



APRAGAZ

Votre Organisme Notifié
Votre Organisme de Certification



Conditions Générales de Certification de Produits et/ou de Systèmes

0 DECLARATION DE LA DIRECTION

APRAGAZ reconnaît l'importance de l'impartialité dans l'exercice de ses activités de certification de systèmes de management et assure l'objectivité de celles-ci ainsi que la gestion d'éventuels conflits d'intérêts.

1 TERMES ET DEFINITIONS

Fournisseur: Partie ayant la responsabilité d'assurer que les produits répondent et, s'il y a lieu, continuent de répondre aux exigences sur lesquelles la certification est fondée.

Organisme: Compagnie, société, firme, entreprise, autorité ou institution, ou partie ou combinaison de celles-ci, à responsabilité limitée ou d'un autre statut, de droit public ou privé, qui a sa propre structure fonctionnelle et administrative. Partie responsable du produit et procédé pouvant affirmer qu'un système de management est appliqué.

Système de management: nom collectif pour des systèmes différents (système d'assurance qualité, système de management environnemental)

Postulant: Fournisseur et/ou Fabricant demandeur d'une certification.

Organisme Notifié: Organisme tiers qui évalue et certifie ou enregistre le système d'assurance qualité d'un Fabricant par rapport aux normes publiées sur les systèmes qualité et à toute documentation complémentaire requise ainsi qu'aux exigences essentielles spécifiées dans les directives/Règlements concernés (R110/R67/R79/CPR/ADR/TPED,SPV,PED,MED, et ATEX). Lorsque l'activité de l'organisme se limite à la certification d'un produit et/ou d'un système de management type « ISO 9001 , ISO 13485, ISO 80079-34 ,OHSAS et ISO 14001» ,il sera appelé organisme de certification (OC). Cette abréviation est utilisée pour identifier l'organisme notifié et/ou de certification. APRAGAZ est, dans ce cas, « OC » Organisme de Certification de Produits et/ou de Système, ainsi qu'Organisme Notifié pour les directives susmentionnées.

Système de certification: système ayant ses propres règles de procédure et de gestion pour exécuter l'évaluation conduisant à l'émission d'un document de certification et à son suivi. La terminologie utilisée dans le Manuel de Qualité et les procédures spécifiques d'évaluation des systèmes de management (série PAQ) sont applicables à cette procédure.

Document de certification: Document indiquant que le produit/système de management d'un fournisseur est conforme aux normes du produit/système spécifié et à toute documentation complémentaire requise dans le cadre de la certification ainsi qu'aux exigences techniques des Directives applicables

Audit: Examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs aux critères du système de management satisfont aux dispositions préétablies si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs.

Auditeurs: Personne qui a la qualification pour exécuter des audits.

Audité: Organisme client à auditer (ex. : Constructeurs d'équipements , ...).

La terminologie utilisée dans le Manuel Qualité et les procédures spécifiques d'évaluation des systèmes de management (série PAQ) est applicable à cette procédure.

Surveillance de production: Evaluation destinée à déterminer la conformité continue aux exigences spécifiées du produit certifié.

Zone géographique: En principe, le monde entier à l'exception des zones dites à risques (Sécurité du personnel)

2 DEMARRAGE DE LA PROCEDURE DE CERTIFICATION

2.1 Demande en matière de certification

2.1.1 Echange d'informations entre APRAGAZ et les organismes

Une description précise de la procédure d'évaluation et de certification propre à chaque système de certification, les documents énonçant les exigences en matière de certification et les documents décrivant les obligations et les droits des organismes doivent être tenus à jour et remis aux organismes certifiés et organismes demandeurs.

APRAGAZ exige qu'un Organisme:

- se conforme en tout temps aux dispositions pertinentes du programme de certification,
- prenne toutes les dispositions nécessaires pour la conduite de l'évaluation, y compris pour l'examen de la documentation et l'accès à tous les secteurs, aux enregistrements (y compris aux rapports d'audits internes) et au personnel aux fins de l'évaluation, de la surveillance, de la réévaluation et de la résolution des plaintes; le cas échéant accepter des observateurs (par ex.: les auditeurs d'accréditation ou des auditeurs en formation),
- ne déclare qu'il n'est certifié que pour les activités pour lesquelles il a reçu la certification,
- ne fasse pas état de sa certification d'une manière qui puisse nuire à la réputation de l'OC/ON et ne fasse aucune déclaration concernant cette certification que l'OC/ON peut juger abusive et non autorisée,
- cesse immédiatement, dès la suspension ou le retrait de la certification (quel que soit le cas) toute publicité, qui, d'une manière ou d'une autre, s'y réfère, et retourne tout document de certification exigé par l'OC/ON,
- n'utilise sa certification que pour indiquer que le système est conforme à des normes spécifiées ou d'autres documents normatifs,
- veille à ce qu'aucun document, marque ou rapport de certification, n'est utilisé en tout ou partie de façon abusive,
- se conforme aux exigences de l'OC/ON lorsqu'il fait mention de sa certification dans des supports de communication tels que documents, brochures ou publicités,

- conserve un enregistrement de toutes les réclamations dont il a eu connaissance concernant la conformité aux exigences de certification et met ces enregistrements à la disposition de l'organisme de certification sur demande. L'organisme prendra toute action appropriée en rapport avec ces réclamations et les imperfections constatées dans les produits qui ont des conséquences sur leur conformité aux exigences de la certification et documentera toutes les actions entreprises.

De même, l'organisme demandeur s'engage à fournir sans délais à APRAGAZ, les questions qui peuvent compromettre la capacité du système de management à continuer de se conformer aux exigences de la norme utilisée pour la certification, par exemple des modifications concernant :

- son statut juridique, commercial, ses propriétaires ou l'organisation,
- l'organisation et le management (par exemple le personnel clé tel que les dirigeants, les décisionnaires ou les techniciens),
- les coordonnées de la personne à contacter et les sites principaux,
- le périmètre des opérations réalisées dans le cadre du système de management certifié,
- les modifications importantes apportées au système de management et aux processus.

2.1.2 Demande de certification

2.1.2.1 Consécutivement à une demande de remise de prix, l'OC/ON exige une demande officielle dûment remplie et signée par un représentant dûment mandaté de l'Organisme, dans, ou, en annexe de laquelle :

- la portée de la certification souhaitée est définie,
- l'Organisme s'engage à respecter les exigences en matière de certification (reprises sur le document RPAQ2/2) et à fournir toute information utile à son évaluation. Le nombre de shifts, si applicable, devra être également précisé.

2.1.2.2 L'Organisme doit fournir au moins les informations suivantes avant la poursuite de la procédure ou de l'exécution de l'audit in situ :

- les caractéristiques générales de l'Organisme ; telles que raison sociale, nom, adresse du ou des sites concernés, aspects significatifs de ses processus et opérations et toute obligation juridique applicable,
- des renseignements d'ordre général concernant le périmètre de la certification demandée, tels que ses activités, ses ressources humaines et techniques, les processus externalisés qui pourraient affecter la conformité aux exigences de certification, ses fonctions et ses relations au sein d'une raison sociale plus large, le cas échéant,
- les normes et autres documents normatifs qui leur sont applicables individuellement,
- tout renseignement relatif au recours à des organismes de conseil en matière de système de management,
- un exemplaire du manuel qualité de l'organisme et, s'il y a lieu, la documentation associée,
- les exigences spécifiques du module sélectionné dans la directive produit pertinente ou dans la norme considérée.

Les informations réunies à partir de la documentation associée à la demande et de l'examen du manuel qualité serviront à la préparation des audits in situ et doivent être traitées avec la confidentialité requise. Le cas échéant, le formulaire de demande sera amendé le jour de l'audit.

2.1.3 Revue de la demande

Avant de procéder à l'exécution de la mission, tout auditeur qualifié de l'OC/ON doit effectuer une revue de la candidature et des informations complémentaires concernant la certification pour s'assurer que :

- les informations relatives à l'organisme candidat et à son système de management sont suffisantes pour effectuer la mission demandée
- les exigences relatives à la certification sont clairement définies, documentées et ont été fournies à l'organisme candidat
- tout décalage de compréhension entre l'OC/ON et l'Organisme est résolu
- qu'APRAGAZ a la compétence et la capacité d'effectuer la mission
- le périmètre de la certification recherchée, le(s) lieu(x) géographiques, la durée requise pour réaliser les audits et tout autre point pertinent
- (langue, conditions de sécurité, menaces pour l'impartialité,...) sont pris en compte.
- les enregistrements des justifications de la décision d'effectuer la mission sont conservés.

Suite à la revue de la demande, l'auditeur se doit soit d'accepter, soit de refuser la demande de certification. En cas d'acceptation, un contrat est rédigé par la personne de contact. Dans le cas contraire, les raisons du refus doivent être documentées et clairement indiquées à l'organisme. Celles-ci peuvent se résumer comme étant un problème de sécurité (avis négatif du ministère des affaires étrangères) et une demande en dehors des compétences d'APRAGAZ.

Dans le cas de la demande de certification des entreprises pour l'entretien des extincteurs portatifs conformément à la norme NBN S21-050, le formulaire de demande signé est également considéré comme le contrat entre la partie requérante et l'organisme de certification (APRAGAZ).

Dans le cas d'un avis favorable, le processus de certification peut être enclenché et débutera effectivement après réception du contrat signé.

3 CERTIFICATION DE PRODUITS

3.1 Procédure

Pour les produits à certifier selon une Directive Européenne, une Norme avec marque de conformité, des prescriptions légales, un code reconnu ou toute autre spécification particulière, le dossier (comprenant les plans, notes de calcul, rapports établis par APRAGAZ ou par le Laboratoire d'APRAGAZ) est soumis au Bureau de Certification qui s'assure que le dossier répond en tous points aux règles imposées par la certification demandée et appose le cachet d'approbation du Bureau de Certification (avec date et signature du Directeur Général) sur le rapport ou certificat de réception final.

3.2 Publication du document de certification

APRAGAZ fournit des documents de Certification aux audités certifiés.

La date d'entrée en vigueur mentionnée sur les certificats est toujours postérieure à la date de décision de la certification.

Dans le cas d'une révision du document de certification, en sus de la date de délivrance, le moyen de distinguer les versions en vigueur par rapport aux versions précédentes périmées est l'usage d'indice : Indice d'extension ; Indice de révision (année/code du Pays/Numéro – Indice d'extension – Indice de révision).

4. CERTIFICATION DES SYSTÈMES MANAGEMENT ou des produits (services)

4.1 Exécution de l'Evaluation dans le cadre d'une certification de Système ou produit (service)

Le processus d'audit sur site comporte une réunion d'ouverture en début d'audit et une réunion de clôture à la fin de l'audit.

L'audit de certification initiale d'un système de management doit être mené en deux étapes: Etape 1 et Etape 2.

L'audit Etape 1 est réalisé en vue:

- d'auditer les informations documentées du système de management mis en place par l'organisme audité,
- d'évaluer le lieu et les conditions spécifiques au site de l'organisme audité et créer l'occasion d'un échange d'information avec le personnel de celui-ci afin de déterminer le niveau de préparation pour l'audit Etape 2,
- de procéder à la revue de l'état de l'Organisme et de sa compréhension des exigences des normes applicables, notamment en ce qui concernent l'identification des performances clés ou des aspects, des processus, des objectifs et du fonctionnement significatifs du système de management,
- de réunir les informations nécessaires concernant le champ d'application du système à certifier, les processus et équipements utilisés, les niveaux de maîtrises établis (cas des organismes multi sites), le ou les sites de l'Organisme, ainsi que les aspects réglementaires et juridiques auquel l'organisme doit se conformer,
- de procéder à la revue de l'affectation des ressources pour l'Etape 2 et convenir avec l'organisme des détails de l'audit Etape 2,
- de permettre la planification de l'audit Etape 2 en connaissance de cause,
- de déterminer si les audits internes et la revue de Direction ont été planifiées et réalisées et si le niveau de mise en œuvre du système de management est suffisamment avancé pour l'audit Etape 2.

En fonction du niveau de détails de la documentation reçue, il est possible qu'une partie de l'audit Etape 1 soit réalisée dans les locaux de l'organisme audité afin d'atteindre les objectifs fixés ci-dessus. Dans ce cas, l'organisme audité sera informé des activités « sur site ».

Les résultats de l'audit Etape 1 seront documentés sous forme d'un rapport d'évaluation préliminaire.

Le rapport, une fois vérifié sera communiqué à l'organisme par l'auditeur, et comprendra l'identification de tout problème susceptible d'être classé comme une non-conformité au cours de l'audit Etape 2.

APRAGAZ prendra en considération ce dont l'organisme audité aura besoin pour résoudre les problèmes identifiés au cours de l'audit Etape 1 avant de passer à l'Etape 2.

Si des modifications significatives susceptibles d'affecter le SMQ interviennent, APRAGAZ envisagera la nécessité de répéter tout ou partie de l'étape 1. L'organisme audité sera informé que les résultats de l'étape 1 peuvent entraîner le report ou l'annulation de l'étape 2.

Lorsque le délai de mise en place des actions correctives entre l'étape 1 (date du rapport de revue d'évaluation préliminaire) et l'étape 2 (premier jour d'audit in situ) dépasse les six mois, APRAGAZ envisagera la nécessité de répéter tout ou partie de l'étape 1.

L'audit Etape 2, sur le site de l'audit, doit être réalisé en vue d'évaluer la mise en œuvre et l'efficacité du système de management de celui-ci. Il comprendra au minimum les éléments suivants:

- les informations et les preuves relatives à la conformité de toutes les exigences des normes applicables,
- la surveillance, le mesurage, le compte-rendu et la revue des performances par rapport aux objectifs de performance clé et aux cibles,
- la satisfaction des exigences légales, réglementaires et contractuelles applicables,
- la maîtrise opérationnelle des processus,
- les audits internes et la revue de direction,
- les liens entre les exigences normatives, la politique, les objectifs de performance, toute exigence juridique applicable, les opérations, les procédures, les données de performance et les résultats et conclusions des audits internes,
- les responsabilités de la direction vis-à-vis des politiques.

4.1.1 Planification des activités d'audit

Sur base des éléments de la « Revue de la Demande de Certification », le responsable du management du programme d'audit détermine les compétences nécessaires pour l'équipe d'audit à missionner et pour la décision de certification. La ou les personnes chargées de décider de la certification sont désignées de façon à garantir que les compétences appropriées sont disponibles.

La date de l'audit est convenue avec l'Organisme demandeur.

4.1.2 Equipe d'audit

APRAGAZ sélectionne et désigne l'équipe d'audit (auditeurs et éventuellement experts), y compris le responsable de l'équipe d'audit, en tenant compte des compétences collectives nécessaires pour atteindre les objectifs de l'audit. Si un seul auditeur est désigné, il aura les compétences nécessaires pour réaliser les tâches d'un responsable d'équipe d'audit applicable à l'audit concerné.

Les membres de l'équipe d'audit sont responsables de la préparation d'un questionnaire spécifique basé sur les normes applicables en vigueur.

L'équipe d'audit est nommée formellement et dispose des documents de travail appropriés.

4.1.3 Information de l'Organisme

Les tâches spécifiques attribuées à l'équipe d'audit sont portées à la connaissance de l'organisme audité.

APRAGAZ fournit le nom de chacun des membres de l'équipe d'audit à l'audit dans un délai suffisant pour permettre à ce dernier de formuler une objection à la désignation d'un auditeur ou d'un expert particulier et ainsi, de permettre au responsable de l'équipe d'audit de reformer son équipe à la satisfaction du de l'organisme demandeur en réponse à toute objection justifiée.

Lorsqu'un **audit conjoint** est réalisé, les organismes d'audit conviendront entre eux des responsabilités spécifiques de chacun, notamment en ce qui concerne l'autorité du responsable de l'équipe d'audit nommé.

4.1.4 Mandat de l'équipe d'audit

L'équipe d'audit sera amenée à vérifier la structure, les politiques, les processus, les procédures, les enregistrements et documents associés de l'Organisme, confirmer leur conformité aux exigences correspondant à la portée de la certification et si les procédures sont effectivement appliquées et aptes à assurer la crédibilité des produits et/ou du système de management et informer l'organisme audité de toutes les incohérences entre sa politique, ses objectifs, ses cibles et les résultats pour qu'il prenne des dispositions.

4.1.5 Plan d'audit

Il convient de faire approuver le plan d'audit par l'Organisme et de le communiquer aux auditeurs.

Un plan d'audit est établi pour chaque audit identifié dans le programme d'audit pour servir de base à un accord concernant la réalisation et la programmation de l'audit. Il sera rédigé par le responsable d'audit.

Le plan indiquera :

- les objectifs et le champ d'application de l'audit,
- les critères d'audit,
- Les méthodes d'audit utilisées (entretien, échantillonnage, ...),
- l'identité des personnes exerçant des responsabilités directes importantes dans le cadre des objectifs et du champ de l'audit,
- l'identification des documents de référence (le système de management applicable, module d'évaluation, manuel de l'audit),
- l'identité des membres de l'équipe d'audit,
- la langue de l'audit,
- la date et le lieu où l'audit doit être effectué,
- l'identification des secteurs de l'usine qui doivent être audités,
- la date et la durée prévues pour chaque activité principale de l'audit,
- le calendrier des réunions à tenir avec la direction de l'audit,
- les exigences en matière de confidentialité,
- la liste de diffusion du rapport et la date de publication prévue.

Il convient que les détails particuliers du plan d'audit ne soient communiqués à l'Audité qu'au fur et à mesure du déroulement de l'audit si leur divulgation prématurée ne compromet pas l'obtention de preuves tangibles.

4.1.6 Objections formulées par l'Organisme par rapport au plan d'audit

Si l'Audité formule des objections quant à l'un des éléments du plan d'audit, il convient de les faire lever par le responsable d'audit et l'Audité, et ce, avant l'exécution de l'audit.

4.1.7 Documents de travail

Les documents pour faciliter les investigations de l'auditeur et pour consigner et rendre compte des conclusions peuvent comprendre :

- des listes de vérification utilisées pour l'évaluation de chaque module et/ou du système management,
- des formulaires pour rendre compte des observations de l'audit,
- des formulaires pour consigner des éléments de preuves étayant les conclusions auxquelles sont arrivés les auditeurs,
- des plans d'échantillonnage.

Les documents de travail contenant des informations confidentielles ou touchant la propriété industrielle doivent être convenablement protégés par l'organisme qui audite. Ces documents sont conservés après l'achèvement de l'audit. Leur emploi n'est pas systématique.

4.2 Exécution de l'audit

4.2.1 Réunion d'ouverture

L'objet de cette réunion est:

- de présenter les membres de l'équipe d'audit à la direction de l'Audité et description de leur rôle,
- de rappeler les objectifs et le champ d'application de l'audit,
- de confirmer le plan d'audit,
- de présenter un résumé des méthodes et des procédures qui seront utilisées pour effectuer l'audit,
- de confirmer les liens de communication officiels entre l'équipe d'audit et l'Audité,
- de confirmer la mise à disposition à l'équipe d'audit des moyens et des installations dont elle a besoin,
- de confirmer les points relatifs à la confidentialité,
- de confirmer les procédures d'hygiène, d'urgence et de sécurité pour l'équipe d'audit,
- de confirmer la disponibilité, le rôle et l'identité des guides et observateurs,
- de présenter les méthodes utilisées pour rendre compte des constats d'audit et leur classification,
- d'informer sur les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à l'audit prématurément,
- de confirmer que le responsable de l'équipe d'audit et l'équipe d'audit, qui représentent APRAGAZ, sont responsables de l'audit et de l'exécution du plan d'audit, y compris des activités et des cheminements d'audit,
- de confirmer le statut des constats de la revue (Etape 1) ou de l'audit précédent,
- de présenter les méthodes utilisées pour conduire l'audit sur base d'un échantillonnage,
- de confirmer la langue utilisée pendant l'audit,
- de confirmer l'heure et la date de réunion de clôture et de toute réunion intermédiaire de l'équipe d'audit avec la direction de l'Audité pour être tenue au courant de l'état d'avancement de l'audit,
- de donner l'opportunité à l'audité de poser des questions.

4.2.2 Identification et enregistrement des constats d'audit

4.2.2.1 Recueil des preuves

Les constats d'audit résumant la conformité et détaillant la non-conformité, ainsi que les preuves d'audit associées, sont enregistrés et font l'objet d'un rapport pour décider, en toute connaissance de cause, de la délivrance ou du maintien d'une certification.

Il est possible d'identifier et d'enregistrer des suggestions d'améliorations.

Toutefois, les constats d'audit qui correspondent à des non-conformités, ne peuvent être enregistrés comme tels.

Pendant l'audit, le responsable d'audit peut apporter des modifications aux missions des auditeurs et au plan d'audit avec l'approbation de l'Organisme, si cela s'avère nécessaire pour mieux atteindre les objectifs de l'audit.

Si les objectifs ne peuvent être atteints, il convient que le responsable de l'audit en donne les raisons à l'Audité.

4.2.2.2 Enregistrement

Il convient de documenter toutes les informations de l'audit.

Un constat de non-conformité est enregistré par rapport à l'exigence spécifique du critère correspondant de l'audit. Il comporte un énoncé clair de la non-conformité et identifie en détail les éléments objectifs sur lesquels repose la non-conformité.

Les non-conformités doivent faire l'objet d'une discussion avec l'audit, en vue de s'assurer que les éléments de preuve sont exacts et que les non-conformités sont bien comprises.

L'auditeur s'abstiendra d'avancer les causes de non-conformité ou de préconiser des solutions.

Une non-conformité est une non-satisfaction d'une exigence. Celle-ci peut être classée comme étant majeure ou mineure :

Une non-conformité **majeure** affecte la capacité du système de management à atteindre les résultats escomptés. Les non-conformités pourraient être classées comme majeures dans les circonstances suivantes :

- s'il existe un doute significatif quant à la mise en place d'une maîtrise efficace des processus ou que des produits ou services remplissent les exigences spécifiées ;
- plusieurs non-conformités mineures associées à la même exigence ou à un problème pouvant montrer une défaillance systématique et ainsi constituer une non-conformité majeure.

Toute autre non-conformité est considérée comme étant une non-conformité **mineure**, à savoir une non-conformité qui n'affecte pas la capacité d'un système de management à atteindre les résultats escomptés.

La constatation lors d'un audit de surveillance du non-traitement de non-conformités mineures préalablement établies aura pour conséquence la rédaction d'un constat dont la gravité est augmentée d'un niveau (non-conformité majeure).

Si la non-conformité correspond à un manquement à une ou plusieurs exigences de la norme du système de management ou s'il subsiste un doute important quant à la capacité du système de management du client à atteindre les résultats souhaités, alors elle peut être classée comme une non-conformité "**majeure**".

4.3 Réunion de clôture avec l'Audit

Une réunion de clôture formelle, pour laquelle la liste des participants doit être enregistrée, est tenue avec la direction de l'audit et, le cas échéant, les responsables des fonctions ou des processus audités.

La réunion de clôture, animée par le responsable de l'équipe d'audit, a pour objectif de présenter les conclusions de l'audit, y compris les recommandations relatives à la certification.

Les non-conformités doivent être présentées de façon à être comprises et le délai de réponse doit être fixé d'un commun accord.

Le formulaire de non-conformité (RPAQ 4/2) sera diffusé à l'organisme au plus tard dans les 2 jours ouvrables qui suivent la réunion de clôture.

La réunion de clôture doit inclure les éléments suivants:

- notifier à l'organisme audité que les preuves d'audit recueillies sont fondées sur un échantillon d'informations, introduisant, de ce fait, un élément d'incertitude,
- la méthode et le délai utilisé pour rendre compte, y compris le classement des constats d'audit,
- le processus d'APRAGAZ pour le traitement des non-conformités et, incluant toutes les conséquences relatives à la certification de l'organisme audité,
- le délai dans lequel l'organisme audité doit soumettre un plan d'actions pour toute non-conformité identifiée pendant l'audit à savoir au maximum **un mois à dater du dernier jour d'audit** ; En cas de non-conformités majeures, les corrections devront être soumises dans le même délai.
- les activités post-audit d'APRAGAZ,
- des informations sur les processus de traitement des plaintes et d'appel.

L'audit doit avoir la possibilité de poser des questions. Les divergences d'opinion sur les constats ou les conclusions d'audit entre l'équipe d'audit et l'audit font l'objet d'une discussion et, dans la mesure du possible, sont résolues. Les divergences d'opinion qui n'ont pas été résolues sont enregistrées dans le rapport d'audit.

Le responsable de l'équipe d'audit s'assure lors de la réunion de clôture que l'organisme dispose de toutes les informations nécessaires à la suite du processus (délais des actions correctives, conséquences du non-respect des obligations de l'organisme, ect.)

4.4 Rapport d'audit

4.4.1 Préparation du rapport

APRAGAZ fournit un rapport d'audit pour chaque audit réalisé.

Dans un rapport, l'équipe d'audit peut également proposer des suggestions à l'audit mais ne recommandera pas de solutions spécifiques.

Le rapport d'audit reste la propriété d'APRAGAZ.

Le responsable de l'équipe d'audit s'assure de la préparation du rapport d'audit.

Il est responsable de son contenu. Le rapport d'audit fournit un enregistrement précis, concis et clair de l'audit pour prendre une décision de certification éclairée.

Les rapports d'audit sont vérifiés en interne par des personnes qualifiées n'ayant pas participé à l'audit, et ce avant que la version officielle du rapport soit envoyée chez l'organisme audité et au Bureau de Certification d'APRAGAZ.

4.4.2 Contenu du rapport

Il convient que le rapport d'audit reflète fidèlement l'esprit et le contenu de l'audit.

Le rapport sera signé et daté par le responsable d'audit et contiendra, selon les cas, les éléments suivants:

- identification de l'organisme de certification (APRAGAZ),
- le nom et l'adresse de l'organisme et des personnes représentant la direction,
- le type d'audit,
- les critères de l'audit,
- les objectifs de l'audit,

- le périmètre de l'audit (identification des unités organisationnelles ou fonctionnelles ou les processus audités) ainsi que la durée de l'audit,
- tout écart par rapport au plan d'audit
- tout élément significatif ayant des effets sur le programme d'audit
- identification du responsable de l'équipe d'audit, des membres de l'équipe d'audit et des personnes accompagnantes,
- les dates et les lieux où les activités sur le site ou en dehors d'audit ont été réalisées,
- les constats, les preuves et les conclusions de l'audit correspondant aux exigences du type d'audit,
- modification significative affectant le système depuis la réalisation du dernier audit
- tout problème non résolu, le cas échéant,
- le cas échéant, si l'audit est combiné, conjoint ou intégré
- une déclaration de non responsabilité indiquant que l'audit est basé sur un processus d'échantillonnage des informations disponibles,
- les recommandations formulées par l'équipe d'audit,
- l'audit maîtrise efficacement l'utilisation des documents et marques de certification,
- la vérification de l'efficacité des actions correctives menées concernant les non-conformités précédemment identifiées, le cas échéant,
- une déclaration sur la conformité et l'efficacité du système de management ainsi qu'un récapitulatif des preuves relatives aux éléments suivants :
 - o l'aptitude du SM à satisfaire les exigences applicables et à obtenir les résultats escomptés
 - o les processus d'audit internes et de revues de direction
- une conclusion concernant l'adéquation du périmètre de certification,
- la confirmation que les objectifs de l'audit ont été remplis.

Une version provisoire du rapport d'audit peut être élaborée avant la réunion de clôture.

Avant expédition, il convient que toute communication entre la réunion de clôture et l'émission du rapport soit faite par le responsable d'audit.

Lorsque le rapport comporte des non-conformités :

- l'organisme doit décrire les corrections et actions correctives spécifiques entreprises ou qu'il prévoit d'entreprendre afin d'éliminer, dans un délai déterminé (voir §4.3 du présent document), les non-conformités détectées et leurs causes et de remédier à toutes les non-conformités qui ont été identifiées (RPAQ4/2) ;
- le responsable de l'équipe d'audit doit passer en revue les corrections, les causes identifiées et les actions correctives soumises par l'organisme audité pour déterminer si elles sont acceptables ;
- le responsable de l'équipe d'audit doit également vérifier l'efficacité des corrections et actions correctives entreprises. Les preuves obtenues pour confirmer la résolution des non-conformités seront enregistrées par APRAGAZ dans le dossier de l'organisme;
- l'efficacité des corrections et actions correctives mises en place par l'audit sera évalué par l'auditeur en charge du dossier qui tiendra informé l'organisme du résultat de la revue et de la vérification. Eventuellement, l'organisme sera informé (via le formulaire de non-conformité RPAQ 4-2) de la nécessité de réaliser soit un audit complet, soit un audit partiel supplémentaire ou de fournir une preuve documentée pour vérifier que les corrections et actions correctives prévues ont bien été menées.

4.5 Diffusion du rapport

Le responsable de l'équipe d'audit envoie le rapport d'audit soit envoyé aux destinataires définis dans le plan d'Audit.

Il convient de définir toute diffusion supplémentaire en consultation avec l'Audité.

Les rapports d'audit contenant des informations confidentielles ou touchant à la propriété industrielle doivent être convenablement protégés par l'OC/ON chargé de l'audit.

Il convient de publier le rapport d'audit dès que possible. S'il ne peut être publié dans le délai prévu, il convient de donner les raisons du retard à l'Organisme et de fixer une nouvelle date de publication. La durée de publication pour lequel tous les éléments (plan d'actions, corrections, etc.) ont été fournis à APRAGAZ d'un rapport d'audit sera au maximum de 60 jours ouvrables.

APRAGAZ invite l'Organisme à commenter le rapport dans un délai de 10 jours.

4.6 Enregistrements relatifs aux demandeurs et aux organismes

APRAGAZ conserve les enregistrements relatifs au processus d'audit et autres activités de certification de tous les organismes audités, y compris tous les organismes candidats audités, certifiés ou dont la certification a été suspendue conformément à l'accord passé entre APRAGAZ et chaque organisme et selon les exigences réglementaires.

L'ensemble des enregistrements est confidentiel et conservé au minimum pendant la durée du cycle en cours plus un cycle complet.

A cet effet seront conservés :

- les informations relatives à la demande et l'ensemble des rapports d'audit,
- le contrat de certification,
- la justification de la méthodologie utilisée pour l'échantillonnage,
- la justification pour la détermination du temps imparti aux auditeurs,
- la vérification des corrections et actions correctives,
- les enregistrements des plaintes et des appels ainsi que toutes les corrections et actions correctives qui en découlent,
- les délibérations et décisions du comité, le cas échéant,
- la documentation relative aux décisions prises en matière de certification,
- les documents de certification (champ d'application),
- les enregistrements associés nécessaires pour établir la crédibilité de la certification (compétences des auditeurs et experts techniques).

4.7 Rapport définitif

Sous réserve de l'acceptation par l'organisme audité, du projet de rapport établi par APRAGAZ, ce document sera considéré comme étant le rapport définitif de l'audit. En cas de refus du projet de rapport, par l'audit, une discussion entre le responsable de l'équipe d'audit et/ou le responsable du management du programme d'audit et l'audit est prévue afin d'aplanir les divergences d'opinion.

Le cas échéant, une révision du rapport sera publiée.

Si le refus persiste, voir les paragraphes relatifs aux « Appels, Plaintes et Recours » de ce document.

4.8 Achèvement de l'audit

L'audit est achevé lorsque le rapport définitif d'audit est remis à l'Organisme.

5 PROCESSUS DECISIONNEL EN MATIERE DE CERTIFICATION DE SYSTEME

5.1 Principe

La décision de certifier ou non le système de management ou du dossier « Produit » d'un Organisme doit être prise par l'OC/ON en se fondant sur les informations recueillies pendant le processus de certification et sur toute autre information pertinente.

Les informations permettant au bureau de certification d'APRAGAZ de prendre une décision comprennent les éléments suivant:

- les rapports d'audit définitifs,
- les observations relatives aux non-conformités, et le cas échéant, l'approbation par l'auditeur principal des corrections et actions correctives entreprises par l'audit
- clôture des non-conformités majeures
- les confirmations des informations fournies à APRAGAZ et utilisées pour la revue de la demande et
- une recommandation relative à la décision ou non de délivrer la certification, accompagnée de toutes réserves ou observations.

Ceux qui prennent la décision de certification ne doivent pas avoir participé à l'audit ou à l'analyse du dossier.

Avant de transmettre le dossier, le responsable du management du programme d'audit doit confirmer au Bureau de Certification, que:

- les informations fournies par l'équipe d'audit sont suffisantes par rapport aux exigences et au périmètre de la certification,
- les corrections et les actions correctives relatives aux non-conformités mineures et majeures ont été examinées et acceptées et que leur efficacité a été vérifiée,
- les corrections et les actions correctives relatives aux remarques ont été examinées et acceptées.

5.2 Processus décisionnel

Le responsable du management du programme d'audit ou le Chef de service en charge du dossier soumet le rapport définitif au Bureau de Certification composé au minimum du Directeur Général et/ou son remplaçant éventuel, du Responsable Qualité et/ou de son adjoint, d'un Chef de Service différent de celui qui propose la certification.

La décision de certifier, ou non, le système management d'un Fabricant dépendra de l'efficacité des corrections et des actions correctives consécutives aux non conformités émises pendant l'audit. Le nombre de celles-ci étant illimité.

Sur base de son évaluation positive, l'auditeur recommande la certification (ou le maintien) du système de management de la qualité auprès du bureau de certification.

Le bureau de certification se prononcera sur la décision de certification en se basant sur le rapport d'audit complet, ainsi que la recommandation de l'auditeur et de en charge de l'audit ainsi que de l'approbateur du rapport. La certification d'un organisme sera systématiquement invalidée dans les cas suivants :

- le système de management a gravement manqué au respect des exigences de la certification, y compris l'exigence d'efficacité,
- en cas de non réalisation des actions correctives dans le délai imparti,
- cas extrême de matériovigilance.

La décision de certifier, ou non, un produit dépendra du fait que le dossier proposé répond en tous points aux règles imposées par la Certification demandée.

Des références incorrectes à la certification ainsi qu'une utilisation abusive de l'information relative à la certification sont considérées comme non-conformités "majeures".

APRAGAZ maintient la certification d'un organisme audité en s'appuyant sur la démonstration que celui-ci continue à satisfaire aux exigences normatives et réglementaires du système de management.

Cette décision est prise sur base d'une conclusion favorable formulée par le responsable d'audit ainsi que de la recommandation positive de la personne compétente ayant approuvé le rapport, sans pour autant procéder à une revue ultérieure, à condition que:

- toute non-conformité ou autre situation susceptible de donner lieu à la suspension ou au retrait de la certification soit dûment rapporté au Bureau de Certification par le responsable d'audit afin d'organiser une revue avec des personnes qualifiées et de prendre une décision,
- le personnel d'APRAGAZ utilisé pour réaliser les activités de surveillance, y compris la revue des rapports des auditeurs soit dûment qualifié.

Le processus de décision de certification prend également en compte les éléments suivants, liés au traitement des éventuelles non-conformités observées :

Lors d'un audit initial : lorsque le délai de mise en place des actions correctives relatives aux éventuelles non-conformités majeures entre l'étape 2 (date de la réunion de clôture) et la décision de certification (Bureau de Certification) dépasse les six mois, APRAGAZ recommence l'étape 2. De même, si l'audit n'a pas transmis son plan d'action relatif aux non-conformités mineures dans un délai de six mois, APRAGAZ recommence en tout ou en partie l'étape 2.

Lors d'un audit de renouvellement : APRAGAZ a fixé pour toute non-conformité majeure les délais pour la mise en œuvre des actions correctives et de leurs vérifications la période s'écoulant au maximum jusqu'à la date d'expiration de la certification. Lorsque les activités de renouvellement de la certification sont terminées avec succès, avant la date d'expiration de la certification existante, la date d'expiration de la nouvelle certification peut être basée sur la date d'expiration de la certification existante. La date de délivrance indiquée sur un nouveau certificat doit correspondre à la date de la décision de renouvellement de la certification ou à une date ultérieure.

Si APRAGAZ n'a pas terminé l'audit de renouvellement de la certification ou s'il n'est pas en mesure de vérifier la mise en œuvre des corrections et actions correctives pour toute non-conformité majeure avant la date d'expiration de la certification, alors le renouvellement de la certification ne doit pas être recommandée et la validité de la certification ne doit pas être prolongée. L'audit doit en être informé et les conséquences doivent être expliquées. De même, si l'audit n'a pas transmis son plan d'action relatif aux non-conformités mineures avant la date d'expiration de la certification, alors le renouvellement de la certification ne doit pas être recommandée et la validité de la certification ne doit pas être prolongée. L'audit doit en être informé et les conséquences doivent être expliquées.

Lorsqu'Apragaz peut rétablir une nouvelle certification dans les six mois qui suivent l'expiration de la certification, sous réserve que les activités de renouvellement de la certification non résolues soient terminées, à défaut un audit étape 2 doit au minimum être réalisé. La date d'entrée en vigueur figurant sur le certificat doit correspondre à la date de décision de renouvellement de la certification ou à une date ultérieure et la date d'expiration doit être basée sur le cycle de certification ultérieure.

5.3 Délégation de pouvoir

L'OC/ON ne peut déléguer ses pouvoirs en matière d'octroi, de maintien, d'extension, de réduction, de suspension ou de retrait de la certification à une personne ou à un organisme externe.

5.4 Conditions d'octroi d'une certification

Dans le but de recevoir et de maintenir un document de certification, APRAGAZ exige que l'organisme demandeur :

- se conforme aux exigences d'APRAGAZ lorsqu'il fait référence au statut de la certification dans ses moyens de communication, tels que Internet, brochures ou publicité et autres documents,
- ne fasse aucune déclaration trompeuse concernant sa certification,
- n'utilise de manière abusive aucun document de certification, dans sa totalité ou en partie,
- cesse, en cas de retrait de certification, toute publicité qui se réfère à un statut d'organisme certifié,
- modifie tout objet de publicité en cas de réduction du périmètre de la certification,
- ne laisse pas utiliser la référence à la certification de son système de management pour laisser supposer qu'un produit (y compris les services) ou un processus est certifié par APRAGAZ,
- ne sous-entende pas que la certification s'applique à des activités et des sites non couverts par le périmètre de la certification,
- n'utilise pas sa certification de façon qui puisse nuire à la réputation d'APRAGAZ et/ou du système de certification et compromette la confiance que lui accorde le public.

6 PUBLICATION DU DOCUMENT DE CERTIFICATION

APRAGAZ transmet à l'Organisme un document unique de certification, tels que lettres ou certificats, signés par le Directeur Général ou en son absence par un membre du Bureau de Certification.

La date d'entrée en vigueur mentionnée sur les certificats est toujours postérieure à la date de décision de la certification

7 AUDITS PARTICULIERS

L'OC/ON doit être promptement avisé par l'Organisme de toute modification prévue au système de management et au produit conformément aux exigences des systèmes applicables ou à d'autres documents normatifs.

Une réévaluation sera envisagée si des changements significatifs affectent l'activité et le fonctionnement de l'Organisme (changement de propriétaire, changements dans l'équipe de management, d'équipement critique ou de produit).

Le preneur s'engage également à fournir les informations nécessaires à APRAGAZ lors d'une planification d'un changement critique concernant les équipements certifiés (design / dispositif) et/ou le système de management de la qualité. En outre, aucun changement critique ne peut être mis en place sans l'aval d'APRAGAZ. Les informations nécessaires reprennent au minimum les éléments suivants :

- Une brève description des modifications ;
- La raison ainsi que l'origine de ces changements / modifications ;
- Lors d'un changement du design / dispositif, les solutions apportées afin de répondre aux exigences essentielles de la directive ;
- La documentation technique appropriée.

7.1 Extensions du périmètre de la certification

Toute demande d'amendement à l'objet d'une certification déjà octroyée doit être traitée par APRAGAZ.

L'OC/ON doit entreprendre une revue de la candidature et déterminer tout activité d'audit nécessaire pour décider s'il convient d'octroyer ou non l'amendement. Cette démarche peut être exécutée au moment d'un audit de surveillance.

7.2 Audits avec un préavis très court

APRAGAZ peut être amené à réaliser des audits de organismes certifiés avec un très court préavis afin d'instruire des plaintes ou suite à des modifications ou pour effectuer un suivi d'organismes suspendus.

Dans ces cas, les conditions dans lesquelles ces visites peuvent être effectuées seront portées à la connaissance des audités. Un soin tout particulier sera apporté à la désignation de l'équipe d'audit vu l'impossibilité à l'audité de formuler des objections éventuelles.

8 SUSPENSION, RETRAIT OU REDUCTION DU PERIMETRE DE LA CERTIFICATION

Le bureau de certification d'APRAGAZ suspendra la certification d'un organisme audité dans les cas où:

- le système de management certifié à constamment ou gravement manqué au respect des exigences de la certification, y compris l'exigence d'efficacité,
- en cas d'emploi abusif du logo ou du certificat APRAGAZ,
- l'organisme n'a pas permis la réalisation des audits de surveillance ou de renouvellement selon la périodicité requise. APRAGAZ autorise exceptionnellement en cas d'audit de surveillance, une dérive de trois mois par rapport aux dates de validité des certificats,
- l'organisme demande volontairement une suspension temporaire
- si l'organisme ne respecte pas les conditions de paiements prévus dans les conditions générales,
- cas extrême de matériovigilance.

La certification d'un système suspendu est provisoirement invalidée.

APRAGAZ prendra les dispositions exécutoires avec ses organismes audités pour s'assurer que, dans ce cas, toute promotion de la certification soit suspendue.

APRAGAZ tiendra accessible au public ce type d'information et prendra tout autre mesure jugée nécessaire.

Si applicable, APRAGAZ a l'obligation de communiquer à l'autorité compétente les certifications suspendues, refusées, falsifiées, revalidées ou supprimées. Cette communication s'effectue dans les plus brefs délais.

Si les actions correctives nécessaires relatives aux **non-conformités majeures** n'ont pas été menées et vérifiées dans un délai maximum de 6 mois, APRAGAZ suspendra ou réduira le champ d'application de la certification de l'organisme audité concerné. De même, si le plan d'action relatif aux **non-conformités mineures** n'a pas été soumis et vérifié dans un délai maximum de 6 mois, APRAGAZ suspendra ou réduira le champ d'application de la certification de l'organisme concerné.

Si APRAGAZ n'a pas été en mesure de lever la suspension du certificat de l'audit dans un délai de 6 mois, APRAGAZ retirera ou réduira le champ d'application de l'organisme concerné.

Le bureau de certification d'APRAGAZ retirera la certification d'un organisme dans le cas où:

- des références incorrectes à la certification sont constatées,
- une utilisation abusive de l'information relative à la certification est identifiée,
- l'organisme demande volontairement un retrait,
- si le périmètre d'application de l'organisme ne correspond plus au domaine de compétence d'APRAGAZ,
- en cas de non réalisation des actions correctives dans le délai imparti,
- cas extrême de matérieovigilance.

APRAGAZ doit réduire le périmètre d'application du système de management d'un organisme lorsque celui-ci a constamment ou gravement manqué aux respects des exigences de la certification pour certains éléments de son système.

9 ACTIVITES DE SURVEILLANCE

APRAGAZ a conçu ses activités de surveillance de manière que les domaines et les fonctions représentatives couvertes par le système de management fassent l'objet d'un suivi régulier. Ce faisant, il sera tenu compte des modifications apportées chez l'organisme certifié et apportées au système de management de celui-ci.

Les activités de surveillance comprennent des audits sur sites permettant de vérifier la conformité du système de management de l'audit aux exigences spécifiées dans la norme par rapport à laquelle la certification est octroyée.

D'autres activités de surveillance peuvent inclure:

- enquêtes organisée par APRAGAZ sur des aspects touchant la certification,
- la revue des déclarations des organismes en ce qui concerne ses opérations (matériel promotionnel, site web),
- les demandes faites aux organismes de fournir des documents et enregistrements (voir note),
- d'autres moyens de surveillance des performances des organismes certifiés.

Les audits de surveillance doivent être effectués au moins une fois par année civile, excepté les années de renouvellement de la certification. La date du premier audit de surveillance (AS1) suivant la certification initiale est fixée dans un délai maximal de douze mois à compter de la date de décision de certification. APRAGAZ

Le programme d'audit de surveillance doit porter au minimum sur les éléments suivants:

- audits internes et revue de direction,
- suivi des actions correctives relatives aux non-conformités identifiées lors de l'audit précédent,
- traitement des plaintes,
- efficacité du système de management par rapport à la réalisation des objectifs de l'organisme certifié,
- l'état d'avancement des activités planifiées visant l'amélioration continue,
- la maîtrise opérationnelle continue,
- la revue de toute modification apportée,
- l'utilisation des marques et/ou tout autre référence à la certification,
- le traitement des plaintes.

De plus, la surveillance peut inclure des visites inopinées chez l'Organisme lorsque l'OC/ON l'estime nécessaire ou lorsque les visites sont définies par des modules d'évaluation de conformité particuliers (par ex. module H1 de la PED).

Dans le cadre des activités liées à la Directive PED, l'ON effectue au moins deux visites durant la première année de fabrication et dans le cadre de la TPED, l'ON effectue au moins 2 visites sur une durée de 12 mois.

Note: Accès aux enregistrements des plaintes à l'encontre des organismes (suspension- retrait)

APRAGAZ exige de chaque organismes dont il a certifié le système management, qu'il mette à sa disposition, sur demande, les enregistrements de toutes les plaintes et mesures correctives adoptées conformément aux exigences des normes du système management ou autres documents normatifs.

Si l'analyse d'une plainte ou de toute autre information indique que l'Organisme certifié ne répond plus aux exigences de certification, une réévaluation sera envisagée.

10 RENOUELEMENT DE LA CERTIFICATION

L'audit de renouvellement sera planifié et effectué pour évaluer le maintien de la conformité de toutes les exigences spécifiées dans la norme par rapport à laquelle la certification est octroyée, l'efficacité du système de management dans son ensemble et son applicabilité au regard du périmètre de certification. Cet audit doit être réalisé en temps opportun pour organiser le renouvellement avant la date d'expiration du certificat.

Ce faisant, il sera tenu compte des modifications importantes apportées chez l'organisme certifié et apportées au système de management de celui-ci ; le contexte légal sera également pris en compte.

Dans un tel cas, un audit Etape 1 peut être envisagé.

Pendant l'audit de renouvellement, une revue des performances du système de management sur la période de certification sera réalisée ainsi que l'examen des rapports d'audits de surveillance précédents.

Si une certification a été accordée pour plusieurs sites ou selon plusieurs référentiels de systèmes de management, la planification de l'audit doit assurer une couverture d'audit sur site suffisante pour donner confiance dans la certification.

L'audit de renouvellement de la certification doit comporter un audit sur site qui traite des points suivants:

- efficacité du système dans sa totalité, à la lumière des changements internes et externes, ainsi que sa pertinence et son applicabilité permanente au regard du champ d'application,
- la preuve de l'engagement à maintenir l'efficacité et l'amélioration du système afin d'augmenter ses performances globales,
- si les opérations au sein du système certifié contribuent à l'atteinte des objectifs fixés dans la politique de l'Organisme,

Lorsque des cas de non-conformités ou d'absence de preuve de conformité sont identifiés lors de l'exécution de cette phase du processus d'audit, APRAGAZ doit fixer les délais pour la mise en œuvre des corrections et d'actions correctives avant l'expiration de la certification.

10.1 Informations pour la délivrance d'un renouvellement de certification

Le bureau de certification d'APRAGAZ prend les décisions de renouvellement de la certification sur base des résultats de l'audit ainsi que des résultats de la revue du système correspondant à la période de certification et sur les plaintes reçues de la part des utilisateurs de la certification.

11 APPELS

APRAGAZ est responsable de toutes les décisions prises à tous les niveaux du processus de traitement des appels.

Aucune action discriminatoire ne sera prise envers l'appelant.

Le processus de traitement des appels comprend les méthodes et éléments suivants:

- réception, validation, examen de l'appel et prise de décisions des actions à prendre en tenant compte des résultats d'appels précédents similaires,
- suivi et enregistrement des appels, y compris les actions correctives appropriées entreprises,
- s'assurer que les actions correctives appropriées ont été prises.

APRAGAZ accusera réception de tout appel et fournira à l'appelant les rapports d'avancement et les résultats et l'avisera de la fin du processus de traitement de l'appel.

APRAGAZ est responsable de la collecte et de la vérification de toutes les informations nécessaires lui permettant de valider l'appel.

La décision signifiée à l'appelant ne sera pas prise ou examinée par des personnes impliquées dans l'objet de l'appel.

12 PLAINTES

Les réclamations formelles doivent être soumises à Apragaz par écrit. Une réclamation reçue par téléphone sera enregistrée mais doit être confirmée par écrit par le plaignant.

Le plaignant peut soumettre la réclamation via info@apragaz.com

Les réclamations doivent inclure une description précise de la situation, une preuve objective de chaque élément ou aspect de la réclamation ainsi le nom et les coordonnées du plaignant. Apragaz ne réagit pas aux plaintes anonymes

Dès réception d'une plainte, APRAGAZ doit confirmer si la plainte est liée à des activités de certification.

Dans l'affirmative, la plainte doit être traitée. Si cette plainte concerne un organisme certifié, elle sera examinée du point de vue de l'efficacité du système de management et/ou du produit certifié.

Le traitement d'une plainte sera réalisé en toute confidentialité. Aune action discriminatoire ne sera prise envers le plaignant. Toute plainte relative à un organisme certifié par APRAGAZ sera notifiée au à l'organisme concerné.

Le processus de traitement des plaintes comprend les méthodes et éléments suivants:

- réception, validation, examen de la plainte et prise de décisions des actions à prendre pour traiter celle-ci,
- suivi et enregistrement des plaintes, y compris les actions correctives appropriées entreprises,
- s'assurer que les actions correctives appropriées ont été prises.

APRAGAZ accusera réception de toute plainte et fournira au plaignant les rapports d'avancement et les résultats et l'avisera de la fin du processus de traitement de l'appel. La décision signifiée à l'appelant ne sera pas prise ou examinée par des personnes impliquées dans l'objet de la plainte.

APRAGAZ détermine avec l'organisme audité et le plaignant si l'objet de la plainte doit être rendu public et si oui, dans quelle mesure.

13 EMPLOIS ABUSIFS DU LOGO OU DES CERTIFICATS APRAGAZ

Ces emplois abusifs peuvent être de diverses natures, par ex. :

- apposition de ces marques sur ses rapports de laboratoire d'essais, d'étalonnage ou de contrôle,
- élargissement implicite ou explicite du certificat à des appareils non certifiés,
- usage de certificats périmés,
- usage de certificats émis avant des modifications importantes de l'appareil,
- usurpation du logo ou du certificat par un installateur non certifié,
- action du titulaire d'un certificat susceptible de nuire à la réputation d'APRAGAZ,
- imprimé trompeur sur la partie réelle du certificat ou sur la réalité de celui-ci,
- utilisation sur un produit ou un emballage de produit visible par le consommateur ou de tout autre manière pouvant être interprétée comme une indication de la conformité dudit produit.

Dès qu'un abus tel que décrit ci-dessus est détecté ou dénoncé, APRAGAZ fera procéder à une enquête de vérification des faits. APRAGAZ pourra faire appel, pour les besoins de son enquête, à l'avis de toute personne ou expert qu'il jugera utile de consulter. Cette procédure sera traitée de manière confidentielle.

En cas de conclusion positive, APRAGAZ avertira aussitôt le responsable de l'abus et lui demandera de fournir des explications. Si les explications font apparaître sa bonne foi et son désir de coopération, APRAGAZ envisagera avec lui les mesures correctives appropriées à exécuter dans un délai précisé. APRAGAZ vérifiera la bonne exécution de ces mesures correctives. Par contre, si les contacts avec le titulaire font apparaître sa mauvaise foi ou son refus évident ou larvé d'appliquer des mesures correctives satisfaisantes dans un délai raisonnable, APRAGAZ proposera au Bureau de Certification la suspension ou le retrait du certificat. Si, pendant la période de suspension ou après le retrait du certificat, le fautif continue à faire usage du logo et/ou du certificat, APRAGAZ se réserve le droit de publier l'infraction, d'en avertir les autorités compétentes et, éventuellement, d'entreprendre une action en justice.

Dans tous les cas et quelle que soit la conclusion de son enquête (sauf non-lieu), APRAGAZ rédigera un rapport documenté établissant la nature et l'étendue de l'emploi abusif et contenant ses recommandations. Ce rapport sera adressé au Comité de Contrôle de la Certification pour décision. Les décisions de ce Comité seront alors communiquées au responsable de l'abus.

14 REFERENCE A L'ACCREDITATION BELAC PAR LES UTILISATEURS DE SERVICES ACCREDITES

BELAC encourage les clients d'organismes accrédités, par exemple les utilisateurs des services accrédités, à mentionner qu'ils collaborent avec des organismes dont les compétences techniques sont formellement reconnues.

Le respect de modalités spécifiques est néanmoins nécessaire pour éviter tout abus et confusion.

Les organismes accrédités sont responsables d'informer leurs clients des modalités d'utilisation du symbole BELAC et de la référence à l'accréditation et de dénoncer tout abus au secrétariat BELAC.

Référence à l'accréditation par les détenteurs de certificats délivrés par des organismes de certification et vérificateurs environnementaux

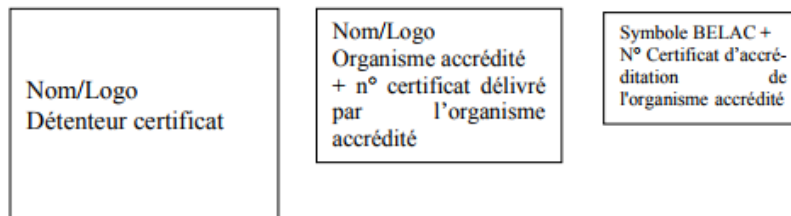
Note : dans le texte ci-après, les dispositions relatives à l'usage du symbole BELAC couvrent également la référence à l'accréditation sous forme de texte.

Généralités

Le symbole BELAC peut apparaître sur des documents informatifs et publicitaires utilisés par les détenteurs de certificats émis par un organisme de certification accrédité dans la mesure où leur usage relève directement de l'activité couverte par le certificat.

Le symbole BELAC ne peut être utilisé par les détenteurs de certificats émis par un organisme accrédité que si :

- le nom et/ou le logo du détenteur du certificat concerné apparaît sur le document;
- il est utilisé en conjonction avec le nom et/ou le logo de l'organisme accrédité ainsi que le numéro du certificat;
- le numéro du certificat d'accréditation de l'organisme, qui délivre le certificat, apparaît sous le symbole de BELAC ;
- les dimensions sont inférieures aux dimensions du symbole propre de la firme et du symbole de l'organisme accrédité.



En aucun cas, le symbole BELAC ne peut apparaître sur des documents du détenteur du certificat, émis par un organisme accrédité dans les situations suivantes :
des documents généraux mis sur papier à en-tête de l'organisme certifié utilisés à des fins générales;
sur des documents se rapportant à des activités non couvertes par le certificat.

Un organisme qui, au cours du processus de certification i refuse que BELAC assiste comme observateur à une mission de certification, n'est pas autorisé à faire référence à l'accréditation BELAC.

Détenteurs de certificats émis par des organismes de certification de systèmes de management et vérificateurs environnementaux accrédités

Quand un organisme de certification certifie un laboratoire ou un organisme d'inspection au niveau de son système de management l'organisme ne peut permettre au laboratoire ou à l'organisme d'inspection d'utiliser ses références sur les rapports d'essais, d'inspection ou sur les certificats d'étalonnage. Dans ce contexte, les rapports/certificats émis par le laboratoire ou l'organisme d'inspection sont considérés comme des produits.

La référence à l'accréditation par l'organisme certifié n'est pas permise sur les produits, les emballages, les rapports, les certificats et tout autre document si le certificat, émis par l'organisme accrédité, ne couvre que le système de management.

Détenteurs de certificats émis par des organismes de certification de produits accrédités

L'usage du symbole d'accréditation sur les produits et emballages n'est pas permis. La référence à l'accréditation ne peut se faire que sur les documents relatifs aux produits dont la chaîne de production est couverte par un organisme de certification de produits accrédité.

Référence à l'accréditation par les utilisateurs de services de laboratoires accrédités et d'organismes d'inspection

Les clients de laboratoires, organismes d'inspection et organismes de validation ou vérification accrédités peuvent reproduire les rapports et certificats d'étalonnage, d'essais, d'inspection, de vérification ou validation portant le symbole BELAC ou une référence à l'accréditation.

Les rapports et certificats doivent en principe être reproduits intégralement. Une reproduction partielle doit faire l'objet d'une approbation de la part d de l'organisme émetteur.

15 DOCUMENTATION

APRAGAZ documente, actualise à intervalles réguliers et met à disposition (par des publications, supports électroniques ou autres moyens), sur demande (*):

- des informations concernant l'autorité dont il relève,
- une déclaration documentée de son système de certification, y compris les règles et procédures pour l'octroi, le maintien, l'extension, le renouvellement, la réduction, la suspension et le retrait de ses certificats
- renouvellement, la réduction, la suspension et le retrait de ses certificats des informations concernant les processus d'audit et de certification,

- une description des moyens par lesquels l'OC/ON obtient un soutien financier, ainsi que des informations générales sur les frais imputés aux Demandeurs,
- une description des droits et obligations des demandeurs, y compris les exigences, les restrictions ou limitations quant à l'utilisation du logo de l'OC/ON et à d'autres moyens de faire référence à la certification octroyée,
- le nom, document normatif correspondant, le domaine d'activité et la localisation géographique (ville, pays) d'un organisme certifié particulier,
- les types de systèmes de management et les zones géographiques qui entre dans son périmètre d'actions.

^(*) (Uniquement à des fins d'informations générales requises par des organismes neutres)