







# USSP-sCISP

R6 | Certification et surveillance des USSP et s-CISP

**Réf. procédure** : P\_130  
**Version** : Version 1.1  
**Date** : 14/03/2025  
**Entrée en vigueur** : 14/03/2025

## Gestion documentaire

### Validation du document

Nom Prénom Fonction	Responsabilité	Date	Visa
<b>Darren PONG LOI</b> Inspecteur Surveillance	Rédacteur	14-03-2025	
<b>Antoine HERVE</b> Chef du pôle DSAC/ANA/SMN	Vérificateur	14-03-2025	 Le chef du pôle systèmes et matériels de la Navigation Aérienne Antoine HERVE
<b>Antoine MARTIN</b> Chargé de mission « ATM avancé »	Vérificateur	14-03-2025	SIGNE
<b>Yann LE FABLEC</b> Directeur technique adjoint ANA	Vérificateur	14-03-2025	 Le directeur adjoint aéroports et navigation aérienne Yann LE FABLEC
<b>Jean Claude GOUHOT</b> Directeur technique ANA	Approbateur	14-03-2025	 Le directeur aéroports et navigation aérienne Jean-Claude GOUHOT

### Gestion des versions

Version	Date	Synthèse des évolutions	Auteurs	§
1.0	14-06-2023	Version initiale	Darren PONG LOI	Tous
1.1	09-02-2025	Complément surveillance des changements Modification partie Certification Complément gestion des évènements Ajout partie Sécurité de l'information	Laurent PLATEAUX  Darren PONG LOI	§2, section IX. Section I Section VII Section VI

## Table des matières

Gestion documentaire .....	2
Validation du document .....	2
Gestion des versions .....	2
Table des matières .....	3
1. Objet du manuel .....	6
2. Champ d'application .....	6
3. Destinataires.....	6
4. Date d'entrée en vigueur .....	7
5. Références et définitions .....	7
5.1. Références .....	7
5.2. Définitions.....	7
6. Documentation associée .....	7
7. Classement et archivage .....	8
I. CERTIFICATION .....	9
1. Délivrance.....	9
1.1. Principes.....	9
1.2. Logigramme sur le processus de certification.....	10
1.3. Compétences requises .....	11
1.4. Modalités de délivrance d'un certificat .....	11
2. Modification des conditions de prestation des services liées à un certificat .....	14
3. Changement de nom du prestataire .....	15
4. Restriction ou suspension du certificat.....	15
5. Révocation du certificat .....	15
II. ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE .....	17
1. Organisation de la surveillance USSP/s-CISP .....	17
1.1. Mission du responsable désigné.....	17
2. Modulation de la surveillance .....	17
2.1. Modalités d'application de modulation de la surveillance aux USSP/s-CISP .....	17
3. Programmation des audits.....	19
3.1. Programmation des audits USSP/s-CISP .....	19
III. REVUE DOCUMENTAIRE .....	22
1. Déclencher une revue documentaire .....	22
2. Mandat de revue documentaire.....	22
2.1. Compétences requises .....	22
2.2. Cas d'une revue documentaire permettant de démontrer la conformité à tout ou partie de la réglementation (cas 1, 2 et 5) .....	22
2.3. Cas d'une revue documentaire permettant de démontrer l'application d'une procédure établie par le prestataire en préparation d'un audit (cas 3 et 5). .....	23

2.4. Cas d'une revue documentaire permettant de vérifier la bonne application de la procédure de gestion des changements du prestataire (cas 4) .....	23
3. Identifier la partie du référentiel réglementaire applicable, si pertinent (Cas 1 et 2).....	23
4. Surveillance de la gestion des changements (Cas 4) .....	23
5. Réunion de clôture (Tous les cas, si besoin avéré) .....	24
6. Rédiger le rapport de revue documentaire (Tous les cas) .....	24
7. Réunion de validation (Tous les cas) .....	24
8. Archivage du rapport final et envoi des constats (Tous les cas).....	24
IV. AUDITER .....	25
1. Etapes principales .....	25
2. Procédures .....	26
2.1. Rôles, responsabilités et compétences.....	26
2.2. Préparation des audits .....	27
2.3. L'audit.....	29
2.4. Questionnaire de Retour d'Information (QRI) .....	31
2.5. Elaboration du rapport d'audit .....	31
2.6. Traitement immédiat d'un écart de niveau 1 .....	32
2.7. Elaboration de la note complémentaire.....	32
2.8. Traçabilité des exigences auditées et des éléments de conformité associés .....	32
2.9. Alimentation de l'outil RBO .....	33
2.10. Réunion de validation.....	33
2.11. Envoi du rapport final .....	33
V. CONSTATS.....	34
VI. SECURITE DE L'INFORMATION .....	35
VII. EVENEMENTS .....	36
VIII. CONSIGNE .....	37
1. Vérifier si les mesures nécessaires n'ont pas déjà été prises.....	37
2. Rédiger un projet de consigne de sécurité.....	37
2.1. Condition compromettant la sécurité.....	37
2.2. Contenu et typologie d'une consigne de sécurité .....	37
2.3. Rédaction et approbation du projet de consigne .....	38
3. Consulter les parties concernées .....	38
4. Valider et diffuser la consigne .....	38
5. Vérifier l'application de la consigne. ....	39
6. Retirer la consigne.....	39
IX. ECART HORS AUDIT .....	40
1. Constat d'une non-conformité .....	40
2. Evaluation de la non-conformité .....	40
3. Notification de l'écart hors audit .....	41
X. CHANGEMENTS .....	42
1. Objectifs.....	42

2. Responsabilités et qualifications .....	42
3. Activités en lien avec la gestion des changements pour la certification initiale .....	43
3.1. Approbation de la procédure de gestion des changements .....	43
3.2. Evaluation de l'évaluation de sécurité initiale .....	43
3.3. Evaluation de l'évaluation du support de la sécurité initiale.....	44
3.4. Evaluation des aspects logiciels .....	44
4. Surveillance de la gestion des changements pour les prestataires certifiés.....	44
4.1. Approbation des changements de la procédure de gestion des changements.....	44
4.2. Gestion des notifications de changement des systèmes fonctionnels.....	45
4.3. Examen des changements.....	45
4.4. Gestion des changements hors système fonctionnel .....	45

## 1. Objet du manuel

Ce manuel définit les procédures décrivant :

- les modalités retenues pour effectuer la délivrance, la limitation, la suspension ou la révocation d'un certificat USSP ou CISP unique (s-CISP);
- les différentes étapes et les échéances à respecter pour réaliser la surveillance de ces prestataires, incluant notamment les audits, les revues documentaires et les réunions de suivi qui sont planifiés et coordonnés annuellement avec les USSP ou CISP uniques.

## 2. Champ d'application

Ce manuel regroupe les différentes procédures relatives à la certification et la surveillance des USSP et des CISP uniques.

Chap.	Procédure	Champ d'application
I	CERTIFICATION	Cette procédure s'applique aux prestataires de services U-space (USSP) ou aux prestataires uniques de services d'informations communes (s-CISP) qui doivent détenir un certificat en application du règlement (UE) 2021/664.
II	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE	Cette procédure s'applique à la réalisation des audits des USSP et des s-CISP surveillés par la DSAC au titre de l'arrêté portant organisation de la Direction de la Sécurité de l'Aviation Civile (DSAC).
III	REVUE DOCUMENTAIRE	Cette procédure s'applique à tous les USSP/s-CISP certifiés et surveillés par la DSAC.
IV	AUDITER	Cette procédure s'applique à la réalisation des audits des USSP/s-CISP surveillés par la DSAC au titre de l'arrêté portant organisation de la Direction de la Sécurité de l'Aviation Civile (DSAC).
V	CONSTATS	Cette procédure s'applique pour les constats notifiés aux USSP/s-CISP surveillés par la DSAC.
VI	SECURITE DE L'INFORMATION	Cette procédure s'applique à la surveillance de la sécurité de l'information des USSP/s-CISP surveillés par la DSAC
VII	EVENEMENT	Cette procédure s'applique pour le traitement des événements notifiés par les USSP/s-CISP.
VIII	CONSIGNE	Cette procédure s'applique à l'émission des consignes de sécurité pour les USSP/s-CISP surveillés par la DSAC.
IX	ECART HORS AUDIT	Cette procédure s'applique lorsque la DSAC est amenée à détecter une non-conformité chez un prestataire de services dans le cadre d'autres activités de surveillance
X	CHANGEMENTS	Cette procédure s'applique dans le cadre de la surveillance des changements et décrit les processus de traitement des notifications de changement des prestataires, d'approbation de la procédure de gestion des changements, y compris la procédure de déploiement, et d'examen des changements.

## 3. Destinataires

L'application de ce manuel est de la responsabilité de la direction DSAC/ANA.

## 4. Date d'entrée en vigueur

Ce manuel entre en vigueur dès sa date d'approbation.

## 5. Références et définitions

### 5.1. Références

- Règlement (UE) 2018/1139 du Parlement européen et du Conseil du 4 juillet 2018 concernant des règles communes dans le domaine de l'aviation civile et instituant une Agence de l'Union européenne pour la sécurité aérienne ;
- Règlement (UE) 2017/373 de la commission du 1er mars 2017 établissant des exigences communes relatives aux prestataires de services de gestion du trafic aérien et de services de navigation aérienne ainsi que des autres fonctions de réseau de la gestion du trafic aérien ;
- Règlement d'exécution (UE) 2021/664 de la Commission du 22 avril 2021 relatif à un cadre réglementaire pour l'U-space.

### 5.2. Définitions

- USSP : Prestataire de Services U-space.
- s-CISP : Prestataire de Service de l'Information Commune unique
- Prestataire U-space : désigne indifféremment les USSP et les s-CISP
- RA : responsable d'audit

## 6. Documentation associée

Ce manuel se réfère à plusieurs documents situés dans le dossier « Documents associés » :

Chap.	Procédure	Documents associés
I	CERTIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formulaire de demande de certificat USSP/s-CISP</li> <li>– Modèle de plan de certification</li> <li>– Modèle de rapport de certification USSP/s-CISP</li> <li>– Modèles de certificat USSP/s-CISP</li> <li>– Modèle de QRI certification</li> </ul>
II	ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modèle de plan de surveillance</li> </ul>
III	REVUE DOCUMENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modèle de rapport de revue documentaire</li> </ul>
IV	AUDITER	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modèle de fiche de référence USSP/s-CISP</li> <li>– Modèle de rapport d'audit USSP/s-CISP</li> <li>– Modèle de note complémentaire USSP/s-CISP</li> <li>– Modèle présentation réunion de clôture</li> <li>– Modèle de QRI</li> <li>– Liste de contrôle RA USSP/s-CISP</li> <li>– MAC_U-space</li> <li>– Cartographie des exigences USSP/s-CISP</li> </ul>
V	CONSTATS	
VI	SECURITE DE L'INFORMATION	
VII	EVENEMENTS	
VIII	CONSIGNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modèle de consigne de sécurité</li> </ul>

IX	ECART HORS AUDIT	– Modèle de notification d'écart hors audit
X	CHANGEMENTS	– Modèle de rapport d'auditeur EdS (cf. modèle de rapport P_110) – Guideline DSAC procédure USSP/S-CISP de gestion des changements hors SF

## 7. Classement et archivage

---

Se référer au tableau d'archivage en annexe au R6-GEN.



## I. CERTIFICATION

### 1. Délivrance

#### 1.1. Principes

La DSAC/ANA procède à la délivrance des certificats des USSP et CISP uniques et à la définition de conditions attachées aux certificats sur la base d'un rapport de certification indiquant l'état de conformité du prestataire aux exigences applicables, ainsi que la nature et le résultat des actions de surveillance qui fondent cette analyse. Si les conditions l'exigent, le directeur de la DSAC/ANA peut également procéder à la suspension, à la restriction ou au retrait du certificat d'un USSP/CISP unique.

La certification d'un USSP ou d'un CISP unique est instruite par DSAC/ANA, selon des principes généraux issus des règlements de référence qui comportent notamment les étapes suivantes :

- réception et traitement d'une candidature,
- revue documentaire des moyens de conformité,
- réalisation d'un audit ou d'une visite sur site avant la délivrance du certificat, si jugé nécessaire par la DSAC,
- rédaction d'un rapport de certification.

*Note : l'audit de certification, lorsque jugé nécessaire, pourra le cas échéant être réalisé postérieurement à la délivrance du certificat afin de permettre à la DSAC d'évaluer le prestataire sur une période d'activité. La période entre la délivrance du certificat et la date de programmation de l'audit ne devrait pas excéder 12 mois.*

En outre, si nécessaire, la DSAC mène les échanges appropriés avec le prestataire pour s'assurer de sa bonne compréhension du règlement de certification, et lui transmet, lorsqu'ils existent, les éléments d'analyse des exigences ou les descriptifs de moyens de conformité acceptables pertinents.

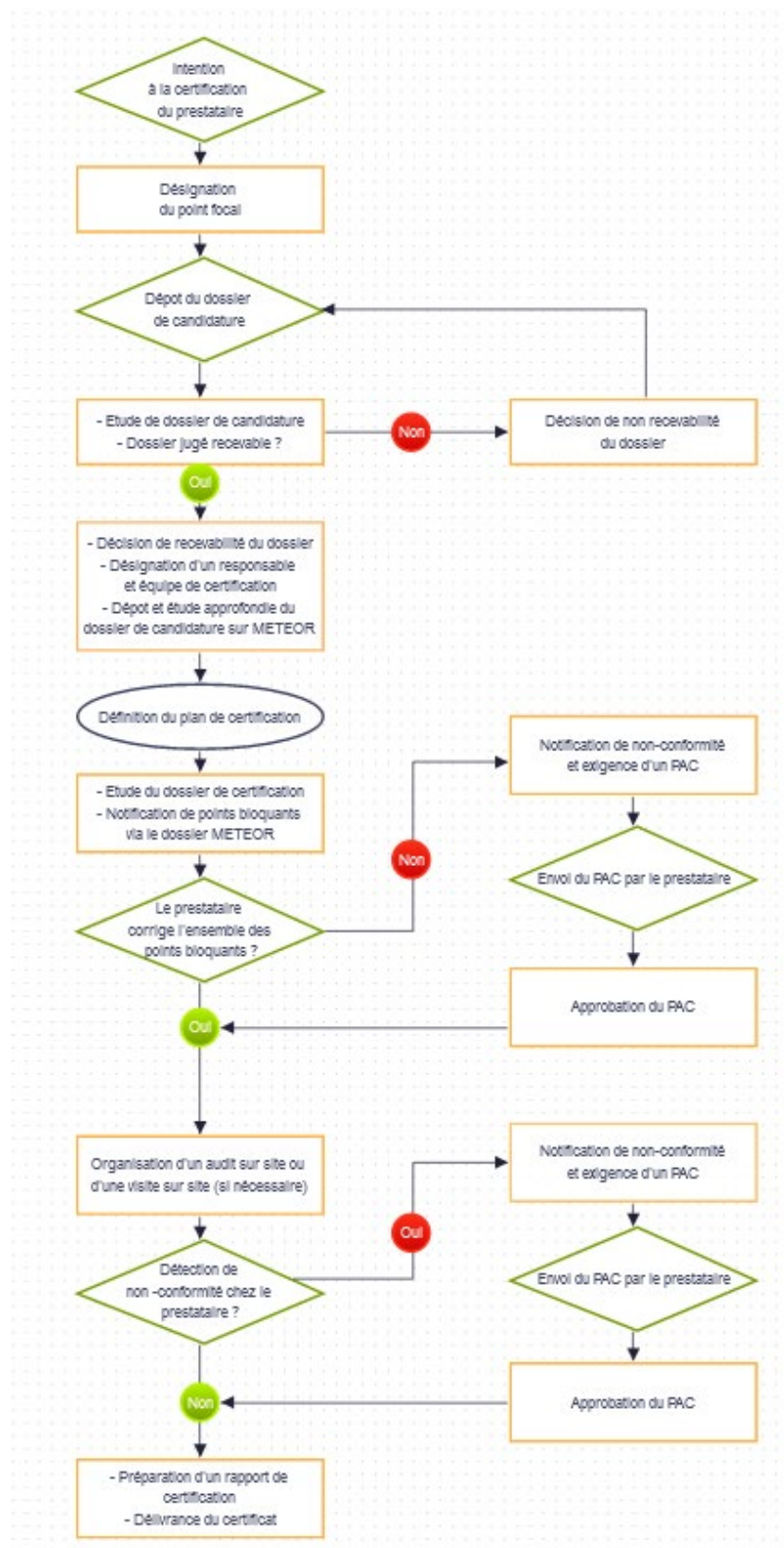
Les certificats sont délivrés sans limitation de durée.

Dans certaines circonstances exceptionnelles d'écarts de niveau 2 ou niveau 2 significatifs non clos au moment de la délivrance du certificat, le prestataire est tenu de poursuivre la résolution de ces derniers conformément aux actions correctives et aux échéances qui auront été approuvées préalablement par la DSAC.

En cas d'écart de niveau 1, le certificat n'est pas délivré.

Les étapes du processus de certification sont précédées de la désignation d'un responsable de la certification et d'une équipe de certification.

## 1.2. Logigramme sur le processus de certification



### *1.3. Compétences requises*

L'agent point focal en charge du dossier de candidature et les agents en charge de la certification (hors responsable de certification) doivent être en possession de la qualification d'inspecteur de surveillance et doivent avoir suivi une sensibilisation au domaine réglementaire U-space.

Le responsable de certification doit être en possession de la qualification d'inspecteur de surveillance et doit avoir suivi la formation continue USSP/s-CISP.

La mise en œuvre de la procédure de certification peut être menée avec le support d'experts. Les experts n'ayant pas la qualification d'inspecteur de surveillance n'interviennent pas hors de la supervision du responsable de certification.

### *1.4. Modalités de délivrance d'un certificat*

Les modalités de certification des prestataires sont décrites ci-après :

#### *1.4.1. Intention à la certification du prestataire*

Dès que le prestataire se fait connaître de la DSAC par un moyen qui lui est propre (courrier, mail, etc.) et déclare son intention de rendre un service U-space.

Si besoin, la DSAC communique au prestataire a minima le formulaire de candidature disponible dans les documents associés et rappelle la composition du dossier de candidature.

#### *1.4.2. Point focal*

Un agent de DSAC/ANA est désigné point focal du dossier de candidature.

Le point focal n'est pas nécessairement le futur responsable de certification.

#### *1.4.3. Transmission du dossier de candidature*

Une candidature à la certification d'un prestataire est transmise via un mail ou via tout autre moyen convenu avec le point focal (demande de certificat). La candidature et les documents joints constituent un dossier de certification qui doit obligatoirement donner lieu à l'envoi d'un accusé de réception.

#### *1.4.4. Recevabilité du dossier de candidature*

Le point focal étudie le dossier de candidature transmis par le candidat prestataire. Le dossier est jugé recevable si les documents joints sont suffisamment complets et permettent la définition d'un plan de certification.

Une décision de recevabilité ou de non-recevabilité du dossier de candidature est envoyée dans les 2 mois après la réception du dossier de candidature.

Si le dossier de candidature n'est pas jugé recevable, le courrier de réponse rend compte de l'impossibilité de définir un plan de certification avec les éléments mis à disposition et transmet les points bloquants au candidat prestataire.

Si le dossier de candidature est jugé recevable, le courrier de réponse sur la décision de recevabilité informe également le candidat de l'identité du responsable de la certification, qui est son correspondant. Un compte organisme METEOR ainsi que des comptes utilisateurs organismes associés sont créés par DSAC/ANA/CNA. Les membres de l'équipe désignée sont indiqués comme "agents en charge" du dossier METEOR.

#### *1.4.5. Responsable et équipe de certification*

Un agent du pôle DSAC/ANA/CNA est désigné responsable de la certification du prestataire.

Une équipe de certification est désignée par le pôle DSAC/ANA/CNA. La taille de l'équipe de certification dépend du prestataire à certifier, mais afin de couvrir tous les domaines de compétence, elle doit au moins être composée d'un agent du pôle DSAC/ANA/CNA et d'un agent du pôle DSAC/ANA/SMN pour l'évaluation des aspects liés à la gestion des changements dont la procédure de gestion des changements, les évaluations de sécurité et de support à la sécurité et les considérations systèmes et logiciels. La désignation de l'équipe de certification ne revêt pas de formalisme particulier mais doit être tracée. Elle peut se faire par courriel, note, lettre de mission ; elle vise à clarifier les responsabilités d'instruction du dossier de certification, et à clarifier les moyens (ressources humaines) disponibles.

#### 1.4.6. Dépôt et étude du dossier de candidature sous METEOR

Le responsable de certification dépose sous METEOR le dossier de candidature via un dossier qu'il crée. L'équipe de certification fait une étude approfondie des documents du dossier de candidature. Il relève les points d'amélioration à effectuer afin d'alimenter le tableau du §1.2 du plan de certification et échange avec le candidat pour organiser une réunion visant à définir le plan de certification.

#### 1.4.7. Plan de certification :

Le responsable de certification établit en coordination avec le candidat prestataire un plan de certification selon le modèle disponible en annexe à ce manuel. Ce plan de certification permet de définir un processus de certification adapté à la situation de chaque prestataire candidat.

L'autorité de certification prend en compte les éléments suivants pour la réalisation du plan de certification :

- La stratégie de démonstration de conformité du prestataire candidat ;
- La situation (exemple : désignation faite ou future) du ou des espaces aériens U-space dans lesquels le prestataire candidat compte rendre ses services ; et
- Tout autre élément susceptible d'avoir un impact sur le processus de certification ou sur la délivrance des documents de certification du candidat prestataire.

Le plan de certification détermine :

- Les échéances de fourniture des documents de certification par le prestataire candidat ;
- Les réunions de suivi ;
- La date de l'audit\* de certification, le cas échéant ;
- La date visée de la production de l'ensemble des documents dans un état finalisé ;
- La date visée pour la fin de l'analyse DSAC ;
- La date visée pour la production d'un PAC en cas de constat non-clos à la délivrance de certificat ; et
- Une date objectif\*\* de délivrance du certificat.

(\*) La période entre la date de réalisation de l'audit de certification et la date provisoire de délivrance du certificat doit intégrer les phases suivantes : notification du rapport d'audit (1 mois), délai de production du PAC (2 mois), délai de réponse DSAC avec demandes de compléments éventuels (1 mois) et enfin délai de production/validation/signature du certificat (15 jours).

(\*\*) Dans le cas où le prestataire candidat prévoit de rendre les services dans un espace aérien U-space qui n'a pas encore été créé, la délivrance du certificat ne devrait pas se faire plus de six mois avant la création effective de cet espace.

#### *1.4.8. Production d'un dossier de certification par le prestataire candidat*

L'ensemble des éléments du dossier de certification doit être transmis par le prestataire candidat avant l'échéance convenue dans le plan de certification.

Sur décision du responsable de la certification, une instruction peut débuter sur la base d'un dossier incomplet ; dans ce cas, le prestataire candidat devra être informé des éventuelles conséquences de la fourniture tardive des documents sur l'échéance souhaitée pour la certification.

#### *1.4.9. Etude du dossier de certification par la DSAC*

Lors de l'étude du dossier de certification, des points bloquants peuvent être relevés et le prestataire candidat en sera tenu informé et sera alors tenu de les corriger.

Si le prestataire candidat n'est pas capable de corriger le ou les points bloquants dans des délais correspondant à son échéance de certification, ces points bloquants sont notifiés sous forme de constatations (cf. étape suivante).

#### *1.4.10. Constatations*

Les constatations détectées en revue documentaire et non-corrigées avant la délivrance du certificat sont notifiées au prestataire candidat, conformément aux chapitres « [III. REVUE DOCUMENTAIRE](#) » et « [V. CONSTATS](#) ». La revue documentaire doit également permettre de déterminer le périmètre de l'audit si celui-ci est jugé nécessaire.

La revue documentaire est formalisée par un rapport de revue documentaire notifié au prestataire candidat. A l'occasion de l'envoi du rapport de revue documentaire, la DSAC demande la fourniture d'un plan d'actions correctives dans un délai ne pouvant excéder deux mois. Une fois le plan d'actions correctives reçu, la DSAC examine les éléments proposés par le candidat puis approuve le plan d'actions ou adresse une demande de compléments.

Les conclusions de la revue documentaire, y compris les actions correctives approuvées et leurs échéances, sont incluses dans le rapport de certification.

#### *1.4.11. Audit de certification par la DSAC du prestataire candidat, le cas échéant*

En cas d'audit de certification, le responsable de la certification suit les modalités prévues par le chapitre « [II. ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE](#) » (hors modalités de planification annuelle), et ses annexes.

Il convient de s'assurer, entre autres, que le (les) responsable(s) des audits de certification et les auditeurs sont désignés formellement après avoir reçu l'accord de leur hiérarchie.

#### *1.4.12. Traitement des non-conformités, le cas échéant*

Lorsque l'audit de certification donne lieu à des constatations supplémentaires, le responsable de la certification les notifie au prestataire conformément aux chapitres « [IV. AUDITER](#) » et « [V. CONSTATS](#) » et demande la fourniture d'un plan d'actions correctives dans un délai ne pouvant dépasser deux mois. Une fois le plan d'actions correctives reçu, la DSAC examine les éléments proposés par le candidat, approuve le plan d'action ou adresse une demande de compléments.

Les conclusions de l'audit de certification, y compris les actions correctives approuvées et leurs échéances sont incluses dans le rapport de certification. Lorsque le délai entre l'audit de certification et la revue documentaire est court, les écarts peuvent être tous rassemblés dans le rapport d'audit de certification.

#### 1.4.13. Etat des lieux

*Des états des lieux peuvent être organisés dans le cadre de la certification. Les dispositions de la partie AUDITER s'appliquent pour la mise en œuvre d'un état des lieux. A la différence de :*

- *l'organisation : Un état des lieux entre dans le plan de certification autant que de besoin. Il s'organise avec la coopération du candidat. L'objectif est de vérifier l'activité relative à un ou plusieurs processus du candidat par le biais d'une revue sur table ;*
- *la finalité : Un CR relevant des observations et actions à réaliser est en sortie de l'état des lieux tenant lieu de rapport d'audit ;*
- *le traitement : Les observations ou actions sont traitées dans le cadre de la certification. Elles ne sont pas nécessairement sanctionnées par un écart et ne demandent donc pas nécessairement la production d'un plan d'action corrective formel du candidat.*

#### 1.4.14. Rapport de certification, le cas échéant

Le rapport de certification est adapté dans son volume à la nature du prestataire, la difficulté et l'ampleur du processus de certification. Le responsable de la certification s'assure que le rapport contient les informations suivantes :

- Description du processus de certification, du champ et du périmètre des actions de vérification et d'audit ;
- Principaux écarts détectés au cours du processus de certification, et actions correctives proposées et acceptées par la DSAC ;
- Description succincte du prestataire et référence aux principaux documents de conformité ;
- Etat de conformité du prestataire aux exigences applicables ;
- Recommandations sur le processus de surveillance continue ;
- Conclusions relatives à la délivrance du certificat.

Le modèle de rapport de certification pour un prestataire USSP/s-CISP est disponible dans les documents associés au présent manuel.

#### 1.4.15. Délivrance du certificat et dépôt METEOR

Les certificats délivrés au prestataire sont établis selon les modèles associés à ce manuel. La période entre la réception du dossier complet de certification, jugé recevable, et la délivrance du certificat par la DSAC ne devrait pas excéder 6 mois.

Le certificat signé et le rapport de certification sont déposés dans le dossier de certification sur METEOR.

Le pôle CNA indique la délivrance de ce certificat à la DTA afin que l'arrêté de désignation des CISP uniques soit modifié, le cas échéant.

## **2. Modification des conditions de prestation des services liées à un certificat**

Un prestataire peut souhaiter modifier les conditions de prestation des services liées à un certificat qui lui a été délivré. Les modifications peuvent porter sur :

- une extension des services rendus (services additionnels : informations météorologiques, contrôle de conformité, ...) ou un abandon de certains services additionnels ;
- les conditions de fourniture de services associées au certificat.

Pour modifier les conditions de prestation des services liés à son certificat, le prestataire doit réaliser et transmettre sa demande via l'onglet « Dossier » de METEOR



Les principes énoncés au § 1.3 s'appliquent pour la vérification de la conformité du prestataire dans les domaines où des modifications du périmètre sont demandées. A l'issue de ces vérifications, un nouveau certificat est délivré.

Le pôle DSAC/ANA/CNA prend en compte ces changements dans l'organisation de la surveillance continue de l'USSP/s-CISP (examen du document de conformité, revue documentaire, audit sur site, ...).

### 3. Changement de nom du prestataire

---

En cas de changement de nom ou d'adresse du prestataire sans impact sur la base de certification, le certificat sera mis à jour et réémis dans les 3 mois suivant réception de cette information par la DSAC.

Le pôle DSAC/ANA/CNA transmet à la DTA afin que l'arrêté de désignation des s-CISP soit, le cas échéant, modifié.

### 4. Restriction ou suspension du certificat

---

DSAC/ANA peut prononcer la restriction ou la suspension d'un certificat USSP/s-CISP :

- en cas de situation où la sécurité de l'aviation civile est gravement compromise (absence de prise de mesure par le prestataire à la suite d'un écart de niveau 1 par exemple) ou lorsque l'application de la procédure Consigne de sécurité (CONSIGNE) n'a pas permis le retour à une situation acceptable ;
- en cas de faute grave et avérée du prestataire (falsification de document, etc.) ;
- lorsqu'un prestataire n'a pas commencé ses activités dans les six mois qui suivent la délivrance du certificat ;
- lorsqu'un prestataire a cessé ses activités depuis plus de douze mois consécutifs ;
- ou lorsqu'un prestataire informe formellement la DSAC de son incapacité temporaire à rendre le service.

Avant toute décision, DSAC/ANA :

- fait part au prestataire des raisons de son intention ;
- demande au prestataire de lui fournir toute explication et, le cas échéant, de remédier aux déficiences constatées ;
- confirme l'intention de restriction ou de suspension par l'envoi au prestataire d'une lettre recommandée avec accusé de réception en exposant les raisons. Le prestataire dispose alors d'un mois, à compter de la réception de cette lettre, pour présenter ses observations à la DSAC/ANA.

Dans tous les cas, l'impact de l'arrêt d'un service est évalué par DSAC/ANA/CNA afin de mettre en place les mesures éventuelles nécessaires pour garantir un niveau de sécurité suffisant en l'absence de ce service.

A ce titre, une coordination est également effectuée avec les autres Etats Membres dans lesquels le prestataire fournit le service.

Enfin, une communication est faite aux DSAC/IR, à l'EASA et autres parties prenantes dans la surveillance du prestataire.

L'outil METEOR et les documents mis en ligne sur GEODé R6 sont mis à jour en conséquence.

### 5. Révocation du certificat

---

DSAC/ANA révoque le certificat d'un USSP/s-CISP dans les cas suivants :

- suspension d'un certificat depuis plus de 12 mois, sans que le prestataire n'ait pu apporter la preuve d'un retour à une situation acceptable – dans ce cas il sera observé un préavis formel de 2 mois pour permettre au prestataire de présenter ses observations, et justifier le cas échéant de conditions acceptables d'une reprise d'activité ; la révocation pourra survenir plus tôt si nécessaire ;
- lorsqu'un prestataire informe formellement la DSAC de son intention de ne plus rendre le service ;
- en cas de faute grave et répétée du prestataire (falsification de document, etc.).

En cas de révocation du certificat, DSAC/ANA confirme l'intention de retrait par l'envoi au prestataire d'une lettre recommandée avec accusé de réception, en exposant les raisons de la révocation.

A ce titre, une coordination est également effectuée avec les autres Etats Membres dans lesquels le prestataire fournit le service.

Enfin, une communication est faite aux DSAC/IR, à l'EASA et autres parties prenantes dans la surveillance du prestataire.

Le pôle DSAC/ANA/CNA transmet à la DTA afin que l'arrêté de désignation des CISP uniques, le cas échéant, soit modifié.



## II. ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE

### 1. Organisation de la surveillance USSP/s-CISP

DSAC/ANA établit un programme de surveillance continue basé sur les risques, y compris pour le suivi des performances opérationnelles et financières, proportionné aux risques associés aux services fournis par les prestataires de services U-space et les prestataires uniques de services d'informations communes dont la supervision lui incombe.

#### 1.1. Mission du responsable désigné

**Le responsable désigné :**

- Adresse, avant le 28 février de l'année N, à chaque prestataire un plan de surveillance valide pour une durée d'un an, mis à jour annuellement selon le modèle disponible dans les documents associés ;
- envoie les rapports d'audits aux prestataires (cf. [chapitre « IV. AUDITER »](#)) ;
- adresse aux prestataires les demandes d'actions correctives en traitement des écarts notifiés (cf. chapitre « [V. CONSTATS](#) ») et prend les actions nécessaires lorsqu'il a été constaté que la sécurité est compromise – il est rappelé que tout projet de consigne de sécurité devra a minima être validé par le directeur technique ANA ;
- adresse aux prestataires les réponses aux actions correctives que ces derniers ont transmises ;

### 2. Modulation de la surveillance

Les principes de modulation de la surveillance des USSP et CISP uniques sont basés sur les principes du RBO (de la formule anglaise « risk based oversight », voir [MS-GEN §5.2 Planification de la surveillance](#)). La méthode RBO au sens du MS-GEN n'est pas appliquée formellement, puisque les USSP et les CISP uniques ne disposent pas de système de gestion de la sécurité.

#### 2.1. Modalités d'application de modulation de la surveillance aux USSP/s-CISP

##### 2.1.1. Principes retenus

L'application de la modulation de la surveillance des USSP/s-CISP permet d'agir sur les trois paramètres suivants :

- type et nombre d'actions de surveillance. Au moins une action de surveillance permettant de relever des écarts à la réglementation doit être programmée par cycle de surveillance (voir [paragraphe 2.1.3.2](#)) ;
- durée du cycle de surveillance, qui définit l'intervalle maximal entre deux audits sur site (voir [paragraphe 2.1.3.1](#)). Le cycle de surveillance nominal d'un USSP ou d'un CISP unique est de 36 mois.

Celui-ci peut être augmenté à 48 mois si le prestataire vérifie au moins les conditions suivantes depuis 36 mois :

- ne pas avoir été sujet à un écart de niveau 1 ;
- avoir corrigé toutes ses non-conformités dans les délais acceptés par l'autorité ;
- avoir identifié ses dangers de manière efficace ;
- maîtriser la gestion de ses changements.

Il peut à l'inverse être réduit à 24 mois, voire 12 mois, si DSAC/ANA estime qu'une surveillance plus importante doit être réalisée pour ce prestataire.

Le choix des prestataires audités pour l'année n+1 est effectué dans le cadre d'une réunion dédiée (voir [2.1.3.1](#)).

### 2.1.2. Données d'entrées

Les données issues de la surveillance des USSP et s-CISP, utilisées pour adapter l'organisation de la surveillance, sont les suivantes :

Données	
<i>Données de performance</i>	<p>La performance globale est établie à partir de l'évaluation de la performance du système de gestion du prestataire selon les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des risques</li> <li>Pilotage du système de gestion</li> <li>Actions correctives</li> <li>Améliorations et changements</li> <li>Gestion des interfaces</li> <li>Documentation</li> <li>Formation et communication</li> </ul>
<i>Données de conformité</i>	<p>Ce niveau est établi en prenant en compte le nombre d'écarts constatés, ainsi que leur criticité et le temps de remise en conformité observé chez le prestataire.</p>
<i>Données d'exposition</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trafic (structure, quantité, activité, temporalité, typologie des exploitations d'UAS)</li> <li>Structure organisationnelle</li> <li>Espace aériens U-space associés</li> <li>Changements</li> <li>Services rendus</li> <li>Volume d'activité</li> </ul>
<i>Avis d'expert suite à audit</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>préconisations sur la périodicité des audits de l'entité.</li> <li>l'équipe d'audit peut également proposer la réalisation d'une revue documentaire ciblée ou non à une date plus rapprochée.</li> </ul>

Ces critères sont renseignés, pour chaque prestataire U-space, dans une fiche RBO mise à jour par le pôle DSAC/ANA/CNA :

- après chaque audit, sur proposition de l'équipe d'audit et validation de DSAC/ANA/CNA lors de la réunion d'harmonisation du rapport ;
- au fil de l'eau, si des informations pertinentes sont portées à la connaissance de la DSAC, notamment dans le cadre de l'analyse des événements ou des changements ;

### 2.1.3. Prise en compte des données d'entrées dans l'organisation de la surveillance

#### 2.1.3.1. Modulation du cycle de surveillance et définition des axes de surveillance et des objectifs d'audit

Chaque année, une réunion « RBO USSP/s-CISP » est organisée (généralement en juin de l'année n-1) pour valider le programme de surveillance de l'année n, les propositions de modulations de cycles et pour définir d'éventuels axes de surveillance et des objectifs d'audit de l'année n.

Cette réunion est présidée par le chef de pôle DSAC/ANA/CNA ou son représentant et rassemble a minima :

- le directeur technique ANA ou son représentant ;
- le responsable de la surveillance USSP/s-CISP du pôle DSAC/ANA/CNA ;
- toute personne jouant un rôle dans la surveillance de ces prestataires.

En préparation de la réunion « RBO USSP/s-CISP », il convient pour le pôle DSAC/ANA/CNA, de consolider le fichier « RBO USSP/s-CISP » notamment en ce qui concerne les cycles proposés.

La validation des cycles de surveillance doit tenir compte de la répartition globale des audits d'une année à l'autre pour lisser la charge de travail et doit garantir l'homogénéité de traitement entre les prestataires.

Des axes de surveillance peuvent être proposés et discutés lors de cette réunion, en fonction des résultats globaux des évaluations RBO ou des recommandations du PSE, par exemple.

NB : cette réunion peut ne pas être tenue formellement dans le cas où il y a moins de 5 prestataires USSP/s-CISP certifiés à surveiller.

#### *2.1.3.2. Modulation du type et du nombre d'actes de surveillance*

L'évaluation pour la modulation de surveillance peut influencer sur le nombre et le type d'actions de surveillance réalisées au sein d'un cycle. Notamment, un prestataire pour lequel l'évaluation montre des résultats non-satisfaisants pourra faire l'objet d'un nombre accru d'actions de surveillance au sein de son cycle. Des réunions de suivi supplémentaires, voire des audits supplémentaires peuvent ainsi être organisés lorsque la situation l'exige.

Il convient de noter que, au sein d'un même cycle :

- doivent être organisés :
  - au moins un acte de surveillance : audit sur site ou revue documentaire ;
  - au moins une réunion de suivi par cycle ;
  - toute action supplémentaire spécifique jugée utile par la DSAC/ANA dans le cadre de l'évaluation pour la modulation de surveillance.
- des actes de surveillances supplémentaires peuvent être effectués en cas de besoin.

## **3. Programmation des audits**

---

### *3.1. Programmation des audits USSP/s-CISP*

L'utilisation de METEOR est prépondérante dans ce processus ; il convient de se référer au [manuel d'utilisation de METEOR](#) pour les aspects techniques de l'outil.

Pour l'ensemble de ces sections, le programme d'audit considéré est celui de l'année n (qui contient les audits prévus à l'année n et envisagés à l'année n+1).

#### *3.1.1. Etablissement du programme annuel d'audits*

L'établissement du programme annuel d'audits consiste à :

- déterminer les objectifs particuliers des audits ;
- établir un calendrier des audits ;
- affecter les ressources d'audits.

Le pôle DSAC/ANA/CNA établit **avant le 1<sup>er</sup> septembre de l'année n-1** la liste des audits USSP/s-CISP qui devront être réalisés pour l'année n, en fonction de la surveillance déjà réalisée et en tenant compte du RBO. Les audits prévisionnels de l'année n+1 doivent également être établis.

L'ensemble de ces audits doivent être renseignés dans METEOR, avec au moins les informations suivantes :

- Objet (renseigner « Audit USSP/s-CISP ») ;
- Mois/Trimestre.

### *3.1.2. Notification des audits aux prestataires USSP/s-CISP*

Les audits prévus sont notifiés formellement à chaque prestataire USSP/s-CISP, pour ce qui le concerne, via la transmission du programme de surveillance avant le 28 février de l'année n. Voir « Programme de surveillance ».

Dès lors que le programme de surveillance est notifié, chaque audit doit être transmis individuellement dans METEOR. Sauf dans les cas des audits additionnels programmés en cours d'année pour faire face à une situation de sécurité dégradée, un audit doit être notifié au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de l'audit, et les échanges préparatoires doivent avoir été initiés avant la même échéance.

Le programme de surveillance peut être modifié en cours d'année en cas de nécessité.

### *3.1.3. Définition des objectifs d'audits*

Les objectifs d'audit, ou axe de surveillance, sont définis par le pôle DSAC/ANA/CNA lors de la réunion « RBO USSP/s-CISP ». Ils prennent leur source principalement dans les domaines où des problèmes ont été décelés par le biais de l'ensemble des actions de surveillance (événements de sécurité, gestion des changements, recommandations de sécurité, etc.).

NB : il est possible qu'aucun objectif d'audit particulier ne soit établi, notamment les premières années suivant la mise en place de la surveillance de ces prestataires.

### *3.1.4. Affectation des équipes d'audit*

L'affectation des auditeurs pour les audits de surveillance des prestataires U-space est réalisée par le pôle CNA (comme dans le cadre d'affectation d'auditeurs pour les audits des prestataires ATM/ANS cadrée dans la [P\\_102\\_OSC](#)). Le pôle CNA veille à ce que ces auditeurs soient a minima titulaires de la qualification d'auditeur ATM/ANS et aient obtenu une sensibilisation du concept U-space et de son règlement.

Cette affectation tient compte de la possibilité de proposer des places pour des auditeurs FABEC. Dans le cas de la participation d'auditeurs FABEC, la validation est effectuée dans le cadre des coordinations avec le FAC (*Fabec Audit Coordinator*).

Cette affectation tient compte des principes de déontologie visant à empêcher qu'un auditeur anciennement employé par un prestataire fasse partie d'un audit prévu dans une entité où il travaillait, sur une période définie par la charte de déontologie de la DSAC.

En cas de besoin, une réunion dédiée à la planification des audits USSP/s-CISP peut être organisée. Le planning résultant de cette réunion sera pris en compte dans la planification (prévisionnelle et finale) de l'ensemble des audits gérés par le pôle CNA ([cf. P\\_102\\_OSC](#)). Ainsi :

- Une affectation prévisionnelle des auditeurs et responsables d'équipes d'audit est réalisée par le pôle CNA, puis soumise aux différents auditeurs et à leurs chefs de service, **au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre de l'année n-1** pour l'année n.
- Cette affectation sera validée lors de l'envoi formel du programme de surveillance par le pôle CNA **au plus tard le 31 décembre de l'année n-1** pour l'année n.

Lorsque le responsable d'équipe d'audit est définitivement retenu, et avant qu'il ne prenne le premier contact avec l'organisme audité, le pôle CNA informe le prestataire du nom du responsable de l'équipe d'audit.

## III. REVUE DOCUMENTAIRE

### 1. Déclencher une revue documentaire

Une revue documentaire peut se faire dans les cas suivants :

Cas 1	Certification d'un prestataire : la revue documentaire permet de s'assurer de la conformité de la documentation du prestataire au référentiel réglementaire applicable en fonction de moyens de conformité acceptables.
Cas 2	Surveillance continue : la revue documentaire ou la mise à jour des rapports de revue documentaire est possible lors de tout changement dans la documentation de conformité du prestataire (par exemple, pour la mise en conformité à un nouveau règlement, lors d'un changement d'une procédure).
Cas 3	Préparation d'un audit.
Cas 4	Examen a posteriori d'un changement (ou d'un ensemble de changements) du système fonctionnel.
Cas 5	Réalisation d'un acte de surveillance supplémentaire en cas de besoin.

En fonction des cas précités, le but de la revue documentaire est de déterminer si un (ensemble de) document(s) présenté permet :

- de démontrer la conformité à une ou plusieurs exigences réglementaires : cas 1, 2 et 5.
- d'établir des pistes d'audit : cas 3 et 5 (cf. chapitre « [IV. AUDITER](#) »)
- vérifier la bonne application de la procédure de gestion des changements de l'USSP/s-CISP pour certains changements qui n'ont pas été examinés par la DSAC avant leur mise en service : cas 4.

### 2. Mandat de revue documentaire

DSAC/ANA mandate un responsable de revue documentaire pour effectuer celle-ci.

Ce mandat peut avoir différentes formes : plans de surveillance, courrier formel, planning d'audit, identification du responsable de suivi de certification dans le cas d'une certification initiale, courriels, etc.

Le prestataire doit fournir les documents nécessaires à la revue documentaire demandés par le responsable de la revue documentaire conformément au mandat.

#### 2.1. Compétences requises

Les agents (hors experts) impliqués dans la revue documentaire doivent posséder la qualification d'inspecteur de surveillance et doivent avoir suivi une sensibilisation au domaine réglementaire U-space.

#### 2.2. Cas d'une revue documentaire permettant de démontrer la conformité à tout ou partie de la réglementation (cas 1, 2 et 5)

Il conviendra d'identifier la conformité réglementaire du prestataire au travers des documents fournis ou de demander des éléments complémentaires lorsque la conformité n'est pas certaine au vu des éléments transmis. Il conviendra ensuite de notifier les constatations dans le rapport de revue documentaire en se conformant au §6.

Note : dans le cas d'une certification, un rapport de certification étant à produire pour la délivrance du certificat, et ce rapport résumant lui aussi le déroulement et les résultats de la revue documentaire, les constats peuvent être notifiés directement par courrier et par METEOR selon les modalités de la procédure ECHA, sans production d'un rapport intermédiaire de revue documentaire.

### *2.3. Cas d'une revue documentaire permettant de démontrer l'application d'une procédure établie par le prestataire en préparation d'un audit (cas 3 et 5).*

Ce cas relevant d'une action préparatoire à un audit, son application renvoie au chapitre « **IV. AUDITER** ».

### *2.4. Cas d'une revue documentaire permettant de vérifier la bonne application de la procédure de gestion des changements du prestataire (cas 4).*

Il conviendra d'effectuer une évaluation du processus de gestion des changements en se conformant au §4 puis de consigner la synthèse de cet examen ainsi que les éventuels constats relatifs à la non-application de la procédure concernée au travers du rapport de revue documentaire en se conformant au §8.

## **3. Identifier la partie du référentiel réglementaire applicable, si pertinent (Cas 1 et 2)**

Sur demande du responsable de revue documentaire, le prestataire doit expliciter clairement à quelle partie du référentiel ce document doit servir à démontrer la conformité, de même qu'il doit préciser l'ensemble des documents permettant de démontrer la conformité à cette partie du référentiel réglementaire. A titre d'exemple, une exigence réglementaire peut être couverte par un manuel et plusieurs procédures.

Le responsable de la revue documentaire s'appuie sur la cartographie des exigences en document associé pour identifier les thèmes concernés.

## **4. Surveillance de la gestion des changements (Cas 4)**

Une revue documentaire peut être déclenchée afin de vérifier la bonne application de la procédure de gestion des changements du prestataire USSP/s-CISP et vérifier la bonne mise en œuvre et l'efficacité de l'ensemble des activités requises. En particulier, la revue documentaire permet d'évaluer les thèmes suivants :

- Mise en œuvre correcte et systématique du processus de notifications ;
- Suivi précis des changements et gestion de configuration adaptée ;
- Conduite correcte et conclusive de l'évaluation de sécurité ;
- Conduite correcte et conclusive de l'évaluation de support à la sécurité.

Cette revue documentaire peut intervenir dans le cadre d'un changement du système fonctionnel affectant le service rendu dans un ou plusieurs U-space existants ou dans le cadre d'un déploiement pour un nouveau U-space. Elle peut également porter sur un thème particulier et couvrir plusieurs changements.

Pour effectuer la revue documentaire, le responsable de la revue documentaire demande l'ensemble des documents produits dans le cadre du changement concerné. En particulier, il devra disposer de ce qui suit :

1. Périmètre et description du changement ;
2. Analyse d'impact du changement ;
3. Evaluation de sécurité ;
4. Evaluation de support à la sécurité ;
5. Preuves de satisfaction de l'ensemble des exigences affectées ;
6. Preuve d'acceptabilité du changement.

De façon générale, une revue documentaire permettant de vérifier la bonne application des procédures de gestion des changements sera conduite par un agent du pôle DSAC/ANA/SMN avec une qualification d'auditeur EdS complétée par une spécialisation au règlement USSP - RE (UE) 2021/664.

A défaut, un agent du pôle DSAC/ANA/CNA disposant d'une qualification d'auditeur ATM/ANS pourra réaliser la revue, assisté d'un agent du pôle DSAC/ANA/SMN.

## 5. Réunion de clôture (Tous les cas, si besoin avéré)

---

Le responsable de la revue documentaire organise ensuite, avec le prestataire, une réunion de clôture en cas de besoin (par exemple si pas ou peu d'échanges réguliers avec le prestataire pendant la revue ou nombre important d'écarts de niveau 2 « significatifs » résultant de celle-ci ou notification d'un écart de niveau 1).

L'objet de cette réunion est de présenter les conclusions de la revue documentaire, les constats relevés et de répondre aux éventuelles demandes d'éclaircissement du prestataire.

Dans le cas de la fourniture d'un nouvel élément de preuve factuel par le prestataire pendant la réunion de clôture, le rapport pourra faire l'objet d'une mise à jour.

## 6. Rédiger le rapport de revue documentaire (Tous les cas)

---

La rédaction du rapport de revue réglementaire se fait selon le modèle en annexe de cette procédure. La revue documentaire donne lieu à l'identification de constats, dont la classification est définie dans le chapitre « [V. CONSTATS](#) ».

## 7. Réunion de validation (Tous les cas)

---

Dans le cas où le client de la revue documentaire est différent du responsable de la revue, le rapport devra être validé par DSAC/ANA/CNA dans le cadre d'une réunion (pouvant se tenir en visioconférence) organisée avec le responsable de la revue documentaire et les éventuels autres participants à la revue.

Cette validation visera principalement à confirmer ou corriger la classification des constats et à s'assurer de la qualité de la rédaction des écarts.

Le rapport validé par DSAC/ANA/CNA est ensuite signé par le responsable de la revue documentaire.

## 8. Archivage du rapport final et envoi des constats (Tous les cas)

---

A l'issue de la réunion de clôture, le responsable doit saisir les données du rapport dans l'outil METEOR.

Ce rapport précise la classification des constats : observations ou écarts considérés de niveau 1, de niveau 2 significatifs et de niveau 2 et impose un **délai de réponse** aux écarts constatés selon les modalités du chapitre « [V. CONSTATS](#) ». Il est envoyé au prestataire accompagné d'une lettre signée par le DT ANA.



## IV. AUDITER

### 1. Etapes principales

Dans toute la procédure qui suit :

- T représente le jour de la réunion d'ouverture de l'audit,
- T' représente le jour de la réunion de clôture de l'audit.

Etapes principales d'un audit	Qui	Au plus tard
Prise de contact avec le prestataire audité (présentation, définition de la période d'audit, demande des premiers documents)	RA	T-2 mois
Dates d'audit fixées avec le point focal du prestataire audité et communiquées à DSAC/ANA/CNA.	RA	T-2 mois
Documents à obtenir de DSAC/ANA/CNA pour fixer les thèmes d'audit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• objectifs généraux et particuliers éventuels</li> <li>• rapports des audits précédents ayant eu lieu sur le même site (cf. METEOR)</li> <li>• événements significatifs</li> <li>• étude(s) de risque des espaces aériens concernés</li> <li>• autres informations relatives au prestataire audité</li> </ul>	RA	T-2 mois
Envoi de la fiche de référence au prestataire audité	RA	T-3 semaines
Transmission de la fiche de référence finalisée avec l'organisme audité aux auditeurs	RA	T-3 semaines
Fixer avec DSAC/ANA/CNA la date de la réunion de validation du rapport de l'audit	RA	T-1 semaine
Se procurer les documents pour la revue documentaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• documents locaux (obtenus auprès du point focal de l'audit)</li> <li>• autres documents pertinents en fonction des thèmes d'audit</li> </ul> Se procurer la liste des événements de sécurité (ECCAIRS)	RA	de T-2 mois à T-2 semaines
Effectuer la revue documentaire	RA + auditeurs	De T-2 mois à T-2 semaines
Coordination de l'équipe d'audit avant l'audit sur site (organisation, stratégie d'audit et consolidation de la revue documentaire)	RA + auditeurs	De T-2 mois à T-2 semaines
Si nécessaire, prévenir DSAC/ANA/CNA des éléments significatifs issus de la préparation de l'audit	RA	T-1 semaine
Audit sur site	RA + auditeurs	De T à T'

Rappel de l'existence du QRI au prestataire audité	RA	T'
Envoi du rapport d'audit provisoire et du projet de note complémentaire aux auditeurs, au pôle DSAC/ANA/CNA et à l'équipe d'harmonisation	RA	Au plus tard, 5 jours ouvrés avant la réunion de validation du rapport
Réunion de validation du rapport	DSAC/ANA/CNA+ RA + Auditeurs	T'+1 mois
Envoi du rapport au prestataire audité	DSAC/ANA/CNA	T'+1 mois

Pour toutes les étapes, l'utilisation de METEOR est requise conformément aux dispositions prévues dans le guide utilisateur.

## 2. Procédures

### 2.1. Rôles, responsabilités et compétences

L'auditeur :

- participe à la préparation de l'audit,
- s'assure que les entretiens qu'il mène restent dans le cadre prédéfini de l'audit,
- documente ses résultats et les coordonne avec le responsable d'audit (RA),
- contribue à l'établissement du rapport d'audit élaboré par le RA,
- met en œuvre les orientations fixées par le RA.
- *doit être qualifié auditeur ATM/ANS et doit avoir suivi la formation continue USSP/s-CISP*

Le responsable d'audit (RA) :

- est auditeur,
- pilote la préparation de l'audit,
- est responsable du bon déroulement de l'audit,
- assure l'interface avec le prestataire audité,
- mène les réunions d'ouverture et de clôture sur site,
- établit et signe le rapport d'audit,
- établit la note complémentaire,
- assure l'interface avec le pôle DSAC/ANA/CNA.
- *doit être qualifié RMA et doit avoir suivi la formation continue USSP/s-CISP*

Le pôle DSAC/ANA/CNA :

- transmet les objectifs de l'audit au RA,

- s'assure que les différentes étapes de l'audit sont respectées,
- désigne un point de contact qui communique au RA des éléments factuels ou documentaires complémentaires en relation avec les thèmes d'audits éventuels.

## *2.2. Préparation des audits*

Le responsable d'audit utilise la liste de contrôle de responsable d'audit associée au présent manuel.

Une cartographie des exigences applicables aux USSP/S-CISP est annexée au présent manuel et est utilisable dans le cadre des audits de ces prestataires

Le MAC\_U-space fait office de guide/check-list que les auditeurs peuvent utiliser.

### *2.2.1. Les objectifs de l'audit*

Le RA obtient du pôle CNA les objectifs généraux des programmes d'audit. Si le pôle CNA le juge nécessaire, des objectifs particuliers sont fixés. Des objectifs particuliers peuvent également être fixés par les pôles SMN et PNA.

### *2.2.2. Périmètre de l'audit*

Le périmètre de l'audit correspond à tout ou partie des exigences du cadre réglementaire U-space auxquels doit se conformer le prestataire. Lorsque le prestataire fait appel à des services extérieurs (sous-traitance), ou interagit avec des parties intéressées (interfaces) pour les services qu'il rend, il est demandé aux auditeurs de vérifier la bonne coordination du prestataire avec ces entités. Le RA peut alors demander à rencontrer une de ces entités dans le cadre de l'audit du prestataire.

Dans ce dernier cas, il convient de respecter les consignes suivantes :

- clairement indiquer au prestataire que cette entité sera rencontrée,
- obtenir l'accord de l'entité, et prévoir explicitement l'entretien dans le planning d'audit,
- expliquer au prestataire et à l'entité les raisons et les modalités de la rencontre :
  - o L'entité rencontrée n'est pas auditée ; la rencontre doit permettre de vérifier les modalités de coordination avec le prestataire audité.
  - o Les constats et observations éventuels s'adressent uniquement au prestataire.
  - o Le rapport d'audit n'est pas transmis à cette entité.

### *2.2.3. Le premier contact avec le prestataire audité*

Le RA prend contact avec le prestataire audité par METEOR (et par téléphone au besoin) auprès du responsable du prestataire ou du point focal :

- à **T- 2 mois** avant l'audit.

Lors de cette prise de contact, le RA :

- vérifie que le prestataire est au courant qu'il va être audité. Si ce n'est pas le cas, il en informe le pôle DSAC/ANA/CNA,
- définit la période de l'audit avec le point focal de l'organisme audité, en tenant compte de la disponibilité de l'ensemble des auditeurs,
- demande l'organigramme ou le document décrivant l'organisation du prestataire audité et la liste des documents mentionnée dans les fiches de référence associées à la présente procédure.

Les dates définitives de l'audit doivent être fixées au plus tard à **T-3 semaines** et communiquées à DSAC/ANA/CNA.

Les périodes d'audit sont prévues dans le plan de surveillance de chaque prestataire. Toute demande de changement significatif de date doit être signalée à DSAC/ANA/CNA par le RA et validée par DSAC/ANA/CNA.

#### 2.2.4. La fiche de référence

Le RA élabore la fiche de référence de l'audit conformément au modèle contenu en annexe du présent manuel. La fiche de référence contient :

- le périmètre prévisionnel de l'audit,
- le référentiel audité,
- le plan d'audit qui décrit l'organisation de l'audit sur site (horaires & fonctions auditées).

Le RA envoie la fiche de référence validée au dirigeant du prestataire audité, et en copie au point focal au plus tard **T-3 semaines**.

Le RA transmet en copie la fiche de référence aux auditeurs,

#### 2.2.5. La revue documentaire

Le RA se procure **entre T-2 mois et T-2 semaines** les documents pertinents vis-à-vis des thèmes audités et nécessaires à la revue documentaire.

En vue de préparation de l'audit, le RA peut se procurer les documents recensés dans le tableau ci-après. Cette liste est à moduler en fonction des thèmes à auditer.

- l'organigramme,
- le manuel du système de gestion,
- le manuel d'exploitation,
- la liste des équipements et contrats de maintenance associés,
- les enregistrements pertinents du SG,
- la liste des événements,
- les informations nécessaires relatives au suivi des écarts antérieurs,
- les changements notifiés,
- les conditions associées au certificat,
- tout autre document pertinent en fonction des thèmes d'audits.

Par ailleurs, le RA peut se procurer la liste des événements de sécurité survenus relatifs au prestataire audité.

Le RA se coordonne avec le pôle DSAC/ANA/SMN pour connaître :

- les changements notifiés ;
- les changements acceptés et, le cas échéant, les conditions associées ;
- les changements en cours de suivi ;
- les éventuelles dérogations accordées.

Le RA envoie ces documents à l'équipe d'audit qui procède à la revue documentaire conformément à l'organisation mise en place par le RA.

Le RA organise au moins une réunion avec tous les auditeurs **entre T-2 mois et T-2 semaines**, dans le but de consolider la revue documentaire.

Cette revue documentaire détermine :

- les incohérences au sein du système de gestion ;
- les écarts du contenu du manuel vis-à-vis du référentiel réglementaire ;
- les questions supplémentaires à poser pendant les entretiens.

Si la revue documentaire met en relief des problèmes spécifiques (comme une inadéquation importante de la documentation ou des problématiques spécifiques liées à la sécurité), le RA en informe le pôle DSAC/ANA/CNA qui décide de la suite à donner.

#### *2.2.6. Utilisation des fiches méthodologiques d'audit*

Le pôle DSAC/ANA/CNA tient à jour des fiches méthodologiques d'audit sur des thèmes particuliers ou nouveaux à auditer. Ces fiches ont pour but de faciliter la compréhension par les auditeurs des exigences de ces thèmes. Les principes décrits dans ces fiches méthodologiques doivent être adaptés en fonction des entités auditées.

### **2.3. L'audit**

L'audit peut être mené en mode hybride présentiel-distanciel ou en distanciel en cas de besoin.

#### *2.3.1. La réunion d'ouverture*

Le plan d'audit contient une réunion d'ouverture de l'audit qui rassemble :

- l'équipe d'audit ;
- La direction du prestataire et les personnels audités (le niveau de participation est laissé à la discrétion du prestataire audité).

Elle est menée par le RA et comprend :

- la présentation des auditeurs ;
- un rappel sur le rôle des observateurs éventuels (cf. § 2.3.3) ;
- l'objectif général ;
- le principe général de l'activité de surveillance et de l'audit ;
- le rappel du champ de l'audit (référentiels & thèmes audités) ;
- le rappel du plan d'audit (sans détails) ;
- les aspects logistiques ;
- le rendez-vous pour la réunion de clôture ;
- les modalités de rédaction du rapport final : points forts / observations / écarts ;
- les clauses de confidentialité ;
- un rappel sur l'existence et sur l'intérêt du remplissage du QRI.

#### *2.3.2. Les entretiens*

Chaque auditeur s'assure au cours des entretiens :

- de respecter les horaires établis dans le plan d'audit ;
- de respecter les techniques usuelles d'entretien d'audit (questions ouvertes) ;
- de maintenir un climat de confiance avec la personne auditée ;

- de récupérer les preuves d'audit (documents, observations en temps réel, etc...).

En cours d'audit, lorsque l'équipe d'audit relève un écart pouvant être caractérisé de niveau 1, l'équipe d'audit se conformera aux dispositions décrites au § 2.6.

### *2.3.3. Participation d'un observateur lors des entretiens*

Il est convenu d'accepter la présence d'un observateur du prestataire (essentiellement le point focal) durant les entretiens.

Il doit être explicitement annoncé à l'observateur que, en participant à l'audit, celui-ci s'engage à ne pas intervenir ni interférer de quelque façon que ce soit avec le bon déroulement des entretiens et que l'équipe d'audit se réserve la possibilité de lui faire quitter l'entretien, si nécessaire.

La confirmation de la présence de l'observateur pendant les entretiens doit être abordée clairement en réunion d'ouverture.

### *2.3.4. Les réunions d'auditeurs pendant l'audit*

L'équipe d'audit fait régulièrement un point sur l'avancement des entretiens, afin de s'échanger des informations permettant d'évaluer l'avancement du travail et d'orienter les entretiens suivants. Ces réunions permettent également de commencer à rédiger les conclusions qui seront présentées en réunion de clôture.

Avant la réunion de clôture, les membres de l'équipe d'audit doivent s'accorder sur les conclusions de l'audit, et rédiger les constats.

### *2.3.5. La réunion de pré-restitution*

Avant la réunion de clôture, il est recommandé au RA d'informer l'encadrement du prestataire audité, de préférence en présence du point focal, de la teneur des constats afin d'éviter tout malentendu lors de la réunion de clôture.

### *2.3.6. La réunion de clôture*

L'équipe d'audit – sous le contrôle et l'organisation du RA – présente les conclusions de l'audit puis les constats au cours d'une réunion de clôture qui rassemble :

- l'équipe d'audit,
- les observateurs éventuels,
- les personnels audités (le niveau de participation est laissé à la discrétion du prestataire audité).

Le RA doit effectuer une conclusion générale formulée au niveau du périmètre de l'audit et du système de gestion du prestataire. Cette conclusion doit porter sur :

- l'évaluation du niveau de conformité des thèmes audités ;
- l'évaluation globale du fonctionnement du système de gestion ;
- le niveau de maturité du système évalué, le cas échéant ;
- la capacité du prestataire à mettre en œuvre le processus d'amélioration continue.

Afin de garantir précision et exhaustivité, chaque constat est présenté conformément à ce que l'équipe d'audit a rédigé pendant l'audit et contient au minimum :

- l'exigence mise en défaut ;
- le libellé du constat ;

- les exemples factuels constatés de non-conformités au référentiel réglementaire applicable et/ou aux procédures internes du prestataire audité.

Le RA informe le prestataire audité que le fond des constats établis ne pourra pas être modifié dans le rapport final.

La distinction entre écart de niveau 1, de niveau 2 et observation n'est pas faite lors de la réunion de clôture. Ainsi, le RA précise, lors de la réunion de clôture, que les constats seront harmonisés par la DSAC avant d'être validés, et que le rapport d'audit définitif sera adressé par le pôle DSAC/ANA/CNA, dans un délai maximal d'un mois.

Néanmoins, en cas de constat important pour la sécurité, détecté lors de l'audit, le RA doit le porter à l'attention du prestataire pour que des actions soient rapidement engagées à la suite de l'audit (voir notamment §2.6 Traitement immédiat d'un écart de niveau 1).

Des points positifs peuvent également être présentés, pour mettre en avant les forces du prestataire. Parmi ces points positifs, certains pourront être classés en points forts (définis dans le chapitre [V. CONSTATS](#)) et figurer dans le rapport d'audit sous proposition de l'équipe d'audit et après validation en réunion d'harmonisation.

Le modèle de présentation de réunion de clôture, associé au présent manuel, pourra être utilisé pour présenter les points positifs, les constats et les conclusions de l'audit. Néanmoins aucun code couleur ne devra être utilisé pour présenter les constats. Ce support sera transmis au prestataire audité à l'issue de la réunion de clôture.

Au cours de la réunion de clôture, les auditeurs répondent aux demandes d'éclaircissement du prestataire. A moins qu'un audité apporte un élément de preuve factuel supplémentaire, les conclusions de l'audit ne doivent pas être remises en question.

Il est recommandé au RA de faire un rappel sur l'existence et l'intérêt de renseigner le QRI.

## **2.4. Questionnaire de Retour d'Information (QRI)**

Le RA transmet la fiche de référence concernant l'audit à destination du responsable du prestataire audité. La fiche de référence comporte les informations concernant le QRI. Le questionnaire est un formulaire internet.

Tous les personnels audités peuvent répondre au Questionnaire de Retour d'Information. Cependant l'organisme audité peut aussi choisir de centraliser les réponses vers un point focal interne qui les transmettra à la DSAC. Pour cela, il a accès via une communication METEOR à une version Word pour se coordonner en interne entre les personnels audités.

Les réponses reçues sont analysées et peuvent donner lieu à des actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de l'activité d'audit USSP/S-CISP. En cas de retour non satisfaisant, le pôle DSAC/ANA/CNA élabore, en collaboration avec le responsable de l'équipe d'audit, une réponse envers le prestataire.

## **2.5. Elaboration du rapport d'audit**

Le rapport d'audit est rédigé par le RA ou par un ou plusieurs auditeurs sous la responsabilité du RA. De manière générale, il convient de rédiger le rapport rapidement après l'audit (lendemain ou surlendemain). Il est adressé à DSAC/ANA/CNA **dans la semaine qui suit l'audit**. Si le délai indiqué ne peut être tenu, il convient d'en avertir DSAC/ANA/CNA.

### **2.5.1. Structure du rapport**

Le modèle de rapport d'audit est un document associé à la présente procédure. Il contient :

- la fiche de référence de l'audit mise à jour,

- la conclusion d'audit. Cette conclusion doit être courte et refléter les principaux constats en termes généraux,
- une fiche par constat (écart, observation ou point fort).

### 2.5.2. Constats

Les constats sont classés conformément au chapitre [V. CONSTATS](#).

## 2.6. Traitement immédiat d'un écart de niveau 1

En cours d'audit, lorsque l'équipe d'audit relève un écart pouvant être caractérisé de niveau 1 au sens du chapitre « [V. CONSTATS](#) », le RA se coordonne rapidement avec le chef du pôle DSAC/ANA/CNA ou son représentant, et avec DSAC/ANA/D afin de :

- valider le classement en niveau 1 de l'écart ;
- décider des mesures conservatoires immédiates à mettre en œuvre afin de revenir à un niveau de sécurité acceptable.

Lorsque les mesures immédiates nécessaires auront été mises en œuvre, d'autres actions correctives pourront être envisagées conformément au chapitre « [V. CONSTATS](#) ».

## 2.7. Elaboration de la note complémentaire

Le RA établit avec l'équipe d'audit une note complémentaire à l'intention de du pôle DSAC/ANA/CNA. Cette note confidentielle a pour objectif de :

- servir de retour d'expérience vis-à-vis de l'organisation des audits,
- de tracer certains points relevant par exemple de risques identifiés qui n'ont pas pu être creusés au cours de l'audit,
- formaliser les suites données aux objectifs définis par le pôle DSAC/ANA/CNA et aux demandes formulées au cours de la préparation par certains services de la DSAC (AER, SMN, PNA, MEAS, NO),
- transmettre au pôle DSAC/ANA/SMN la référence d'une étude de sécurité qu'à l'issue de l'audit l'équipe d'audit juge utile de suivre a posteriori,
- orienter la surveillance basée sur les risques,
- demander des évolutions des outils d'audit.

Au plus tard 5 jours ouvrés avant la réunion de validation, le RA transmet le projet de note complémentaire aux auditeurs et au pôle DSAC/ANA/CNA.

Le modèle de note complémentaire est un document associé à ce manuel.

La note complémentaire finalisée est déposée dans METEOR dans la **partie « documents internes DSAC » non visible des audités**.

## 2.8. Traçabilité des exigences auditées et des éléments de conformité associés

Le RA doit renseigner la cartographie des exigences qui permet de tracer quelles exigences ont été auditées et parmi celles-ci lesquelles ont été considérées satisfaites lors de l'audit, en précisant les moyens acceptables de conformité mis en œuvre par le site audité.

Ce document doit être joint systématiquement à l'« acte de surveillance » sur METEOR (**partie « documents internes DSAC » non visible des audités**), avant la notification du rapport d'audit. Le modèle de cartographie des exigences est associé à ce manuel.



### 2.9. Alimentation de l'outil RBO

En amont de la réunion de validation d'un audit, DSAC/ANA/CNA envoie la fiche RBO du prestataire audité au RA et aux auditeurs. Ceux-ci remplissent séparément la partie évaluation de la performance de sécurité.

Lors de la réunion de validation, les avis sur la performance de sécurité sont confrontés et l'évaluation du niveau de conformité est réalisée (cf. § 2.10).

### 2.10. Réunion de validation

Le rapport d'audit est validé dans le cadre d'une réunion courte organisée par le responsable d'audit en présence de DSAC/ANA/CNA et, dans la mesure du possible, l'ensemble des auditeurs. La date de cette réunion doit être prévue avant l'audit (T-1 semaine)

La validation vise principalement à confirmer ou corriger la classification des constats proposée par l'équipe d'audit, dans un but d'homogénéisation entre les prestataires, et à s'assurer de la qualité de leur rédaction.

La réunion de validation doit également permettre de renseigner collégialement la partie évaluation de la performance de sécurité de la fiche RBO de l'entité auditée.

A la suite de la réunion, le rapport validé est signé par le RA qui le remet au pôle DSAC/ANA/CNA.

### 2.11. Envoi du rapport final

Le rapport final validé est envoyé au plus tard à **T+1 mois** après la réunion de clôture par DSAC/ANA/CNA au prestataire de services.

Il est accompagné d'une lettre signée par le client de l'audit qui précise les écarts considérés de niveau 1 et de niveau 2 significatifs et impose un **délai de réponse** aux écarts constatés selon les modalités du chapitre « [V. CONSTATS](#) ». Toute autre information jugée utile peut y être ajoutée.

Adressage du courrier d'envoi du rapport d'audit :

- au dirigeant responsable
- copie électronique : aux auditeurs
- en fonction des écarts, copie électronique : SMN

*Note : Le rapport ne peut plus être modifié après son envoi au prestataire.*

## V. CONSTATS

Cf : P\_105\_CONSTATS

Si les actions correctives proposées en réponse à des écarts de niveau 2 significatifs ou de niveau 1 sont jugées insuffisantes pour restaurer totalement un niveau de sécurité acceptable, la procédure du chapitre « [VIII. CONSIGNE](#) » peut être déclenchée (dans ce cadre, la DSAC peut s'appuyer sur une expertise externe pour la définition d'actions prescriptives).

Des limitations au certificat, telles que prévues dans la partie « [I. CERTIFICATION](#) », peuvent aussi être envisagées tout en tenant compte de la nécessité d'assurer la continuité des services de navigation aérienne.

## VI. SECURITE DE L'INFORMATION

Cf P\_101bis\_APPRO §4 adapté au contexte U-space.

## VII. EVENEMENTS

Cf P\_106\_EVSECU

Les procédures PSE garantissent la collecte des événements de sécurité et leur traitement approprié des événements des prestataires U-space (USSP et s-CISP).

Les dispositions de la P\_106\_EVSECU adaptées au contexte U-space s'appliquent pour ce traitement.

La DSAC demande aux détenteurs d'un certificat USSP/s-CISP délivré par la DSAC de pouvoir :

- Reporter les événements de sécurité via le mécanisme de formulaire désigné par la DSAC
- Fournir pour chaque notification des informations autant que possible conformément aux directives ECCAIRS2 existantes en matière de notification
- Soumettre également la notification à toute autorité compétente concernée, comme l'exige l'État membre ou les États membres où l'événement a eu lieu (dans ce cas, l'État membre concerné précisera le canal de notification approprié)

Les notifications sont archivées dans le répertoire central européen (ECR).

## VIII. CONSIGNE

### 1. Vérifier si les mesures nécessaires n'ont pas déjà été prises

Si une condition compromettant potentiellement la sécurité est identifiée, il est nécessaire de s'informer auprès du prestataire des actions immédiates qu'il a pu décider de mettre en œuvre. Si celles-ci sont jugées suffisantes pour restaurer le niveau de sécurité, il n'est pas nécessaire de déclencher l'émission d'une consigne de sécurité.

Dans le cas contraire, il est nécessaire de déterminer le ou les moyens les plus adaptés pour traiter le problème :

- En fonction du risque identifié sur la sécurité, une démarche en « escalade » peut être mise en œuvre avec un contact préalable du prestataire, puis le cas échéant, l'émission d'une consigne de sécurité, voire la limitation du certificat (selon les modalités de la procédure du chapitre « I. CERTIFICATION ») ;
- Lorsque l'impact sur la sécurité est sérieux et immédiat ou lorsqu'une mise en surveillance renforcée n'a pas permis de restaurer le niveau de sécurité, une consigne de sécurité doit être émise selon les modalités définies ci-dessous.

### 2. Rédiger un projet de consigne de sécurité

#### 2.1. Condition compromettant la sécurité

Une condition compromettant la sécurité peut être :

- un problème de sécurité qui n'est pas convenablement traité par la réglementation en vigueur et pour lequel le fournisseur de services navigation aérienne ne peut décider seul des mesures à prendre ;
- un problème de sécurité faisant suite à, ou révélé par, un événement de sécurité ;
- un écart de niveau 1 ou de niveau 2 significatif non résolu alors que le délai proposé par le prestataire et accepté par la DSAC est dépassé de manière jugée significative ;
- l'absence de réponse ou d'action du prestataire à la suite d'une demande de l'autorité dans le cadre de ses activités de surveillance ;
- ou toute autre condition pour laquelle le niveau de sécurité est rendu inacceptable.

#### 2.2. Contenu et typologie d'une consigne de sécurité

Une consigne de sécurité contient au minimum les données suivantes :

- a) l'identification de la situation compromettant la sécurité ;
- b) l'identification du système fonctionnel concerné ;
- c) les actions nécessaires et leur justification ;
- d) le délai pour accomplir les actions requises ;
- e) sa date d'entrée en vigueur.

Le format type d'une consigne de sécurité est joint en annexe à ce manuel

On peut considérer qu'il y a 2 grandes classes de consignes :

- des consignes d'ampleur nationale qui s'adressent à tous les prestataires USSP/s-CISP ou à une catégorie de prestataires de service ;

- des « consignes spécifiques d'exploitation » qui ont pour objet d'imposer des mesures spécifiques localement pour rétablir une situation ponctuelle jugée non acceptable pour la sécurité par la DSAC ;

Ces consignes sont des mesures conservatoires à la suite d'un constat de la DSAC. Ce constat peut provenir d'un audit, d'une recommandation du BEA ou de toute autre source.

Exemples de « consigne de sécurité » :

- Rappel d'une consigne d'exploitation/complément de formation ;
- Restriction de capacité ;
- Limitation de trafic UAS.

### *2.3. Rédaction et approbation du projet de consigne*

Le pôle DSAC/ANA/CNA rédige un projet de consigne.

Une coordination particulière doit être menée lorsque les actions et limitations prescrites par la consigne touchent des prestataires de nature différente, par exemple lorsque des limitations touchent un prestataire USSP/s-CISP et un prestataire ATM/ANS.

Dans tous les cas, le projet final avant consultation est approuvé par le directeur technique ANA.

## **3. Consulter les parties concernées**

---

Lorsque l'impact sur la sécurité est sérieux et immédiat, aucune coordination autre qu'interne DSAC n'est réalisée.

Néanmoins, si les délais nécessaires à la mise en œuvre des actions pour rétablir le niveau de sécurité le permettent, le projet de consigne tel que validé par DSAC/ANA est soumis pour commentaires à l'ensemble des parties concernées (DSAC/IR, USSP, s-CISP, PSNA, exploitant d'aérodrome, autorité étrangère dans le cas de services transfrontaliers, usagers, etc...).

Dans ce cas, le projet de consigne est envoyé par le moyen le plus approprié (courrier, courriel, messagerie ou plateforme électronique...) aux parties concernées pour commentaires dans les plus brefs délais.

La prise en compte d'éventuels commentaires et la décision finale resteront du ressort de la DSAC.

## **4. Valider et diffuser la consigne**

---

Chaque consigne de sécurité a une référence de type aaaa/nn où « aaaa » représente l'année et « nn » représente le numéro d'ordre. Cette référence est nationale et est coordonnée par DSAC/ANA/CNA qui tient à jour un tableau des consignes de sécurité. Ce tableau fait partie des enregistrements du processus R6.

Chaque consigne de sécurité est signée du directeur de la DSAC ou, par délégation, par le directeur DSAC/ANA.

Chaque consigne de sécurité est diffusée au minimum à :

- DSAC/ANA ;
- DSAC/ANA/CNA ;
- DSAC/MEAS;
- Prestataire de service U-space concerné;

ainsi que, selon les cas, à :

- Pôle DSAC/ANA concerné ;

- DSAC/IR concernée ;
- Prestataire de service de navigation aérienne concerné ;
- Exploitant d'aérodrome concerné ;
- Autorité de surveillance nationale concernée.

Pour les destinataires directement impliqués dans les actions à réaliser, la diffusion devra être effectuée via une communication METEOR et sera doublée, si cela est jugé nécessaire, par l'envoi d'un courrier avec accusé de réception. En outre, cet envoi peut être anticipé par courrier électronique, lorsque l'impact sur la sécurité est sérieux et immédiat, et qu'une action urgente doit être mise en œuvre.

DSAC/ANA/CNA s'assure de recueillir les preuves de cette transmission, les archive sur GEODé dans la partie dédiée aux consignes, et le mentionne dans le tableau des consignes de sécurité.

## 5. Vérifier l'application de la consigne.

---

La vérification de l'application des consignes de sécurité se fait dans le cadre des activités de surveillance liées au maintien du certificat (audit, revue documentaire, examen des événements de sécurité, voire lors d'une surveillance renforcée).

Notamment, lorsque cela est jugé nécessaire, la DSAC peut exiger auprès du prestataire un bilan régulier de mise en œuvre des actions et d'amélioration du niveau de sécurité.

## 6. Retirer la consigne

---

Lorsque le niveau de sécurité est restauré, le retrait de la consigne doit être effectué.

Pour ce faire, DSAC/ANA vérifie que les conditions compromettant la sécurité qui étaient à l'origine de l'émission de la consigne de sécurité n'existent plus. Cette vérification peut être réalisée par revue documentaire, audit sur site, voire lors d'une surveillance renforcée ou décision formelle d'un organisme international (OACI, Commission européenne, EASA).

DSAC/ANA notifie alors par une communication METEOR adressée aux destinataires initiaux de la consigne le retrait de celle-ci, en précisant les raisons et la date d'effectivité.

Le tableau des consignes de sécurité, tenu à jour par DSAC/ANA/CNA, est ensuite mis à jour.

## IX. ECART HORS AUDIT

### 1. Constat d'une non-conformité

Cette procédure ne traite pas des modalités courantes par lesquelles l'autorité de surveillance peut constater une non-conformité au regard de la réglementation et/ou du référentiel en vigueur pour un prestataire à savoir lors :

- d'un audit de suivi de certificat de ce même prestataire (cf. chapitre « [IV.AUDITER](#) »),
- d'une revue documentaire (cf. chapitre « [III. REVUE DOCUMENTAIRE](#) »),
- ou d'une revue d'étude de sécurité (cf. chapitre « [IX. CHANGEMENT](#) »),

En effet, l'autorité peut être amenée à détecter une non-conformité chez un prestataire dans le cadre d'autres activités de surveillance, notamment lors :

- d'un audit d'un autre opérateur en interface avec ce prestataire, tel qu'un exploitant d'UAS, un autre prestataire,
- d'une revue des événements de sécurité,
- du constat de la mise en œuvre effective d'un changement suivi par la DSAC, avant son acceptation par la DSAC.
- ...

### 2. Evaluation de la non-conformité

L'agent ayant constaté une possible non-conformité chez un prestataire informe DSAC/ANA et lui communique :

- le descriptif factuel du constat, notamment le lieu où il a été constaté (Division X, Dpt Y etc.),
- les éléments de preuve.

A partir de ces éléments, l'autorité identifie ensuite le ou les exigences en défaut, en y incluant les exigences propres du prestataire, et chaque fois que cela est pertinent, les exigences réglementaires nationales ou européennes, afin de confirmer la non-conformité.

Cette analyse doit également aboutir à la classification en écart de niveau 1 / niveau 2 significatif / niveau 2 ou observation, selon les critères définis dans le MCTNA-R6-GEN.

En fonction de la classification de la non-conformité, DSAC/ANA peut ensuite décider :

- pour les écarts de niveau 1 ou les écarts de niveau 2 significatifs : de notifier immédiatement cet écart au prestataire ;
- pour les écarts de niveau 2 : de retenir le constat pour un audit à venir dans le quadrimestre, au cours duquel les éléments de preuves pourront être consolidés. Sinon, celui-ci devra être notifié immédiatement conformément au §3 ;
- pour les observations : de conserver ce constat comme piste pour un audit ultérieur du prestataire.



### 3. Notification de l'écart hors audit

---

L'autorité notifie alors l'écart identifié au prestataire par écrit en identifiant :

- le lieu où ils ont été constatés (Division X, Dpt Y etc.) ;
- le rappel du ou des exigences en défaut, en y incluant les exigences propres du prestataire et, chaque fois que cela est pertinent, les exigences réglementaires nationales ou européennes ;
- la référence aux éléments de preuve du non-respect de l'exigence ;
- un classement en écart de niveau 1, niveau 2 significatif ou niveau 2.

La lettre de notification au prestataire de l'écart hors audit doit également préciser les modalités de traitement de l'écart, notamment le délai de transmission du plan d'actions correctives (PAC) selon les modalités décrites dans le chapitre « [V. CONSTATS](#) ».

Le modèle de notification d'écart hors audit est un document associé à cette procédure.

Les données de l'écart hors audit doivent également être saisies dans METEOR.

## X. CHANGEMENTS

### 1. Objectifs

La surveillance de la gestion des changements consiste en plusieurs activités qui interviennent à différentes étapes de la surveillance des prestataires USSP/s-CISP sous la responsabilité de la DSAC.

- Pour la certification initiale du prestataire USSP/s-CISP, la DSAC :
  - approuve la procédure de gestion des changements du système fonctionnel (cf. §3.1) qui inclut :
    - La procédure de notification des changements,
    - Le processus de gestion du changement tout au long de son cycle de vie,
    - La méthodologie de réalisation des évaluations de sécurité,
    - La méthodologie de réalisation des évaluations de support à la sécurité,
    - La méthodologie de développement des systèmes et logiciels,
    - La procédure de déploiement des services dans un nouveau U-space ;
  - peut être amenée à approuver la procédure de gestion des changements hors système fonctionnel ;
  - évalue les évaluations de sécurité initiales (cf. §3.2) ;
  - évalue les évaluations de support à la sécurité initiale (cf. §3.3) ;
  - évalue les aspects logiciels du système fonctionnel générique (cf. §3.4).
- Une fois le prestataire certifié, la DSAC :
  - Reçoit et traite pour approbation tout changement de la procédure de gestion des changements du prestataire (cf. §4.1) ;
  - Reçoit et évalue les notifications de changement du système fonctionnel du prestataires (cf. §4.2) ;
  - Décide et informe le prestataire de l'examen de certains de ses changements du Système fonctionnel et conduit les examens (cf. §4.3) ;
  - Reçoit et évalue les notifications de changement hors du système fonctionnel qui sont notifiés par le prestataire conformément à la procédure approuvée par la DSAC, le cas échéant (cf. §4.4).

### 2. Responsabilités et qualifications

Les activités de surveillance listées au paragraphe précédent (§1), décrites dans les chapitres suivants et liées à la maîtrise du système fonctionnel des prestataires USSP/s-CISP sont sous la responsabilité du pôle DSAC/ANA/SMN. Elles doivent être menées par des agents en possession de la licence d'Auditeur EdS ayant suivi une sensibilisation au règlement (UE) IR 2021/664.

Les activités relatives aux changements hors système fonctionnel sont sous la responsabilité du pôle DSAC/ANA/CNA. Elles doivent être menées par des agents en possession de la qualification d'inspecteur de surveillance NA ayant suivi une sensibilisation au règlement (UE) IR 2021/664.

### 3. Activités en lien avec la gestion des changements pour la certification initiale

---

#### 3.1. Approbation de la procédure de gestion des changements

##### 3.1.1. Contexte réglementaire

Conformément à l'article 15 (e) du règlement IR (UE) 2021/664 qui renvoie notamment à l'ATM/ANS.OR.B.010 du règlement (UE) 2017/373, un prestataire de services doit mettre en œuvre une procédure pour gérer, évaluer et, si nécessaire, atténuer l'incidence des changements apportés à son système fonctionnel. [AMC12 Article 15(1)(e) Conditions for obtaining a certificate].

##### 3.1.2. Approbation de la procédure de gestion des changements impactant le système fonctionnel

Les procédures soumises à la DSAC dans le cadre de la certification initiale doivent être accompagnées d'une matrice de conformité présentant la couverture des exigences réglementaires par les exigences de la procédure du prestataire ainsi que les justifications associées.

La DSAC dans le cadre de son programme de certification, conformément à l'article 18 (g) du règlement IR (UE) 2021/664, approuve cette procédure sur la base des activités attendues par l'AMC12 Article 15(1)(e) Conditions for obtaining a certificate.

En outre, la DSAC s'assure que les activités attendues au titre des AMC1 et AMC2 de l'Article 15(1) (évaluation du support à la sécurité), AMC6 Article 15(1)(e) (évaluation de sécurité) et AMC1 Article 15(1)(b) sont prévues dans le cadre de la procédure de gestion des changements et que les méthodes à mettre en œuvre pour la certification initiale et dans le cadre des changements sont correctement et complètement définies.

*Nota : L'évaluation actuelle de la DSAC s'appuie sur l'expérience acquise et les méthodes mises en œuvre dans le cadre de la surveillance des prestataires ATM/ANS, tout en étant proportionnée aux risques associés aux opérations dans les espaces U-space. Elle sera affinée à l'avenir pour prendre en compte de façon plus précise les spécificités des USSP et le retour d'expérience des premières certifications et des premiers examens de changements. Des checklists et/ou procédures dédiées non disponibles à l'heure actuelle seront alors développées.*

##### 3.1.3. Approbation de la procédure de gestion des changements hors système fonctionnel

Pour qu'un candidat puisse mettre en œuvre des changements sans approbation préalable, il doit soumettre une procédure et la faire approuver par l'autorité compétente, en définissant le champ d'application de ces changements et en décrivant la manière dont ils seront gérés et notifiés. AMC13 Article 15, (1)(e). La DSAC doit alors approuver cette procédure de gestion des changements hors SF. Des lignes directrices de la DSAC présentant un exemple de procédure de gestion des changements hors SF sont disponibles dans un document annexe à la présente procédure.

##### 3.1.4. Demande de dérogation

Lorsque les procédures approuvées se révèlent inadéquates pour couvrir un changement particulier, le prestataire de services soumet à la DSAC une demande de dérogation permettant de s'écarter des procédures approuvées. Le prestataire ne peut recourir à cette dérogation qu'après avoir obtenu l'approbation explicite de la DSAC.

#### 3.2. Evaluation de l'évaluation de sécurité initiale

Pour sa certification initiale, conformément à l'AMC6 Article 15(1)(e), un prestataire USSP/s-CISP doit fournir une évaluation de sécurité qui garantit que le système fonctionnel mis en œuvre pour la fourniture de services U-space est complet et correct en ce qui concerne le niveau acceptable de sécurité de l'espace aérien U-space.

Dans ce cadre, la DSAC évalue les éléments fournis par le prestataire USSP/s-CISP pour assurer sa conformité. Cette évaluation peut être réalisée (cf. GM10 Article 15(1)) :

- par revue si l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation, tels que mentionnés au GM7 Article 15(1) (mais non nécessairement limités à ces derniers), peuvent être mis à disposition de l'équipe de la DSAC ;

- par audit sur le site de l'USSP/s-CISP, si l'ensemble des données ne sont pas exportables ou si cela rend l'évaluation de la DSAC plus efficace. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport qui permet d'alimenter le rapport de certification.

Au moment de la certification initiale, le prestataire USSP/s-CISP ne dispose pas nécessairement des exigences issues d'une ARA pour un U-space donné. Conformément au GM6 Article 15(1), la DSAC évaluera l'évaluation de sécurité au regard d'hypothèses « raisonnables » que l'USSP/s-CISP aura établies.

### 3.3. *Evaluation de l'évaluation du support de la sécurité initiale*

Pour sa certification initiale, un prestataire USSP/s-CISP doit fournir une évaluation de support à la sécurité, conformément aux AMC1 et AMC2 de l'Article 15(1), permettant de démontrer et justifier que son système fonctionnel satisfait les exigences réglementaires applicables et les exigences ou critères de sécurité issues de l'évaluation des risques de l'espace aérien (ARA) fournie par l'Etat Membre responsable du U-space.

Dans ce cadre, la DSAC évalue les éléments fournis par le prestataire USSP/s-CISP pour assurer sa conformité. Cette évaluation peut être réalisée (cf. GM10 Article 15(1)) :

- par revue si l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation, tels que mentionnés au GM7 Article 15(1) (mais non nécessairement limités à ces derniers), peuvent être mis à disposition de l'équipe de la DSAC ;
- par audit sur le site de l'USSP/s-CISP, si l'ensemble des données ne sont pas exportables ou si cela rend l'évaluation de la DSAC plus efficace. Il est alors nécessaire que la DSAC ait accès à l'ensemble des données nécessaires.

Cette évaluation fait l'objet d'un rapport qui permet d'alimenter le rapport de certification.

Au moment de la certification initiale, le prestataire USSP/s-CISP ne dispose pas nécessairement des exigences issues d'une ARA pour un U-space donné. Conformément au GM6 Article 15(1), la DSAC évaluera l'évaluation de support à la sécurité au regard d'hypothèses « raisonnables » que l'USSP/s-CISP aura établies pour réaliser sa démonstration de conformité.

### 3.4. *Evaluation des aspects logiciels*

Conformément à l'AMC1 Article 15(1)(b), les aspects logiciels constituent un point réglementaire particulier transverse aux aspects sécurité et support à la sécurité. En effet, l'assurance logicielle permet d'apporter les éléments justificatifs nécessaires à la satisfaction d'exigences issues des évaluations de support à la sécurité et des évaluations de sécurité.

Dans ce cadre, la DSAC évalue les éléments fournis par le prestataire USSP/s-CISP pour assurer sa conformité. Conformément au GM10 Article 15(1), cette évaluation peut être réalisée :

- par revue si l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation, tels que mentionnés au GM7 Article 15(1) (mais non nécessairement limités à ces derniers), peuvent être mis à disposition de l'équipe de la DSAC ;
- par audit sur le site de l'USSP/s-CISP, si l'ensemble des données ne sont pas exportables ou si cela rend l'évaluation de la DSAC plus efficace. Il est alors nécessaire que la DSAC ait accès à l'ensemble des données nécessaires.

Cette évaluation fait l'objet d'un rapport qui permet d'alimenter le rapport de certification.

## 4. *Surveillance de la gestion des changements pour les prestataires certifiés*

### 4.1. *Approbation des changements à la « procédure de gestion des changements »*

En cas de modification prévue de la procédure de gestion des changements, le prestataire USSP/s-CISP notifie la DSAC de son intention de mettre en œuvre une nouvelle procédure de gestion des changements.

La DSAC met alors en œuvre les activités décrites dans le §3.1 et approuve la nouvelle procédure.

Tout changement impactant les procédures listées au §1 et relevant de la procédure de gestion des changements doit faire l'objet d'une notification à la DSAC et être soumise à approbation.

La notification par l'USSP/s-CISP et la décision d'approbation de la DSAC, à moins d'accord spécifique entre le prestataire et la DSAC, sont réalisées via METEOR.

#### 4.2. Gestion des notifications de changement des systèmes fonctionnels

Lors de changements planifiés de leur système fonctionnel, conformément à l'AMC12 Article 15(1)(e) (c), les prestataires notifient leur intention à la DSAC.

A moins d'un accord spécifique, cette notification s'effectue sur la plateforme METEOR mise à disposition par la DSAC.

A la réception de cette notification, la DSAC évalue la nécessité de conduire un examen du changement et indique sa décision à l'USSP/s-CISP sous 15 jours via METEOR. Cette décision doit être motivée par une évaluation objective du changement en prenant en compte son impact sur la conformité réglementaire, la sécurité et en considérant son ampleur, son caractère innovation, etc.

*En l'absence d'expérience des différents acteurs de ce nouveau domaine, la DSAC adopte pour les premiers changements des différents prestataires une approche conservatrice consistant à examiner, pendant les 6 premiers mois au moins, l'ensemble des changements ne se limitant pas à un simple correctif technique. Cette approche pourra évoluer au fur et à mesure que la DSAC aura une meilleure compréhension de la nature et de la quantité de changements que les prestataires USSP/s-CISP mettent en œuvre et que la maturité de ces derniers progressera.*

En cas de non-examen, le prestataire est notifié de la décision et le dossier METEOR est clôturé avec la décision. Le prestataire USSP/s-CISP peut alors mettre en œuvre son changement en appliquant ses procédures.

En cas d'examen :

- les activités décrites au §4.3 sont mises en œuvre ;
- la DSAC désigne alors un ou des auditeur(s) EDS compétent(s) (cf. procédure P\_201\_COMPETENCES) qui auront la charge de l'examen de l'argumentaire ;
- le dossier METEOR du changement est alors clôturé à l'issue de l'examen une fois la décision d'approbation ou de refus du changement prononcée par la DSAC.

#### 4.3. Examen des changements

De façon générale, toutes les activités mises en œuvre dans le cadre de l'examen suivent la procédure P\_110\_SECUCHANG §5 en étant adaptées au contexte USSP/s-CISP.

A la fin de l'examen, un rapport de l'auditeur est fourni.

Selon les conclusions du rapport, une décision d'approbation ou de refus est transmise via METEOR au prestataire lui notifiant l'autorisation ou l'interdiction de mettre son changement en service. L'élaboration de la décision et la notification de la décision suivent la procédure P\_110 §6 en étant adaptées au contexte USSP/s-CISP.

#### 4.4. Gestion des changements hors système fonctionnel

##### 4.4.1. Gestion des notifications

Lors de changements planifiés hors de leur système fonctionnel, conformément à l'AMC13 Article 15(1)(e) (c), les prestataires notifient leur intention à la DSAC.

A moins d'un accord spécifique, cette notification s'effectue sur la plateforme METEOR mise à disposition par la DSAC.

La notification est réalisée par la création d'un dossier METEOR de type « [CHG] Notification de changement hors système fonctionnel ». Les échanges avec le prestataire sont tracés via son dossier METEOR.

La notification du changement est réalisée avec une anticipation qui est proportionnée à la durée de traitement par la DSAC au regard de la base de certification en vigueur. Cette durée d'anticipation ne peut être inférieure à 2 mois, sauf accord exprès préalable de la DSAC

#### 4.4.2. *Traitement des changements hors SF*

Parmi les changements hors système fonctionnel sont soumis à l'approbation préalable par la DSAC les changements du système de gestion qui sont susceptibles de dégrader l'atteinte des exigences applicables par une modification de :

- a) L'organisation du prestataire ou de son capital ; ou
- b) De la gestion de la qualité ; ou
- c) De la gestion de ses ressources humaines ; ou
- d) De la gestion de ses ressources financières ; ou
- e) Des responsabilités individuelles ou collectives.

Ces changements doivent faire l'objet d'une approbation par la DSAC avant leur entrée en vigueur.

