation accroît encore davantage la synergie existante entre la qualité et le contrôle interne.

Le maintien de l'accréditation ISO 17020 pour les contrôles et la prolongation des accréditations ISO 17025 et ISO 17043 pour les analyses ont confirmé le maintien du niveau élevé d'exigences de l'Agence par rapport aux performances et à la qualification du personnel dans ces domaines clés pour la réalisation de la mission de l'AFSCA. Ces accréditations offrent aussi des garanties objectives sur la qualité du fonctionnement de l'AFSCA, gages de confiance de la part des consommateurs, des opérateurs, des autorités publiques et des autres stakeholders, en Belgique ou à l'étranger.

L'attention à la problématique des réductions budgétaires et de personnel est restée fortement présente en 2016 dans toutes les administrations, où l'augmentation de l'efficacité a été recherchée systématiquement. Des mesures récurrentes de surveillance et de planification sont prises, d'autre part, pour chercher à maîtriser les impacts éventuels de ces restrictions sur le fonctionnement du core business afin de maintenir le niveau de sécurité de la chaîne alimentaire, comme en témoignent les résultats des activités de contrôle en 2015, présentés au Comité consultatif le 27/04/2016.

## 8. Conclusion générale

Le programme d'audit 2016 a été mené à bien et les KPI prédéfinis ont en grande partie été atteints. En 2016, le programme d'audit de la DG LABO a été rationalisé avec celui du service d'audit interne. Tous les audits de système de la DG LABO ont été effectués par les auditeurs internes du service AIQP.

Les audits réalisés mettent en évidence que les processus sont maîtrisés et appliqués correctement par l'AFSCA.

Le service d'audit interne a lui-même été soumis en 2016 à une évaluation externe par la Commission européenne (DG SANTÉ) en vue d'évaluer le système mettant à exécution l'article 4, alinéa 6 du Règlement (CE) n° 882/2004 (Système national d'audit). La conclusion de la DG SANTÉ était que le système d'audit mis en place, fondé sur un programme d'audit basé sur les risques, était efficace et que les procédures nécessaires permettaient une mise en œuvre efficace de ce programme.

Depuis début 2016, une enquête de satisfaction est adressée aux services audités une fois le plan d'action soumis et validé. Les résultats de cette enquête seront utilisés afin d'encore améliorer le fonctionnement du service. Le nombre d'enquêtes complétées et retournées étant encore limité au moment de la rédaction du présent rapport annuel, le rapportage à ce sujet sera fourni dans le rapport annuel 2017.

La création du FAI en 2016 et l'intégration planifiée de l'AFSCA au premier Janvier 2018 au service fédéral d'audit interne (FAI) représentera un défi pour l'année à venir.

## 9. Abréviations

ANT	:	Anvers
AFMPS	:	Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AFSCA	:	Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire
AIQP	:	Service Audit interne, Qualité et Prévention
APFACA	:	Association professionnelle des fabricants d'aliments composés pour animaux
AR	:	Arrêté royal
B&CG	:	Budget et Contrôle de Gestion
BRU	:	Bruxelles
BRW	:	Brabant wallon
BTSF	:	<i>Better Training For Safer Food</i>
CAAF	:	Comité d'audit de l'Administration fédérale
CAE	:	<i>Chief Audit Executive</i> (chef de la cellule d'audit interne)
CDM	:	Vétérinaire chargé de mission
CEO	:	<i>Chief Executive Officer</i>
CER	:	Centre d'Économie Rurale, Marloie
C/I	:	Contrôleur / Inspecteur
CONT	:	DG Contrôle
CRA-W	:	Centre wallon de Recherches agronomiques
CRIOC	:	Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs
Dept.LV	:	<i>Departement Landbouw &amp; Visserij</i>
DG	:	Directeur général ou Direction générale
EMAS	:	<i>Environmental Management and Audit Scheme</i>
ETP	:	Équivalent temps plein
FAI	:	Service fédéral d'Audit interne
FLVVG	:	Laboratoire fédéral pour la Sécurité alimentaire, Gentbrugge
FLVVM	:	Laboratoire fédéral pour la Sécurité alimentaire, Melle
FLVVT	:	Laboratoire fédéral pour la Sécurité alimentaire, Tervuren
FWA	:	Fédération wallonne de l'Agriculture
HAI	:	Hainaut
IFA	:	Institut de Formation de l'Administration fédérale
IIA	:	Institut des auditeurs internes
ISP	:	Institut scientifique de Santé publique
KPI	:	<i>Key Performance Indicator</i> (indicateur clé de performance)
LFSAGx	:	Laboratoire fédéral pour la Sécurité alimentaire, Gembloux
LFSAL	:	Laboratoire fédéral pour la Sécurité alimentaire, Liège (Wandre)
LIE	:	Liège
LIM	:	Limbourg
LUX	:	Luxembourg
NAM	:	Namur
NC	:	Non-conformité
OAV	:	Office alimentaire et vétérinaire ( <i>Food and Veterinary Office</i> )
OCI	:	Organisme de certification et d'inspection
OVL	:	Flandre orientale
P&O	:	Personnel et Organisation
PCCB	:	Politique de Contrôle – Controlebeleid
PIF	:	Poste d'inspection frontalier
RAI	:	Responsable de l'audit interne
REOC	:	Association belge de recherche et d'expertise des organisations de consommateurs
SPF	:	Service public fédéral
SPSCAE	:	Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
UE	:	Union européenne
UNE	:	Unité nationale d'Enquête
UPC	:	Unité provinciale de Contrôle
VBR	:	Brabant flamand
WVL	:	Flandre occidentale

## 10. Annexe 1 : Programme d'audit 2016 (AIQP)

N°	Type d'audit	Entité	Audits (scope) FR	Qui	Nombre de recommandations et de suggestions
AIQP 2016-01	Audit de suivi	SGAD	Audit général de suivi	AIQP	-
AIQP 2016-02	Audit de suivi	ADGB	Audit général de suivi	AIQP	2 NC B
AIQP 2016-03	Opérationnel	PCE WV CONT > PRI + TRA PCCB > S1, S2	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles liés à la production à la ferme d'aliments pour animaux et à leur utilisation. Ceci concerne notamment les mélanges réalisés en ferme et les aliments médicamenteux utilisés chez les détenteurs d'animaux de production.	AIQP	2 NC B 1 suggestion
AIQP 2016-04	Opérationnel	UPC LIE  CONT > PRI PCCB > S2	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles liés à la détention d'animaux dans les parcs à gibier et à la détention d'ovins, de caprins et de cervidés.	AIQP	6 NC B 9 suggestions
AIQP 2016-05	Opérationnel	UPC HAI  CONT > IEC PCCB > S4	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des certifications dans le cadre des échanges intracommunautaires et des exportations vers des pays tiers. Ceci concerne les certifications effectuées sur tous les produits et dans tous les secteurs de l'UPC, tant par les C/I que par les CDM.	AIQP	Annulé
AIQP 2016-06	Opérationnel	UPC LUX	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi (1) des contrôles liés à la détention de bovins et (2) de la délégation à l'ARSIA de certaines activités dans le cadre de l'identification et de l'enregistrement des bovins.	AIQP	5 NC B 6 suggestions



AIQP 2016-07	Opérationnel	PCE ANT	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles liés à la fabrication de denrées alimentaires d'origine non animale.	AIQP	5 suggestions
AIQP 2016-08	Opérationnel Dérogation/ seconde partie	UPC BRW	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles dans le secteur professionnel des vendeurs ambulants de denrées alimentaires. Ceci concerne tant les contrôles sur le lieu de vente que sur le lieu d'établissement.	AIQP	5 NC B 6 suggestions
AIQP 2016-09	Opérationnel	SGAD > ABAA SGAD > FIN ADGB > COMM	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi (1) des propositions d'amendes administratives ou des alternatives possibles, (2) du paiement des amendes, (3) des relations avec la justice dans le cadre des mesures prises à la suite de contrôles défavorables.	AIQP	3 NC B 3 suggestions
AIQP 2016-10	Opérationnel Dérogation/ seconde partie	UPC NAM  CONT > AC ADGB > COMM PCCB > S3  LABO (AC)	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles en dehors du plan de contrôle en relation avec les RASFF, les plaintes des consommateurs et les TIA / TIAC.	AIQP	7 NC B 5 suggestions
AIQP 2016-11	Opérationnel Audit de suivi	PCE ANT PCE LIM PCE WVL  CONT > PRI PCCB > S1  Veiling Belorta Veiling Hoogstraten Veiling LTV Reo-veiling	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles pré-récolte réalisés par les organismes de contrôle, les organisations de producteurs et l'AFSCA. Ceci concerne également l'agrément des organismes de contrôle et des organisations de producteurs.	AIQP	15 NC B 15 suggestions

AIQP 2016-12	Opérationnel	PCE OVL PCE VBR	Le scope de la mission est la gestion d'une UPC en ce qui concerne notamment le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, la gestion de crise,... et le fonctionnement général.	AIQP	3 NC B 13 suggestions
AIQP 2016-13	Opérationnel	PCCB SGAD > SJJD	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi de la veille réglementaire, de la rédaction et de la transposition des textes légaux, et de la collaboration au niveau européen dans ce cadre.	AIQP	7 NC B 1 suggestion
AIQP 2016-14	Opérationnel	CONT > UNE ADGB > COMM PCCB > S6, S2, S3 CONT > AC SPF Économie	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des protocoles et accords conclus entre l'AFSCA et le SPF Économie, et notamment ce qui concerne les échanges d'informations, la collaboration sur le terrain et les plateformes de collaboration.	AIQP	2 NC B 4 suggestions
AIQP 2016-15	Opérationnel	UPC BRU  CONT > AER Commissions de recours	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des sanctions administratives ayant pour résultat la suspension ou le retrait des agréments et autorisations des opérateurs. Ceci concerne aussi le fonctionnement des commissions de recours dans ce cadre.	AIQP	Annulé
AIQP 2016-16	Opérationnel	ADGB > COMM  PCCB CONT LABO SGAD	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi de la communication interne et externe. Ceci concerne notamment la participation aux événements et foires, la gestion des médias sociaux, les communiqués de presse, la communication de crise, l'Internet destiné aux consommateurs et certaines activités de la cellule de vulgarisation.	AIQP	6 NC B 6 suggestions
AIQP 2016-17	Opérationnel	LFSAL  LABO + (AC)  AIS	Le scope de la mission est la gestion d'un laboratoire en ce qui concerne notamment le dispatching et la manipulation des échantillons, le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, les plaintes,... et le fonctionnement général.	AIQP	4 NC B
AIQP 2016-18	Opérationnel	FLVVG	Le scope de la mission est la gestion d'un laboratoire en ce qui concerne notamment le dispatching et la manipulation des échantillons, le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, les plaintes,... et le fonctionnement général.	AIQP	3 NC B 3 suggestions

AIQP 2016-19	Opérationnel Dérogation/ seconde partie	LFSAGx	Le scope de la mission est la gestion d'un laboratoire en ce qui concerne notamment le dispatching et la manipulation des échantillons, le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, les plaintes,... et le fonctionnement général.	AIQP	1 NC B 2 suggestions
AIQP 2016-20	Opérationnel	FLVVT	Le scope de la mission est la gestion d'un laboratoire en ce qui concerne notamment le dispatching et la manipulation des échantillons, le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, les plaintes,... et le fonctionnement général.	AIQP	1 NC B
AIQP 2016-21	Opérationnel	FLVVM	Le scope de la mission est la gestion d'un laboratoire en ce qui concerne notamment le dispatching et la manipulation des échantillons, le personnel et la communication, le budget, le bâtiment, les objectifs et le management de la qualité, les plaintes,... et le fonctionnement général.	AIQP	1 NC B 1 suggestion
AIQP 2016-22		RW DGARNE ALV PCCB > S1	Le scope de la mission est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi de la délégation aux Régions des contrôles liés à la production des plants de pommes de terre.	AIQP	1 NC B 14 suggestions