



Certification de systèmes de management Rapport d'audit "étape 2"

Organisme :	Direction des Marchés Publics (DMP)		
Adresse :	Cocody Riviera – Bonoumin, BPV 169 Abidjan, Côte d'Ivoire		
N° dossier :	CI/ABJ 228606	Type d'audit :	SUIVI 12 MOIS
		Après un transfert :	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Norme(s) :	ISO 9001 :2015	Accréditation (*) et/ou (**):	COFRAC
Site(s) audité(s) permanents et temporaires :	Cocody Riviera		
Date(s) de l'audit :	27 au 29 Octobre 2021	Durée (en jour(s)) :	2.5 JOURS
Interlocuteur client pour SGS :	M. Sansan François YOUL	Mail de l'interlocuteur :	youlyf@yahoo.fr
Code(s) EAC : 36	Code(s) NACE 75	Code(s) technique(s) :	: 36.1
Effectif total concerné par la certification (en EPT) :	391	Organisation du travail :	1X8
Responsable d'audit :	JACQUES KONAN	Autre(s) membre(s) de l'équipe d'audit (rôle)	NA
Participant(s) additionnel(s) (rôle) :	NA	Date d'expiration du certificat :	27/10/2023

Ce rapport est confidentiel. Sa diffusion est limitée à l'équipe d'audit, aux participants additionnels (le cas échéant), à l'interlocuteur client pour SGS et aux services de SGS. Il peut être consulté lors d'un échantillonnage de dossiers par l'organisme d'accréditation, le propriétaire du schéma de certification (le cas échéant) ou tout autre organisme de réglementation, conformément à notre déclaration de confidentialité accessible [ici](#)

(*) : en cas de mention COFRAC, SGS ICS est accrédité sous le n°4-0008 dont la portée est disponible sur www.cofrac.fr

(**) : en cas de mention UNACC, elle signifie que l'audit et le certificat sont hors accréditation

1) Objectifs de l'audit

Les objectifs de l'audit sont de :

- Déterminer que le système de management est conforme en toute ou partie aux critères de l'audit;
- Déterminer sa capacité à assurer que l'organisme répond aux exigences légales, réglementaires et contractuelles applicables ;
- Déterminer son efficacité à assurer que l'organisme peut raisonnablement s'attendre à atteindre ses objectifs spécifiés ;
- Identifier les parties du système susceptibles d'être améliorées, suivant le cas.

2) Domaine d'application et périmètre

a) Domaine d'application proposé ou actuel

Assurer le contrôle des opérations de marchés publics - Assurer la formation et la sensibilisation des acteurs
- Informer les acteurs.

b) Domaine d'application confirmé ou modifié par l'auditeur (compte tenu des résultats de l'audit)

Assurer le contrôle des opérations de marchés publics - Assurer la formation et la sensibilisation des acteurs
- Informer les acteurs.

Existe-t-il plusieurs sites ?

Oui Non

Si oui, la liste des sites et les sous-domaines d'application correspondants devant figurer sur le certificat est mise en annexe 1 du rapport ou est jointe à celui-ci.

3) Conclusion et recommandation de l'équipe d'audit

L'équipe d'audit a conduit un audit basé sur une approche processus focalisée sur les risques significatifs et les objectifs liés à la politique comme requis par la ou les normes auditée(s).

Les méthodes d'audit utilisent des entretiens, l'observation des processus, des activités, de l'infrastructure, de l'environnement de travail et la revue d'informations documentées. L'audit étant basé sur une méthode par échantillonnage des informations disponibles, notre organisme n'est pas responsable de la non détection d'une non-conformité qui serait identifiée lors d'un audit ultérieur.

Le déroulement de l'audit s'est fait selon le plan d'audit envoyé avant l'audit.

L'équipe d'audit conclut que l'organisme a n'a pas établi et tenu à jour un système de management qui atteint les objectifs de l'audit pour le domaine d'application et le périmètre confirmés.

Nombre de NON-CONFORMITÉ(S) 00 Majeure(s) 03 Mineure(s)

Nombre d'observations 16

L'équipe d'audit recommande que la certification du système de management soit :

ACCORDEE/ MAINTENUE/ RENOUVELEE

ACCORDEE/ MAINTENUE/ RENOUVELEE AVEC AUDIT SUPPLEMENTAIRE

REFUSEE EN ATTENTE DU RESULTAT D'UN AUDIT COMPLEMENTAIRE (*suite à un audit initial ou de renouvellement*)

MAINTENUE EN ATTENTE DU RESULTAT D'UN AUDIT COMPLEMENTAIRE (*suite à un audit de surveillance - le certificat sera retirée si cet audit n'est pas réalisé*)

SUSPENDUE EN ATTENTE DU RESULTAT D'UN AUDIT COMPLEMENTAIRE (*suite à un audit de surveillance*)

REFUSEE SANS AUDIT COMPLEMENTAIRE OU RETIREE.

4) Résultats de l'audit précédent

Les données issues de l'audit précédent ont été revues et évaluées comme suit :

Les données issues de l'audit précédent ont été revues et évaluées comme suit :

- Les non-conformités de l'audit précédent ont été vérifiées. Ces vérifications sont enregistrées dans le fichier DAC de l'audit précédent joint. En cas d'audit après transfert, elles sont enregistrées dans les preuves d'audit. L'évaluation a permis de conclure que :
- Toutes les non-conformités ont fait l'objet des corrections nécessaires et d'actions correctives efficaces
- L'organisme n'a pas engagé de façon adéquate toutes les corrections immédiates ou les actions correctives suite à l'audit précédent et une ou plusieurs non-conformités ont été reportées au chapitre "Non-conformités" du rapport.
- Les observations de l'audit précédent ont fait l'objet d'actions appropriées ou de justifications adéquates de ne pas mener d'actions qui permettent de toutes les clôturer.

5) Principales activités passées en revue au cours de l'audit

Les changements significatifs affectant le système de management depuis l'audit précédent sont les suivants :

On note que la structure qui était une Direction est devenu une Direction Générale avec un modification de son statut organisationnel et fonctionnel.

Le Directeur de la Direction des Marchés Publics a été promu au poste de Directeur Général des Marchés Publics.

Par ailleurs on note le changement de site, avec un déménagement des sites du plateau (Tours des Finances) à un site propre à Cocody Riviera Bonoumin, il y a juste 03 Mois.

Les processus et le(s) site(s) audité(s) sont précisés dans le plan d'audit.

Des processus ont-ils été audités à distance ? Oui Non

Si oui, dans quelle mesure les outils de communication ont été utilisés pour mener l'audit de ces processus ?

Faire une synthèse des outils de communication utilisés pour les différentes activités de l'audit :

Y-a-t-il eu des écarts par rapport au plan d'audit ? Oui Non

Si oui, présenter les raisons de ces écarts :

A-t-il été identifié des problèmes qui n'ont pu être résolus au cours de l'audit ? Oui Non

Si oui, les présenter :



A-t-il été identifié des éléments significatifs ayant des conséquences sur la programmation des audits suivants Oui Non

Si oui, les présenter :

Le système de management est apte à satisfaire les exigences applicables et les résultats escomptés ? Oui Non (cf. NC)

Les outils de communication utilisés lors d'audit à distance ont-ils permis la réalisation efficace de l'audit ? Oui Non NA

Si « Non », pourquoi ? et quelle a été la correction mise en œuvre ?

Les audits internes sont-ils planifiés et réalisés selon les exigences de la norme ? Oui Non (cf. NC)

Les revues de direction sont-elles réalisées selon les dispositions planifiées ? Oui Non (cf. NC)

Les réclamations des clients et d'autres parties intéressées relatives à la certification sont traitées conformément aux règles de SGS, le cas échéant. N/A Oui Non
(si absence) (si rencontré) (cf. NC)
S'il en a été rencontré, les présenter :

L'organisme respecte-t-il les règles d'utilisation de la marque de certification de SGS ? N/A Oui Non (cf. NC)

L'organisme respecte-t-il les règles d'utilisation de la marque d'accréditation du COFRAC ? N/A Oui Non (cf. NC)

Les preuves collectées pendant l'audit sont enregistrées dans un document dédié.

6) Non-conformités

NON-CONFORMITÉ	N° 01 de 03	<input type="checkbox"/> Majeure		<input checked="" type="checkbox"/> Mineure
Processus :	« Gérer le Système de Management de la Qualité (SMQ) »	Référence de la norme :	ISO 9001 : 2015	
Version du document :		Chapitre de la norme :	5.2	
Détail de la non-conformité :	<p>Exigences :</p> <p>La politique qualité doit :</p> <p>a) être disponible et tenue à jour sous la forme d'une information documentée ;</p> <p>b) être communiquée, comprise et appliquée au sein de l'organisme ;</p> <p>c) être mise à la disposition des parties intéressées pertinentes, le cas échéant.</p>			

	<p>Défaillance / Preuve :</p> <p>Les preuves permettant de démontrer que lors que les agents de sécurité (Virgile) et des autres prestataires externes ont été sensibilisé à la politique qualité ne sont pas disponibles.</p> <p>Risque : Le processus de l'amélioration continue n'est pas garanti.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NON- CONFORMITÉ	N° 02 de 03	<input type="checkbox"/> Majeure	<input checked="" type="checkbox"/> Mineure
Processus :	« Gérer le Ressources Financières (GRF) et activité Achat »	Référence norme(s) :	ISO 9001 V 2015
Version du document :		Chapitre norme(s) :	8.4
Détail de la non-conformité :	<p>Exigences :</p> <p>L'organisme doit déterminer et appliquer des critères pour l'évaluation, la sélection, la surveillance des performances et la réévaluation des prestataires externes, fondés sur leur aptitude à réaliser des processus ou fournir des produits et services conformes aux exigences. L'organisme doit conserver les informations documentées concernant ces activités et toutes les actions nécessaires résultant des évaluations.</p> <p>Défaillance / Preuve :</p> <p>Lors de l'audit, l'organisme n'a pas pu nous démontrer que les fournisseurs suivants ont été évalué conformément aux dispositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ONT T • ARTIS • REGIE • TOTAL-CI • CODE IVOIRE • GECI <p>Risque : Le processus d'amélioration continue n'est pas garanti.</p>		

NON- CONFORMITÉ	N° 03 de 03	<input type="checkbox"/> Majeure	<input checked="" type="checkbox"/> Mineure
--------------------	-------------	----------------------------------	---------------------------------------------

Processus :	« Gérer le Système de Management de la Qualité (SMQ) »	Référence norme(s) :	ISO 9001 V 2015
Version du document :		Chapitre norme(s) :	7.5.3.2
Détail de la non-conformité :	<p>Exigences : , l'organisme doit mettre en œuvre les activités suivantes, quand elles sont applicables :</p> <p>a) distribution, accès, récupération et utilisation ; b) stockage et protection, y compris préservation de la lisibilité ; c) maîtrise des modifications (par exemple, contrôle des versions) ; d) conservation et élimination.</p> <p>Défaillance / Preuve :</p> <p>Lors de l'audit, nous avons constaté que certains documents ne sont pas conformes aux dispositions internes définies par la procédure internes du SMQ. Nous avons par exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La liste des prestataires externes et des fournisseurs • La procédure des achats de la DGMP. • Plan d'évaluation post formation 2021 • Comptes rendus des sessions de formations • Demande de congés annuels <p>Risque : Utilisation de documents obsolètes</p>		

Les corrections immédiates si nécessaire en fonction de la gravité des conséquences, les causes et les actions correctives sont enregistrées par l'organisme audité dans les **Demandes d'actions Correctives jointes**.

Le Responsable d'audit les passera en revue dans le délai défini ci-dessous et les acceptera ou demandera de les améliorer si nécessaire. La vérification de l'application et de l'efficacité des actions correctives aura lieu lors du prochain audit.

Les corrections immédiates si nécessaire en fonction de la gravité des conséquences, les causes et les actions correctives sont enregistrées par l'organisme audité dans les **Demandes d'actions Correctives jointes**.

Le Responsable d'audit les passera en revue dans le délai défini ci-dessous et les acceptera ou demandera de les améliorer si nécessaire. La vérification de l'application et de l'efficacité des actions correctives aura lieu lors du prochain audit.

- ☒ En cas de non-conformité **MINEURE**, l'analyse des causes et le plan d'action corrective doivent être lancés et transmis au Responsable d'audit au plus tard dans un délai de 1 mois calendaire après le dernier jour d'audit (c.à.d. avant le 29/11/2021.) pour vérification de leur adéquation. Si elles ne sont pas retournées complétées dans les délais ou si elles ne sont pas acceptées, les non-conformités seront classées en majeures par le Responsable d'audit.

Note : pour les NC mineures suites à un audit de renouvellement avec une réception du plan d'actions après la date d'expiration du certificat impliquant une revue technique et une décision après cette date, il y a une rupture du certificat entre la date d'expiration et la date de décision. Celle-ci doit avoir lieu au plus tard 6 mois après la date d'expiration. A défaut l'audit de renouvellement est refusé et un audit étape 2 est demandé.

7) Observations

Les observations identifiées ci-dessous doivent être passées en revue par l'organisme. S'il décide de mener une action, celle-ci doit être traitée comme prévu pour les plans d'action, les corrections, les actions correctives ou les opportunités d'amélioration dans son système. S'il décide de ne pas mener d'action, il doit le justifier. Les informations documentées à ce sujet doivent être établies et conservées.

N°	Norme(s) et §	Observation(s)
01	7.1.4	L'organisme pourrait mener une réflexion sur les questions HSE portant notamment sur les aspects ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> • La gestion des issus de secours • La réalisation des tests de situation d'urgence et de capacité à réagir en vue de garantir une bonne gestion des points critiques HSE. • La mise à disposition des extincteurs à des points critiques • Le Renforcement des pictogrammes HSE importants (Issus de secours, Sens d'évacuation, plan d'évacuation, etc.) • La gestion des déchets (Informatiques, Néon, etc.) • La gestion des situations d'urgence en sureté. • Les dates de vérification des extincteurs
02	8.1	En vue de garantir la maitrise et la réduction des charges, l'organisme pourrait mener une réflexion globale pour la consommation en énergies électriques, en consommation d'eau, en consommation de papiers et en consommation de carburant.
03	8.4	L'organisme pourrait mener une réflexion sur son dispositif de contrôle à la réception des fournitures de bureau. Car les seuls éléments disponibles sont les validations des bons de livraison reçus des fournisseurs.
04	7.1	L'organisme gagnerait à mener une réflexion sur le dispositif des gestions des papiers sécurisés en prenant en compte la pertinence des services et des spécifications des documents qui pourront être confidentiel et spécifique au regard des activités de contrôle de la DGMP.
05	8.5	L'organisme pourrait mener une réflexion sur la gestion des rejets de dossier des parties contractantes en vue de s'assurer d'un suivi des rejets et des motifs de rejets par opération dans son logiciel SIGOMAP
06	8.5	La gestion de la validation des processus de validation de passation des marchés présente des limites. Car avec cet outil on ne pas donner les cumuls et les niveaux d'exécution des lignes budgétaires validés en conférence budgétaire. L'organisme

		pourrait donc mener des actions complémentaires pour permettre une maîtrise des opérations de validation. Car ANAGED avec les 62 Milliards de dotation budgétaire.
07	7.3	L'organisme au vu de sa spécificité d'organisme de contrôle des marchés publics ayant mis en place un système de management pourrait mener une réflexion en de vue s'assurer de la maîtrise des aspects de conflits d'intérêts tout au long du processus des passations de marchés.
08	7.1.4	L'organisme pourrait mener une réflexion complémentaire sur la gestion sécuritaire des agents ayant un poste critique au sein de la direction des marchés publics, nonobstant les actions déjà prises sur le site par la présence de la police nationale et de la mise en place de la vidéo surveillance.
09	5.1	L'organisme gagnerait à mettre en place un dispositif de communication sur la présence de la vidéo surveillance sur son site conformément à la réglementation en vigueur. Par ailleurs il serait utile de mettre à la disposition de la police la vidéo surveillance des points critiques au sein du site.
10	7.13	Une réflexion sur la mise en œuvre des moyens complémentaires dans la salle informatique de la DGMP est à réaliser. On note des éléments ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> • Absence de thermomètre témoins • Absence de détecteurs de fumée en cas de départ d'incendie • Absence d'un dispositif automatique de lutte contre les incendies • Absence de traçabilité de la gestion des déchets informatiques
11	7.1.1	L'organisme pourrait mener une réflexion sur la gestion de son dispositif de visite d'embauche et son dispositif de visite périodique médicale en vue de s'assurer que le personnel est apte à leur poste de travail chacun. Par ailleurs une réflexion sur un centre médical sur site et la présence périodique d'un médecin de travail est utiles au vu de son éloignement des sites médicaux des fonctionnaires.
12	10.2	L'organisme pourrait mener une réflexion sur la gestion des requêtes en vue de s'assurer d'un traitement rigoureux en s'appuyant sur une analyse des risques appropriés. On peut prendre pour exemple la requête de GNA du 13/10/2021.
13	8.5	L'organisme pourrait mener une réflexion sur l'analyse des données portant sur les requêtes réceptionnées au travail de ses partenaires sur le site internet.
14	9.2	L'organisme pourrait mener une réflexion pour faire l'analyses des risques et des opportunités de son programme d'audit interne et faire une revue globale complémentaire des opportunités au regard du changement de la situation géographique du siège.
15	8.5	L'organisme pourrait mener une réflexion sur une analyse des données portant notamment sur le processus de résiliation des offres, l'analyse des couts de non qualités associés, et les plans d'actions associées. Cette analyse pourrait prendre en compte les parties intéressées pertinentes qui subissent les désagréments de cette résiliation quel qu'en soit les origines.
16	8.5	L'organisme grâce à son dispositif interne pourrait mener une réflexion sur le processus des contrôles à posteriori en prenant en compte les évaluations des processus de passation de marchés concernés, les contrôles des exécutions des marchés sur site, la réglementation applicable, et les Directions régionales. Ce processus pourrait donner une réflexion interne sur sa méthodologie de son auto contrôle des procédures internes avec des spécifications et critères bien définis.

8) Points forts (le cas échéant)

Les constats suivants sont des points forts du système de management qui ont été identifiés. Certains sont des bonnes pratiques qui peuvent être généralisées.

N°	Points forts
1	L'implication de la direction générale dans le fonctionnement du SMQ
2	L'accueil réservé aux clients et partenaires au niveau du service accueil
3	La mise en place de dispositif de lutte contre le covid-19
4	La maîtrise des opérations de contrôle et de la réglementation applicable.

9) Date(s) prévisionnelle(s) de l'audit suivant

En cas d'audit initial, les dates prévisionnelles ne sont pas applicables pour le premier audit de surveillance à 12 mois après la date de décision de cet audit. Elles seront communiquées par la planification ultérieurement.

Cas des audits d'un cycle initial :

- ➔ *Date cible de l'audit de surveillance à 24 mois : date d'expiration du certificat – 12 mois (+/- 2 mois) en prévoyant 1 audit par année civile*
- ➔ *Date cible de l'audit de renouvellement : entre 2 et 3 mois avant la date d'expiration du certificat.*

La/ les dates ou la semaine suivante(s) ont été retenues avec la direction ou son représentant pour la réalisation du prochain audit (sous réserve de l'acceptation lors de la revue technique et que les conditions soient favorables) : **Octobre 2022.**

Date d'envoi du rapport	29 Octobre 2021
Visa (Initiales ou signature électronique acceptée)	JACQUES KONAN

ANNEXE 2 : TYPES D'AUDIT, LISTE DES EXIGENCES APPLICABLES AUDITEES ET PROGRAMME D'AUDITS

Audit intégré (audit sur au moins 2 normes de systèmes de management dans un système commun) :

NA (une seule norme)

Non (il s'agit alors d'un audit combiné (audit sur au moins 2 normes de système de management dans un système non commun)

Oui et dans ce cas, niveau intégration : Basique Elevé

Audit conjoint (audit par au moins deux organismes)



L'ensemble des chapitres applicables de la ou des normes à auditer doit être audité lors de l'audit initial ou de renouvellement. Les cases non applicables sont grisées dans le tableau suivant.

L'ensemble du système de management doit être audité sur un cycle conformément au programme d'audits établi dans l'offre commerciale.

Chapitres de la norme de référence	ISO 9001 :2015 Audité		
	Oui	Non	NA
4.1	X		
4.2	X		
4.3	X		
4.4	X		
4.5			
4.6			
5.1	X		
5.2	X		
5.3	X		
5.4			
6.1	X		
6.2	X		
6.3	X		
6.4			
6.5			
6.6			
7.1	X		
7.2	X		
7.3	X		
7.4	X		
7.5	X		
8.1	X		
8.2	X		
8.3			X
8.4	X		
8.5	X		
8.6	X		
8.7	X		
9.1	X		
9.2	X		
9.3	X		
10.1	X		
10.2	X		
10.3	X		