



**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

NE 0267 387 230

Rapport annuel de l'audit interne Activités 2017

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 7	
3.8. Autres acteurs nationaux	8
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	9
4.2.4. Rapportage des activités.....	10
4.2.5. Amélioration continue.....	10
4.2.6. Fonctionnement dans le contexte national	10
4.2.7. Fonctionnement dans le contexte européen.....	10
5. Aperçu des activités d'audit interne en 2017	12
5.1. Activités génératrices d'assurance.....	12
5.1.1. Élaboration du programme d'audit 2017	12
5.1.2. Réalisation du programme d'audit 2017	12
5.1.3. Objectifs et KPI de la cellule d'audit interne.....	14
5.1.4. Principales conclusions des audits initiaux réalisés par la cellule d'audit interne.....	15
5.1.5. Résultats des audits de suivi.....	16
5.1.6. Principales conclusions des audits réalisés par la DG LABO.....	16
5.1.7. Aperçu des audits externes en vue de la certification et de l'accréditation AFSCA	16
5.2. Activités consultatives et devoirs d'enquête spécifiques	18
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 2017 (AIQP, version 4 – octobre 2017)	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 11^e 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 2017, 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^e 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.

En 2017, un certain nombre de changements sont survenus au niveau du personnel dans les différentes entités. À partir du 28 juillet 2017, Denis Ducarme a ainsi repris le rôle de ministre de tutelle de l'AFSCA, jusque-là assuré par Willy Borsus. En novembre 2017, Fabien Bolle a repris le rôle de Martine Delanoy en tant que représentant du ministre au sein du Comité d'audit. Dans le courant de l'année, deux auditeurs internes ont également quitté le service et un nouvel auditeur interne a rejoint l'équipe.

L'année 2017 a également été une année de transition à bien des égards. Dans un premier temps, il y a eu la publication du Règlement 2017/625 concernant les contrôles officiels, qui nécessite toutefois encore le traitement de bon nombre de documents d'accompagnement et de précisions pour que le Règlement complet puisse réellement être mis en œuvre dans la pratique. Une nouvelle version de la norme ISO 17025 a également été publiée en 2017, les nouveaux accents devant ensuite encore être incorporés dans la politique de qualité.

La reprise de l'univers d'audit par le FAI, et le protocole entre les deux parties qui sera approuvé dans le courant de 2018, auront également une certaine influence sur l'ensemble de l'audit interne et du contrôle à l'AFSCA.

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 2017

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 garantie quant au 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 toutes les activités, propriétés et informations et tous les fichiers et membres du personnel) ;
- 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).¹ 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 2017, le CAAF a rédigé deux rapports, dont l'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 organisée et structurée. En ce qui concerne le système de contrôle interne, le CAAF estime que ce dernier a déjà atteint une certaine maturité au sein de l'AFSCA selon le référentiel COSO et que l'amélioration permanente de ce système est stimulée tant par les évaluateurs externes que par l'audit interne. Le rapport cite comme point positif le lancement de la nouvelle base de données Botabel, qui rassemble les objectifs stratégiques et opérationnels, processus, projets et plans d'action établis aussi bien suite aux audits réalisés que suite à d'autres actions d'amélioration, et dans laquelle les risques liés aux objectifs, processus et projets sont enregistrés.

Dans son rapport, le CAAF exprime en outre un certain nombre d'inquiétudes. Il juge ainsi réel le risque que le rattachement du service AI de l'AFSCA au Service fédéral d'audit interne ne soit pas effectif à la date prévue du 1^{er} janvier 2018 en raison de l'absence d'un projet d'intégration. Le CAAF estime en outre que la suppression des recommandations dans les rapports d'audit de l'AFSCA revient à limiter le rôle de l'audit interne au sein de cette organisation.

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 communes à chaque département (RH, IT, finances, développement de l'organisation...) et une série de clusters verticaux spécifiques sont prévus afin de maintenir la connexion avec les départements.

Pour chacune des organisations membres, le FAI évaluera la fiabilité du système de contrôle interne, ainsi que la 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 souhaitable. 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), qui a été désigné et a pris ses fonctions à l'automne 2017.

L'AR du 4 mai 2016 portant création du FAI² 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 des Produits de Santé (AFMPS) et l'AFSCA. L'intégration de cette 2^e vague, dont fait partie l'AFSCA, devait être achevée au 1^{er} janvier 2018. À cette fin, un avis complémentaire a été demandé au Conseil d'État et un protocole entre le FAI et l'AFSCA a été élaboré en 2017, mais celui-ci n'a pas encore été approuvé. Dans ce protocole, une solution est recherchée pour la collaboration future entre les deux entités. Comme prévu dans l'AR, les activités d'audit interne seront transférées au FAI à partir du 1^{er} janvier 2018, tandis que les audits portant sur les Règlements européens et les audits internes dans le cadre des certifications et accréditations ISO continueront d'être réalisés par l'AFSCA et sous la responsabilité de cette dernière. Les auditeurs internes et le responsable des

¹ 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.

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

activités d'audit interne de l'AFSCA ont en outre eu la possibilité d'être transférés au FAI via le système de mobilité d'office.

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 2007³ 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 2017, 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 Vandenbroucke : représentant des consommateurs (Test-Achats) ;
- Martine Delanoy : représentante du ministre de tutelle jusqu'en novembre 2017, Willy Borsus ayant été remplacé par le ministre de tutelle Denis Ducarme le 28 juillet 2017 ;
- Fabien Bolle : représentant du ministre de tutelle Denis Ducarme depuis novembre 2017 ;

Les auditeurs internes, ainsi qu'un représentant de la DG LABO (cellule qualité), assistent aux réunions du Comité d'audit mais n'ont pas de voix délibérative. Un représentant du CAAF est également invité. En 2017, le Comité d'audit s'est réuni à quatre reprises : les 29 mars, 20 juin, 24 octobre 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

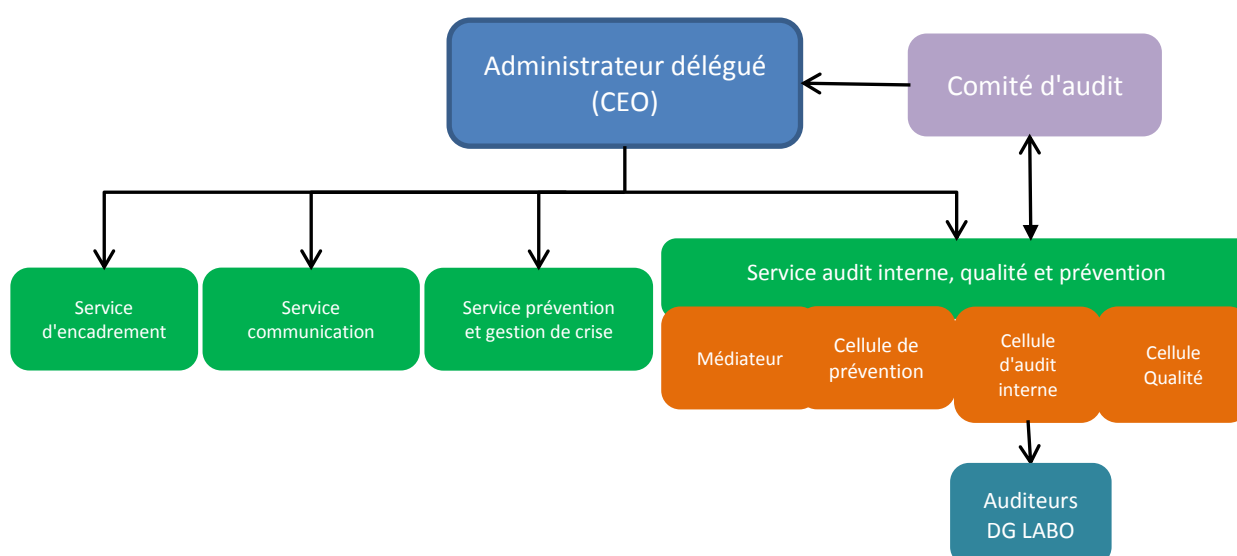
La cellule d'audit interne fait partie du service AIQP (audit interne, qualité, prévention et service de médiation). Le service AIQP relève du CEO et fait rapport de ses activités d'audit au Comité d'audit de l'AFSCA, au CAAF et au management de l'AFSCA.

La cellule d'audit interne est responsable de l'élaboration du programme annuel d'audit (voir point 5.1.1) et du rapportage de celui-ci. Elle 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.

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

³ 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 qui disposent d'une expertise technique et/ou d'une expérience spécifique au scope audité. Cette collaboration est prévue aussi bien dans la norme IIA que dans la norme ISO19011 et la décision européenne 2006/677/CE⁴. 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 2017, 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 planifiés à l'aide d'un planning pluriannuel qui tient compte, entre autres, du cycle d'accréditation BELAC. Ces audits sont effectués par les experts techniques internes de la DG LABO. 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.

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 882/2004⁵ et Décision 2006/677/CE). Au cours de ces missions, elle interroge les États membres sur la réalisation des audits

⁴ 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.

⁵ 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 ».

relatifs à des thèmes spécifiques relevant de la réglementation européenne. En 2017, la DG SANTÉ – Unité F a effectué 3 visites d'étude (*fact finding*), 1 mission et 1 audit auprès de l'AFSCA :

- 2017-6026 : Risk based controls in the Feed sector (fact finding) ;
- 2017-6298 : Food of Animal Origins – Birds (eggs and egg products) (fact findings) ;
- 2017-6293 : AMR – “One Health” country visit (mission) ;
- 2017-6251 : Animal Health (Avian Influenza) (fact finding) ;
- 2017-6064 : Synergies with self-control (audit) ;

Par ailleurs, une visite d'étude coordonnée par les Régions a également eu lieu en Belgique :

- 2017-6073 : Food Quality (Organic farming) (audit) ; 11 recommandations ont été formulées ;

Seul le rapport de la visite d'étude 2017-6026 est déjà disponible. Aucune non-conformité n'y est mentionnée pour l'AFSCA.

Le rapport officiel de l'audit 2016-8872 de 2016 a été reçu en 2017. Trois recommandations y sont formulées.

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 2016. Aucune anomalie n'a été constatée lors de cet audit.

L'audit de la Cour des comptes concernant la comptabilité, et plus précisément les comptes annuels 2015 & 2016, a été réalisé en 2017. Celui-ci s'est déroulé de manière positive, mais le rapport n'est pas encore disponible. En juillet 2017, la Cour des comptes a également réalisé un audit portant sur le système de qualité et de contrôle interne de l'AFSCA. Aucun rapport officiel n'a encore été mis à disposition.

La Smals a procédé à une évaluation sous la forme d'un contrôle de l'organisation et de l'architecture IT de l'AFSCA. Les résultats ont mis en avant 23 possibilités d'amélioration pour l'organisation IT et 15 autres pour l'architecture IT.

4. Organisation de la cellule d'audit interne

4.1. Structure et budget

Au début de l'année 2017, la cellule d'audit interne comptait quatre auditeurs (3,4 ETP) : deux collaborateurs francophones (1,6 ETP) et deux collaborateurs néerlandophones (1,8 ETP). L'un des auditeurs NL (0,8 ETP) a quitté le service dans le courant de l'année 2017 pour travailler en tant que conseiller en prévention à l'AFSCA et un autre (1 ETP) a été désigné collaborateur de la cellule stratégique du ministre de tutelle Ducarme à partir du 1^{er} septembre 2017. Un nouvel auditeur interne en formation (1 ETP) a commencé le 1^{er} octobre 2017. 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 2017 d'un budget de fonctionnement de 164.944 euros à répartir sur l'ensemble de ses activités :

- enquêtes de satisfaction (stakeholders, personnel, consommateurs)
- réalisation d'audits externes (par Belac, AIB Vinçotte)
- implémentation du système qualité (consultancy, manuel qualité...)
- fonctionnement de la cellule d'audit interne (affiliations IIA, audits sous-traités à des parties externes, fonctionnement du Comité d'audit...).

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 2017. Les objectifs et les KPI de la cellule, ainsi que les objectifs de développement personnel des auditeurs internes, ont été évalués par le CAE en 2017. Le CAE a été évalué par le CEO.

4.2.2. Formation

En 2017, les 5 auditeurs internes et le CAE ont suivi un total de 43,5 jours de formation. Chaque auditeur suit un programme de formation adapté à ses besoins.

- Un auditeur a suivi la formation « Auditeur selon la norme ISO 9001:2015 » auprès d'Amelior ;
- Un auditeur a suivi la formation « Introduction to internal audit » auprès de l'institut IIA Belgium ;
- Un auditeur a suivi la formation « Quality Assessment of an Audit Activity » auprès de l'institut IIA Belgium ;
- Un auditeur a suivi la formation de l'ICHEC intitulée « Évaluation et Audit du Contrôle interne » ;
- Enfin, 3 auditeurs ont suivi le module B2 « advanced level » de la formation BTSF en matière d'audit et 1 auditeur a suivi le module « Conducting an audit » (projet *Better Training for Safer Food* organisé par la Commission européenne).

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 2017, la procédure révisée 2007/003/ADGB : « Élaborer et gérer un programme d'audit annuel » a été publiée et la procédure 2007/004/ADGB : « Réaliser un audit interne » a été révisée. La révision de l'instruction de travail interne « réalisation d'audits internes » a également été initiée en 2017.

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 annuel de l'Audit interne est publié sur le site Internet de l'AFSCA comme faisant partie du rapport d'activités de cette dernière.

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

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. Pour cette raison, depuis 2016, chaque audit est suivi d'une enquête de satisfaction menée auprès du service audité. Cette enquête est transmise en même temps que le projet de rapport.

Les résultats de ces enquêtes pour 2016 ont été présentés au Comité d'audit et sont exploités afin d'optimiser le processus d'audit. La principale conclusion qui a pu être tirée de ces enquêtes est que plus de 80% (entre 80 et 88%) des services audités se déclarent satisfaits des différentes étapes du processus d'audit (préparation, communication, rapportage et impact sur le service audité). Un score légèrement plus faible (72%) a été obtenu pour le nombre de personnes considérant que l'audit apporte une réelle valeur ajoutée. Une analyse plus poussée à ce sujet sera présentée au Comité d'audit en 2018.

Toutes les remarques reçues à propos de la prestation de services de la cellule d'audit interne 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. Aucune plainte n'a été reçue en 2017.

4.2.6. Fonctionnement dans le contexte national

Au cours de l'année 2017, la cartographie des processus de l'AFSCA a été actualisée et il est dès lors possible qu'une adaptation de l'univers d'audit soit nécessaire en 2018.

L'adoption du Règlement 2017/625 n'a pas donné lieu à une adaptation de l'univers des secteurs et des activités car elle avait déjà été anticipée lors d'une précédente adaptation de cet univers.

En 2017, aucune demande n'a été reçue en vue d'une enquête en matière de fraude ou d'enquêtes d'autres types.

4.2.7. Fonctionnement dans le contexte européen

En 2017, la cellule d'audit interne a participé à deux réunions du *National Audit System Network*, organisées à Grange, en Irlande par l'OAV (les 28 février et 1^{er} mars 2017, et les 10 et 11 octobre 2017).

Un des sujets abordés lors de la réunion d'octobre était la manière dont le processus de certification à l'exportation, et en particulier la certification dans le cadre de l'exportation vers des pays non membres de l'UE, devait être traité du point de vue de l'audit interne. L'AFSCA s'est ici positionnée en faveur de la réalisation d'audits spécifiques, ciblés principalement sur ce thème, plutôt que sur une évaluation « latérale » du processus au cours d'audits focalisés sur d'autres thématiques.

À l'instar du Règlement 882/2004 qui s'est vu remplacé par le Règlement 2017/625, la Décision 2006/677 (entre autres) doit elle aussi subir une adaptation. Avec cet objectif en perspective, un groupe

de travail a été mis sur pied par la Direction DG SANTE F, au sein duquel la Belgique n'a cette fois-ci pas pris d'engagement.

En ce qui concerne les groupes de travail mis en place en vue de l'actualisation du document de référence « Audit Effectiveness of Official Control Systems » et de la rédaction d'un nouveau document de référence sur le rapportage, l'AFSCA a apporté sa contribution lors des réunions mais n'y a toutefois pas détaché de collaborateurs.

Le directeur et un des auditeurs du service d'audit interne se sont impliqués en tant que formateurs pour les modules A, B1 et B2 des formations BTSF données sur le thème des audits.

5. Aperçu des activités d'audit interne en 2017

5.1. Activités génératrices d'assurance

5.1.1. Élaboration du programme d'audit 2017

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

- un univers d'audit des processus de l'AFSCA (80 éléments au total) ;
- un univers d'audit sectoriel sur base du Règlement 882/2004 et du business plan de l'AFSCA (30 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. Compte tenu de l'apport du management, le programme d'audit 2017 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 ;
- 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 fait l'objet d'un avis favorable le 29 novembre 2016, lors de la réunion du Comité d'audit de l'AFSCA. Le 20 décembre 2016, le programme d'audit a ensuite été présenté au Comité de direction et approuvé par ce dernier. Le 21 décembre 2016, le programme d'audit 2017 a été publié sur l'Intranet.

Le programme d'audit initial de l'année 2017 comportait 20 audits internes ; 18 audits initiaux (7 audits concernant les processus, 6 audits concernant les inspections et 5 audits de système dans les labos) 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, puis publiées sur l'Intranet. Un aperçu détaillé du programme d'audit complet (version 4, publiée en octobre 2017) est joint en annexe 1 du présent rapport.

5.1.2. Réalisation du programme d'audit 2017

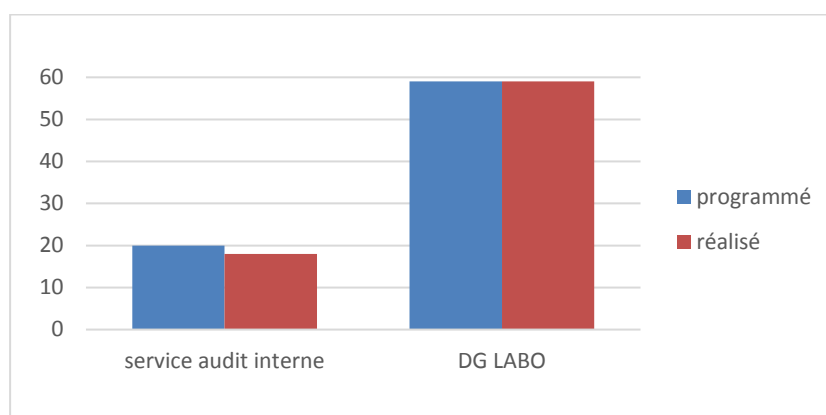
1. Cellule d'audit interne

Pour 2017, 20 audits internes étaient prévus ; deux d'entre eux (2017-11 et 2017-12) ont été annulés suite au départ des deux auditeurs néerlandophones et devraient être repris dans le programme d'audit 2018.

2. DG LABO

Pour 2017, il était prévu d'évaluer 59 lignes du domaine d'activités techniques, soit le scope BELAC, lors d'audits internes techniques. Ceux-ci ont tous été réalisés de manière effective. Les 5 audits 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 2017.

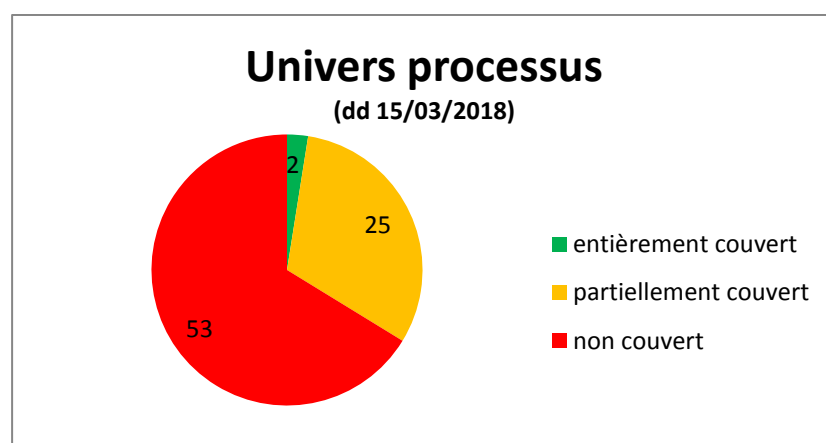
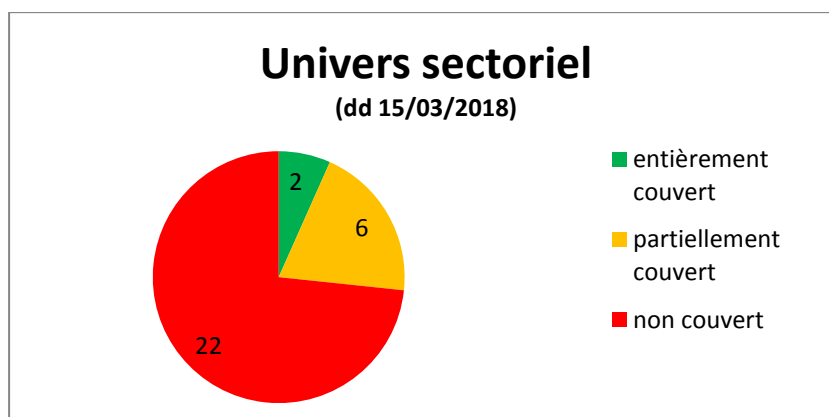
Figure 2 : Réalisation du programme d'audit 2017



3. Réalisation de l'univers d'audit

Après la réalisation du programme d'audit, 2 des 80 secteurs de l'univers des processus et 2 des 30 secteurs de l'univers sectoriel étaient déjà entièrement couverts après la première année du cycle. Tant dans l'univers des processus que dans l'univers sectoriel, un certain nombre de scopes étaient également partiellement couverts (Voir figure 3). Le nombre de processus et de secteurs entièrement couverts après cette première année est peu élevé car les audits ne portent généralement que sur certaines parties des processus ou secteurs principaux. Si l'on prend en compte le nombre de processus ou secteurs partiellement couverts, une part suffisamment importante de ceux-ci a déjà été traitée au début du cycle.

Figure 3 : Réalisation du cycle 2017-2021 de l'univers d'audit après exécution du programme d'audit 2017.



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

Le KPI relatif à la tenue de la réunion de clôture dans les 5 jours ouvrables suivant la dernière activité d'audit a été atteint pour tous les audits, sauf un. Ce KPI n'a en fait été calculé que pour 13 des 18 audits réalisés au total en 2017. Cela est dû au fait qu'une réunion de clôture commune a été organisée pour les 5 audits système de la DG LABO, qui se sont tous déroulés au cours de la période novembre-décembre. Cela a été décidé en concertation avec la DG LABO pour des raisons d'efficacité. Il a fallu en moyenne 25 jours aux auditeurs pour envoyer le projet de rapport aux services audités, ce qui signifie que dans les cas où le KPI de 30 jours n'a pas été atteint, le rapport a tout de même été envoyé peu de temps après. Les remarques reçues ont été intégrées dans un rapport final d'audit dans un délai moyen de 8 jours.

Tableau 1 : Aperçu des KPI réalisés en 2017 par la cellule d'audit interne (en date du 14-03-2018)

Activité	KPI	Réalisation 2013	Réalisation 2014	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Réalisation 2017
Réalisation du programme d'audit	80%	100%	95%	105%	91%	90%
Réunion de clôture*	100 % < 5 jours ouvrables	95%	100%	95%	100%	92%****
Envoi du projet de rapport**	90% < 30 jours calendrier	53%	78%	70%	80%	71%
	100% < 50 jours calendrier	100%	94%	95%	95%	94%
	> 50 jours calendrier	-	6%	5%	5%	6%
Envoi du rapport final***	80% < 10 jours ouvrables	56%	80%	90%	95%	82%
	100% < 20 jours ouvrables	94%	93%	100%	100%	100%
	> 20 jours ouvrables	6%	7%	-	-	-

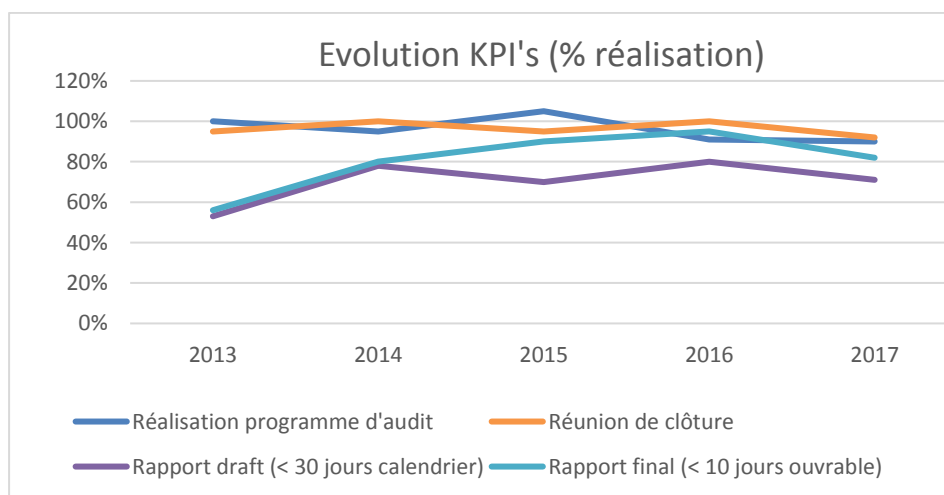
* après la dernière activité d'audit

** après la réunion de clôture

*** après réception des dernières remarques

**** calcul basé sur 13 des 18 audits (réunion de clôture commune des 5 audits de système de la DG Labos pas prise en compte)

Figure 4 : Évolution des KPI de 2013 à 2017.



5.1.4. Principales conclusions des audits initiaux réalisés par la cellule d'audit interne

Les audits de l'univers sectoriel (commerce de détail non ambulancier, abattoirs, échanges intracommunautaires, importations et exportations, matériaux en contact avec les denrées alimentaires) démontrent que le plan d'inspection et le plan d'échantillonnage sont exécutés 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.

Des améliorations sont cependant encore possibles au niveau des outils de planification utilisés. Pour les matériaux en contact, une évaluation de l'analyse des risques actuelle est également recommandée, plus précisément en ce qui concerne l'identification des vendeurs de ce type de produits et le protocole conclu avec les Douanes en cas d'importation de matériaux en contact. Par ailleurs, un manquement a été noté, s'agissant de l'absence de check-lists en allemand dans un certain nombre d'applications utilisées lors des inspections.

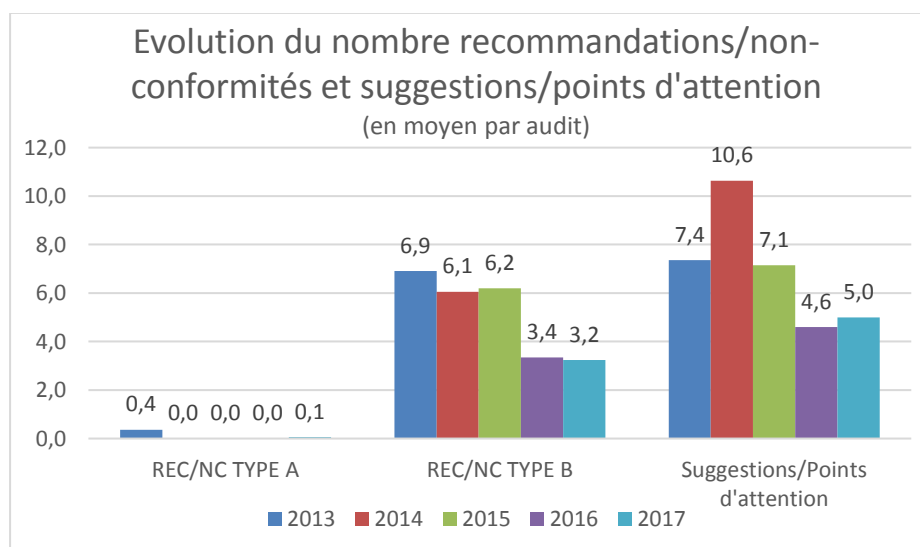
Les processus audités sont garantis et bien gérés (élaboration et exécution du plan de contrôle, traitement des plaintes et des recours, gestion d'une UPC, réalisation des contrôles PIF, gestion des laboratoires externes agréés). Différents processus et sous-processus doivent encore être documentés (par ex. communication interne/externe). La documentation de certains (sous-)processus pourrait être révisée et améliorée (gestion du matériel, CL abattoirs, nouvelle application FMIS pour la gestion logistique).

Au niveau de la gestion du matériel, une non-conformité A portant sur un contrat relatif à l'entretien de vêtements de travail a été constatée au sein du service logistique. Les manquements suivants ont également été constatés : absence d'audits efficaces des fournisseurs, documentation et enregistrements insuffisants dans les magasins du FSC dans le cadre du processus de soutien « gestion du matériel », objectifs de gestion incomplets pour ce processus.

De manière générale, les laboratoires respectent les exigences ISO 17025 en matière de système. Une bonne gestion des laboratoires externes agréés ainsi que des demandes et du suivi de ces agréments a pu être constatée. Les points d'action établis suite aux évaluations et audits techniques internes et externes de tous types, font également l'objet d'un enregistrement et d'un suivi détaillés.

Au total, 55 non-conformités/recommandations de type B et 85 suggestions/points d'attention (S) ont été formulé(e)s par le service d'audit interne, en plus d'1 non-conformité de type A. La figure 5 ci-dessous illustre l'évolution des différents types de recommandations/non-conformités et suggestions/points d'attention qui ont été formulé(e)s depuis 2013.

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

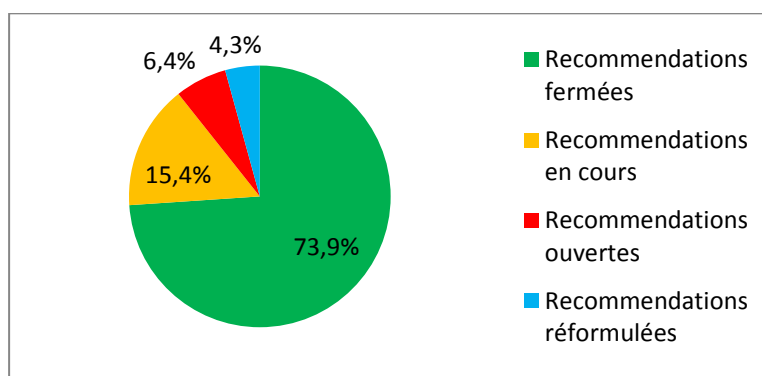


5.1.5. Résultats des audits de suivi

Deux audits généraux de suivi figuraient dans le programme d'audit 2017 (DG Contrôle et DG Politique de Contrôle). Les recommandations encore ouvertes au niveau des ULC et des labos ont, dans la mesure du possible, été reprises dans le scope des audits initiaux.

Au total, 234 recommandations ont été évaluées. Les recommandations dont la date d'exécution de l'action 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, 74% ont pu être clôturées. Pour 36 d'entre elles (15%), l'action n'était pas encore réalisée suffisamment pour pouvoir clôturer la recommandation. Pour 15 recommandations (6%), aucune action n'avait encore été entreprise ou n'était encore possible. Il s'agit par exemple de choses qui doivent être réalisées lors d'une prochaine révision des applications et formulaires ou qui nécessitent une modification de la loi ou une collaboration avec des partenaires externes, ce qui n'est pas toujours possible dans l'immédiat. En raison du fait que l'ancienne formulation de la recommandation n'était plus en adéquation avec la situation actuelle, 10 recommandations (4%) ont également été reformulées.

Figure 6 : Aperçu des audits de suivi réalisés en 2017



5.1.6. Principales conclusions des audits réalisés par la DG LABO

Durant les audits, les auditeurs techniques internes établissent uniquement la non-conformité par rapport à un critère donné (document, norme, exigences techniques...). Les services audités en analysent ensuite les causes et l'étendue afin de formuler les points d'action nécessaires.

Nous ne disposons pas encore de chiffres définitifs étant donné que l'analyse par la DG LABO se fait lors des revues de direction, qui ne se termineront qu'à la mi-avril 2018, lorsque toutes les revues de direction des labos individuels auront eu lieu on-site. Une revue de direction globale de tous les sites suivra dans le courant du mois de mai. Plutôt que d'analyser en détail chaque non-conformité individuelle, la DG LABO évaluera si des tendances peuvent être détectées. C'est déjà le cas dans les différents rapports d'audit, qui sont évalués individuellement par la Directrice des Laboratoires internes et le Responsable qualité de la DG LABO.

5.1.7. Aperçu des audits externes en vue de la certification et de l'accréditation 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 2017.

5.1.7.1. Audits ISO 9001 et ISO 17020

En 2017, dans le cadre de la re-certification ISO 9001 (incluant la transition vers la version 2015 de la norme), le 2^e audit du nouveau cycle a été effectué par Vinçotte. Le scope de cet audit a en outre été étendu au processus de gestion environnementale au sein de l'AFSCA. L'administration du FSC, 1 laboratoire et 2 ULC ont été audités, et ce, sur une durée de 6,5 jours/homme. La conclusion générale est que le système qualité de l'AFSCA est bien structuré, qu'il a bien été implémenté et qu'il fait l'objet

d'un suivi adéquat. Deux petites anomalies, et les demandes de mesures correctives y afférentes, ont été formulées et reprises dans le tableau de bord de l'AFSCA.⁶

En septembre 2017, BELAC a effectué le 3^e audit de surveillance de l'audit ISO 17020 (2^e 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 établie suite à la constatation répétée d'un suivi on-site insuffisant concernant l'ensemble des compétences octroyées dans le cadre d'un audit témoin quinquennal tel que prescrit dans une procédure interne. Trois non-conformités de type B ont été constatées, dont l'une pour un audit témoin qui n'a pas été réalisé à temps en vue de l'octroi de compétences à un agent, et une autre pour le service d'audit interne. Il a été constaté que l'évaluation de la conformité par rapport à une certaine exigence normative était reprise dans les objectifs de l'audit, mais aucune observation liée à cette exigence normative n'a toutefois pu être retrouvée dans le rapport, pas plus qu'une mention de la raison pour laquelle cette exigence normative n'avait pas été auditée. Une troisième non-conformité de type B concernait l'incapacité de démontrer qu'un opérateur chez lequel un échantillon est prélevé en vue d'une analyse est bien au courant que cet échantillon est susceptible d'être analysé par un labo autre qu'un labo AFSCA.

Pour la NC A, suffisamment de preuves attestant des mesures prises ont pu être présentées à BELAC et pour les NC B, les mesures correctives proposées dans les plans d'action remis ont également été acceptées. L'accréditation peut donc être conservée.

5.1.7.2. Audits ISO 17025 et ISO 17043

En 2017, dans le cadre de l'audit de prolongation, des audits ont été prévus pour le dossier 014-TEST, 014-CAL et 014-PT. Les 5 laboratoires ont été audités, de même que l'administration centrale de la DG LABO. Trois NC de type A et 51 NC de type B ont été formulées. Des analyses de causes et d'étendue ont été réalisées et les plans d'action ont été repris dans les modules E de BELAC.

Une évaluation transversale des non-conformités a également été réalisée sur les 6 sites de la DG LABO afin d'identifier les points problématiques et tendances éventuel(le)s.

Site / domaine	2017		
	NC A	NC B	Σ
LFSAGx : ISO 17043 :	0	3	3
FLVVG : Chimie anorganique	0	4	4
FLVVT : PCR :	1	4	5
FLVVT : chimie, calux, additifs	0	2	2
LFSAGx : microbiologie/virologie	0	8	8
LFSAGx : phytopathologie	0	4	4
FLVVM : microbiologie	0	5	5
FLVVM : OGM	0	5	5
FLVVM : CAL	0	0	0
LFSAL : Phytopharmacie, (U)HPLC, GC, denrées alimentaires irradiées	1	2	3
LFSAL : Chimie humide, immuno-essai, enzymo-essai, ICP	1	8	9
Systeme	0	FLVVT : 3 LFSAGx : 2 LFSAL : 1	6
	3	51	54

⁶ Pas suffisamment de preuves attestant de l'évaluation et du monitoring systématiques des prestations des fournisseurs + anomalie relative à la notification obligatoire des dépassements des normes légales environnementales.

Pour ISO 17043 (PT)

Dans ce dossier, 3 non-conformités ont été constatées à différents niveaux :

- Contenu du manuel qualité
- Évaluation partenaires externes organisation PT
- Analyse des risques liés à l'impartialité

Pour l'étalonnage (CAL)

L'auditeur a évalué l'ensemble du processus dans la pratique sur base de l'étalonnage qui devait être effectué par le labo d'étalonnage sur un objet d'étalonnage fourni par l'auditeur lui-même.

Aucune non-conformité n'a été constatée.

Pour les activités d'analyse (TEST)

Le type et la gravité des non-conformités formulées ainsi que la proportionnalité entre le nombre de non-conformités et le nombre de méthodes auditées, diffèrent fortement d'un audit à l'autre, d'un laboratoire à l'autre et d'un auditeur à l'autre.

Dans les grandes lignes, les non-conformités peuvent être classées comme suit :

- L'exhaustivité, sur le plan technique, des dossiers de validation : critères d'évaluation, calcul des caractéristiques de performance (conformément ou non à la procédure/norme propre au labo), insuffisance ou absence d'arguments étayés par de la documentation pour déroger à une méthode « normalisée », absence de détermination du type de méthode (normalisée, méthode propre au labo ou dérivée de celle-ci, ainsi que la raison expliquant ce choix), mode de calcul de l'incertitude de mesure...
- Le maintien et la documentation des compétences acquises antérieurement (mais qui ne sont pas mises en œuvre de façon régulière par le collaborateur compétent).
- Validation et sécurisation des formules et feuilles de calcul développées en interne.
- Absence ou exécution incorrecte d'un suivi normatif structuré et/ou documenté.
- Suivi du contrôle de 1^{re} ligne en cas d'anomalies, suivi des tendances... : actions immédiates en cas d'anomalies ; investigations trop limitées sur la cause potentielle, l'ampleur et les conséquences ; approche corrective insuffisante...
- Investigations pas assez approfondies en cas de contrôle de 3^e ligne non conforme.
- Rapportage du résultat : scope *versus* LIMS
- Étalonnage ou vérification périodique : documentation insuffisante lorsqu'il est décidé de déroger à la programmation, impact sur le fonctionnement, traçabilité des résultats (certificats ou vérification de l'output) ...
- Spécifique à la microbiologie : homogénéité des appareils (frigos, surgélateurs, incubateurs, ...) – pas de critère ou pas de critère objectif disponible → spécifique aux laboratoires microbiologiques, il ne s'agit pas d'un point d'amélioration structurel.
- Pas de système structuré de back-up pour les appareils autonomes.
- Processus relatif au scope flexible : documentation trop dispersée, pas de trajet décisionnel formel end-to-end.
- Scope détaillé : trop complexe et toutes les données ne sont pas complétées.
- Traçabilité de la communication avec le client.
- Suivi dans Q-App.

5.2. Activités consultatives et devoirs d'enquête spécifiques

Le programme d'audit 2017 prévoyait un audit « fact finding » portant sur la gestion des contrôles délégués à des tiers par l'AFSCA.

La conclusion de cet audit était qu'il serait opportun de prendre des mesures préventives pour les éléments suivants :

- La délégation de tâches relevant du domaine de compétence de l'AFSCA et du financement de celle-ci, doit toujours être encadrée juridiquement ;
- Le processus de délégation est repris dans la cartographie de l'AFSCA mais un certain nombre d'éléments (moyens et acteurs, par exemple) doivent encore être développés plus en détail ;

- Pour certaines délégations, l'agrément prévu par le législateur doit encore être délivré ou clarifié ;
- Dans le cadre du système de contrôle interne, les risques liés au processus de délégation doivent encore être identifiés ;
- Il est recommandé d'intégrer une série d'exigences de qualité standard (compétence et moyens, par exemple) dans les accords de coopération.

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'exécution. 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/non-conformités évaluées, hors EMAS et DG LABO (en date du 15/03/2018)

Année	Nombre de recommandations/ non-conformités	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	262	2	2	29	0
2010	454	431	7	1	15	0
2011	510	478	5	2	21	4
2012	227	202	4	0	6	15
2013	212	154	13	1	8	36
2014	183	102	8	3	9	61
2015	130	49	8	3	1	69
2016	81	12	3	2	0	64
2017	38	0	0	0	0	38
Total	2477	2007	50	14	119	287
%	100,0%	81,0%	2,0%	0,6%	4,8%	11,6%

Depuis le lancement du service d'audit interne en 2007 jusqu'en 2017 (inclus), 2 477 recommandations/ non-conformités 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 clôturés dont les plans d'action ont été validés. 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/ non-conformités n'aient pas encore été clôturées « officiellement » par la cellule d'audit interne.

Sur les 2 477 recommandations/ non-conformités formulées, 287 d'entre elles (11,6%) doivent encore être évaluées au cours d'un audit de suivi. Seule une petite minorité des recommandations/ non-conformités déjà évaluées ont le statut « ouvertes après suivi » (pour 0,6% d'entre elles, aucune action n'avait encore été entreprise) ou « en cours de réalisation après suivi » (pour 2,0% des recommandations/ non-conformités, une première ébauche avait 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'étendue), l'implémentation des mesures et l'évaluation de leur efficacité se font au moyen de l'application Q-app. Au moment de la rédaction du présent rapport, la DG LABO ne pouvait pas encore donner de chiffres à propos des non-conformités ouvertes vu que cela devait encore faire l'objet de discussions avec les labos lors des revues de direction.

7. Rapport du contrôle interne

En 2017, l'AFSCA a continué à renforcer son système de contrôle, en maintenant tout ce qui avait déjà été atteint et en travaillant au développement de nouveaux outils plus performants, avec en particulier une méthodologie pour instaurer l'approche processus et pour assurer la gestion des risques.

La révision de la cartographie des processus a été achevée et elle a été validée fin 2017 par les membres du Comité de direction. Il s'agissait d'une étape importante puisque cet outil sera utilisé de manière plus large à partir de 2018, il servira de base de référence pour les activités de l'Agence au sein de plusieurs applications, et plus précisément pour le suivi des objectifs et pour la comptabilité analytique.

Deux travaux de stage ont été finalisés, ayant pour but de modéliser les processus opérationnels et de tester les nouveaux outils de modélisation pris comme référence.

La gestion des risques a également fait l'objet de tests pilotes du point de vue de la nouvelle méthodologie et, fin 2017, une formation interne a également été lancée, essentiellement destinée aux membres du middle management et du réseau qualité. Des sessions supplémentaires sont encore prévues en 2018.

Les audits ISO 9001, ISO 17020, ISO 17025 et ISO 17043 ont tous été effectués conformément aux exigences et ont donné lieu au maintien des certificats existants et à la constatation d'un certain nombre de non-conformités, actuellement en cours de traitement.

En 2017, la problématique des restrictions budgétaires et des restrictions en matière de personnel est restée au centre de l'attention dans toutes les administrations, lesquelles se sont systématiquement efforcées d'accroître leur efficacité. Par ailleurs, des mesures récurrentes sont prises en matière de surveillance et de planification afin d'essayer de maîtriser l'impact éventuel de ces restrictions sur le fonctionnement du core business, et ainsi de maintenir le niveau de sécurité de la chaîne alimentaire.

8. Conclusion générale

Le programme d'audit 2017 a été en grande partie réalisé, les résultats des KPI prédéfinis étant quelque peu inférieurs à ceux de 2016 mais toujours en ligne avec les résultats des années précédentes. En 2017, les audits système de la DG LABO ont également été effectués par les auditeurs internes du service AIQP. Le pool d'auditeurs internes a subi un changement avec le départ des deux auditeurs néerlandophones dans le courant de l'année et le recrutement d'un nouvel auditeur interne néerlandophone fin 2017.

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

Un nouveau cycle de 5 ans a également commencé en 2017, avec pour objectif d'auditer à la fois l'univers des processus et l'univers sectoriel dans leur intégralité.

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 sont utilisés afin d'encore améliorer le fonctionnement du service. Il en ressort que plus de 80% des personnes interrogées sont satisfaites du déroulement des audits. Il est toutefois ressorti de ces enquêtes que seulement 72% des personnes interrogées considèrent que l'audit interne apporte une valeur ajoutée. La raison de ce résultat et comment de l'améliorer seront davantage investiguées en 2018.

L'intégration, à partir du 1^{er} janvier 2018, d'une partie des activités d'audit de l'AFSCA dans le Service fédéral d'Audit interne (créé en 2016) représentera un défi pour l'année à venir. Le protocole fixant les accords et dispositions nécessaires à ce sujet doit encore être signé officiellement. Quoiqu'il en soit, les activités d'audit interne relatives à ISO 17020, à ISO 17025 et à la DG SANTÉ continueront d'être effectuées par le service d'audit interne de l'AFSCA.

9. Abréviations

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
ANT	Anvers
APFACA	Association professionnelle des fabricants d'aliments composés pour animaux
AR	Arrêté royal
B&CG	Budget et Contrôle de Gestion
BELAC	Organisme belge d'accréditation
BNA	Brabant wallon - Namur
BRU	Bruxelles
BTSF	<i>Better Training For Safer Food</i>
C/I	Contrôleur / Inspecteur
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
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 & Visserij</i>
DG	Directeur général ou Direction générale
EMAS	<i>Environmental Management and Audit Scheme</i> (système d'audit et de management environnemental)
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
LUN	Luxembourg - Namur
NC	Non-conformité
OAV	Office alimentaire et vétérinaire (<i>Food and Veterinary Office</i>)
OCI	Organisme de certification et d'inspection
OVB	Flandre orientale - Brabant flamand
P&O	Personnel et Organisation
PCCB	Politique de Contrôle – Controlebeleid
PIF	Poste d'inspection frontalier
PT	<i>Proficiency Testing</i>
RAI	Responsable de l'audit interne
REOC	Association belge de recherche et d'expertise des organisations de consommateurs
SMALS	Organisation ICT commune aux services publics belges de sécurité sociale (et autres services publics à leur demande)
SPF	Service public fédéral
SPSCAE	Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
UE	Union européenne
ULC	Unité locale de Contrôle
UNE	Unité nationale d'Enquête
VLI	Brabant flamand - Limbourg
WVL	Flandre occidentale

10. Annexe 1 : Programme d'audit 2017 (AIQP, version 4 – octobre 2017)

N°	Type d'audit	Entité	Audits (scope) FR	Qui	Nombre de recommandations et de suggestions
AIQP 2017-01	Audit de suivi	CONT/AC-HB CONT/RDR CONT/UNIC-NICE	Suivi des plans d'action rédigés suite aux audits internes précédents.	AIQP	3 NC B
AIQP 2017-02	Audit de suivi	PCCB	Suivi des plans d'action rédigés suite aux audits internes précédents. Inclut les plans d'action qui sont suivis par les groupes de pilotage de PCCB.	AIQP	7 NC B
AIQP 2017-03	Opérationnel	CONT/TRA PCCB/S3 LABO LCE VLI ULC LIE	Le scope d'audit concerne l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles dans le secteur transformation. En particulier les contrôles sur : -le respect des critères microbiologiques - la traçabilité	AIQP	
AIQP 2017-04	Opérationnel	CONT/TRA CONT/DIS PCCB/S3 ULC HAI	Le scope d'audit concerne l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles concernant les matériaux de contact.	AIQP	4 NC B 3 points d'attention 4 suggestions
AIQP 2017-05	Opérationnel	CONT/PRI PCCB/S2 ULC BRU	Le scope d'audit concerne l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles dans les abattoirs. Une attention particulière sur : ICA et enquête résidus.	AIQP	10 NC B 2 points d'attention 2 suggestions
AIQP 2017-06	Opérationnel	CONT/PRI, IEC PCCB/S2, S5 ULC LUN	Le scope d'audit concerne l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles relatifs aux échanges intracommunautaires IN et import pays tiers. Une attention particulière sur l'importation (illégal) d'animaux domestiques.	AIQP	3 NC B 6 points d'attention 1 suggestion

AIQP 2017-07	Opérationnel	CONT/DIS PCCB/S3 LCE OVB	Le scope d'audit concerne l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des contrôles dans le secteur commerce de détail non ambulants (commerces poisson/viande). Une attention particulière sur l'échantillonnage.	AIQP	1 NC B
AIQP 2017-08	Opérationnel	SGAD/FIN CONT/IEC CONT/UNIC-NICE LCE WVL	Le scope d'audit concerne 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. Avec une attention particulière sur : - la gestion de l'organisation et de l'attribution des tâches aux CDM par l'UPC - la facturation	AIQP	3 NC B 4 suggestions
AIQP 2017-09	Opérationnel	SGAD/LOG SGAD/BCG-B&B CONT/UNIC-NICE ULC LIE + PIF LCE ANT + GIP ADGB/SPGC-DCPB	Le scope d'audit est la gestion du matériel. Ceci concerne le processus intégral à partir de l'achat, gestion du stock, jusqu'à la livraison à l'UPC (incl. : évaluation des fournisseurs, matériel de crise, contrat de services, entretien, facturation mais excl. matériel IT et matériel acheté directement par DG Labo).	AIQP	1 NC A 16 NC B 3 points d'attention 6 suggestions
AIQP 2017-10	Opérationnel	LCE WVL CONT/UNIC-NICE SGAD/LOG SGAD/BCG-B&B	Le scope d'audit est la gestion d'une UPC (personnel, communication, budget, objectifs, système qualité, gestion de crise, gestion des documents, suivi des PV concernant plusieurs UPC, dispatching, encodage, bons de prestation, fonctionnement cellule AER...).	AIQP	2 NC B
AIQP 2017-11	Opérationnel	ULC BNA CONT/UNIC-NICE SGAD/LOG SGAD/BCG-B&B	Le scope d'audit est la gestion d'une UPC (personnel, communication, budget, objectifs, système qualité, gestion de crise, gestion des documents, suivi des PV concernant plusieurs UPC, dispatching, encodage, bons de prestation, fonctionnement cellule AER...).	AIQP	Reporté au APROG 2018

AIQP 2017-12	Opérationnel	ULC HAI CONT/UNIC-NICE SGAD/LOG SGAD/BCG-B&B	Le scope d'audit est la gestion d'une UPC (personnel, communication, budget, objectifs, système qualité, gestion de crise, gestion des documents, suivi des PV concernant plusieurs UPC, dispatching, encodage, bons de prestation, fonctionnement cellule AER...).	AIQP	Reporté au APROG 2018
AIQP 2017-13	Opérationnel	CONT/DIS, TRA, PRI, AER ADGB/IAQP SGAD/JUR LCE OVB	Le scope d'audit est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi des sanctions administratives qui ont comme résultat la suspension ou le retrait des agréments/autorisations des opérateurs. Incl. le fonctionnement de la commission de recours dans ce cadre.	AIQP	
AIQP 2017-14	Opérationnel	LABO/EXTLAB Un ou plusieurs labos externes (encore à définir)	Le scope d'audit est l'encadrement, l'organisation, la réalisation et le suivi de la gestion des dossiers d'agrément des labos externes (incl. LNR).	AIQP	2 NC B 2 points d'attention 1 suggestion
AIQP 2017-15	Fact finding	PCCB/staf PCCB/S1, S2, S3, S5, S6 CONT/PRI, TRA, DIS, NOE LABO SGAD/BCG-B&B	Le scope d'audit est une mission fact finding concernant les contrôles délégués par l'AFSCA aux tiers.	AIQP	-
AIQP 2017-16	Opérationnel	FLVVG	Le scope d'audit concerne la gestion d'un laboratoire. En particulier : - Gestion des températures - Processus P 501 - Gestion de documents - Gestion méthodes et standardisation - Gestion fournisseurs externes - Gestion contrats clients - Gestion aspects de sécurité - Permis d'environnement - Exécution des analyses pour des tiers	AIQP	1 point d'attention
AIQP 2017-17	Opérationnel	FLVVM	Le scope d'audit concerne la gestion d'un laboratoire. En particulier :	AIQP	1 NC B 2 points d'attention

			<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des températures - Processus P 501 - Gestion de documents - Gestion méthodes et standardisation - Gestion fournisseurs externes - Gestion contrats clients - Gestion aspects de sécurité - Permis d'environnement - Exécution des analyses pour des tiers 		
AIQP 2017-18	Opérationnel	FLVVT	<p>Le scope d'audit concerne la gestion d'un laboratoire. En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des températures - Processus P 501 - Gestion de documents - Gestion méthodes et standardisation - Gestion fournisseurs externes - Gestion contrats clients - Gestion aspects de sécurité - Permis d'environnement - Exécution des analyses pour des tiers 	AIQP	<p>1 point d'attention 1 suggestion</p>
AIQP 2017-19	Opérationnel	LFSAGx	<p>Le scope d'audit concerne la gestion d'un laboratoire. En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des températures - Processus P 501 - Gestion de documents - Gestion méthodes et standardisation - Gestion fournisseurs externes - Gestion contrats clients - Gestion aspects de sécurité - Permis d'environnement - Exécution des analyses pour des tiers 	AIQP	<p>2 points d'attention</p>
AIQP 2017-20	Opérationnel	LFSAL	<p>Le scope d'audit concerne la gestion d'un laboratoire. En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des températures - Processus P 501 - Gestion de documents - Gestion méthodes et standardisation - Gestion fournisseurs externes 	AIQP	<p>1 NC B 1 point d'attention 3 suggestions</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Gestion contrats clients- Gestion aspects de sécurité- Permis d'environnement- Exécution des analyses pour des tiers		
--	--	--	---	--	--