

PROCÉDURE D'AUDIT INTERNE QUALITÉ

PR-AIQ-001 | Système de Management de la Qualité | ISO 9001:2015 §9.2 | ISO 19011:2018
ASMET-GONDOUANA — Projet CODEVMET/OACI

FICHE D'IDENTIFICATION DU DOCUMENT

Référence	CODEVMET-PR-001 / PR-AIQ-001
Titre	Procédure d'Audit Interne Qualité
Version	V 1.0 — Édition initiale 2025
Statut	APPROUVÉE — En vigueur
Date d'émission	01 janvier 2025
Date de révision prévue	31 décembre 2026
Propriétaire	Service Qualité, Sécurité & Environnement (SQSE) — ASMET-GONDOUANA
Approbateur	Directeur Général d'ASMET-GONDOUANA
Référentiel applicable	ISO 9001:2015 §9.2 — ISO 19011:2018

Ver.	Date	Objet de la révision	Approuvé par
V1.0	01/01/2025	Création initiale dans le cadre du Projet CODEVMET/OACI	Directeur Général

TABLE DES MATIÈRES

1. Objet et domaine d'application
2. Références normatives et documents associés
3. Définitions et abréviations
4. Responsabilités
5. Description de la procédure
 - 5.1 Étape 1 — Planification du programme d'audit
 - 5.2 Étape 2 — Déclenchement et notification de l'audit
 - 5.3 Étape 3 — Préparation de l'audit
 - 5.4 Étape 4 — Réalisation de l'audit terrain
 - 5.5 Étape 5 — Rédaction et diffusion du rapport d'audit
 - 5.6 Étape 6 — Suivi des actions correctives
 - 5.7 Étape 7 — Clôture des non-conformités
6. Indicateurs de performance
7. Enregistrements et documents de référence
8. Annexes

1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

La présente procédure définit les dispositions mises en place par l'ASMET-GONDOUANA pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'amélioration de ses audits internes qualité, conformément aux exigences de la norme ISO 9001:2015 §9.2 et aux lignes directrices de la norme ISO 19011:2018.

Elle s'applique à l'ensemble du périmètre du Système de Management de la Qualité (SMQ) de l'ASMET-GONDOUANA, couvrant tous les processus, services, sites et activités inclus dans le domaine d'application du SMQ.

Cette procédure s'inscrit dans le cadre du Projet CODEVMET de l'OACI et constitue un document de référence du SMQ de l'ASMET-GONDOUANA. Elle est applicable dès son approbation par le Directeur Général.

2. RÉFÉRENCES NORMATIVES ET DOCUMENTS ASSOCIÉS

- ISO 9001:2015 — Systèmes de management de la qualité — Exigences (§9.2 Audit interne)
- ISO 19011:2018 — Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management
- Manuel Qualité ASMET-GONDOUANA — MQ-ASM-001 version en vigueur
- Politique Qualité d'ASMET-GONDOUANA — PO-QSE-001
- Formulaires associés : CODEVMET-FO-001 à FO-006 (notification, plan, checklist, rapport, NC, programme)

3. DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS

Terme / Sigle	Définition
Audit interne	Audit réalisé par ou pour compte propre de l'organisme, pouvant servir de base à une auto-déclaration de conformité (ISO 19011:2018 §3.1)
Critères d'audit	Ensemble des politiques, procédures ou exigences servant de référence aux fins de comparaison avec les preuves d'audit (§3.2)
Constatation d'audit	Résultat de l'évaluation des preuves d'audit collectées par rapport aux critères d'audit (§3.4)
NC Majeure	Défaillance affectant l'aptitude du SMQ à délivrer les résultats prévus — impact systémique
NC Mineure	Écart isolé ne remettant pas en cause l'aptitude globale du SMQ
PAC	Plan d'Action Corrective — ensemble des actions visant à éliminer une cause de non-conformité
ASMET	Agence des Services Météorologiques de Gondouana
CODEVMET	Projet de Développement des Compétences des Services Météorologiques (OACI)
RQ	Responsable Qualité — SQSE — ASMET-GONDOUANA
SMQ	Système de Management de la Qualité d'ASMET-GONDOUANA

4. RESPONSABILITÉS

Acteur	Responsabilités
Directeur Général	Approuve le programme d'audit. Reçoit le rapport de revue du programme. Alloue les ressources nécessaires. Prend acte des résultats des audits en revue de direction.
Responsable Qualité (RQ)	Pilote et gère le programme d'audit. Habilite les auditeurs internes. Supervise la qualité des rapports d'audit. Suit les plans d'action corrective. Présente le bilan en revue de direction.
Chef d'équipe d'audit	Planifie et prépare l'audit. Rédige le plan d'audit. Conduit la réunion d'ouverture et de clôture. Coordonne l'équipe. Rédige et signe le rapport d'audit.
Auditeur interne	Prépare sa checklist. Conduit les entretiens et collecte les preuves. Formule les constats. Contribue à la rédaction du rapport. Respecte les règles déontologiques de l'audit.
Responsable de l'entité auditée	Met à disposition les ressources et documents demandés. Participe aux réunions d'ouverture et de clôture. Élabore et met en œuvre les plans d'action corrective.

5. DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE

5.0 Vue d'ensemble — Flux de la procédure d'audit

Étape	Intitulé	Activités clés	Responsable
1	Planification du programme	Établir le programme annuel, définir les objectifs, allouer les ressources, obtenir l'approbation DG	RQ
2	Déclenchement & notification	Émettre la fiche de notification FO-001, vérifier la faisabilité, transmettre aux audités ≥2 semaines avant	Chef équipe
3	Préparation de l'audit	Revue documentaire, élaboration du plan d'audit FO-002, préparation checklist FO-003, répartition des tâches	Équipe audit
4	Réalisation terrain	Réunion d'ouverture, entretiens, observations, collecte de preuves, formulation des constats FACT, réunion de clôture	Équipe audit
5	Rapport d'audit	Rédiger FO-004 sous 5j ouvrables, diffuser aux parties prenantes, conserver dans le dossier d'audit	Chef équipe

6	Suivi des PAC	Analyser les NC, rédiger les fiches FO-005 (FACT + 5 Pourquoi + PAC), suivre la mise en œuvre	RQ + Entité
7	Clôture des NC	Vérifier l'efficacité (3 niveaux), mettre à jour le registre, clôturer officiellement la NC	RQ

5.1 ÉTAPE 1 — PLANIFICATION DU PROGRAMME D'AUDIT

1. Le Responsable Qualité (RQ) établit chaque année, avant le 15 novembre, le projet de Programme d'Audit Interne Qualité (PAIQ) pour l'exercice suivant.
2. Le programme doit couvrir l'intégralité du périmètre du SMQ sur un cycle d'un an maximum, avec une fréquence augmentée pour les processus à risque élevé.
3. Le programme est formalisé sur le Formulaire CODEVMET-FO-006 et inclut : les objectifs, le périmètre, les critères, les méthodes, la composition des équipes, le calendrier prévisionnel et les ressources.
4. Le programme est soumis à l'approbation du Directeur Général avant le 31 décembre.
5. Tout déclencheur identifié en cours d'année (incident, changement organisationnel, résultat défavorable, exigence client) peut justifier un audit non planifié. Dans ce cas, le RQ émet une notification complémentaire.

5.2 ÉTAPE 2 — DÉCLENCHEMENT ET NOTIFICATION

1. Pour chaque audit planifié, le chef d'équipe d'audit émet la Fiche de Notification d'Audit (CODEVMET-FO-001) au minimum 15 jours ouvrables avant le début de l'audit.
2. La fiche de notification précise : la référence de l'audit, les dates, l'équipe, le périmètre, les critères, la liste des documents à préparer.
3. Le RQ vérifie la faisabilité de l'audit (indépendance des auditeurs, compétences requises, disponibilités, accès aux locaux et documents).
4. Règle d'indépendance absolue : aucun auditeur ne peut auditer son propre service ou une activité sur laquelle il exercerait une autorité hiérarchique directe.
5. La fiche de notification est signée par le chef d'équipe et le RQ, puis transmise au responsable de l'entité auditée.

5.3 ÉTAPE 3 — PRÉPARATION DE L'AUDIT

1. L'équipe d'audit procède à la revue documentaire des documents applicables au processus audité (procédures, modes opératoires, instructions, enregistrements des audits précédents, résultats des évaluations des risques).
2. Chaque auditeur prépare sa checklist d'audit (CODEVMET-FO-003) en structurant ses questions par article ISO 9001:2015 et par thème (ressources, méthodes, enregistrements, surveillance, amélioration).
3. Le plan d'audit détaillé (CODEVMET-FO-002) est rédigé par le chef d'équipe et transmis à l'entité auditée au moins 5 jours ouvrables avant le début.
4. Les tâches sont réparties entre les membres de l'équipe selon leurs compétences techniques et les domaines à auditer.

5.4 ÉTAPE 4 — RÉALISATION DE L'AUDIT TERRAIN

1. RÉUNION D'OUVERTURE (30 min max) : Le chef d'équipe présente l'équipe, l'objectif, le périmètre, le déroulement et le calendrier. Il rappelle les règles de confidentialité et la démarche des constats.
2. COLLECTE DES PREUVES : Les auditeurs conduisent les entretiens, observations terrain et examens documentaires. Chaque preuve est documentée avec sa référence. Toute question posée doit être formulée de manière ouverte et neutre.

3. FORMULATION DES CONSTATS : Les constats sont rédigés selon la méthode FACT (Fait + Article de référence + Conséquence + Trace/Preuve). Ils sont neutres, factuels, non interprétatifs.
4. SYNTHÈSE INTERMÉDIAIRE : À mi-parcours, l'équipe se réunit pour consolider les constats et décider des points à approfondir.
5. RÉUNION DE CLÔTURE (45 min max) : Le chef d'équipe présente les constats provisoires. Les NC et opportunités sont présentées avec leurs preuves. L'entité auditée peut réagir sur les faits (pas sur les conclusions). Le calendrier de retour du PAC est fixé.

5.5 ÉTAPE 5 — RAPPORT D'AUDIT

1. Le chef d'équipe rédige le rapport d'audit officiel (CODEVMET-FO-004) dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de la réunion de clôture.
2. Le rapport comprend : identification de l'audit, résumé exécutif, constats détaillés (méthode FACT), points forts, conclusions et recommandations, avis sur la conformité globale.
3. Le rapport est soumis au RQ pour validation avant diffusion. Il ne peut être modifié après approbation que par émission d'un errata daté et signé.
4. Distribution : Directeur Général, Responsable de l'entité auditée, RQ, archives SMQ. Le rapport est confidentiel et ne peut être communiqué à des tiers sans autorisation.
5. Durée de conservation : 5 ans minimum à compter de la date d'émission.

5.6 & 5.7 ÉTAPES 6 ET 7 — SUIVI ET CLÔTURE DES NC

1. Pour chaque NC relevée, le responsable de l'entité auditée rédige la Fiche de Non-Conformité (CODEVMET-FO-005) dans les délais fixés : 15 jours pour les NC majeures, 30 jours pour les NC mineures.
2. La fiche NC contient : description FACT de la NC, analyse des causes racines (méthode 5 Pourquoi), Plan d'Action Corrective (PAC) à 3 niveaux (immédiat, correctif, préventif) avec responsable, délai et preuve attendue.
3. Le RQ suit la mise en œuvre des PAC et vérifie l'efficacité à 3 niveaux : (1) action réalisée, (2) cause racine traitée, (3) récurrence nulle sur la période de surveillance.
4. La clôture officielle d'une NC ne peut intervenir qu'après validation des 3 niveaux d'efficacité par le RQ ou un auditeur désigné.
5. Indicateur de suivi : le taux de clôture des NC dans les délais fait l'objet d'un reporting mensuel au Directeur Général.

6. INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA PROCÉDURE

Indicateur	Cible	Fréquence	Responsable du suivi
Taux de réalisation du programme (%)	≥ 95%	Mensuel	RQ
Délai moyen d'émission du rapport d'audit (jours)	≤ 5 jours	À chaque audit	Chef équipe
Taux de clôture des NC dans les délais	≥ 90%	Trimestriel	RQ
Satisfaction des audités (questionnaire post-audit)	≥ 80%	À chaque audit	RQ
Taux de NC récurrentes	< 10%	Semestriel	RQ

7. ENREGISTREMENTS ET DOCUMENTS ASSOCIÉS

Référence	Intitulé	Responsable	Conservation
CODEVMET-FO-001	Fiche de Notification d'Audit	Chef équipe d'audit	5 ans
CODEVMET-FO-002	Plan d'Audit Interne Qualité	Chef équipe d'audit	5 ans
CODEVMET-FO-003	Check-List d'Audit	Auditeur	5 ans
CODEVMET-FO-004	Rapport d'Audit Interne Qualité	RQ	5 ans
CODEVMET-FO-005	Fiche de Non-Conformité & PAC	RQ + Entité	5 ans
CODEVMET-FO-006	Formulaire du Programme d'Audit	RQ	5 ans
CODEVMET-PR-001	Procédure d'Audit Interne Qualité	RQ	Durée de validité + 5 ans

Rédigé par	Vérfié par	Approuvé par
Nom : _____ Fonction : Responsable Qualité (RQ) Date : _____ Signature :	Nom : _____ Fonction : Secrétaire Général Date : _____ Signature :	Nom : _____ Fonction : Directeur Général Date : _____ Signature :

