

# Institut Pasteur de la Guyane

*23 avenue Pasteur,  
B.P. 6010,  
97306 Cayenne cedex*

Tél. : 0594292600  
Tél. (LHE) : 0594292610  
[www.pasteur-cayenne.fr](http://www.pasteur-cayenne.fr)

# MANUEL QUALITÉ

Référentiel NF EN ISO/IEC 17025 + Référentiel NF EN ISO 15189

Objet des modifications :

- CNR : actualisation des laboratoires coordonnateurs
- Introduction de la notion de SMR (chapitre 3)

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b>	<b>2</b>
<b>PRÉAMBULE</b>	<b>4</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'INSTITUT PASTEUR</b>	<b>4</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'INSTITUT PASTEUR DE LA GUYANE</b>	<b>6</b>
1. Organisation	6
2. Communication / Clients et partenaires	7
2.1. Communication interne IPG	7
2.2. Communication externe IPG	7
3. Valeurs partagées	9
3.1. Des exigences déontologiques	9
3.2. Le Service Médical Rendu (SMR) : une priorité pour les activités de biologie médicale	10
<b>MANAGEMENT DE LA QUALITÉ</b>	<b>11</b>
1. Système de management (SM)	11
2. Pilotage	12
2.1. Mise à disposition des ressources	12
2.2. Politique qualité et engagement de la direction	13
3. Mesure, analyse et amélioration	14
3.1. Suivi de la satisfaction des clients	14
3.2. Suivi des indicateurs	14
3.3. Gestion des audits	14
3.4. Gestion des non-conformités	14
3.5. Gestion des actions d'amélioration	15
3.6. Gestion des documents qualité	15
4. Revue de direction	16
<b>MANAGEMENT DES RESSOURCES</b>	<b>16</b>
1. Ressources Humaines	16
2. Achats	17
3. Équipements	17
4. Systèmes d'Information	18
5. Hygiène, Sécurité et Environnement	18
<b>RÉALISATION DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE (NF EN ISO 15189)</b>	<b>19</b>
1. Pré-analytique	19
2. Analytique	19
3. Post-analytique	20

<b>RÉALISATION DES ANALYSES (NF EN ISO/IEC 17025)</b>	<b>20</b>
1. Revue des demandes, des appels d'offres et des contrats	20
1.1. Relations clients	20
1.2. Traitement de la demande	21
1.3. Appels d'offres	21
2. Manutention des objets d'essai ou d'étalonnage	21
3. Rendu des résultats	22

#### **ABRÉVIATIONS :**

**CNR** : Centres Nationaux de Référence

**COFRAC** : Comité Français d'Accréditation

**CSG** : Centre Spatial Guyanais

**IPG** : Institut Pasteur de la Guyane

**LHE** : Laboratoire d'Hygiène et Environnement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RIIP** : Réseau International des Instituts Pasteur

**SIL** : Système Informatique de Laboratoire

**MAQ** : Manuel qualité

#### **DÉFINITIONS :**

**KALILAB** : Logiciel de Management de la Qualité au laboratoire

## PRÉAMBULE

Le manuel qualité présente les dispositions générales adoptées et mises en œuvre par le laboratoire pour obtenir et garantir la qualité de ses prestations conformément aux exigences de la réglementation en vigueur, aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 et NF EN ISO/IEC 17025 et des référentiels associés.

Il décrit notamment l'organisation du laboratoire, ses différents types de prestations et les dispositions mises en place et appliquées systématiquement en matière d'assurance de la qualité.

Il s'adresse à notre structure interne, aux clients, partenaires, auditeurs...

Le manuel qualité est tenu à jour sous l'autorité et la responsabilité du responsable qualité, désigné par la direction de l'Institut.

La vérification et l'approbation de ce manuel garantissent la cohérence sur le fond et sur la forme des dispositions qui y sont décrites avec la réglementation, les exigences normatives et les autres documents du laboratoire.

Les modifications effectuées sont approuvées par la Direction. L'objet des modifications est indiqué sur la page de garde du manuel qualité.

Le manuel qualité fait partie de la documentation du système qualité du laboratoire. Il est soumis, de fait, aux exigences de la procédure de maîtrise de la documentation, notamment en ce qui concerne l'archivage.

Certaines spécificités de fonctionnement propres aux unités sont décrites dans les procédures et documents concernés.



Dans la suite du manuel, ce logo fait référence au(x) document(s) qualité qui précise(nt) notamment les dispositions de maîtrise de l'activité.

## PRÉSENTATION DE L'INSTITUT PASTEUR

### La recherche par excellence et une référence internationale

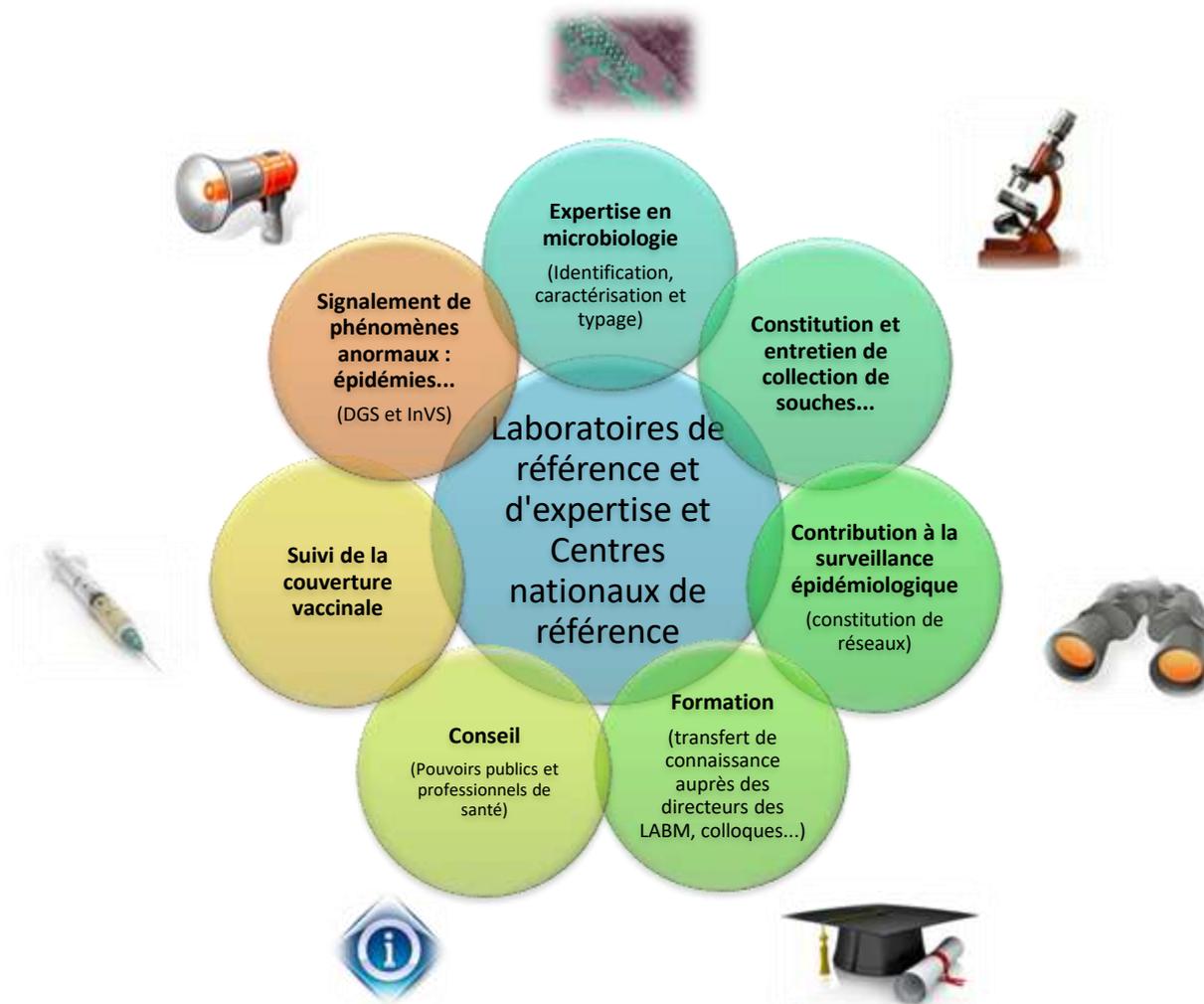
L'Institut Pasteur est une fondation privée à but non lucratif, créé en 1888, dont la mission est de contribuer à la prévention et au traitement des maladies infectieuses à travers trois domaines d'activités :

La **Recherche fondamentale et clinique**, en améliorant la santé et le développement humain,

L'**Enseignement**, 25 cours sont proposés à des centaines d'étudiants du monde entier pour parfaire leurs connaissances ou compléter leur cursus,

La **Santé Publique**, au travers des Laboratoires de Référence et d'Expertise (LRE) que sont les Centres Nationaux de Référence (CNR) et les Centres Collaborateurs de l'OMS. S'agissant des CNR, situés au sein d'établissements publics ou privés, ils mettent au point et/ou évaluent de méthodes de diagnostic, identifient des maladies émergentes, évaluent la pertinence des traitements et participent à la surveillance épidémiologique. Les centres collaborateurs de l'OMS remplissent les mêmes fonctions pour appuyer l'OMS dans ses missions de santé publique au niveau international.

En fonction de leur type d'activité, les LRE remplissent les missions suivantes :



À ce jour, l'Institut Pasteur est au cœur d'un Réseau International de plusieurs Instituts présents sur les cinq continents. Leur proximité avec les zones de pandémie offre au Réseau des capacités de réaction et d'analyse unique qui participent à leur reconnaissance comme spécialiste de la veille microbiologique.



**Le Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP)**

# PRÉSENTATION DE L'INSTITUT PASTEUR DE LA GUYANE

L'Institut Pasteur de la Guyane française et du Territoire de l'Inini, fondation privée reconnue d'utilité publique, est créé le 7 décembre 1940, succédant à l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie. En 1958, il quitte la rue Schœlcher pour s'installer avenue Franklin Roosevelt sur le terrain « Jardin du Pénitencier de Cayenne » près de la pointe Buzaré, aujourd'hui nommée avenue Pasteur.

N° registre du commerce / SIREN/SIRET : 77568489700090

N° FINESS : 970302170

Code NAF (ex APE) : 7219 Z

## 1. Organisation

L'IPG est constitué de :

- **Quatre laboratoires exerçant des activités de biologie médicale selon la norme NF EN ISO 15189**
  - Le Laboratoire de la Tuberculose et des Mycobactéries (LTM) ;
  - Le Laboratoire des Interactions Virus - Hôtes (LIVH) ;
  - Le laboratoire de Virologie ;
  - Le laboratoire de Parasitologie.
  
- **Un Laboratoire Hygiène et Environnement (LHE) réalisant des analyses selon la norme NF EN ISO/IEC 17025.** Ses rôles sont les suivants :
  - Le contrôle sanitaire des eaux ;
  - L'hygiène alimentaire ;
  - L'hygiène hospitalière / environnementale.

L'IPG héberge aussi **quatre CNR** :

- Les laboratoires associés pour la région Antilles-Guyane au sein du laboratoire de virologie comprennent :
  - **CNR des Arbovirus**, coordination : Unité des Virus Émergents INSERM Marseille ;
  - **CNR des virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2)**, coordination : Laboratoire de Virologie, Institut des Agents Infectieux, Hôpital de la Croix-Rousse, Groupement Hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon ;
  - **CNR des Hantavirus**, coordination : Unité Environnement et risques infectieux (ERI) de l'IP Paris.
- Le laboratoire de parasitologie héberge lui :
  - le **CNR du Paludisme** Pôle Zones endémiques françaises dont le laboratoire coordonnateur est situé au laboratoire de parasitologie-mycologie du CHU Bichat Claude Bernard, à Paris ;
  - le **CC OMS** pour la surveillance des résistances aux antipaludiques.

Les plans des différents laboratoires sont intégrés dans le système documentaire.

**IPG-HSQ-A2-EN-002** Plans du bâtiment principal

**VIR-COMM-A2-IN-001** Plan du laboratoire de Virologie

**IPG-HSQ-A2-EN-004** Plan du bâtiment Recherche

**IVH-COMM-A2-EN-004** Plan du laboratoire des Interactions Virus – Hôtes

**LTM-COMM-A2-IN-001** Plan du laboratoire de la Tuberculose et des Mycobactéries



Les organigrammes de l'Institut et du laboratoire sont disponibles dans le système documentaire.



**IPG-DAF-A2-EN-002** Organigramme de l'Institut Pasteur de la Guyane

**EN COM 07-005** Organigramme du LHE

**VIR-COMM-A2-EN-004** Organigramme du laboratoire de Virologie

**PAR-COMM-A2-EN-002** Organigramme du laboratoire de Parasitologie

**LTM-COMM-A2-EN-002** Organigramme du laboratoire de la Tuberculose et des Mycobactéries

**IVH-COMM-A2-EN-002** Organigramme du LIVH

Les différentes fonctions occupées dans les laboratoires sont décrites dans une fiche de fonction.

## 2. Communication / Clients et partenaires

### 2.1. Communication interne IPG

La communication interne au laboratoire est réalisée par différents moyens afin de développer la compréhension et l'appropriation, par l'ensemble du personnel, des objectifs et des attentes des clients. Les moyens utilisés sont les suivants :

- Les revues qualité et la revue de direction,
- Les réunions avec le personnel,
- Les séances de travail en groupe.

L'ensemble du personnel de l'institut dispose d'une adresse courriel.

### 2.2. Communication externe IPG

L'Institut Pasteur de la Guyane dispose d'un site web lui permettant de communiquer avec le grand public : [www.pasteur-cayenne.fr](http://www.pasteur-cayenne.fr)

Le personnel de laboratoire habilité peut également apporter des conseils aux clients en matière d'interprétation des résultats. Cette activité ainsi que les échanges avec les différents professionnels sont définis comme une prestation de conseil. Une procédure décrit les modalités de cette activité.



**IPG-PAR-E1-PR-002** Prestations de conseil

De plus, le personnel du laboratoire est également appelé à participer à des séminaires et des colloques permettant de transférer et d'acquérir des informations pertinentes dans le cadre des activités de référence et d'expertise.

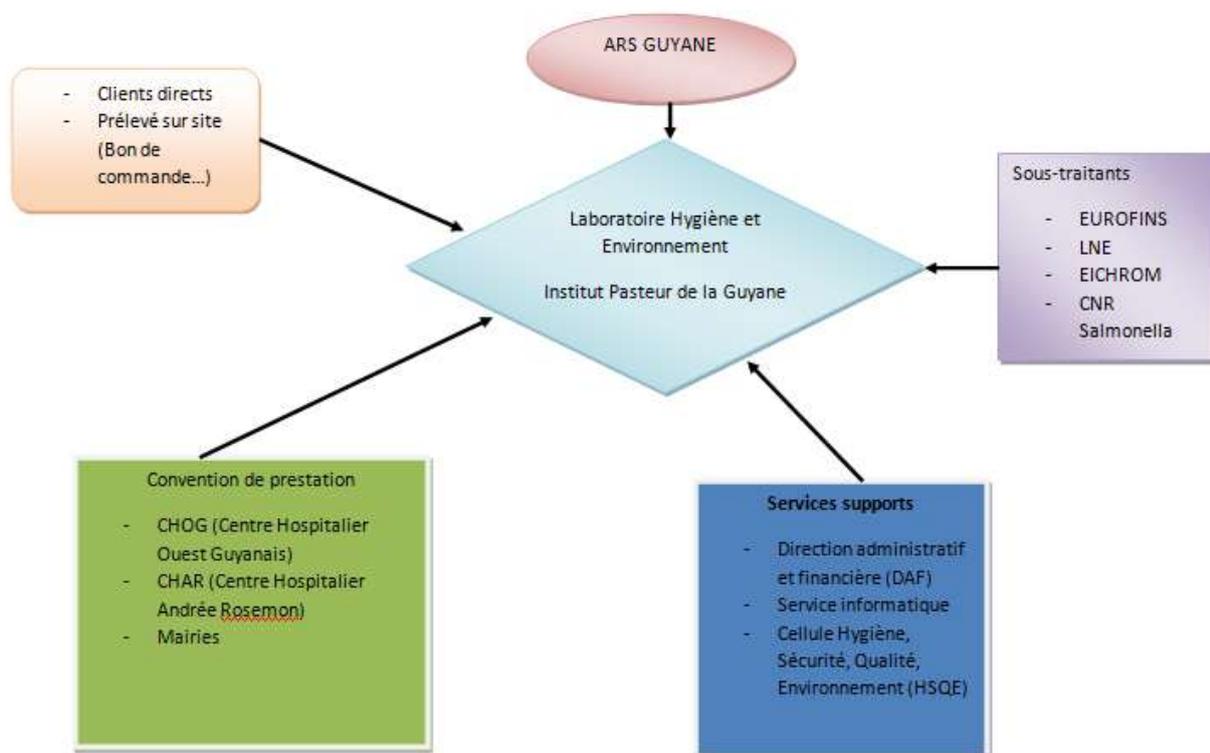
Les laboratoires réalisent des analyses pour différents types de clients. Des conventions et/ou contrats de prestation ou de collaboration sont signés avec les différentes structures clientes du laboratoire.

Lorsque le laboratoire ne peut réaliser lui-même les examens, il les transmet à un laboratoire spécialisé dans le respect des cahiers des charges clients.

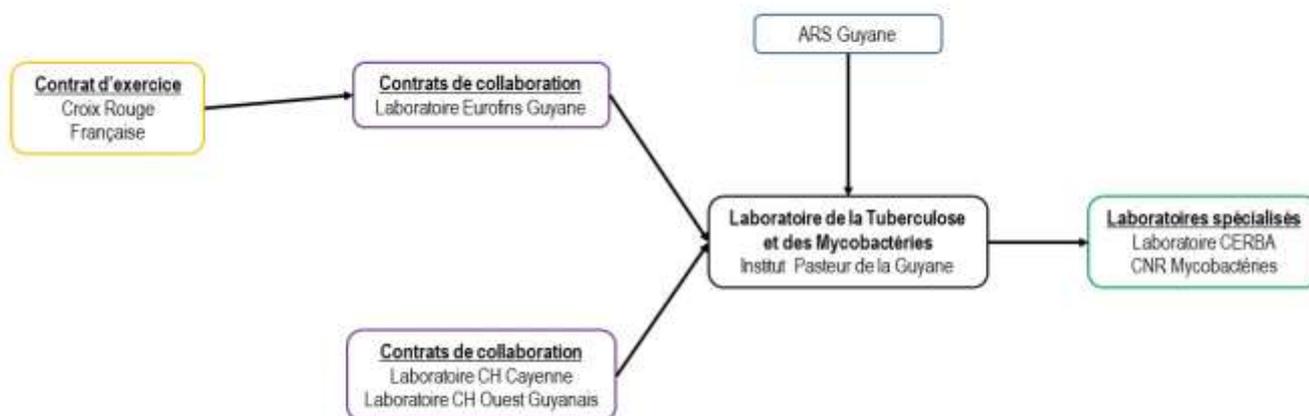


**IPG-DAF-A2-PR-001** Gestion de contrat/appeal d'offres

## Partenaires du LHE



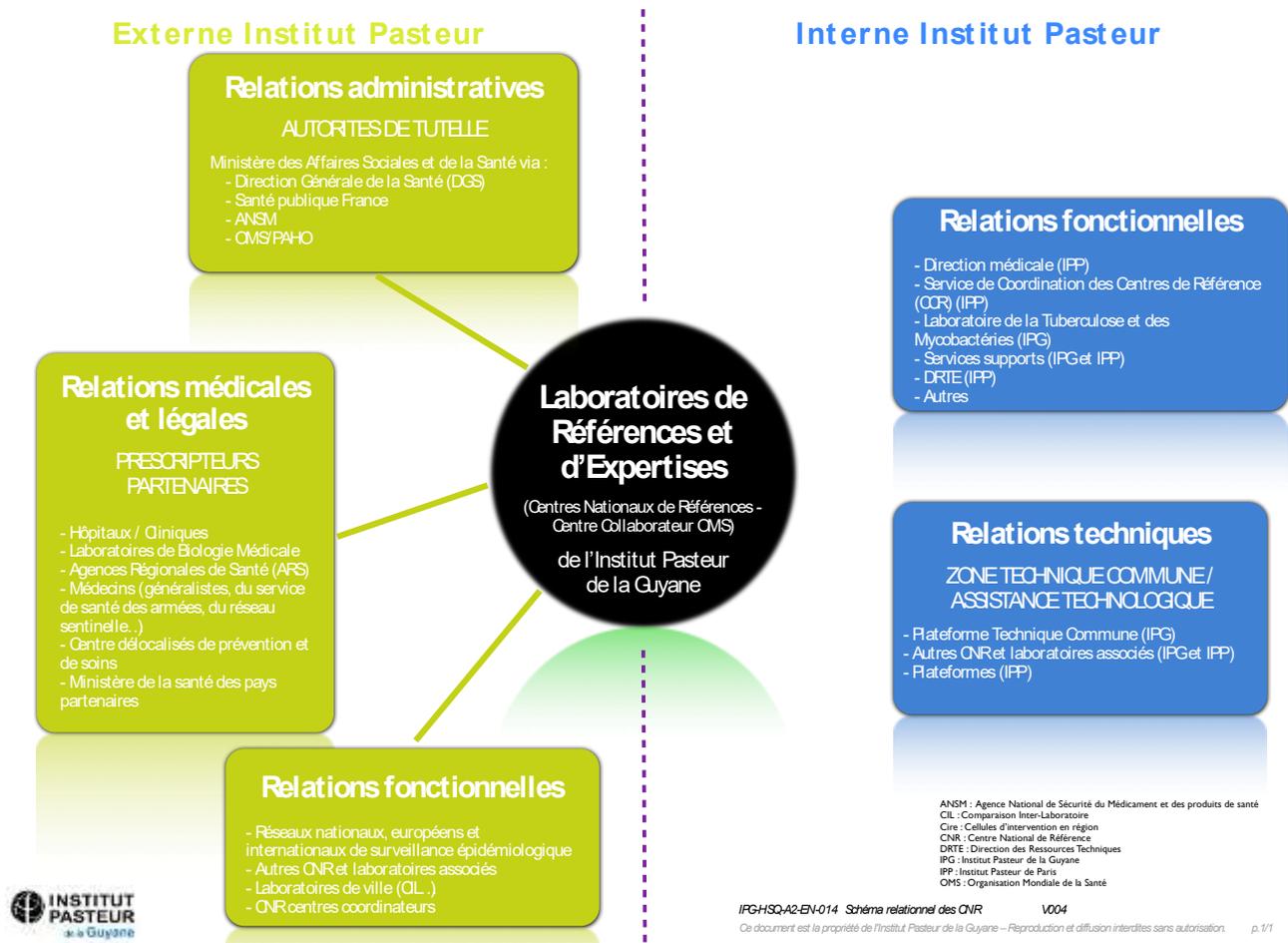
## Partenaires du LTM



## Partenaires du LIVH



## Partenaires des CNR



## 3. Valeurs partagées

### 3.1. Des exigences déontologiques

Afin de garantir les exigences déontologiques inhérentes aux activités du laboratoire, les principes immuables suivants sont respectés :

- Aucun conflit d'intérêts potentiel et aucune considération financière ou politique n'influe sur la réalisation des analyses et des expertises ;
- L'intérêt et les besoins du client sont toujours la considération première ;
- Tous les clients sont traités équitablement et sans discrimination ;

- Seules les informations strictement nécessaires à la réalisation de l'analyse et à l'interprétation des résultats sont collectées ;
- Tout le personnel du laboratoire s'engage à exercer ses activités en toute impartialité et à respecter la confidentialité des informations médicales ou non qu'il pourrait être amené à connaître dans le cadre de l'exercice de ses fonctions ;
- Un paragraphe concernant la non-opposition à l'utilisation ultérieure des échantillons biologiques figure sur les fiches de renseignements jointes à chaque prélèvement concerné (pour NF EN ISO 15189).



**IPG-HSQ-I3-PR-001** Maitrise de la confidentialité

**IPG-HSQ-A4-DX-001** Charte d'éthique de l'Institut Pasteur

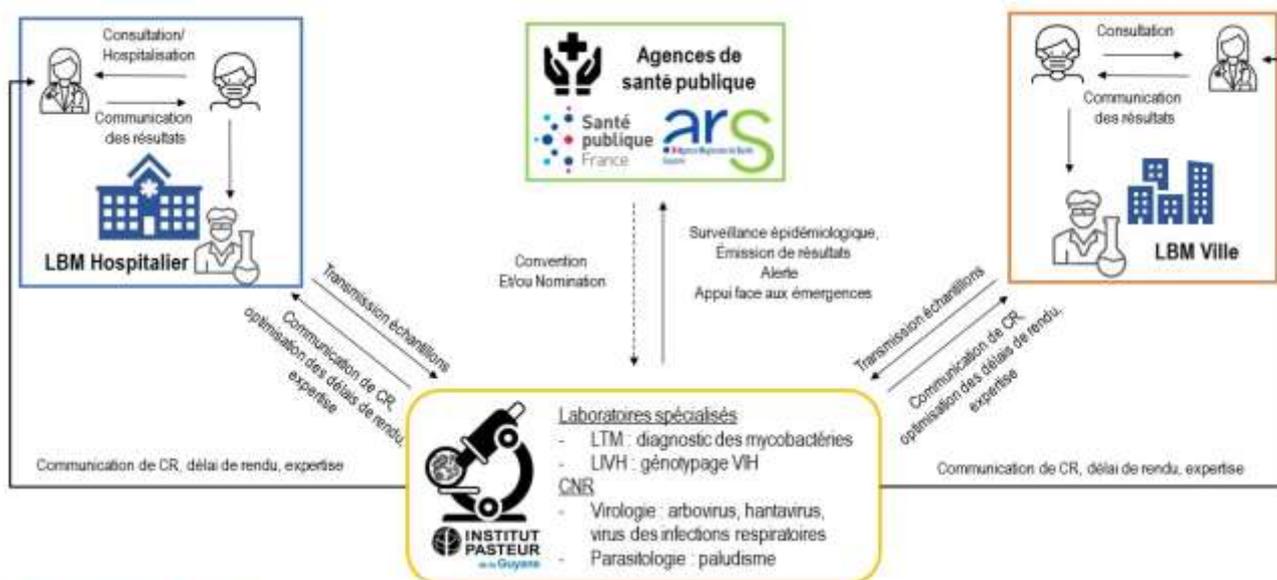
**IPG-DIR-A4-IN-001** Charte de prévention et de gestion des conflits d'intérêts

**IPG-HSQ-I3-EN-002** Engagement Individuel de confidentialité et d'impartialité

### 3.2. Le Service Médical Rendu (SMR) : une priorité pour les activités de biologie médicale

L'Institut Pasteur de la Guyane, dans le cadre de sa mission de contribution à la prévention et au traitement des maladies infectieuses, a, au fil du temps, fait évoluer ses activités de biologie médicale vers des activités de biologie médicale spécialisées afin de répondre toujours au mieux aux besoins et aux particularités du territoire.

L'expertise des laboratoires de l'IPG (LTM, LIVH et CNR) est ainsi utilisée pour offrir à la population guyanaise et aux acteurs de santé locaux voire régionaux, des outils de diagnostic adaptés aux priorités de santé publique et encore non disponibles sur le territoire avec un objectif prioritaire le Service Médical Rendu.



#### SMR : Service Médical Rendu

- Laboratoires de référence et d'expertise
- Laboratoire de sécurité biologique de type 3
- Examens spécialisés non disponibles sur le territoire
- Délais de rendu en adéquation avec une prise en charge optimale des patients
- Prestations de conseil (laboratoires, prescripteurs, patients et agences de SP)
- Outils de diagnostic adaptés aux priorités de santé publique du territoire
- Développement de techniques innovantes
- Amélioration continue

CR : Compte rendu ; SP : Santé publique

Pour atteindre ses objectifs, l'IPG s'appuie sur son Système de management de la qualité.

# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ

## 1. Système de management

Le système de management du laboratoire est basé sur l'approche processus de façon à satisfaire les exigences (besoins et attentes) des patients et des prescripteurs.

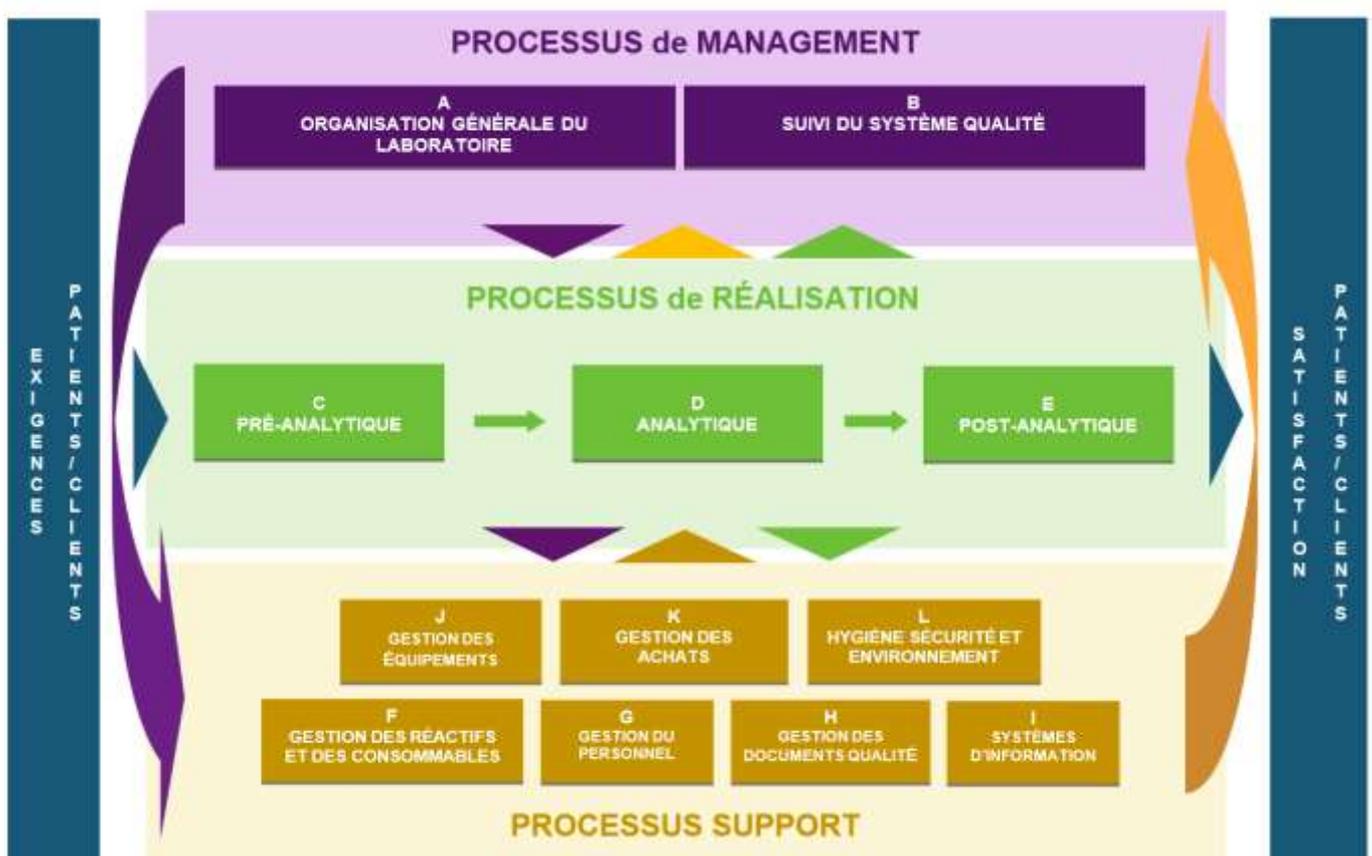
Les processus sont :

- Les processus de management dont la finalité est de :
  - o Définir la politique qualité et les objectifs qualité, fixés par la direction du laboratoire,
  - o Décliner la politique et les objectifs en actions,
  - o Surveiller, mesurer et analyser les processus, les prestations et le niveau de satisfaction des clients et des partenaires,
- Les processus supports qui fournissent les ressources nécessaires aux processus de réalisation,
- Les processus de réalisation qui correspondent aux différentes activités du laboratoire permettant de satisfaire les attentes des clients et des partenaires.

Chaque processus possède une carte d'identité des processus et au moins un indicateur qualité. Les processus sont revus périodiquement par le pilote/copilote de processus et par le Responsable Qualité en s'appuyant sur les résultats obtenus par les indicateurs qualité.

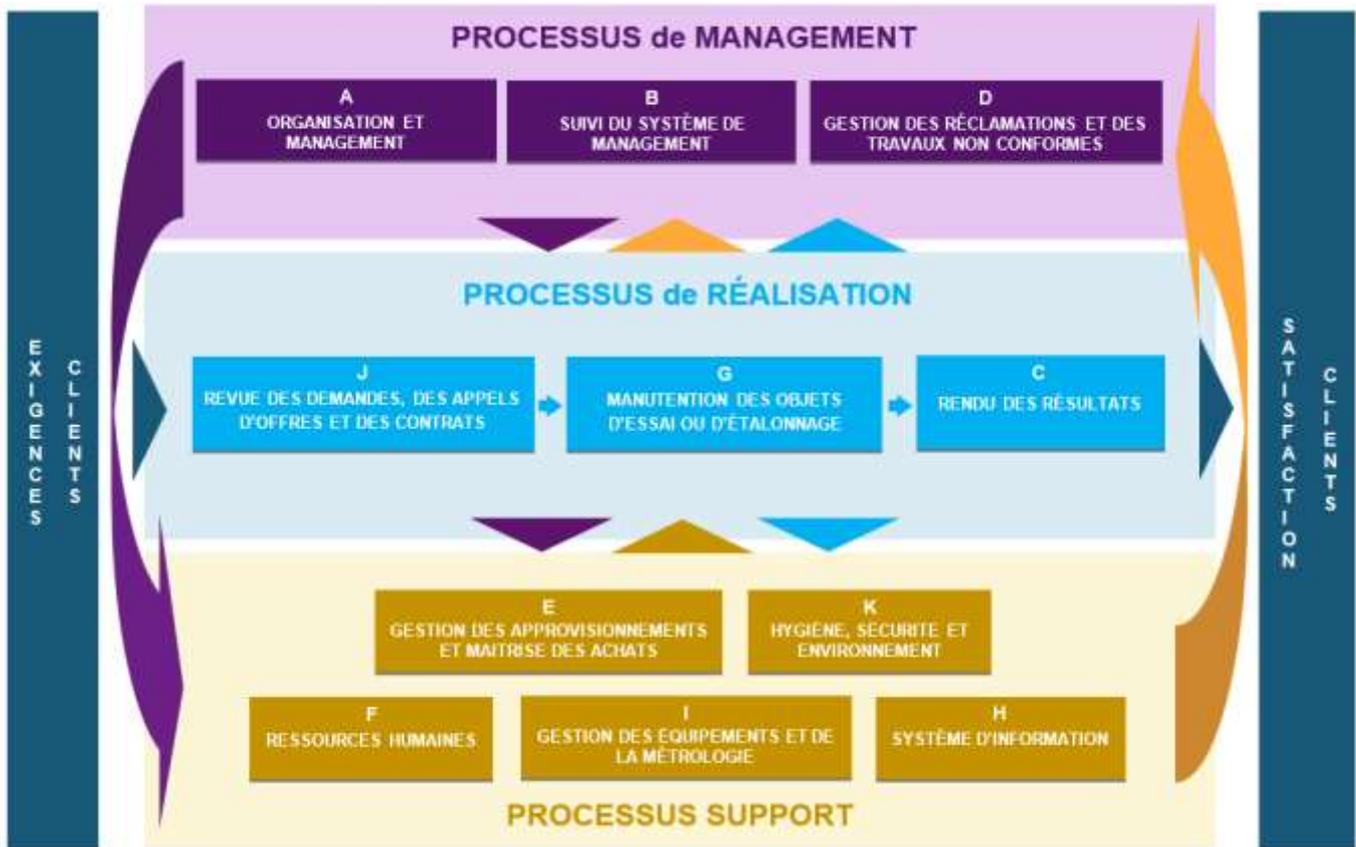
Une cartographie décrit les différents processus du laboratoire et leurs interactions :

### Norme NF EN ISO 15189



Source : IPG-HSQ-H1-EN-017 Cartographie des processus (version 006)

## Norme NF EN ISO/IEC 17025



Source : IT COM 00-001 Cartographie des processus (version 003)

## 2. Pilotage

### 2.1 Mise à disposition des ressources

La Direction de l'Institut Pasteur de la Guyane est responsable de la conception, de la mise en œuvre, de la maintenance et de l'amélioration du système de management et garantit la disponibilité des ressources adéquates pour permettre la bonne conduite des activités du laboratoire.

Le responsable qualité de l'IPG, désigné par la direction de l'Institut, et les correspondants qualité désignés par le responsable du laboratoire concerné ont pour missions de :

- Gérer le système qualité en fonction de la politique et des objectifs définis par la direction ;
- S'assurer de la conformité du système aux exigences de la norme NF EN ISO/IEC 17025 ou de la norme NF EN ISO 15189 ;
- Rendre compte à la direction du fonctionnement du système qualité et de tout besoin d'amélioration ;
- Favoriser l'amélioration du système qualité ;
- Sensibiliser le personnel à la démarche qualité et animer les réunions ;
- Diffuser à l'ensemble du personnel les conclusions de la revue de direction annuelle.

Le responsable qualité de l'IPG s'assure de la coordination et du pilotage de la démarche qualité des laboratoires. Pour ce faire, il travaille en collaboration avec les correspondants qualité de chaque unité, les responsables d'unités et la Direction.

## 2.2 Politique qualité et engagement de la direction



### Engagement de la direction de l'IPG – Politique Qualité

La Direction définit la politique qualité de l'Institut Pasteur de la Guyane et s'engage à respecter les exigences des normes NF EN ISO 15189, NF EN ISO/IEC 17025 et des référentiels associés.

Afin de mettre en œuvre la politique qualité au quotidien et au plus près du terrain, la direction a nommé un responsable qualité chargé de promouvoir et d'améliorer le système de management. Le responsable qualité accomplit cette mission grâce au responsable métrologie et aux correspondants (qualité et métrologie) qui sont un appui pour relayer les informations auprès de l'ensemble du personnel et pour faire évoluer le système de management des laboratoires.

Nous avons mis en place une politique qualité visant à assurer les objectifs suivants :

- Garantir aux patients, prescripteurs et clients, la qualité de nos analyses et de nos prestations ;
- Garantir la confidentialité des données, des prélèvements, des analyses et des résultats qui nous sont confiés ;
- Garantir une totale impartialité, l'absence de tout préjugé, parti pris, toute influence ou pression sur l'ensemble de nos activités ;
- Identifier et traiter efficacement les réclamations, les suggestions du personnel et les non-conformités rencontrées permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration adéquates.

#### Les priorités pour l'année 2025 sont :

Pour le LBM - Institut Pasteur de la Guyane (VIR, LTM, LIVH et PAR) :

- Assurer la transition vers la nouvelle version (v2022) de la norme NF EN ISO 15189 (portée d'accréditation n° 8-3373 disponible sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)) ;
- Préparer l'évaluation de surveillance du COFRAC ;
- Dynamiser les services supports dans la démarche qualité.

Pour le LHE :

- Préparer l'évaluation de surveillance NF EN ISO/IEC 17025 : 2017 (portée d'accréditation n°1-1400 disponible sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)) ;
- Revalider certaines méthodes d'analyses physico-chimiques pour mettre en production les nouveaux automates ;
- Dynamiser les services supports dans la démarche qualité.

#### Par ailleurs, je m'engage à :

- Fournir et mettre en œuvre tous les moyens nécessaires et accessibles à la réussite de nos projets, dans la mesure du possible, et assurer ainsi la reconnaissance locale, régionale, nationale et internationale de nos compétences,
- Ce que l'ensemble du personnel applique les documents qualité conformément aux besoins des patients, prescripteurs, préleveurs et clients ainsi qu'aux exigences réglementaires et normatives,
- Garantir l'absence d'éventuels conflits d'intérêts et qu'aucune pression commerciale, financière ou autre sur le personnel ou l'organisation des laboratoires et des CNR, vienne influencer sur la qualité des analyses et des expertises.
- L'application de la gestion des risques à tous les aspects des activités des laboratoires.
- Ce que la confidentialité et l'impartialité demeurent des valeurs inaltérables dans notre approche envers les patients/ prescripteurs /clients.
- Mettre en œuvre tous les moyens possibles pour garantir le meilleur service rendu aux patients/ prescripteurs/ clients.

Je suivrai personnellement la mise en place et le maintien de nos objectifs qualité et je m'engage à contrôler l'efficacité du système de management et à tout faire, avec l'appui du personnel, pour que les dispositions décrites dans le manuel qualité et les documents associés soient respectées et améliorées.

Directeur de l'Institut Pasteur de la Guyane

Cayenne, le 05 février 2025



Source : IPG-DIR-A1-EN-001 Déclaration de la politique qualité de l'IPG (version 015)

### 3. Mesure, analyse et amélioration

#### 3.1 Suivi de la satisfaction des clients

Tout membre de l'IPG confronté à une réclamation d'un prescripteur ou d'un tiers en général la traite conformément à la procédure de traitement des réclamations.

Les laboratoires collectent, en continu au travers d'un Googleform, la satisfaction de leurs clients/prescripteurs. Une adresse courriel est mise à disposition des tiers : [satisfaction@pasteur-cayenne.fr](mailto:satisfaction@pasteur-cayenne.fr) et [labolhe@pasteur-cayenne.fr](mailto:labolhe@pasteur-cayenne.fr) visant à collecter toutes les réclamations.

Tous les retours (enquêtes et réclamations) sont analysés par le responsable qualité de l'IPG, les correspondants qualité ou les responsables de laboratoire afin de déterminer et planifier les éventuelles actions d'amélioration à mettre en place.



**IT COM 03-002** Réalisation d'une enquête de satisfaction

**IPG-HSQ-B1-PR-001** Gestion des réclamations

**IPG-HSQ-B1-IN-001** Circuit des enquêtes de satisfaction

#### 3.2 Suivi des indicateurs

Un tableau de bord incluant l'ensemble des indicateurs qualité a été mis en place afin :

- de vérifier le bon fonctionnement du laboratoire ;
- d'évaluer la qualité des prestations ;
- de vérifier que les objectifs fixés dans le cadre de la politique qualité du laboratoire ont été atteints.



**IPG-HSQ-B2-PR-001** Gestion des processus et des indicateurs qualité

#### 3.3 Gestion des audits

Suite à la revue de direction, des audits internes sont planifiés si nécessaire. Ils sont réalisés par des personnes qualifiées et doivent couvrir plusieurs activités du laboratoire afin de vérifier la mise en application et l'efficacité du système qualité. Les résultats de ces audits sont analysés par les responsables concernés (responsable qualité, correspondants qualité, responsables d'unité...), afin de déterminer et planifier les actions d'amélioration préventives ou correctives appropriées.



**IPG-HSQ-B3-PR-001** Gestion des audits

#### 3.4 Gestion des non-conformités

Toute situation non conforme aux règles définies par les laboratoires est traitée selon une procédure qui définit les responsabilités et les modalités d'enregistrement, de gestion, d'analyse et de suivi de ce type d'évènement.

Cette procédure précise notamment les modalités :

- de prise en charge des non-conformités (responsabilités, enregistrement...);
- de traitement, y compris interruption des analyses en cours ;
- d'information du prescripteur si besoin ;
- de validation et de diffusion des résultats d'analyses en cas de non-conformités (une explication apparaît clairement sur le compte-rendu) ;
- d'analyse des causes pour déclencher si nécessaire les actions d'amélioration correctives.



## IPG-HSQ-B4-PR-001 Gestion des non-conformités

### 3.5 Gestion des actions d'amélioration

En complément des actions immédiates mises en œuvre dans le cadre du traitement des non-conformités et des réclamations, une analyse des causes ou des risques est menée pour évaluer la nécessité et la pertinence d'engager les actions permettant d'éviter le renouvellement (action corrective) ou l'apparition (action préventive) d'une non-conformité ou d'une réclamation.

Les actions d'amélioration peuvent être définies en s'appuyant sur :

- les enquêtes de satisfaction ;
- le suivi des audits internes ;
- le suivi des indicateurs qualité et les revues de direction ;
- la revue documentaire ;
- les suggestions du personnel ;
- toute réflexion pertinente hors d'un des contextes ci-dessus.



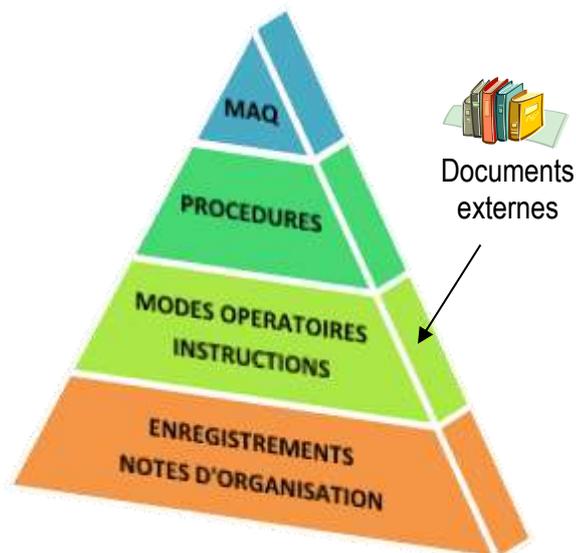
## IPG-HSQ-B5-PR-001 Gestion des actions d'amélioration

### 3.6 Gestion des documents qualité

La documentation qualité est composée des documents communs aux laboratoires et des documents spécifiques à chaque laboratoire.

Les documents sont organisés selon la structure suivante :

- Les **procédures** sont des documents organisationnels qui décrivent dans le détail les dispositions générales d'organisation et permettent d'avoir une vision d'ensemble d'un domaine d'activité en précisant ce qui doit être fait et qui doit le faire, quand et où.
- Les **modes opératoires** et **instructions** sont des documents opérationnels qui guident l'opérateur dans les tâches à réaliser. Ils décrivent une suite détaillée d'opérations distinctes et correspondent au savoir-faire technique du laboratoire en répondant de manière précise aux questions comment et avec quoi.
  - Les modes opératoires sont réservés aux activités techniques et aux méthodes d'analyses.
  - Les instructions sont réservées aux activités organisationnelles.
- Les **enregistrements** font état des résultats obtenus, apportent la preuve de la réalisation des tâches associées à une activité ou apportent la preuve des informations transmises. Il s'agit de formulaires préétablis qui sont destinés à être complétés et conservés de façon à tracer les événements et les informations associées.



Les **notes de service** sont des consignes rédigées par le responsable d'unité à valeur légale.

Il s'agit d'informations :

- d'organisation de l'unité sur des **périodes courtes**, lors d'évènements ponctuels. Il s'agit d'informations rapides sur des modifications d'organisation interne à l'unité qui ne modifient en rien l'organisation générale et la qualité des activités. (Exemple : jours fériés, informations sur le personnel, présentations scientifiques...)
- de fonctionnement. (Exemple : rappel des consignes...)

Ce processus, en interface avec l'ensemble des autres processus, couvre les activités suivantes :

- La maîtrise des documents qui définissent l'organisation, les règles de fonctionnement et les méthodes techniques afin de garantir que chaque personnel soit en possession des informations, approuvées et valides, dont il a besoin ;
- La vérification et l'approbation des documents avant diffusion maîtrisée ;
- La maîtrise de la documentation externe applicable telle que : la réglementation applicable, les exigences normatives et les documents fournisseurs ;
- Le classement et la conservation des enregistrements (papier ou informatique) permettant de démontrer la qualité des prestations des laboratoires ou d'établir une filière d'audit pour retrouver la traçabilité complète de l'analyse ;
- La gestion de la confidentialité (accès, modalités de destruction éventuelle, gestion des données informatiques...);
- La revue périodique des documents.



**IPG-HSQ-H1-PR-001** Gestion des documents qualité

**IPG-HSQ-H2-PR-001** Classement et archivage des documents

## 4. Revue de direction

Dans un but d'évaluation du fonctionnement du laboratoire et de l'adéquation du système qualité par rapport aux besoins clients, aux objectifs qualité définis, des revues qualité et de direction sont réalisées par les laboratoires.

Le but est d'évaluer le fonctionnement des laboratoires, la pertinence et l'efficacité de la politique qualité commune et de déterminer les actions à intégrer dans le plan d'amélioration. Chaque laboratoire peut également fixer leurs propres objectifs qualité lors de leur revue qualité.

Chaque revue de direction fait l'objet d'un compte-rendu établi par le responsable qualité et communiqué à l'ensemble du personnel.



**IPG-HSQ-A3-PR-001** Revue qualité et revue de direction

## MANAGEMENT DES RESSOURCES

### 1. Ressources Humaines

Afin de garantir l'adéquation permanente des compétences de ses équipes avec les exigences de qualité du laboratoire, la direction a défini un processus de gestion du personnel qui couvre les activités suivantes :

- le recrutement et l'intégration du nouveau personnel jusqu'à l'habilitation au poste ;
- la constitution et la gestion du dossier administratif de chaque salarié ;
- la conduite des entretiens individuels ;
- l'évaluation régulière des compétences ;
- la détection, la planification et le suivi des actions de formation interne et externe pour toutes les catégories de personnel (plan de développement des compétences).

- la tenue de planning afin de s'assurer que le laboratoire dispose en permanence des moyens humains nécessaires pour la réalisation des analyses dans de bonnes conditions ;
- la formation interne dans le domaine de la qualité du personnel.



**IPG-DAF-G1-PR-001** Gestion du personnel

**IPG-DAF-G6-PR-001** Gestion des formations

**IPG-HSQ-G6-PR-001** Formations hygiène, sécurité, qualité, environnement

**IPG-HSQ-G14-PR-001** Gestion et suivi des habilitations

## 2. Achats

Ce processus garantit la qualité des prestations achetées, le stockage, la traçabilité et la fiabilité des produits et matériels (notamment : date de réception et de mise en service, N° lot...) qui peuvent avoir une influence sur la qualité des résultats donc sur la performance du laboratoire et la satisfaction des clients.

Des zones de stockages de différentes natures sont définies au sein des laboratoires afin de garantir les conditions de conservation des différents produits stockés. Ces zones sont contrôlées régulièrement de manière à garantir l'intégrité des produits stockés.

Les achats se font sur abonnement (avec contrat global), par bon de commande pour les fournisseurs extérieurs ou par bon de perception pour les articles disponibles en interne.

Chaque nouvelle mise en service entraîne, le cas échéant, la validation du système analytique et la révision de la liste des matériels. Chaque commande fait l'objet d'un contrôle de conformité lors de la réception des produits.

La sélection des fournisseurs est effectuée par la direction administrative et financière et le laboratoire sur la base de critères définis. Une évaluation annuelle des fournisseurs critiques est effectuée par le laboratoire ou service, sur la base des enregistrements relatifs aux commandes et prestations, selon une grille d'analyse basée sur les homologations réglementaires, la conformité des produits commandés et de la facturation.



**IPG-HSQ-K1-PR-002** Réception et gestion des marchandises

**IPG-DAF-K1-PR-001** Achat de matériel, réactifs, consommables et prestations de services

**IPG-HSQ-K1-IN-001** Évaluation des fournisseurs et des sous-traitants

**PAR-COMM-K1-IN-001** Approvisionnement du laboratoire de parasitologie

## 3. Équipements

La mise en œuvre de ce processus garantit la fiabilité des équipements techniques d'analyses et de stockage des milieux, réactifs et échantillons. Il s'appuie notamment sur les dispositions suivantes :

- Tenue à jour d'une liste des matériels ;
- Entretien régulier du matériel du laboratoire, par du personnel habilité, selon les recommandations des fournisseurs, basé sur des maintenances internes et des interventions curatives ou préventives externes.
- Gestion des pannes :
  - identification claire des matériels défectueux,
  - mise en place de solution de substitution (technique manuelle, appareil de remplacement, sous-traitance) permettant de réaliser les analyses dans les conditions requises de conservation des échantillons ou le degré d'urgence des analyses,
  - analyse d'éventuels impacts sur les résultats antérieurs à la panne,
  - validation de la remise en conformité de l'équipement avant remis en service,
- Étalonnage ou vérification des équipements de mesure et contrôle, ainsi que des enceintes thermorégulées, suivant un programme prédéfini, par l'IPG et /ou des entreprises spécialisées,

- Surveillance et l'enregistrement des conditions, notamment environnementales, susceptibles d'influencer la qualité des résultats,
- Conservation des enregistrements relatifs aux entretiens, maintenances, étalonnages et vérification.



**IPG-HSQ-J4-PR-001** Gestion des équipements

**IPG-HSQ-J4-PR-002** Gestion du changement

**IPG-HSQ-J2-PR-001** Gestion de la métrologie

## 4. Systèmes d'Information

Les données liées aux analyses sont stockées sur le Système Informatique du Laboratoire dédié, et le cas échéant dans les systèmes embarqués sur les automates.

Les dispositions suivantes sont mises en œuvre afin de garantir la fiabilité et l'intégrité du système d'information :

- Définition des autorisations et droits spécifiques nécessaires permettant un accès sécurisé au Système Informatique du Laboratoire ;
- Mise en place de dispositions techniques et d'administration de réseau assurant les protections nécessaires vis-à-vis des risques de modification, suppression ou accès aux logiciels et données du laboratoire par des personnes non autorisées ;
- Définition et mise en œuvre des modalités de sauvegardes des données informatiques et logiciels ;
- Validation des logiciels (règles d'arrondi et de conversion notamment) et des systèmes de transfert de données (connexions automates, transmission sécurisée des résultats, facturation) ;
- Maintenance contractuelle par une société informatique spécialisée.



**IPG-INF-I1-PR-001** Maitrise des données informatiques des laboratoires

**IPG-INF-I1-PR-002** Maitrise et utilisation des systèmes d'information

## 5. Hygiène, Sécurité et Environnement

La mise en œuvre du processus et des dispositions qui lui sont associées permettent notamment :

- L'établissement et le suivi des mesures de sécurité ;
  - Le respect des règles d'hygiène et de sécurité pour le personnel et les personnes extérieures susceptibles d'intervenir dans les locaux ;
  - La limitation de l'accès aux aires techniques d'analyses aux membres du personnel et aux personnes ayant signé un engagement de confidentialité ;
  - Le tri et l'élimination des déchets en fonction de leur typologie : déchets contaminés, déchets toxiques et déchets assimilables à des ordures ménagères ;
  - L'entretien et le nettoyage des locaux.

**IPG-HSQ-L2-PR-001** Gestion des déchets

**HSQ-COMM-L6-PR-001** Document Unique Évaluation des Risques Professionnels – Méthode de travail



**VIR-COMM-L3-PR-001** Gestion des locaux et des flux

**IVH-COMM-L3-PR-001** Gestion des locaux et des flux

**PAR-COMM-L3-PR-001** Gestion des flux

**LTM-COMM-L3-PR-001** Gestion des locaux et des flux au LTM

## RÉALISATION DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE (NF EN ISO 15189)

### 1. Pré-analytique

L'organisation mise en place au travers de ce processus permet :

- de s'assurer de la capacité du laboratoire à traiter la demande du prescripteur ;
- d'accepter et d'enregistrer la demande et ses caractéristiques, conformément aux procédures « traitements de la demande » et « revue contrat » et en tenant compte des capacités techniques et humaines du laboratoire ;
- de garantir la bonne identification, la réception (critères d'acceptation et de refus) et la gestion (aliquotage, centrifugation, conservation) des échantillons ;
- de maîtriser les conditions de transport (délai, température, sécurité) des échantillons vers le laboratoire ;
- de transmettre vers les salles techniques ou vers les sous-traitants, dans des conditions maîtrisées, les échantillons en vue de leur analyse.

Les analyses réalisées au sein de l'IPG sont listées dans le catalogue des analyses. Les principes et méthodes appliquées sont des techniques de référence.

**IPG-DAF-A2-PR-001** Gestion de contrat/appeal d'offres

**LTM-COMM-C1-IN-001** Réception des échantillons biologiques pour la recherche de mycobactéries

**VIR-COMM-C1-IN-001** Conditions générales de prestations analytiques

**IVH-COMM-C1-IN-001** Conditions générales de prestations analytiques

**PAR-COMM-C1-IN-001** Conditions générales de prestations analytiques du CNR paludisme

**VIR-COMM-C3-PR-001** Transport, manipulation et conservation des échantillons

**IVH-COMM-C3-PR-001** Transport, manipulation et conservation des échantillons

**PAR-COMM-C1-IN-005** Gestion des échantillons, des analyses, des résultats et des collections

**LTM-COMM-C3-PR-003** Sous-traitance des analyses

**IPG-LBM-A2-EN-003** Catalogue des analyses



### 2. Analytique

La maîtrise de ce processus s'appuie sur des dispositions permettant :

- de valider les méthodes et procédures analytiques utilisées dans les laboratoires ;
- d'estimer les incertitudes de mesure ;
- de s'assurer de la fiabilité des équipements utilisés (contrôles et calibration selon des modes opératoires définis pour chaque appareil et les fiches techniques d'analyse) ;
- de comparer la qualité des résultats au travers de la participation du laboratoire à des contrôles externes ;
- de définir et de revoir périodiquement les intervalles de référence biologiques ;
- de vérifier la corrélation des valeurs trouvées avec les valeurs de référence et avec les précédents dossiers dans le cas de patient connu (validation analytique) ;
- de définir les critères de repasse ;
- de garantir que le personnel assurant la réalisation des analyses est habilité et qu'il a à sa disposition la documentation nécessaire ;

- de réaliser les analyses sur la base des fiches des fournisseurs et/ou de fiches d'instruction internes pour certaines analyses manuelles disponibles dans les locaux techniques à chaque paillasse ;
- de réaliser certaines analyses sur la base des fiches de renseignements clinico-biologiques disponibles.



**IPG-HSQ-D1-PR-001** Validation technique

**IPG-LBM-D1-MO-001** Vérification et validation de méthodes

**IPG-HSQ-D1-PR-002** Gestion des portées flexibles

### 3. Post-analytique

Ce processus a pour objectif principal de vérifier la vraisemblance et la cohérence de l'ensemble des résultats des analyses d'un même dossier, et de les confronter si possible avec les résultats antérieurs.

La mise en œuvre de ce processus garantit :

- la validation des résultats par un biologiste avant toute remise d'un compte-rendu au patient ;
- l'enregistrement informatique de cette validation sur le SIL de l'IPG ;
- le visa de chaque compte-rendu par le biologiste ;
- la remise au patient et/ou au prescripteur d'un compte-rendu conformément à la réglementation et à la norme NF EN ISO 15189 et dans le respect des exigences de confidentialité ;
- d'informer en urgence le prescripteur selon des critères d'alerte définis et de tracer cette activité ;
- l'archivage des données et des résultats des analyses réalisées ;
- la conservation des échantillons selon les règles édictées par le laboratoire et la réglementation.

Un suivi des délais de rendu des résultats est réalisé par la direction du laboratoire afin de s'assurer que les résultats sont remis en cohérence avec les besoins cliniques.



**IPG-LBM-E1-PR-001** Validation biologique

**IPG-LBM-E2-PR-001** Édition et transmission des résultats

**IPG-PAR-E1-PR-002** Prestations de conseil

## RÉALISATION DES ANALYSES (NF EN ISO/IEC 17025)

### 1. Revue des demandes, des appels d'offres et des contrats

La maîtrise de ce processus s'appuie sur des dispositions permettant de :

- promouvoir la qualité des prestations de service, en vérifiant l'adéquation des besoins clients avec les contrats établis ;
- assurer la rentabilité du LHE.

#### 1.1. Relations clients

Les clients du LHE sont aussi bien des particuliers, des professionnels que des institutionnels. Le laboratoire est à l'écoute de ses clients et de leurs besoins.

Une large majorité des clients ne connaissent ni la réglementation, ni les paramètres à mesurer, ni les critères à appliquer pour interpréter les résultats. Le laboratoire a donc un rôle important de conseil et de guide dans le choix des analyses à effectuer.

Le laboratoire propose majoritairement les méthodes normalisées ou validées quand elles sont disponibles. Le client peut également consulter, à l'accueil du laboratoire, nos catalogues d'analyses :



**EN COM 03-005** Catalogue des prestations : Hospitalier

**EN COM 03-012** Catalogue de prestations : Alimentaires

**EN COM 03-013** Catalogue de prestation : Eaux

Les catalogues de prestations servent de support concernant les analyses pouvant être effectuées en routine au laboratoire et fixent également les normes utilisées.

## 1.2. Traitement de la demande

Lorsqu'il s'agit de prestations complexes et/ou nouvelles, le LHE engage la procédure de traitement de la demande telle que décrite dans la procédure



**PR COM 03-001** Traitement de la demande

Dans un premier temps, le laboratoire enregistre la demande du client, qu'elle soit écrite ou orale, et demande éventuellement des renseignements complémentaires.

Ensuite le laboratoire, avec tous les éléments dont il dispose, évalue la recevabilité et la faisabilité de la demande. En particulier, il détermine s'il a les ressources et capacités suffisantes pour répondre aux exigences du client.

Enfin, le laboratoire fait une réponse au client : si la réponse est négative, les différents points motivant le refus sont exposés ; si la réponse est positive, cela se traduit par une proposition sous forme de Devis, Contrat... Si celle-ci est validée par le client, les prestations pourront donc avoir lieu.

Dans le cas où un contrat est réalisé, celui-ci doit préciser alors tous les points critiques : méthodes d'essai à employer, exigences concernant les objets à analyser (quantité, nature, spécifications...), les tarifs appliqués.

Tous les échanges pertinents client-laboratoire sont conservés.

## 1.3. Appels d'offres

Concernant les appels d'offres, ceux-ci sont traités de la même manière qu'un autre type de demande, et ce suivant la procédure « traitement de la demande ».



**IPG-DAF-A2-PR-001** Gestion de contrat/appel d'offres

**PR COM 03-001** Traitement de la demande

## 2. Manutention des objets d'essai ou d'étalonnage

La maîtrise de ce processus s'appuie sur des dispositions permettant :

- de valider les méthodes et procédures analytiques utilisées dans les laboratoires ;
- d'estimer les incertitudes de mesure ;
- de s'assurer de la fiabilité des équipements utilisés (contrôles et calibration selon des modes opératoires définis pour chaque appareil et les fiches techniques d'analyse) ;
- de comparer la qualité des résultats au travers de la participation du laboratoire à des contrôles externes ;
- de garantir que le personnel assurant la réalisation des analyses est habilité et qu'il a à sa disposition la documentation nécessaire ;
- de réaliser les analyses sur la base des normes et/ou des demandes clients dans le respect des exigences de confidentialité et d'impartialité ;

- de réaliser les prélèvements chez les clients en respectant les normes et les procédures internes préconisées ;
- de réceptionner les échantillons en respectant les procédures internes ;
- d'acheminer les échantillons dans les conditions optimales.



**PR COM 12-001** Prélèvement et transport

**PR COM 12-002** Traitement des échantillons

**PR COM 09-002** Validation de méthodes

**PR COM 13-001** Essai inter-laboratoire

**IPG-HSQ-D1-PR-002** Gestion des portées flexibles

### 3. Rendu des résultats

Ce processus a pour objectif principal de vérifier la vraisemblance et la cohérence de l'ensemble des résultats des analyses d'un même dossier.

La mise en œuvre de ce processus garantit :

- la validation des résultats par le responsable technique et le responsable d'unité (ou responsable d'unité adjoint) avant toute remise du rapport de résultats aux clients ;
- l'enregistrement informatique de cette validation sur le SIL du LHE ;
- le visa de rapport de résultats par le responsable d'unité (ou responsable d'unité adjoint) ;
- la remise au client d'un rapport de résultats conformément à la demande client et à la norme NF EN ISO/IEC 17025 et dans le respect des exigences de confidentialité et d'impartialité ;
- d'informer en urgence le client selon des critères d'alerte définis ;
- l'archivage des données et des résultats des analyses réalisées ;
- la conservation des échantillons selon les règles édictées par le laboratoire et la réglementation.

Un suivi des délais de rendu des résultats est réalisé par la direction du laboratoire afin de s'assurer que les résultats sont remis en cohérence avec les besoins clients.



**PR COM 14-001** Rendu des résultats