|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OLAS_MAIN_Logo | Réponses et évaluation des résultatsFormation continue 2017 | LogoILNAS-2 |
| 14.09.2017 | Version 01 | Page 1 sur 11 |

|  |
| --- |
| Résultat personnel |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| 1. Système OLAS
 | /50 |
| 1. a) Laboratoires d’essais et d’étalonnage
 | x/12 ou n.a. | *Score* |  |
| b) Laboratoires d’analyses médicales  | x/12 ou n.a. | *Score* |  |
| c) Organismes d’inspection | x/16 ou n.a. | *Score* |  |
| d) Organismes de certification de produits | x/10 ou n.a. | *Score* |  |
| e) Organismes de certification de systèmes | x/14 ou n.a. | *Score* |  |

**REMARQUES :**

* 1. Système OLAS : Veuillez trouver ci-dessous les questions, les réponses appropriées ainsi que votre résultat obtenu.
* 2. Questions spécifiques par domaine (2.a – 2.e ) : Pour les situations observées,

1 point est obtenu pour la cotation correcte de l’écart et 1 point est obtenu pour le

§ correspondant.

La cotation correcte est visualisée en **VERT** et la vôtre en **ROUGE**.

**Score**: Un score a été calculé par rapport à votre cotation des écarts :

-1 pour chaque cotation moins sévère que la cotation correcte

+1 pour chaque cotation plus sévère que la cotation correcte

* Un score compris entre -1 et +1 signifie que vous êtes dans la moyenne (y compris parce que les cotations moins sévères et plus sévères peuvent s’annuler).
* Un score compris entre +2 et +6 signifie que vous avez coté les écarts plus sévèrement que la cotation correcte.
* Un score compris entre -2 et -6 signifie que vous avez coté les écarts moins sévèrement que la cotation correcte.

|  |
| --- |
| 1. **Système OLAS**
 |
|  |  |  |
| **Question** | **Réponse correcte** | **Résultat obtenu** |
| **Procédure *P002 - Réalisation des audits et définitions (16 points)*** |
| Dans quels cas un audit de suivi sur le terrain, est-il organisé ? | Un audit de suivi sur le terrain est organisé pour tous les OEC accrédités ou candidats à une accréditation dans le cadre des audits d’obtention, de surveillance, d’extension et de prolongation.  | x/1 |
| Quelle est la différence entre une « suspension » et un « retrait » d’accréditation ? | Suspension = invalidation temporaire de tous ou seulement une partie de la portée ;Retrait = Décision de l’OLAS de mettre un terme à l’accréditation d’un OEC | x/2 |
| Quelle est la durée d’un cycle d’accréditation ? | 5 ans | x/1 |
| Quels sont les documents que l’OLAS doit fournir à l’équipe d’audit en guise de préparation de la mission ? | * une version du manuel qualité en vigueur,
* une copie de la demande d’accréditation pour l'audit d'obtention, d'extension et de prolongation, y compris le projet d’annexe technique,
* l’annexe technique en cours pour les audits de surveillance ou complémentaires,
* le cas échéant, une copie du rapport d’audit précédent,
* le cas échéant, le formulaire F023 – Programme de comparaison Inter laboratoires,
* tout autre document nécessaire à la réalisation de l’audit de l’OEC
 | x/2 |
| 1. Quelle est l’obligation d’un organisme d’inspection qui veut déménager ?
2. Quelle est la conséquence d’un déménagement sur un laboratoire ?
3. L’ancien certificat d’accréditation reste-t-il valide ?
 | 1. Informer l’OLAS par courrier.
2. Demande de suspension volontaire de l’accréditation
3. Non, il doit être mis à jour pour faire apparaitre la nouvelle adresse.
 | x/1,5 |
| Qui remplit le formulaire « *F003M – Suivi des audits d’accréditation* » ? | Le responsable d’audit après chaque audit. | x/1 |
| Qui établit le programme d’audit et quel est le délai à respecter pour l’envoi du programme à l’OEC ? | RA – 5 jours ouvrés avant l’audit | x/1 |
| Quelles sont les raisons valables pour un OEC de refuser un devis ? | * des problèmes de concurrence avec l’OEC dans lequel travaille l’auditeur ou l’expert ou,
* si celui-ci a déjà travaillé pour l’OEC ou,
* d’éventuelles erreurs dans le calcul du coût de la prestation ou,
* des écarts de compréhension relatifs à l’étendue de la portée d’accréditation
 | x/2 |
| Qui conserve les originaux des fiches d’écart et des listes de présence ? | Le RA | x/1 |
| Pour quelles raisons l’OLAS organiserait-il des audits supplémentaires aux 4 surveillances prévues par la procédure ? | Modifications importantes de l’organisme accrédité ou plaintes reçues par l’OLAS | x/1 |
| Quelle différence y-a-t-il entre un auditeur technique et un expert ? | Un expert ne peut intervenir dans un audit de suivi sur le terrain, sans le responsable d’audit, sauf lors de l’audit d’un organisme de certification de systèmes, s’il est qualifié pour la norme de certification correspondante | x/1,5 |
| Qui est responsable de la rédaction du rapport d’audit final, même lorsque l’audit est organisé sur des périodes différentes (audits de suivi terrain d’organismes de certification) ? | Le RA | x/1 |
| **Procédure *P003 – Processus décisionnel (6,5 points)*** |
| Dans quel cas, le comité d’accréditation ne peut-il pas rendre un avis ? | Si le quorum n’est pas atteint. | x/1 |
| Quelles sont les conséquences pour l’OEC en cas d’un retrait d’accréditation ? | • l'interdiction de se référer à son statut d'OEC accrédité,• l'interdiction d'émettre des rapports ou certificats couverts par l'accréditation,• l’interdiction d'utiliser le logo de l'OLAS | x/1,5 |
| Quelles sont les sanctions couvertes par la loi à l’encontre d’un OEC qui prévaut d'une accréditation sans être titulaire d'une accréditation en cours de validité ? | Amende de 251 euros à 25.000 euros, peine d'emprisonnement de 8 jours à 6 mois ou une de ces peines seulement | x/1 |
| Dans quel délai après la notification de décision, un audit complémentaire doit-il réalisé ? | 6 mois | x/1 |
| Est-ce que l’équipe d’audit OLAS peut limiter le temps exigé pour la mise en place de l’action corrective en fonction de la sévérité et du degré du risque de la non- conformité ? | oui | x/1 |
| Quel feed-back est envoyé aux auditeurs concernés suite à une réunion du comité d’accréditation de l’OLAS ? | Le formulaire «F025 – Feedback aux auditeurs » est envoyé aux auditeurs concernés pour les informer de l’avis rendu par le CA, ainsi que leur retour sur la qualité de l’audit et du rapport | x/1 |
| **Procédure *P004 – Qualification des auditeurs/experts (6 points)*** |
| Quelle est la conséquence d’une appréciation négative d’un auditeur/expert par les clients sur le formulaire OLAS F010 | Le chef de département OLAS examine la situation ; présente le dossier au CA ; avertissement ou radiation de l’auditeur possibles. | x/1 |
| Dans quel rythme, un auditeur qualité est-il suivi sur le terrain par l’OLAS ? | Au moins tous les 3 ans | x/1 |
| Quels sont les documents à fournir à l’OLAS pour la prolongation de l’inscription au Recueil national OLAS ?  |  F002A/B ; F028 ; CV mis à jour, certificats de formations, notification | x/2 |
| Quel est le but du formulaire F041 ?  | Familiariser les nouveaux auditeurs & experts avec le système d’accréditation / SQ OLAS. | x/1 |
| Quelle peut être la conséquence de l’absence de participation aux formations continues OLAS ? | Refus de renouvellement/radiation du registre | x/1 |
| ***Le rapport d’audit (8.5 points)*** |  |  |
| Quel document rempli par l’OEC (et exigé par l’OLAS) doit être consulté lors de la vérification de la mise en place effective des actions correctives suite à l’audit d’accréditation précèdent ? | Le rapport intermédiaire F037 | x/1 |
| Quel est le délai à respecter après un audit par l’OEC afin de faire parvenir sa proposition d’action corrective au responsable d’audit, respectivement à l’auditeur technique ? | 15 jours ouvrés | x/1 |
| Quel est le délai de mise en application d’une action corrective ? | 3 mois | x/1 |
| Quels documents sont compris dans le « Kit-Documents auditeurs » | F003a, b, c, d, e ; F003M ; F011a, Guide d’accréditation OLAS, Base de données régl ; F017 ; A008 ; F003P ; F003N. | x/2 |
| Quels sont les outils mis à la disposition par l’OLAS, des auditeurs et experts pour assurer leur formation continue ? | La journée de la communauté de l’accréditationUne information systématique des auditeurs et experts en cas de modification des exigences d’accréditationDes informations par les responsables d’accréditation lors de l’organisation des auditsL’envoi de newsletters « Auditor’s special », chaque fois que nécessaireL’envoi de questionnaires annuels sur le système OLAS et/ou des situations d’audit | x/2,5 |
| Comment valider la maitrise d’une norme supplémentaire par un auditeur ? | Participation à un module de formation d’au moins 2 jours sur cette norme. | x/1 |
| ***Les annexes (13 points)*** |  |  |
| Quelles annexes comprennent des informations sur les frais d’audit et d’accréditation ? | A007, A008 et A010 | x/1,5 |
| Quelle est l’indemnité de séjour (-> repas, boissons, etc.) par journée entière d’audit remboursé suite à un audit et quel est le montant maximum par nuitée d’hôtel (petit déjeuner compris) remboursé à l’auditeur ?  | 60 € et 180 € | x/1 |
| Quelle annexe traite la législation nationale des laboratoires de biologie médicale ? | A022 | x/1 |
| Sur quels types de document le logo OLAS doit-il figurer ? | Les certificats ou rapports émis par l’OEC accrédité qui concernent des activités couvertes par l’accréditation. Les certificats ou rapports associant des résultats de domaines couverts par l’accréditation à des résultats non couverts par l’accréditation. Dans ce cas, l’OEC doit clairement identifier les résultats couverts et non couverts par l’accréditation | x/1 |
| Pour un organisme de certification de produits, quelle est la règle applicable pour l’utilisation du logo OLAS ? | L'utilisation du logo OLAS sur des produits certifiés est optionnelle. Dans le cas de l'utilisation du logo, l'organisme de certification doit apposer le logo sur le produit même ou son emballage, combiné avec le logo de l'organisme de certification. Le logo OLAS doit être utilisé de façon à identifier sans ambiguïté le certificateur et l'accréditeur | x/2 |
| Un laboratoire qui a l’intention de se faire accréditer selon l’ISO/IEC 17025, doit-il participer à une comparaison inter-laboratoire avant son accréditation initiale ? | Avant toute accréditation initiale, l’OEC doit avoir participé à au moins une comparaison interlaboratoire dans un des domaines techniques principaux pour laquelle l’accréditation est demandée | x/1 |
| Comparaison interlaboratoires = moyen fiable et performant pour attester la compétence d’un OEC :Dans ce contexte, quelle est l’obligation d’un laboratoire d’essais eu égard à sa compétence, lorsqu’il n’existe pas de comparaisons interlaboratoires dans un domaine pour lequel il est accrédité ? | Il appartient aux OEC accrédités de trouver d’autres moyens pour démontrer leurs compétences tels que l’utilisation de matériaux de référence ou la corrélation des résultats avec d’autres laboratoires ou la répétition de ses essais ou étalonnages à l’aide de méthodes équivalentes (cf. § 5.9 de la norme ISO/CEI 17025). | x/1 |
| Quel document OLAS qui présente les directives et règlements « nouvelle approche » pour lesquels l’OLAS accrédite des OEC dans le cadre de leur notification auprès de la Commission Européenne et des autres États membres ?  | A019 | x/1 |
| Dans quel document OLAS trouve-t-on la référence à la législation applicable en fonction des organismes accrédités ? | Base de données de la législation nationale applicable | x/1 |
| Quelle annexe permet de spécifier les normes et guides applicables pour une accréditation donnée ? | A006 | x/1 |
| Comment un laboratoire d’essai ou un organisme d’inspection peut-il garantir la traçabilité de ses résultats de mesure aux étalons internationaux ? | les instituts nationaux de métrologie (INM) ou,les organismes d’étalonnage accrédités ou,les laboratoires d’étalonnages internes aux entreprises. | x/1,5 |

|  |
| --- |
| **2a) Laboratoires d’essais et d’étalonnages ISO/IEC 17025 :2005** |
| Ci-dessous vous trouverez des situations observées dans des laboratoires d’essais et d’étalonnages. Veuillez classifier les écarts potentiels (C=conforme ; R=remarque ; NC =non-conformité ; NC+ = non-conformité majeure). **Veuillez également indiquer le paragraphe de la norme/document OLAS /législation qui s’applique à la situation**. |
|  | C | R | NC | NC+ | § | **Résultat obtenu (score)** |
| Le laboratoire n’a pas défini d’EMT pour les étalons de masse et de température et les certificats d’étalonnage ne sont pas exploités.Cependant, les incertitudes associées aux étalons sur ces certificats montrent de bonnes performances.Dans ce cas le risque est limité car ces étalons ne servent pas à étalonner des équipements mais seulement à les vérifier. |[ ] [x] [x] [ ]  **5.6.3 ; 5.6.2** |  |
| L’organisme n’a pas prévu de suppléants pour le personnel technique réalisant des activités clés (comme l'étalonnage ou les tests d'acceptation initiale des équipements). |[ ] [ ] [x] [ ]  **4.1.5j** |  |
| Le laboratoire ne peut retrouver la traçabilité des numéros des lots de réactifs en rapport avec chacun des résultats de l’analyse X.Cependant, la perte de traçabilité en termes de filière d’audit est sans conséquences sur la qualité des résultats d’analyses. |[ ] [x] [x] [ ]  **4.13.2.1 ; 4.13 ; 4.13.2** |  |
| Les critères de qualification du RAQ se limitent à la formation à la norme ISO17025. |[x] [ ] [ ] [ ]  **5.2.2 ; 5.2 ; 5.2.1** |  |
| Le laboratoire dispose des documents réglementaires applicables, notamment le règlement grand-ducal XY ainsi que la circulaire YZ. Ces documents ne sont pas listés dans le répertoire «liste des documents de références».Risque de ne pas assurer la veille sur ces documents. |[ ] [x] [x] [ ]  **4.3 ; 4.3.2,1 ; 4.3.1** |  |
| Le laboratoire a défini ses dispositions en matière d’achat de services et de fournitures dans les procédures achat et gestion des consommables. Ces documents ne précisent pas les modalités de gestion de stock pour les kits utilisés (entrée et sortie de stock, stock de déclenchement de commande…). En pratique les analystes réalisent les commandes dès qu’il reste une boîte de kit en stock et aucune rupture n’a été constatée depuis début 2016. |[ ] [x] [x] [ ]  **4.6 ; 4.6.1 ; 4.6.2** |  |

|  |
| --- |
| **2b) Laboratoires d’analyses médicales – ISO 15189 :2012** |
| Ci-dessous vous trouverez des situations observées dans des laboratoires d’analyses de biologie médicale. Veuillez classifier les écarts potentiels (C=conforme ; R=remarque ; NC =non-conformité ; NC+ = non-conformité majeure). **Veuillez également indiquer le paragraphe de la norme/document OLAS /législation qui s’applique à la situation**. |
|  | C | R | NC | NC+ | § | **Résultat obtenu (score)** |
| Les saisies des Evaluation Externe de la Qualité (8 envois par an) se font par la biologiste responsable du secteur sans vérification de cette saisie par une tierce personne.Risque potentiel d’une erreur de saisie. Cela s’est concrétisé pour l’EEQ de XY réalisé le dd/mm/2016 avec erreur de saisie dans les unités transcrites ayant entraînée une non-conformité (NC 2016-yz). |[ ] [ ] [x] [ ]  **5.8.1 et éventuellement 4.13 ; 5.10.3** |  |
| Le laboratoire n'a pas signalé au public son existence par l'intermédiaire d'une plaque professionnelle apposée à l'entrée de l'immeuble dans lequel il se trouve |[ ] [ ] [x] [ ]  **§ 5.4.2 + article 4 du RGD du 27/5/2004 ; 5.4** |  |
| Lors de l'intervention d'un prestataire externe en informatique (en télémaintenance), le laboratoire ne s'assure pas systématiquement que cette intervention n'a pas eu d'impact significatif sur les données informatiques du laboratoire (modifications de calcul ou paramétrages des analyses patients, prescripteurs….).Conséquence : non maîtrise d'une modification du paramétrage informatique par un prestataire externe.Risque faible, compte tenu de la modification effectuée lors de cette intervention de télémaintenance. |[ ] [ ] [x] [ ]  **5.10 ; 5.10.3a)** |  |
| Depuis leur période d’apprentissage, aucune preuve n’a permis de démontrer que les chauffeurs ont reçu des formations ou des instructions supplémentaires concernant le transport des marchandises dangereuses par route (ADR), les nouvelles exigences du SMQ, ou les modifications récentes relatives aux activités qui les concernent (p.ex. surveillance de la température de transport).Ces preuves de formation devraient être intégrées aux dossiers du personnel, ce qui n’est pas complètement mis en œuvre.De plus, ces formations devraient être répétées périodiquement pour maintenir les chauffeurs à jour pour garantir un transport des échantillons en toute sécurité et sans erreur. |[ ] [ ] [x] [ ]  **5.1.8 + 5.1.9** |  |
| Sur les rapports d’analyse, les résultats (valeurs numériques) des techniques qualitatives doivent être indiqués en tant que valeurs qualitatives (p.ex. bandelettes de test urinaire, drogues dans l'urine).C’est important pour permettre une évaluation correcte des résultats par le médecin prescripteur. |[ ] [x] [x] [ ]  **5.8 ; 5.8.1 ; 5.83** |  |
| Les dispositions pré-analytiques sont insuffisantes concernant la coagulation. Il n’existe pas de délai d’acheminement concernant des analyses sensibles telles que les facteurs V / VIII ou l’activité antiXa.Cela concerne l’ensemble des échantillons pouvant dépasser ce délai et non pris en charge par le laboratoire.Le risque concerne la fiabilité du résultat rendu (sous-estimation de l’activité antiXa, des facteurs V et VIII). |[ ] [ ] [ ] [x]  **5.4.6 ; 5.4.5 a)** |  |

|  |
| --- |
| **2c) Organismes d’inspection – ISO/IEC 17020 :2012** |
| Ci-dessous vous trouverez des situations observées dans des organismes d’inspection. Veuillez classifier les écarts potentiels (C=conforme ; R=remarque ; NC =non-conformité ; NC+ = non-conformité majeure). **Veuillez également indiquer le paragraphe de la norme/document OLAS /législation qui s’applique à la situation.** |
|  | C | R | NC | NC+ | § | **Résultat obtenu (score)** |
| Il manque sur l’organigramme les distinctions entre inspecteurs spécialisés et ingénieurs spécialisés.Le périmètre de l’accréditation comprenant les personnes impliquées, n’est pas clairement identifié sur l’organigramme. |[ ] [x] [x] [ ]  **5.2.3 ; 5.2.7** |  |
| La suppléance des responsables techniques (responsables de domaine) n’est pas définie de façon systématique. |[ ] [ ] [x] [ ]  **5.2.6** |  |
| Il n'existe aucune disposition préétablie décrivant de quelle façon et avec quelle périodicité l'adéquation des documents est revue afin d'assurer un système de management efficient. |[ ] [ ] [x] [ ]  **8.3 ; 8.3.2b)** |  |
| La surveillance des inspecteurs, qui sont responsables de domaine, n’est ni formalisée ni planifiée |[ ] [ ] [ ] [x]  **6.1.8 ; 6.1.5 ; 6.1.9 ; 6.1.10** |  |
| Le responsable qualité de l’OEC est un employé technicien qui rapporte à son chef de service. Le chef de service rapporte ensuite au responsable technique qui est membre du Comité de Direction. |[ ] [ ] [x] [ ]  **8.2.3** |  |
| Sur le site internet de l’OEC, on ne trouve pas d’information sur le traitement des réclamations et appels. |[x] [ ] [ ] [ ]  **7.5 ; 7.5.1 ; 7.5.2** |  |
| L’organisme n’a pas de d’instruction documentée définissant les équipements de protection à utiliser pour réaliser les inspections en toute sécurité |[ ] [ ] [x] [ ]  **6.2.1 ; 7.1.9** |  |
| L’organisme n’a pas prévu dans sa procédure de gestion de son système d’information de s'assurer de l'efficacité de la restauration des données sauvegardées. |[ ] [x] [ ] [ ]  **6.2.13b)** |  |

|  |
| --- |
| **2d) Organismes de certification de produits– ISO/IEC 17065 :2012** |
| Ci-dessous vous trouverez des situations observées dans des organismes de certification. Veuillez classifier les écarts potentiels (C=conforme ; R=remarque ; NC =non-conformité ; NC+ = non-conformité majeure). **Veuillez également indiquer le paragraphe de la norme/document OLAS /législation qui s’applique à la situation**. |
|  | C | R | NC | NC+ | § | **Résultat obtenu (score)** |
| Le plan de formation pour le personnel est écrit a posteriori. Il s’agit d’une liste des formations suivies et non d’un réel plan de formation. |[ ] [x] [x] [ ]  **6.1.2.1** |  |
| Le site internet de l’organisme certificateur n’indique pas les informations générales sur les tarifs. |[x] [ ] [ ] [ ]  **4.6b)** |  |
| Le comité d’impartialité de l’organisme de certification de produits est identique au comité d’impartialité pour la certification des systèmes de management. |[x] [ ] [ ] [ ]  **5.2 ; 5.2.1+ note 4** |  |
| L’organisme n’a pas défini de critères de compétence du Comité en charge de prendre la décision de certification. Il n’existe pas de preuves attestant de la compétence des membres du comité aux exigences du programme de certification. |[ ] [ ] [ ] [x]  **6.1. 2.1** |  |
| Un laboratoire d’essais et un organisme de certification de produit coexistent au sein d’une même entité juridique. Le laboratoire d’essais intervient comme sous-traitant de l’organisme de certification de produits.La même personne a signé le rapport d’essai ainsi que la décision de certification du même produit.*Rem*. : l’évaluation a été effectuée par une autre personne. |[ ] [ ] [x] [x]  **7.6.2 + G4.2.26 Guide IAF GD5**  |  |
| L’organisme fait appel à un prestataire qui lui permet d’externaliser certains essais. Cependant, il n’a pas apporté la preuve que la personne aillant fait les essais dispose des compétences techniques pour couvrir le domaine concerné.De plus, le prestataire n’est pas référencé dans la liste prévue à cet effet. |[ ] [ ] [ ] [x]  **6.2.2.2 ; 6.2.2.4** |  |

|  |
| --- |
| **2e) Organismes de certification de systèmes – ISO/IEC 17021-1 :2015** |
| Ci-dessous vous trouverez des situations observées dans des organismes de certification. Veuillez classifier les écarts potentiels (C=conforme ; R=remarque ; NC =non-conformité ; NC+ = non-conformité majeure). **Veuillez également indiquer le paragraphe de la norme/document OLAS /législation qui s’applique à la situation**. |
|  | C | R | NC | NC+ | § | **Résultat obtenu (score)** |
| Pour le personnel conduisant la revue de la demande pour déterminer la durée d’audit dans le cadre du programme de certification ISO 14001 : 2015, la connaissance des aspects environnementaux et des impacts associés n’est pas traduite en critères de compétence pour le personnel concerné. |[ ] [ ] [x] [ ]  **7.1.2 + Annexe A** |  |
| Lors d’un audit réalisé en décembre 2016, un certificat valide jusqu’au 01/10/2016 est encore disponible sur le site internet alors que le client a envoyé à l’OEC un courrier l’informant qu’il ne souhaite pas poursuivre sa certification au-delà du 01/10/2015. |[ ] [ ] [x] [x]  **8.1.2 b) ; 8.1.3** |  |
| Le certificat ISO 9001 d’un client était valide jusqu’au 10/10/2016. Un audit de renouvellement de la certification a été réalisé les 26 et 27/10/2016. Les préparations de renouvellement n’ont pas débuté avant l’échéance du certificat. |[ ] [ ] [x] [x]  **9.6.3.2.4** |  |
| L’audit interne est réalisé par un auditeur externe. Le dossier de l’auditeur externe présenté ne permet pas d’attester sa connaissance de la norme ISO 17021-1. |[ ] [ ] [x] [ ]  **10.2.6.4a)** |  |
| Le tableau utilisé pour déterminer le temps d’audit chez un client n’indique pas de façon formelle la complexité de l’activité réalisée par ce dernier. |[ ] [x] [x] [ ]  **9.1.4.2 b)** |  |
| L’OEC prévoit que l’appel soit traité par le directeur de l’OEC en 1° instance, par le Comité d’impartialité et d’éthique en 2° instance et par l’organisme d’accréditation en 3° instance.  |[ ] [x] [x] [ ]  **9.7.1 ; 9.7.2 ; 9.7** |  |
| Dans un petit OEC, la personne qui effectuent l’analyse de la demande et identique à la personne qui prend la décision de certification, respectivement de renouvellement de la certification ? |[x] [ ] [ ] [ ]  **9.5.1.1** |  |