



# MANUEL QUALITE

SELAS CCAP  
551 Avenue Jacqueline Auriol  
Maison des consultations  
45770 Saran

## SOMMAIRE :

<b>I. MAITRISE DU MANUEL DE MANAGEMENT QUALITE .....</b>	<b>3</b>
1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION.....	3
2. DOCUMENTS DE REFERENCE .....	3
3. RESPONSABILITES .....	3
4. GESTION DU MANUEL QUALITE.....	3
<b>II. DEFINITIONS, ABREVIATIONS.....</b>	<b>4</b>
1. DEFINITIONS.....	4
2. ABREVIATIONS .....	7
<b>III. PRESENTATION DE LA STRUCTURE.....</b>	<b>8</b>
1. STRUCTURE JURIDIQUE .....	8
2. ACTIVITES .....	8
3. HISTORIQUE .....	8
4. DIRIGEANTS.....	9
5. COLLABORATEURS.....	10
6. CONDUITE ETHIQUE ET IMPARTIALITE .....	10
7. LOCAUX.....	11
<b>IV. POLITIQUE QUALITE.....</b>	<b>11</b>
<b>V. SYSTEME DE MANAGEMENT PAR LA QUALITE .....</b>	<b>12</b>
1. MACRO-PROCESSUS.....	12
2. CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS .....	13
<b>VI. MANAGEMENT PAR LA QUALITE/DIRECTION.....</b>	<b>13</b>
1. ORGANISATION HIERARCHIQUE ET FONCTIONNELLE .....	13
2. RESPONSABILITES.....	14
3. SYSTEME DOCUMENTAIRE.....	14
4. STRUCTURE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE .....	15
5. TYPOLOGIE DES DOCUMENTS ET DEFINITIONS.....	16
6. SOUS TRAITANCE.....	16
8. ENREGISTREMENTS, STOCKAGE ET ARCHIVES.....	17
9. INFORMATION ET COMMUNICATION.....	18
10. RELATION CLIENT / REVUE DE CONTRAT .....	18
11. REVUE DE DIRECTION .....	19
<b>VII. AMELIORATION DE LA QUALITE.....</b>	<b>20</b>
1. MAITRISE DE L'AMELIORATION CONTINUE .....	20
2. MAITRISE DE L'EVALUATION .....	21
3. MAITRISE DES DYSFONCTIONNEMENTS.....	21
<b>VIII. REALISATION DES PRESTATIONS .....</b>	<b>23</b>
1. PRE ANALYTIQUE .....	23
2. ANALYTIQUE.....	25
3. POST ANALYTIQUE.....	28
<b>IX. SUPPORT.....</b>	<b>30</b>
1. RESSOURCES HUMAINES.....	30
2. RESSOURCES MATERIELLES .....	32
3. LOCAUX / ENVIRONNEMENT .....	33
4. HYGIENE ET SECURITE.....	33
5. SYSTEME D'INFORMATION .....	34
6. ANNEXES .....	35

## I. MAITRISE DU MANUEL DE MANAGEMENT QUALITE

### 1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

L'objet de ce document est de décrire le Système de Management par la Qualité (SMQ) du CCAP développé en vue de l'obtention et du maintien de la qualité de ses prestations et accroître la satisfaction de ses clients par le respect de leurs exigences.

Le Manuel Qualité (MQ) décrit l'organisation du SMQ adoptée, l'approche processus, la structure documentaire mise en œuvre, le rôle et les responsabilités de la direction et du responsable qualité ainsi que les procédures et documents applicables en matière de management de la qualité, dont la maîtrise est fondée sur les exigences de la norme NF EN ISO 15189. Il sert de guide, en interne pour l'ensemble des collaborateurs de la structure, et en externe il sert de support d'information concernant les mesures prises par le CCAP pour répondre aux exigences normatives, réglementaires et de nos clients, correspondants...

### 2. DOCUMENTS DE REFERENCE

- NF EN ISO 9000
- NF EN ISO 15189
- SH REF 02
- SH GTA 03

### 3. RESPONSABILITES

Le Manuel Qualité est sous la responsabilité du Responsable Qualité (RQ). Il est à l'intention de tous les membres du personnel ainsi qu'à tous nos correspondants.

La direction et le RQ sont chargés d'expliquer sa portée, son contenu et d'en assurer la compréhension et son application.

Ils sont en outre responsable d'informer les membres du personnel et les correspondants des modifications éventuelles apportées.

### 4. GESTION DU MANUEL QUALITE

#### **REDACTION - VERIFICATION – APPROBATION**

La rédaction du Manuel Qualité est à la charge du Responsable Qualité en collaboration avec la direction. Il est approuvé par cette dernière.

#### **DIFFUSION**

En interne et en externe, la diffusion du Manuel Qualité est sous la responsabilité du RQ qui en assure la maîtrise.

#### **EVOLUTION ET MISE A JOUR**

Le RQ vérifie et met à jour régulièrement le Manuel Qualité.

La mise à jour tient compte des audits, des évolutions de la norme et des décisions prises en revue de direction.

Une relecture est faite systématiquement dans **les 3 mois** qui suit toute revue de direction. Les modifications sont revues et approuvées selon le même système utilisé lors de la création du document.

Les modifications apportées au document sont identifiées par un trait violet en bordure : |

## ARCHIVAGE

Dans un souci de traçabilité, le MQ original est conservé pendant **5 ans**. La première page portera la mention ARCHIVE. La page suivante, la date de mise en archive dans le cadre dédié. Les copies internes sont détruites selon la procédure enregistrements et archives.

### *Documents de référence :*

#### *I. Maîtrise du Manuel de Management Qualité*

- 1. M\_MQ\_DE05\_Norme NF EN ISO 9000*
- 2. M\_MQ\_DE01\_Norme NF EN ISO 15189*
- 3. M\_MQ\_DE03\_SH REF02*
- 4. M\_MQ\_PR01\_Système de management par la qualité*
- 5. M\_SD\_PR01\_Maîtrise du système documentaire*
- 6. M\_EA\_PR01\_Enregistrements et archives*

## II. DEFINITIONS, ABREVIATIONS

### 1. DEFINITIONS

**Action corrective** : Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée (*NF EN ISO 9000*).

**Action préventive** : Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle indésirable (*NF EN ISO 9000*).

**Amélioration continue** : Activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences (*NF EN ISO 9000*).

**Amélioration de la qualité** : Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité (*NF EN ISO 9000*).

**Analyse** : ensemble des opérations destinées à déterminer la valeur numérique, la valeur textuelle ou les caractéristiques d'une propriété

*NOTE : Une analyse peut correspondre à la totalité des activités, des observations ou des mesures effectuées, nécessaire pour déterminer une valeur ou une caractéristique.*

**Analytique** : La phase analytique, qui est le processus technique permettant l'obtention d'un résultat d'analyse biologique (*Art. L. 6211-2. Code santé publique*)

**Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP)** : est une spécialité médicale. Elle étudie les modifications tissulaires et/ou cellulaires au cours des processus pathologiques. Elle repose sur une analyse morphologique rigoureuse (macroscopique et microscopique) corrélée aux données cliniques et

radiologiques. Elle dispose de techniques de plus en plus performantes pour mettre en évidence in situ les gènes ou les protéines. Les résultats des examens anatomo-cyto-pathologiques sont à la base du diagnostic des maladies organiques et conditionnent les orientations thérapeutiques (AFAQAP).

**Contrôle :** évaluation de la conformité par observation et jugement accompagné, si nécessaire, de mesurages, d'essais ou de calibrage (*ISO/CEI Guide 2*).

**Document :** document support d'information et l'information qu'il contient (*NF EN ISO 9000*)

**Enregistrement :** Document faisant état de résultats, obtenus ou apportant la preuve de la réalisation d'une activité (*NF EN ISO 9000*).

### **Etalonnage :**

1. Contrôle de la valeur lue d'un système de mesure par rapport à l'étalon de référence, dans des conditions spécifiées, afin d'identifier des besoins en correction.
2. Ensemble des opérations établissant, dans les conditions spécifiées, la relation entre les valeurs de la grandeur indiquée par un appareil de mesure ou un système de mesure, ou les valeurs représentées par une mesure matérialisée ou par un matériau de référence, et les valeurs correspondantes de la grandeur réalisée par les étalons. (NF X 07-001)

**Examen de biologie médicale :** Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain.  
(*Art. L. 6211-1. Code santé publique*)

**Formulaire :** Document préétabli, imprimé (ou non) et référencé, destiné à supporter des données. Un formulaire une fois rempli comportant des données devient un enregistrement (*Qualité Pathologie*).

### **Management :**

1. Conduite, direction d'une entreprise. - Ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise (*Petit Robert*).
2. Ensemble d'activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme (*NF EN ISO 9000*).

**Macro processus :** Ensemble des activités (processus) regroupées par famille d'activités. 4 macro-processus ont été définis pour l'ensemble de l'organisation :

- **Réalisation**, partie métier qui commence (données entrée) à la demande de la réalisation de l'examen par le clinicien et se termine (données de sortie) aux résultats d'examen restitués au clinicien demandeur. Ce macro processus englobe 3 phases : pré-analytique, analytique et post-analytique.
- **Support**, ensemble des activités de soutien nécessaires pour réaliser les examens. Ces activités (processus) incluent les ressources humaines, ressources matérielles, hygiène et sécurité, informatique et éthique.
- **Management**, ensemble des activités décisionnelles du ressort de la direction de la structure.
- **Amélioration**, ensemble des activités concourant à la mesure et amélioration du système, partie dynamique du système.

**Maîtrise de la qualité :** Partie du management de la qualité axée sur la satisfaction des exigences pour la qualité (*NF EN ISO 9000*).

**Métrologie** : Domaine des connaissances relatives aux mesurages permettant d'étalonner et de valider un système de mesure.

**Non-conformité** : Non satisfaction à une exigence (*NF EN ISO 9000*)

**Piloter** : Maîtriser un processus afin de lui permettre d'atteindre les objectifs fixés, en évitant les écueils par des moyens de surveillance (indicateurs, analyse des risques, audit) et anticipation (*Qualité Pathologie*).

**Plan d'action** : Plan précisant des actions à mener, acteurs et jalons.

**Politique qualité** : Ensemble des orientations et des intentions générales d'un organisme relatives à la qualité, telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction (*NF EN ISO 9000*).

**Post-analytique** : La phase post-analytique, qui comprend la validation, l'interprétation contextuelle du résultat ainsi que la communication appropriée du résultat au prescripteur et, dans les conditions fixées à l'article L. 1111-2, au patient, dans un délai compatible avec l'état de l'art (*Art. L. 6211-2. Code santé publique*)

**Pré-analytique** : La phase pré-analytique, qui comprend le prélèvement d'un échantillon biologique sur un être humain, le recueil des éléments cliniques pertinents, la préparation, le transport et la conservation de l'échantillon biologique jusqu'à l'endroit où il est analysé (*Art. L. 6211-2. Code santé publique*)

**Procédure** : Manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (*NF EN NF EN ISO 9000*)

**Processus postanalytiques** : Processus consécutifs à l'analyse incluant la revue des résultats, leur mise en forme, leur compte rendu, leur diffusion et la sauvegarde des résultats de l'examen, la conservation, le stockage et l'élimination des échantillons et des déchets. (*NF EN ISO 15189*).

**Processus préanalytiques** : Processus démarrant, dans l'ordre chronologique, par la demande de l'utilisateur, incluant la demande d'examen, la préparation et l'identification du patient, le prélèvement de l'échantillon primaire ou des échantillons primaires, leur transport vers et dans le laboratoire, et se terminant lorsque l'analyse commence. (*NF EN ISO 15189*).

**Processus** : Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (*NF EN ISO 9000*).

Les conditions maîtrisées impliquent la mise à disposition des ressources nécessaires qui peuvent inclure : le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes. Les normes NF EN ISO 9000 encouragent l'adoption d'une " approche processus " pour le management de la qualité. Elles expriment que toute activité d'un organisme peut être considéré comme un processus et exigent (*NF EN ISO 9001*) ou recommandent (*NF EN ISO 9004*) d'identifier systématiquement les processus nécessaires au système de management de la qualité. Dans un but d'efficacité de son fonctionnement, l'organisme doit déterminer la séquence et les interfaces entre ces processus, assurer leur maîtrise, leur surveillance et leur amélioration.

**Qualité** : Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences (*NF EN ISO 9000*)

**Revue** : examen entrepris pour déterminer la pertinence, l'adéquation et l'efficacité de ce qui est examiné à atteindre des objectifs définis (*NF EN ISO 9000*).

**Revue de direction :** Évaluation formalisée effectuée par la direction au plus haut niveau, de l'état et de l'adéquation du système qualité par rapport à la politique qualité et à ses objectifs. Pour satisfaire aux exigences de la norme et aux objectifs qualité de l'organisme, le système de management adopté doit être examiné par la direction à intervalles convenables afin d'assurer qu'il demeure constamment approprié et efficace. À l'ordre du jour doivent figurer une synthèse des actions ayant une incidence sur la qualité, les rapports des audits effectués et les éventuelles actions préventives proposées.

1. La revue de direction peut inclure de reconsidérer la politique qualité.
2. Les résultats de tous les processus constituent une des données d'entrée de la revue de direction.
3. Les résultats d'audit qualité constituent une des données d'entrée de la revue de direction.

**Système de management de la qualité :** système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité (NF EN ISO 9000)

**Traçabilité :** Aptitude à retrouver l'historique, la mise en œuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné.

**Traçabilité (sens métrologique) :** propriété du résultat d'un mesurage ou d'un étalon tel qu'il puisse être relié à des références déterminées, généralement des étalons nationaux ou internationaux, par l'intermédiaire d'une chaîne ininterrompue de comparaisons ayant toutes des incertitudes déterminées (VIM :1993, définition 6.10)

**Validation :** Confirmation par des preuves tangibles que les exigences pour une utilisation spécifique ou une application prévue ont été satisfaites (NF EN ISO 9000)

## 2. ABREVIATIONS

ACP : Anatomo Cyto Pathologie

ADR : European Agreement concerning the International Carriage of Dangerous Goods by Road / Accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route

AFAQAP : Association Française d'Assurance Qualité

COFRAC : Comité Français d'Accréditation

CIL : Comparaisons Inter Laboratoires

CR : Compte Rendu

DASRI : Traitement des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés

DE : Demande d'examen

DM-DIV : Dispositif Médical de Diagnostic in Vitro

DP : Dossier de Processus = Dossier de pilotage

EA: European co-operation for Accreditation

FDS : Fiche de données de sécurité

HAS: Haute Autorité de Santé

HER-2: Human Epidermal growth factor Receptor 2

MQ : Manuel Qualité

PDCA : Plan Do Check Act

RQ : Responsable Qualité (comprend aussi le suppléant)

SMQ : Système de Management par la Qualité

**Documents de référence :**

**II. Définitions, abréviations**

**M\_MQ\_DE05\_Norme NF EN ISO 9000**

**M\_MQ\_DE01\_Norme NF EN ISO 15189**

**M\_MQ\_DE03\_SH REF02**

## III. PRESENTATION DE LA STRUCTURE

### 1. STRUCTURE JURIDIQUE

Le CCAP est exploité au sein d'une société SELAS. Le capital social de la SELAS est détenu majoritairement par les pathologistes associés. L'indépendance financière garantit la réalisation des prestations d'ACP dans l'intérêt des patients.

#### CENTRE DE PATHOLOGIE

- **Forme juridique** : Société d'Exercice Libéral par Action Simplifié
- **Capital social** : 9144 €
- **Immatriculation au RCS** : 434 052957 **Code NAF** : 8690B
- **Activité** : Cabinet d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques concourant au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies humaines.
- **Adresse du siège** : 551 Avenue Jacqueline Auriol 45770 SARAN
- **Lieu d'enregistrement** : Préfecture du Loiret

### 2. ACTIVITES

Le CCAP réalise des examens et fournit des prestations de diagnostic et conseil aux cliniciens en histopathologie et cytopathologie humaines.

Des **examens extemporanés** sont pratiqués à la demande des cliniciens.

La liste de nos différents examens réalisés au sein du laboratoire est disponible dans notre catalogue de prestations (M\_CP\_FI01\_Catalogue de prestations)

### 3. HISTORIQUE

Le CCAP a déménagé en 2014 sur le site Pôle Sante Oréliance, à Saran, pour accueillir dans des locaux neufs et des conditions optimales le regroupement déjà effectif depuis 2001 des cabinets des docteurs Douvin et Rethers avec celui des docteurs Kapfer, Martin et Boyer (retraité).

Depuis le 1er janvier 2017, la direction est gérée par les Drs Douvin et Kapfer, suite au départ en retraite des Drs Martin et Rethers.

Le laboratoire travaille avec des cabinets de généralistes, et de spécialistes (gynécologues, dermatologues, etc.) ainsi que des médecins et chirurgiens de différentes spécialités intervenant dans les cliniques dans les secteurs du Loiret et du Loir et Cher.

En 2016, un GIE (Groupement d'Intérêt Economique) a été créé avec la société BPR (Biologie Perspective et Réalité : laboratoire de biologie médicale).

Ce groupement a permis de rassembler des moyens humains et matériels afin de répondre aux mieux aux différents besoins de nos prescripteurs concernant les cytologies (frottis cervico-utérins, cytologies urinaires, ponctions thyroïdiennes, ...)

Le laboratoire est entré dans une démarche qualité en 2015. Le premier audit COFRAC portant sur la cytologie gynécologique en milieu liquide a eu lieu en octobre 2019.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, le CCAP est accrédité sur la portée AC CA01 : FCU en milieu liquide (coloration Papanicolaou)



Accréditation N°8-4196

Portée disponible sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

En 2023, le Dr Socha est venu s'associer afin de compléter l'effectif médical.

#### 4. DIRIGEANTS

##### **Docteur D. DOUVIN**

- Médaille d'argent (thèse)
- Diplôme de Docteur en Médecine
- CES d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
- Ancien Assistant des hôpitaux (Paris VI Saint Antoine)
- Ancien Chef de travaux (Paris VI Saint Antoine)

##### **Docteur J. KAPFER**

- Ancien interne CHU Besançon
- Médaille d'or internat CHU Besançon
- Diplôme de Docteur en Médecine
- Equivalence CES Appareil Digestif
- CES d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
- Ancien praticien hospitalier CHR d'Orléans
- DU Dermatologie
- DIU Pathologie moléculaire
- DU Assurance Qualité en Pathologie
- DU Auditeur en biologie / option ACP

##### **Docteur K. SOCHA**

- Diplôme de Docteur en Médecine
- Doctorat en sciences médicales
- Qualification en Anatomie et de Cytologie Pathologiques
- Ancien praticien hospitalier CH de Troyes
- Ancien praticien hospitalier CH de Versailles

## 5. COLLABORATEURS

Le CCAP compte 18 collaborateurs.

Les collaborateurs se répartissent de la façon suivante :

- 3 pathologistes + 1 médecin remplaçant
- 3 cytotechniciens
- 6 techniciennes spécialisées en ACP
- 4 secrétaires
- 1 aide technique
- 1 responsable qualité

La liste des collaborateurs est définie dans le document S\_RH\_FI13\_Organigramme.

## 6. CONDUITE ETHIQUE ET IMPARTIALITE

Les pathologistes et tous nos collaborateurs sont liés par des règles d'éthique et de secret médical ; et contractuellement tous nos collaborateurs sont tenus d'assurer la confidentialité des informations qu'ils détiennent.

Des règles sont définies, auxquelles nous et nos collaborateurs sommes soumis dans le respect des patients et de l'éthique médicale.

Notre première règle d'éthique est la recherche de la qualité des soins du patient et elle prévaut sur tous les autres aspects.

La collecte des informations patient permet une identification correcte de celui-ci.

Les données médicales fournies permettent de fournir des résultats éclairés et de protéger nos personnels (hépatite, ...).

Dans l'intérêt du patient, des résultats ayant des implications sérieuses ne sont pas transmis directement au patient, sans une délibération préalable appropriée.

Si un prélèvement parvient à notre réception dans un état compromettant le résultat requis.

Le médecin prescripteur est informé, le traitement du prélèvement peut avoir lieu, (dans le cas d'une impossibilité de reprélever). Le compte rendu peut faire état de ce fait.

Dans l'éventualité où le traitement du prélèvement ne peut avoir lieu, le médecin prescripteur est également averti.

Les analyses sont réalisées conformément aux recommandations professionnelles et au mieux de l'état de l'art.

Les comptes rendus des résultats sont transmis au médecin prescripteur et aux médecins spécifiés par le prescripteur.

L'archivage du dossier médical, CR, blocs, lames est soumis à réglementation et est appliqué avec le plus grand soin.

L'utilisation des échantillons patients à d'autres fins que celles requises, respectent la réglementation et bioéthique.

La direction ainsi que l'ensemble du personnel confirment qu'il n'existe aucune pression commerciale, influence financière ou politique et de conflit d'intérêt.

La direction ainsi que l'ensemble du personnel s'engagent à exercer ses activités en toute impartialité. La direction du laboratoire veille au bien-être, à la sécurité et au respect des droits des patients à être traités sans faire l'objet d'une quelconque discrimination.

## 7. LOCAUX

Les locaux d'une superficie de 400 m<sup>2</sup> se répartissent sur 1 niveau :

<b>Accueil</b>	<b>1 Bureau d'Histologie</b>
<b>Secrétariat</b>	<b>1 Salle de pause personnel</b>
<b>4 Bureaux pathologistes</b>	<b>Vestiaires</b>
<b>1 Local informatique</b>	<b>2 Toilettes personnel</b>
<b>1 Bureau Responsable Qualité</b>	<b>1 Salle de réception des prélèvements</b>
<b>1 Bureau</b>	<b>3 Zones techniques</b>
	<b>Archivage blocs lames</b>

### *Documents de référence :*

#### *III. Présentation de la structure*

##### *S\_LO\_PR01\_Locaux et conditions environnementales*

## IV. POLITIQUE QUALITE

Les principales exigences du CCAP sont d'identifier les besoins implicites, et explicites de nos clients (patients, correspondants, ...) afin de répondre au mieux à leurs attentes. Les réclamations sont prises en compte systématiquement et traitées dans les plus brefs délais, qu'elles soient écrites ou orales, et documentées.

La satisfaction de nos clients est mesurée par le biais d'enquêtes. Ces données sont examinées en revue de direction, des actions pertinentes sont mises en place.

La revue des données recueillies telles que les indicateurs, audits et évolutions au sein de chaque processus est réalisée annuellement lors de la revue de direction.

Une veille active est menée par le biais d'informations recueillies par : abonnement aux sites internet professionnels spécialisés, aux revues professionnelles et la participation aux congrès et autres manifestations professionnelles, afin de suivre les évolutions professionnelles notamment sur le plan des performances techniques au niveau du laboratoire.

Cette veille est complétée par une veille réglementaire et normative.

Les performances technologiques seraient vaines sans la mise en place d'un système de management par la qualité, soutenu par des collaborateurs performants, formés régulièrement et engagés dans l'application du Système de Management par la Qualité mis en place.

Les orientations de notre structure sont revues collégialement et annuellement par la direction. Celles-ci sont annoncées lors de la revue de direction. Une nouvelle politique qualité est alors rédigée et diffusée à l'ensemble du personnel.

## Annexe 1 : Déclaration politique qualité

### *Documents de référence :*

#### *IV. Politique qualité*

*A\_DY\_PR01\_Maitrise des non conformités*

*A\_DY\_PR03\_Traitement des réclamations*

*A\_AM\_PR01\_Amélioration continue*

*A\_EV\_FO03\_Enquête de satisfaction Clients*

*A\_EV\_FO16\_Enquête de satisfaction Prescripteurs*

*M\_MQ\_FO01\_AAAA\_Politique qualité (annexe 1)*

## V. SYSTEME DE MANAGEMENT PAR LA QUALITE

Le système de management par la qualité mis en place au sein de la structure est organisé selon une **approche processus**.

Il a été défini **4 macro-processus** où chaque processus est indexé selon un ordre logique d'enchaînement faisant référence à son macro processus d'origine **Management, Amélioration, Réalisation et Support (MARS)**.

### 1. MACRO-PROCESSUS

- **Management** intègre les politiques et décisions prises par la direction, au niveau de tous les processus. Définit l'organisation hiérarchique et fonctionnelle, alloue les ressources, définit la maîtrise de la documentation, des enregistrements et archives du SMQ, la maîtrise de l'information et de la communication en interne et en externe, définit la relation clients établit les contrats/conventions et mène la revue de direction.
- **Amélioration** est la partie dynamique du système, mesure, analyse et améliore en permanence le système sur la base de mesures objectives et se superpose à tous les autres processus.

- **Réalisation** c'est la partie métier depuis la demande d'examen (DE) jusqu'à la transmission des résultats, compte rendu (CR). Ce macro processus est décliné en 3 phases :
  - ☞ Pré Analytique
  - ☞ Analytique
  - ☞ Post Analytique
- **Support** ce sont les activités de soutien nécessaires à réaliser toutes les activités de la structure.

## 2. CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS

Une cartographie détaillée des **macro-processus** et **processus** et leurs interactions est en **Annexe 2** de ce document.

Chaque processus est analysé en fonction de ses relations client fournisseur interne, les processus critiques et stratégiques sont déterminés en fonction de leur impact sur les objectifs et performances de la structure. Chaque processus établit sa propre roue de Deming (PDCA), pour ce faire chaque pilote dispose d'un outil : dossier de pilotage (DP) présentant les données et la vitalité du processus. Contenu d'un dossier de pilotage :

- Historique (nom du pilote et du co-pilote du DP)
- Fiche d'identification de processus
- Construction et relevés d'indicateurs
- Analyse des risques du processus
- Annexe analyse de risque (matrice)

### ***Documents de référence :***

#### ***V. Système de management par la qualité***

***M\_SD\_MD06\_Modèle dossier de pilotage***

## VI. MANAGEMENT PAR LA QUALITE/DIRECTION

Une bonne organisation de la structure passe par un processus de management maîtrisé et défini par la direction intégrant :

- Définition de la politique basée sur des données objectives
- Définition claire des responsabilités de chaque acteur
- Maîtrise du système documentaire
- Maîtrise des enregistrements et archives
- Maîtrise de l'information et de la communication en interne et en externe
- Définition de la relation avec nos clients, contrats/conventions, revues de contrats
- Définition du processus de revue de direction et supervision

La procédure M\_MQ\_PR01\_Système de management par la qualité définit comment la direction organise et maîtrise le management par la qualité au sein de sa structure.

### 1. ORGANISATION HIERARCHIQUE ET FONCTIONNELLE

La structure est organisée selon un fonctionnement hiérarchique et fonctionnel basé sur les compétences et habilitation des personnels sous la responsabilité de la direction.

Un organigramme hiérarchique et fonctionnel est défini dans le document S\_RH\_FI13\_Organigramme.

Les fonctions des collaborateurs et de la direction sont définies dans des fiches de fonction.

## 2. RESPONSABILITES

Les pathologistes assurent la direction et fixent les orientations stratégiques de la structure dans une déclaration de Politique Qualité.

La mise en œuvre de cette politique est confiée au Responsables Qualité et son suppléant.

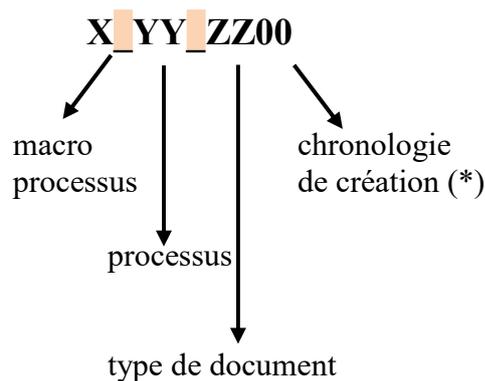
Le suivi des processus est placé sous la responsabilité des Pilotes de Processus.

Tous les collaborateurs sont les acteurs du SMQ en veillant à relever tout dysfonctionnement et en proposant des opportunités d'amélioration.

Les responsabilités inhérentes au fonctionnement du SMQ sont définies dans les fiches de fonction.

## 3. SYSTEME DOCUMENTAIRE

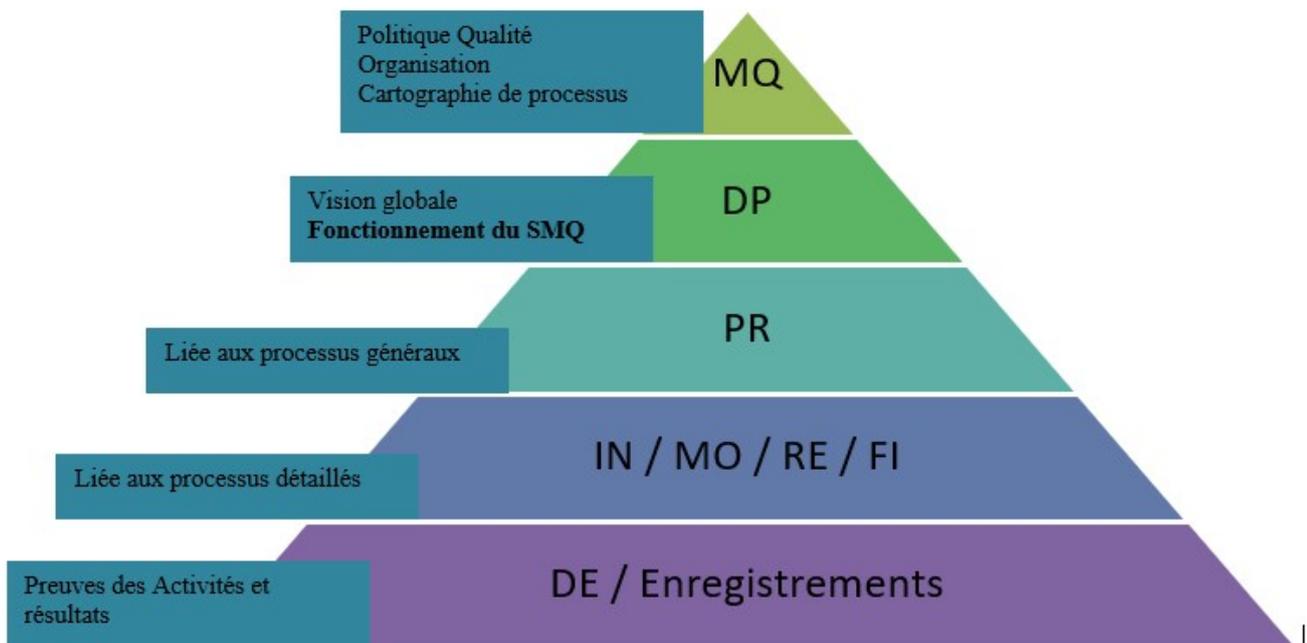
L'organisation et la maîtrise du système documentaire sont définis par la direction, le responsable qualité a en charge sa maîtrise selon la procédure : M\_SD\_PR01\_Maîtrise du système documentaire  
Les documents internes et externes sont tous maîtrisés, ils ont une codification unique qui indique la macro processus et le processus auquel ils appartiennent, le type de document et l'ordre chronologique d'émission ainsi que son n° de version.



Un tiret de séparation « \_ » (tiret du 8) sera mis entre chaque groupe de lettre

## 4. STRUCTURE DU SYSTEME DOCUMENTAIRE

Le système documentaire sur lequel s'appuie notre système de management adopte une structure pyramidale.



## 5. TYPOLOGIE DES DOCUMENTS ET DEFINITIONS

Document	Abréviation (Digramme)	Définition
Manuel Qualité	MQ	Décrit principalement : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'organisation hiérarchique et fonctionnelle</li> <li>➤ La politique et les objectifs qualité</li> <li>➤ Les missions et les activités réalisées dans notre structure</li> <li>➤ La présentation du système de management par la qualité</li> <li>➤ La maîtrise de la documentation, de l'information et de la communication</li> <li>➤ La référence aux procédures documentées.....</li> </ul>
Dossier de processus (ou de pilotage)	DP	Ensemble de documents traitant l'activité de pilotage d'un processus. Il comporte : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Historique (nom du pilote et du co-pilote du DP)</li> <li>➤ Fiche d'identification de processus</li> <li>➤ Construction et relevés d'indicateurs</li> <li>➤ Analyse des risques du processus</li> <li>➤ Annexe analyse de risque (matrice)</li> </ul>
Procédures	PR	Ensemble des règles et des formes qu'il convient d'observer pour effectuer une activité ou un processus, manière de procéder ou marche à suivre pour obtenir un résultat. Document définissant les responsabilités et les domaines d'application en cas de choix ou de décision à prendre. Répond aux questions qui fait quoi, comment quand et où.
Modes Opérateurs	MO	Documents qui consistent à faire une description détaillée des actions nécessaires à l'obtention d'un résultat. Répond aux questions qui et comment. Les modes opératoires sont essentiellement réservés aux descriptions du <b>processus de réalisation (activité technique de laboratoire/procédures analytiques) analytique.</b>
Instructions	IN	Documents qui consistent à faire une description détaillée des actions nécessaires à l'obtention d'un résultat. Répond aux questions qui et comment pour décrire toutes les autres activités.
Fiches	FI	Document servant de support d'informations (Exemple : fiche de poste...).
Formulaire	FO	Documents servant à renseigner, utilisés comme support d'enregistrement.
Enregistrements	Voir procédure enregistrements et archives	Documents apportant la preuve d'une activité, (Exemple : CR de diagnostic, plan d'action, CR réunion)
Modèles	MD	Documents types à partir desquels on peut créer un autre document et qui contient déjà la mise en forme de base = MAQUETTE
Recueil	RE	Ensemble de documents traitant une activité ou le résultat d'une activité
Documents externes	DE	Tout document d'origine externe quelle que soit sa nature

## 6. SOUS TRAITANCE

On distingue deux types de sous-traitance :

### 1. La sous-traitance systématique

Il s'agit de sous-traitance d'examen non réalisés par la structure ACP, notamment des examens spécialisés (examens d'IHC, examens de génétique moléculaire, ...). (Source COFRAC)

## 2. La demande d'avis / relecture

Concernant la demande d'avis, la structure ACP veille à définir ses critères de choix et ses modalités d'organisation avec la structure destinataire (*Source COFRAC*)

## 7. VEILLE DOCUMENTAIRE

Une veille documentaire est assurée afin de prendre connaissance de toute information publiée en lien avec notre secteur d'activité et dans les 3 domaines de la veille :

- technique,
- réglementaire et normatif,
- médical

Elle est assurée par des veilleurs selon la procédure référencée M\_SD\_PR02\_Veille documentaire. Cette veille passe par l'abonnement à des sites d'information spécialisés, la participation aux congrès et autres manifestations professionnelles, et l'abonnement à des revues médicales et scientifiques. Une liste des sources de veille et périodicité est établie et documentée dans la procédure.

Tous ces documents d'origine externe sont également maîtrisés selon la procédure M\_SD\_PR01\_Maîtrise du système documentaire.

## 8. ENREGISTREMENTS, STOCKAGE ET ARCHIVES

Tous les processus produisent des **enregistrements** qui sont la **preuve de la réalisation de notre activité**. Le support de l'enregistrement est un cadre qui va accueillir les données.

Pour les documents sous forme papier ou électronique c'est un **formulaire** (document préétabli et référencé). Ce formulaire une fois renseigné et codifié devient un enregistrement.

Le support de l'enregistrement peut être également **une cassette, une lame vierge** ou tout autre type de support. Ces éléments pourvus des données et codifiés deviennent des enregistrements.

**L'archivage et la durée de conservation** de ces enregistrements sont régis par les normes, la réglementation en vigueur et par la politique adoptée par la structure.

La maîtrise des enregistrements et archives est déclinée par type de processus et définie dans la procédure M\_EA\_PR01 Enregistrements et archives.

Toute preuve d'activité doit être enregistrée et archivée selon les durées et modalités fixées par la procédure M\_EA\_PR01 Enregistrements et archives

Le responsable qualité tient une liste des enregistrements M\_EA\_FO01\_Liste des enregistrements : spécifiant l'indexage, le mode d'archivage, le local physique, les conditions d'accès et le mode d'élimination des archives.

L'archivage des documents est réalisé dans des locaux sécurisés dont les conditions sont décrites dans le processus locaux et environnement.

L'archivage de nos documents est réalisé soit au laboratoire soit dans une structure externe.

Leur état est contrôlé afin de veiller à leur intégrité et protection contre incendie, inondation, dégradation, vol.

Le désarchivage des lames et blocs peut être réalisé sous contrôle et selon les modalités définies en interne.

La maîtrise et l'archivage des données électroniques est défini dans le processus SI (système d'information).

La destruction des archives est définie par type d'archives au sein de chaque processus et répond à la réglementation associée.

## 9. INFORMATION ET COMMUNICATION

### **Interne :**

Pour accroître ses connaissances en relation avec les secteurs d'activité de notre spécialité le personnel a à sa disposition :

- Revues périodiques
- Bibliothèque
- Documents remis lors de manifestations professionnelles, Carrefour Patho... ;
- Accès sécurisé à internet
- Diffusion par mail d'informations récentes
- Affichage point qualité d'informations... ;

### **Externe :**

L'information et la communication au niveau de nos clients sont réalisées par :

- Envoi de courrier avec Accusé / Réception (si nécessaire) (papier, fax et mail)
- Communication autant que de besoin avec les correspondants sur les cas.....
- Communication permanente à l'occasion de rencontres médicales, examens extemporanés, RCP...
- Communication directe avec les patients, des règles sont établies et communiquées au personnel, pas de résultats aux patients par téléphone....

## 10. RELATION CLIENT / REVUE DE CONTRAT

Nos clients exercent en établissement de santé (cliniques, hôpitaux...), en cabinet privé (gynécologues, gastro ...) ou peuvent se rendre directement (patients) dans notre structure (cytologie urinaire...).

Pour les correspondants exerçant en établissement de santé un contrat / convention a été signé entre les 2 parties et tient lieu de cahier des charges. Pour les autres clients l'acceptation des prélèvements tient lieu de contrat.

En tout état de cause, chaque prélèvement doit être impérativement accompagné d'un formulaire de demande d'examen dûment complété avec les données administratives, renseignements cliniques nécessaires et respecter les conditions préanalytiques.

L'ensemble de ces données étant définis dans la convention et/ou documents annexes.

En ce qui concerne les prélèvements pris en charge par la société de transport employée par le laboratoire.

- Les prélèvements provenant des établissements de santé :  
Conformément à la convention, les prélèvements remis ont été vérifiés et cette vérification est documentée par le personnel de l'établissement fournisseur.

Le personnel du laboratoire vérifie cette traçabilité lors de la réception des examens. En cas de non-conformité, le personnel adéquat peut être appelé (prescripteur, responsable de bloc opératoire, ...).

- Les prélèvements provenant des prescripteurs « de ville » (dermatologues, généralistes, gynécologues, radiologues, ...) :

Les prélèvements remis à la société de transport doivent faire l'objet d'une traçabilité sur le formulaire fourni par le laboratoire.

Deux cas possibles :

- ➔ Le formulaire est rempli par le prescripteur :

Dans ce cas, la société de transport doit s'assurer de la présence et de la conformité du formulaire avant de prendre en charge les prélèvements. Le laboratoire quant à lui vérifiera la conformité également à réception afin de contrôler l'étape de transport et qu'aucune perte n'a eu lieu. En cas de discordance, celle-ci sera enregistrée en tant que non-conformité.

- ➔ Le formulaire n'a pas été rempli par le prescripteur

Dans ce cas, c'est la société de transport qui a en charge de réaliser la traçabilité avant de prendre en charge les prélèvements. Le laboratoire quant à lui vérifiera la conformité à réception afin de contrôler l'étape de transport et qu'aucune perte n'a eu lieu. En cas de discordance, celle-ci sera enregistrée en tant que non-conformité.

De plus, à réception des prélèvements quelle qu'en soit l'origine une revue de contrat (analyse des non-conformités) est réalisée conformément à la fiche M\_CP\_FI03\_Éléments revue de contrats et à la procédure A\_DY\_PR01\_Maitrise des non conformités.

## 11. REVUE DE DIRECTION

La revue de direction nous permet de faire le bilan annuel au niveau de tous les processus, d'élaborer notre politique pour l'année à venir, d'établir un plan d'action et allouer les ressources.

La revue de direction est organisée annuellement selon les modalités et critères définis dans la procédure M\_RD\_PR01\_Revue de direction.

Les éléments présentés durant cette réunion sont à minima ceux demandés par la Norme NF EN ISO 15189.

**Documents de référence :**

**VI. Management par la Qualité / Direction**

**M\_MQ\_PR01** *Système de management par la qualité*

**S\_RH\_FI13** *Organigramme*

*Fiches de fonctions*

**M\_SD\_PR01** *Maîtrise du système documentaire*

**M\_SD\_PR02** *Veille documentaire*

**M\_EA\_PR01** *Maîtrise des enregistrements et archives*

**M\_EA\_FO01** *Liste des enregistrements et archives*

**M\_CP\_PR01** *Contrat de prestation revue de contrat*

**R\_TR\_RE01** *Manuel de prélèvement des frottis gynécologiques*

**R\_TR\_RE02** *Manuel de prélèvement des examens histologiques*

**R\_TR\_RE03** *Manuel de prélèvement des cytologies spéciales*

**M\_RD\_PR01** *Revue de direction*

**A\_DY\_PR01** *Maîtrise des non conformités*

## VII. AMELIORATION DE LA QUALITE

L'amélioration continue de notre SMQ est la partie dynamique de notre système. Tout processus et sa vitalité sont définis et documentés en un seul document appelé dossier de pilotage (DP).

Par ailleurs et dans le souci d'une maîtrise optimisée le macro-processus Amélioration est décliné en 3 processus :

- ☞ Maîtrise de l'amélioration continue
- ☞ Maîtrise de l'évaluation
- ☞ Maîtrise des dysfonctionnements

Ces processus sont détaillés ci-dessous.

### 1. MAITRISE DE L'AMELIORATION CONTINUE

#### a. DOSSIER DE PROCESSUS : OUTIL D'AMELIORATION CONTINUE

L'amélioration continue de notre SMQ est basée sur l'implication des personnels sur le terrain. Pour ce faire des pilotes et des co-pilotes ont été désignés sur la base de leurs compétences dans le domaine considéré, et ont en charge la surveillance et évolution de leur processus.

Un outil : le **dossier de pilotage (DP)** est mis à disposition des pilotes de processus, afin de documenter et de maîtriser les données et évolutions inhérentes à leur processus. Il sert de support pour la préparation de la revue de direction.

Chaque pilote aide à préparer le bilan de son processus et peut le présenter lui-même s'il le souhaite lors de la revue de direction.

#### b. PLANIFICATION DES PROJETS

L'amélioration continue de notre système de management par la qualité passe par la réalisation des actions décidées par la direction, suite, à la revue de direction, d'action corrective ou préventive ou à des opportunités d'amélioration proposées. Ces projets sont maîtrisés en gestion de projets selon un

cycle de PDCA, où toute action décidée est planifiée à l'aide d'un plan d'action, le RQ a en charge le suivi, mesure et avancement du projet.

## c. OPPORTUNITES D'AMELIORATION

Chaque collaborateur est invité à s'exprimer sur les améliorations à apporter au niveau de son poste de travail ou de toute nature pouvant contribuer à l'amélioration de nos pratiques et de la sécurité. Dans un souci de prise en compte des propositions de nos collaborateurs, un formulaire est mis à leur disposition permettant de proposer des améliorations et une boîte à idées est à disposition. Toutes les propositions sont étudiées par la direction et un retour est systématiquement fait.

## d. INDICATEURS

Chaque pilote de processus avec l'aide du RQ a à sa charge la pose d'indicateurs pertinents, organisés en tableaux de bord qui nous permettent de suivre l'évolution de l'activité concernée, et de la vitalité de son processus. Ces indicateurs et tableaux de bord sont matérialisés dans le dossier de pilotage (DP).

## e. ENQUETES DE SATISFACTION

Des enquêtes de satisfaction sont menées 1 fois par an au niveau de nos clients afin d'être proactif au niveau de leurs attentes, de repérer et mesurer leur niveau de satisfaction.

## 2. MAITRISE DE L'EVALUATION

L'évaluation de nos activités est un élément de progrès indispensable à l'évolution de notre structure, afin de vérifier si le SMQ est efficace et atteint les objectifs fixés.

Ces évaluations se font sous forme d'audits. Les audits internes sont réalisés par des auditeurs expérimentés et les audits externes réalisés par l'organisme d'accréditation, COFRAC selon la périodicité définie.

### a. AUDITS INTERNES

Les audits internes sont menés et programmés avec une répartition annuelle. Tous nos processus sont audités une fois par an. Suite aux audits des actions correctives et préventives sont engagées. Les audits sont réalisés conformément à la procédure A\_EV\_PR02\_Audits internes.

### b. AUDITS EXTERNES

Le RQ a en charge les formalités administratives et le suivi des audits externes A\_EV\_PR01\_Evaluations et audits.

## 3. MAITRISE DES DYSFONCTIONNEMENTS

Tout système produit des dysfonctionnements à des niveaux divers et variés. L'objectif est de repérer tout type de dysfonctionnement, d'essayer d'apporter une solution en résolvant le problème dans les plus brefs délais dans la mesure du possible par une **action curative**. Cette action curative n'est qu'un

« pansement » pour remédier à des causes dont il convient de chercher l'origine, afin d'éviter que cela ne se reproduise et d'y apporter des solutions, **action corrective**.

Au-delà de ces aspects de résolution de problèmes, bien établis, l'amélioration de notre SMQ passe par des actions proactives qui sont une analyse des risques au niveau de nos processus, ce sont des **actions préventives**.

Suite aux résultats de cette analyse faite au niveau de chaque processus, formalisée dans chaque dossier de pilotage (DP), des actions peuvent être engagées.

Les dysfonctionnements revêtent des typologies différentes qu'il convient de traiter de manière différente. Quatre typologies ont été définies.

## a. NON CONFORMITES

Toute non-conformité identifiée fait l'objet d'une action curative immédiate, au sein de chaque processus. La personne relevant cette non-conformité est chargée de résoudre le problème entouré des compétences nécessaires. Les analyses sont interrompues si nécessaire et si besoin le clinicien est informé.

La formalisation de l'identification des non conformités est systématique et obligatoire.

Les non conformités sont identifiées par processus ce qui nous permet une analyse statistique affinée. Ces non-conformités alimentent les indicateurs des DP.

L'analyse des indicateurs profile les tendances et permet la mise en place d'actions préventives.

## b. ACTIONS CORRECTIVES / ACTIONS PREVENTIVES

Des **actions correctives** sont apportées suite aux constats de non-conformité. Pour ce faire, le RQ accompagné ou non d'un groupe de travail détermine les causes cachées du problème. L'analyse des causes du problème peut également déboucher sur des **actions préventives**.

Le RQ accompagné ou non d'un groupe de travail identifie les facteurs de risque au niveau de son processus à l'aide d'un outil d'analyse des risques. L'analyse de ces données nous permet de mettre en place des **actions préventives**.

La procédure A\_DY\_PR01\_Maitrise des non conformités définit l'identification, traitement, résolution des problèmes, mise en place des actions correctives, préventives et le suivi de leur efficacité.

## c. RECLAMATIONS CLIENTS

Toute réclamation provenant de nos clients qu'elle soit écrite ou orale est formalisée, analysée et traitée dans les plus brefs délais. La procédure A\_DY\_PR03\_Traitement des réclamations en définit les modalités.

## d. REACTO / MATERIOVIGILANCE

Conformément à l'Article L 5221-1 du Code de la Santé Publique, au sein de notre structure la réacto et matériovigilance est assurée au quotidien par les techniciens aux postes de travail, encadrés par un pathologiste.

Par ailleurs une veille est assurée auprès de l'ANSM.

Les DM DIV, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, sont des dispositifs destinés spécifiquement à être utilisés in vitro, seuls ou en combinaison, dans l'examen d'échantillons provenant du corps humain.

La surveillance et les éventuelles déclarations se font au niveau des dispositifs ou leurs accessoires utilisés en anatomo-cytopathologie : automates, réactifs et logiciels embarqués et les récipients pour échantillons...

La procédure A\_DY\_PR02\_Réacto-matério vigilance en définit les modalités.

**Documents de référence :**

**VII. Amélioration de la qualité**

*A\_AM\_PR01 Amélioration continue*

*M\_SD\_MD06 Modèle de Dossier De Processus (DDP)*

*A\_EV\_PR01 Evaluations et audits*

*A\_EV\_PR02 Audits externes*

*A\_DY\_PR01 Maitrise des non conformités*

*A\_DY\_PR02 Réacto/matério Vigilance*

*A\_DY\_PR03 Traitement des réclamations*

## VIII. REALISATION DES PRESTATIONS

### 1. PRE ANALYTIQUE

#### a. TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS

L'essentiel de nos prélèvements provient d'établissements de santé (cliniques, hôpitaux) et de médecins privés.

Les modalités contractuelles (voir relation client / revue de contrat) définissent les règles de transmission des prélèvements ainsi que les conditions de rejet et de non traitement d'un échantillon.

Pour tous les correspondants avec qui il ait été établi ou non une convention, un document détaillant les modalités d'identification des patients y compris l'importance des données cliniques, date, heure du prélèvement et de la fixation, traçabilité, conditionnement et de transport a été mis à disposition.

R\_TR\_RE01\_Manuel de prélèvement des frottis gynécologiques

R\_TR\_RE02\_Manuel de prélèvement des examens histologiques

R\_TR\_RE03\_Manuel de prélèvement des cytologies spéciales

Le CCAP Saran fournit à ses correspondants, les demandes d'examen ainsi que les contenants et fixateurs répondant à la réglementation européenne en termes de DMDIV et de la réglementation du transport ADR.

Le CCAP Saran met également à disposition un livret permettant le contrôle et la traçabilité des prélèvements à documenter par les établissements de santé.

Pour les médecins privés, un formulaire est mis à disposition pour assurer la traçabilité entre leur cabinet et le laboratoire.

Le transport de nos prélèvements est assuré une société de transport, dans des véhicules répondant à la réglementation ADR et emballages répondant à la réglementation de l'emballage des produits chimiques et biologiques en vigueur.

## **b. RECEPTION ET ENREGISTREMENT DES PRELEVEMENTS**

La réception des prélèvements est centralisée dans deux zones réservées à cet usage. Tous les échantillons primaires reçus accompagnés de la demande d'examen sont enregistrés dans notre système informatique.

La date et l'heure de réception sont notées directement sur la demande d'examen.

Une traçabilité de la personne réceptionnant les échantillons est réalisée.

La demande d'examen est identifiée à l'aide d'un ou deux numéro(s) unique(s) (histologie / cytologie) apposée(s) également sur l'échantillon primaire en prenant toutes les précautions nécessaires afin de ne pas générer d'erreur d'identification.

Des critères d'acceptation ou de rejet des échantillons ont été définis.

Une procédure de réception et enregistrement des prélèvements est mise à disposition des personnels R\_TR\_PR01\_Transmission Réception et Enregistrement.

Après réception, tri et enregistrement des prélèvements, la distribution se réalise rapidement vers les zones techniques dédiées.

## **c. MACROSCOPIE**

L'examen macroscopique est l'observation, la description et l'échantillonnage de l'échantillon primaire, tissulaire ou cellulaire.

La macroscopie est une étape très importante de l'examen anatomopathologique et consiste en un examen à l'œil nu, soigneux, des altérations tissulaires. Elle s'appuie sur une bonne connaissance de l'anatomie et des renseignements cliniques corrects.

Cette étude permet d'effectuer les prélèvements tissulaires dirigés, bien orientés, adaptés au problème posé.

Il est réalisé par les pathologistes ou du personnel habilité. C'est une étape cruciale incluant la surveillance des délais et conditions de fixation des pièces opératoires qui conditionnent la fiabilité des immunomarquages notamment pour les facteurs d'histopronostic d'une part, et d'autre part l'échantillonnage, repérage et description des tumeurs en font une spécialité à part entière.

Une méthodologie précise est décrite dans un recueil R\_MC\_RE01\_Recueil de macroscopie.

Le recueil de macroscopie est revu régulièrement par les pathologistes et les techniciennes en tenant compte des évolutions médicales et des besoins.

La procédure R\_MC\_PR01\_Macroscopie fixe les règles de prise en charge des échantillons primaires à ce niveau.

Ce processus produit des fragments à étudier et des réserves (fragments tissulaires jugés non utiles à priori pour l'analyse mais sur lesquels suite à l'interprétation du pathologiste il pourrait être nécessaire de re prélever des échantillons). Ces réserves sont stockées pendant une période définie dans les conditions de conservation et d'hygiène et sécurité requises.

## 2. ANALYTIQUE

Le processus analytique en ACP démarre à la lame blanche (la déshydratation et la microtomie ont été placées en pré-analytique par le CCAP).

Toutefois l'anatomo-cytopathologie comporte un acte particulier, l'examen extemporané, qui à lui seul intègre les phases pré-analytique, analytique et post-analytique.

Pour plus de commodité et étant donné que cet examen, sauf cas particulier, fait partie intégrante de l'acte d'anatomo-cyto-pathologique lui-même il est classé dans la partie analytique.

Chaque processus analytique est individuellement suivi et maîtrisé.

### a. EXAMENS EXTEMPORANES

**L'examen extemporané** est un examen anatomopathologique qui permet de donner un résultat au clinicien en quelques minutes. Il y a des indications très précises : il peut être demandé chaque fois que le résultat de cet examen pourra modifier l'acte chirurgical, détermination des limites d'exérèse d'une tumeur, recherche d'une infiltration tumorale métastatique... Les examens extemporanés sont exclusivement réalisés par le médecin pathologiste selon un calendrier établi avec les cliniciens demandeurs.

Cependant, afin de répondre aux besoins du clinicien et du patient, un examen extemporané peut être demandé au dernier moment.

Le pathologiste se rend sur le lieu de l'intervention, réalise l'analyse et l'interprétation de diagnostic qu'il communique au chirurgien dans les plus brefs délais.

Les procédures émanent des recommandations internationales et de l'HAS.

### b. TECHNIQUES HISTOLOGIQUES

Les techniques histologiques sont la phase du processus analytique qui consiste à traiter les produits de macroscopie (fragments tissulaires à examiner). Ce traitement est la transformation des fragments tissulaires en lames colorées. Les lames colorées présentent des colorations topographiques des tissus (nécessaires à l'analyse morphologique) ou des colorations histochimiques (mise en évidence de substances chimiques).

Une procédure R\_TH\_PR01\_Technique histologique définit le processus.

Les modes opératoires décrivent les techniques utilisées pour réaliser les colorations topographiques et histochimiques :

\* R\_TH\_RE01\_Recueil de colorations topographiques et histochimiques,

\* R\_TH\_MO01\_Coloration HES

Ces techniques utilisées émanent des publications internationales, des recommandations des bonnes pratiques et des fiches fournisseurs. Elles ont été validées et sont réalisées par les techniciens habilités. Une traçabilité est réalisée via les demandes d'examen qui suivent le prélèvement tout au long de la chaîne analytique ou via les formulaires de traçabilité mis en place.

## c. TECHNIQUES CYTOLOGIQUES

Les techniques cytologiques sont la phase du processus analytique qui consiste à traiter les prélèvements cytologiques. Ces techniques concernent les frottis cervico-utérins et l'examen de tout liquide cellulaire provenant d'organes, obtenu par ponction, émission, raclage, ... Ces éléments cellulaires sont traités par des techniques appropriées émanant de la littérature, des recommandations des bonnes pratiques et des fiches fournisseurs.

Les lames obtenues sont colorées et lues par les pathologistes ou des cytotechniciens formés et habilités. Des conditions de relecture des lames par les pathologistes ont été mises en place.

Une procédure R\_TC\_PR01\_Technique cytologique définit le processus.

Le mode opératoire décrit la technique utilisée pour réaliser la coloration cytologique R\_TC\_MO01\_Papanicolaou. Les techniques ont été validées et sont réalisées par les cytotechniciens habilités. Une traçabilité des actes est réalisée informatiquement et sur des documents de traçabilité prévus à cet effet.

## d. IMMUNOHISTOCHEMIE/CYTOCHEMIE

Les techniques d'immunohistochimie/cytochimie complètent l'analyse morphologique des tissus et ont pour objectif d'identifier des protéines fabriquées par les cellules tumorales, ce qui permet souvent de mieux classer la tumeur, d'en évaluer la gravité et de prédire l'efficacité de certains médicaments. Cette technique permet de détecter un antigène grâce à un anticorps spécifique couplé à une enzyme ou à une substance fluorescente. Lorsque l'anticorps est couplé avec une enzyme, celui-ci réagit avec un substrat pour donner une réaction colorée liée à la précipitation d'une substance chromogène, facile à visualiser en microscopie optique.

Ces techniques sont automatisées dans notre structure. Une validation en tenant compte de leur caractère qualitatif et semi quantitatif a été réalisée. Des contrôles qualité internes et externes sont réalisés périodiquement.

La procédure R\_TI\_PR01\_Immunohistochimie/cytochimie définit ce processus.

## e. GARANTIE DE LA QUALITE DES RESULTATS

La garantie de la qualité des résultats assure la fiabilité des résultats fournis.

Pour ce faire nous répondons aux exigences en matière de :

- ☞ Contrôles internes qualité (CIQ)
- ☞ Evaluation externe de la qualité (EEQ)
- ☞ Métrologie des équipements (matériels)
- ☞ Validation de nos méthodes
- ☞ Evaluation des incertitudes de résultats

## f. Contrôles internes qualité (CIQ)

Les contrôles qualité internes sont réalisés en temps réel, les lames témoins de contrôle sont réalisées dans les mêmes conditions que les tissus/cellules à analyser.

Une gestion et fabrication des lames témoins est réalisée en interne selon les recommandations professionnelles et l'état de l'art disponibles. En effet il n'existe pas d'étalons pour l'ACP.

La procédure R\_QR\_PR01\_Gestion de la qualité des résultats définit les modalités.

## **g. Evaluation Externe de la Qualité (EEQ) - Comparaisons Inter Laboratoires (CIL)**

Les évaluations externes de la qualité (EEQ) sont réalisées auprès de l'AFAQAP selon un calendrier annuel correspondant à nos besoins internes décidés par les pathologistes.

L'AFAQAP organise des campagnes de CIL auxquels nous participons régulièrement et situons nos performances.

La procédure R\_QR\_PR02\_Comparaison Inter Laboratoire définit les modalités et responsabilités de ces contrôles.

Les résultats des contrôles qualité font l'objet, au sein de chaque processus concerné, d'un suivi statistique.

Lorsque des résultats sont non satisfaisants, ils sont tracés, une analyse de risques est réalisée et des actions correctives sont mises en place.

## **h. Métrologie des équipements**

Le responsable matériel assure la gestion et la planification de la métrologie.

Notre structure a identifié les équipements « critiques » (ayant une incidence significative sur l'exactitude et la fiabilité des résultats).

La métrologie est essentiellement réalisée par un laboratoire d'étalonnage accrédité. Le rapport d'étalonnage porte alors le logotype COFRAC.

La procédure S\_RM\_PR02\_Etalonnage des équipements et traçabilité métrologique définit les modalités et responsabilités en termes de métrologie.

## **i. Validation des méthodes**

Les techniciens autorisés et le responsable qualité sont spécifiquement habilités à la validation des méthodes.

Toutes nos techniques sont validées selon les recommandations du COFRAC et les normes.

Un dossier de validation est mis à disposition pour chaque technique analytique.

Tout changement important pouvant affecter le résultat, le matériel, l'anticorps... donne lieu à une nouvelle validation.

La procédure R\_VM\_PR01\_Procédure validation de méthode définit les modalités et responsabilités en termes de validation des méthodes.

## **j. Evaluation des incertitudes de résultats**

L'incertitude de résultats est évaluée dans tous les cas et plus particulièrement lors de l'existence de seuils de décision clinique, (exemple RO, RP, HER2) ou encore lorsque leur connaissance apporte un élément important à l'interprétation du résultat. Cette évaluation intègre le dossier « Validation de méthodes ».

## 3. POST ANALYTIQUE

### a. Diagnostic

Le diagnostic anatomo-pathologique est un processus complexe qui intègre les activités administratives, techniques et médicales.

Au cours des différentes phases pré-analytique, analytique et post analytique, ces activités doivent être intégrées de manière harmonieuse pour produire un diagnostic adéquat dans les meilleurs délais possibles.

Le diagnostic médical est transcrit via une dictée numérique avec identification spécifique de chaque médecin pathologiste ou par des codes bibles.

Les secrétaires retranscrivent les codes bibles ou la dictée du compte rendu que le pathologiste a préalablement réalisé.

Les pathologistes relisent l'intégralité des examens dictées avant l'édition pour diffusion du compte rendu.

La procédure R\_CR\_PR01\_Compte Rendu définit les modalités.

Le diagnostic ne rentre pas en compte dans l'accréditation selon la Norme NF EN ISO 15189.

« Il est considéré que l'accréditation selon la norme NF EN ISO 15189 porte sur les modalités techniques et managériales de la structure ACP permettant l'établissement du compte rendu diagnostique et non sur le diagnostic ACP en tant que jugement professionnel médical » (SH GTA 03).

Pour des examens complexes, le pathologiste peut demander un avis à un confrère référent ou demander des techniques complémentaires qui ne sont pas réalisées au sein du CCAP afin de confirmer le diagnostic.

### b. Maîtrise du compte rendu

Les comptes rendus sont consignés de manière exacte, claire, objective, non ambiguë par écrit et accompagnés des informations nécessaires à leur interprétation.

#### CONTENU DU COMPTE RENDU

Chaque compte rendu comporte au minimum les informations suivantes :

- ☞ Le nom et l'adresse du laboratoire
- ☞ L'identification de toutes les analyses réalisées par un laboratoire sous-traitant
- ☞ Le nom, prénom et adresse du patient
- ☞ Le nom du prescripteur
- ☞ La date de prélèvement de l'échantillon primaire
- ☞ Le type d'échantillon primaire
- ☞ L'interprétation des résultats
- ☞ Des commentaires comme les notes d'avertissement ou d'explication
- ☞ Le nombre de pages par rapport au nombre total de pages
- ☞ La date de validation du compte rendu
- ☞ Le nom du pathologiste signataire du compte rendu

## TYPE DE COMPTE RENDU

Lors de l'analyse des échantillons plusieurs comptes rendus peuvent être rédigés :

- Le compte rendu initial
- Le compte rendu complémentaire : ce compte rendu reprend le compte rendu initial et un ajout (Immunohistochimie) ne modifiant pas la conclusion du compte rendu initial
- Le compte rendu rectificatif : ce compte rendu remplace le compte rendu initial. Le compte rendu rectificatif est réalisé soit à la suite d'une non-conformité ou suite à une réclamation. Dans certains cas, la conclusion peut être revue.

## TRANSMISSION DES RESULTATS

La transmission des résultats est réalisée dans le respect de la confidentialité, quel que soit le mode de transmission choisi, et en conformité avec les exigences réglementaires selon la procédure : R\_CR\_PR01\_Compte Rendu

Les résultats peuvent être transmis :

- Par envoi postal
- Par messagerie sécurisée et cryptée : Apycript / MSSanté
- Par coursier

Dans le cadre, où un prescripteur souhaiterait un résultat par téléphone, seul un pathologiste est autorisé à le communiquer. Cette transmission d'informations est tracée dans le dossier du patient.

### **Documents de référence :**

#### ***VIII. Réalisation des prestations***

*R\_TR\_RE01\_Manuel de prélèvement des frottis gynécologiques*  
*R\_TR\_RE02\_Manuel de prélèvement des examens histologiques*  
*R\_TR\_RE03\_Manuel de prélèvement des cytologies spéciales*  
*R\_TR\_FO01\_Demande d'examen cytologie gynécologique*  
*R\_TR\_FO03\_Demande d'examen histologie*  
*R\_TR\_FO04\_Demande d'examen urinaire*  
*R\_TR\_FO06\_Demande d'examen cytologie spéciale*  
*R\_TR\_PR01\_Transmission Réception et enregistrement*  
*M\_PC\_FI01\_Catalogue de prestations*  
*R\_EX\_PR01\_Réalisation d'un examen extemporané.*  
*R\_MC\_RE01\_Recueil de macroscopie*  
*R\_MC\_PR01\_Macroscopie*  
*R\_TH\_PR01\_Technique histologique*  
*R\_TH\_MO01\_HES*  
*R\_TH\_RE01\_Recueil de colorations topographiques et histochimiques*  
*R\_TC\_PR01\_Technique Cytologique*  
*R\_TC\_MO01\_Papanicolaou*  
*R\_TI\_PR01\_Immunohistochimie/cytochimie*  
*R\_QR\_PR01\_Gestion de la qualité des résultats*  
*R\_QR\_PR02\_Comparaison Inter Laboratoire*  
*S\_RM\_PR02\_Etalonnage des équipements et traçabilité métrologique*  
*R\_VM\_PR01\_Procédure validation de méthode*

## *S\_SI\_FO01\_Convention de preuve fax*

### **IX. SUPPORT**

#### **1. RESSOURCES HUMAINES**

Les pathologistes associés assurent la direction de la structure et le diagnostic histo-cytopathologique des prélèvements confiés.

Le pathologiste suit les évolutions médicales dans son domaine, se forme régulièrement DPC et participent aux RCP .....etc.

La compétence de nos collaborateurs, l'organisation des fonctions et responsabilités, la formation et le maintien des compétences, la qualification et l'habilitation du personnel sont des éléments majeurs au bon fonctionnement de notre structure.

Notre structure comporte une organisation hiérarchique et fonctionnelle définie dans l'organigramme S\_RH\_FI13\_Organigramme.

Chaque fonction de la structure est définie dans une fiche de fonction figurant dans le dossier personnel du collaborateur.

Tous les salariés intègrent une ou plusieurs fonctions.

La procédure S\_RH\_PR01\_Ressources humaines trace le cadre général de notre maîtrise des RH.

##### **a. Recrutement**

Les techniciens ayant en charge la réalisation des techniques ont été recrutés au minimum sur les bases de leurs diplômes répondant aux exigences réglementaires (articles L. 4352-1 et L. 4352-3 Code de la Santé Publique).

Pour les autres collaborateurs (secrétaires, aide technique...) sur la base des éléments exigés définis dans nos fiches de fonction.

Une procédure de recrutement des personnels est disponible S\_RH\_PR02\_Recrutement de personnel.

Un nouveau collaborateur quel que soit le poste occupé bénéficie d'un dossier de formation.

Un livret d'accueil est remis à chaque nouveau collaborateur : S\_RH\_FI03\_Livret d'accueil

##### **b. Compétences des personnels**

Chaque membre du personnel dispose d'un dossier personnel et confidentiel composé de :

- ☞ DSN (Déclaration Sociale Nominative)
- ☞ Curriculum vitae (si applicable)
- ☞ Copie des diplômes
- ☞ Contrat de travail

- ☞ Inscription au répertoire ADELI (si applicable)
- ☞ Certificats d'aptitude médecine du travail
- ☞ Fiche d'exposition individuelle aux CMR (si applicable)
- ☞ Fiche de fonction
- ☞ Parcours d'intégration (si applicable) (= dossier de formation)
- ☞ Attestations de formations continues
- ☞ Enregistrements entretien individuel et entretien professionnel
- ☞ Habilitation aux postes de travail
- ☞ Clause de confidentialité interne
- ☞ Autres documents

Les fiches de fonction sont suffisamment détaillées pour permettre de savoir qui fait quoi.

Le maintien des habilitations des collaborateurs est régulièrement revu.

Tous les techniciens sont habilités pour les postes occupés, des critères d'habilitation pour chaque poste occupé sont préétablis et documentés lors de l'habilitation.

Tout personnel temporaire (stagiaires, remplaçants...) occupent des postes ne nécessitant pas d'habilitation ou ont été habilités.

Un plan de formation annuel est établi selon les besoins internes pour toutes catégories de personnel.

Les fonctions clés ont toute un suppléant ainsi que les pilotes de processus (fonctionnement systématique en binôme).

Une procédure traitant la maîtrise des compétences des personnels en définit les modalités S\_RH\_PR04\_Assurer les compétences.

### **c. Formation**

La formation continue, tant au niveau des collaborateurs que des pathologistes est un point essentiel au maintien des compétences de chaque acteur au sein de la structure.

La procédure S\_RH\_PR03\_Formation et évaluation des personnels décrit le fonctionnement de ce sous-processus.

Un plan de formation annuel est établi selon les besoins internes pour toutes catégories de personnel.

Les formations peuvent être réalisées en interne ou en externe.

Après chaque formation externe réalisée, le collaborateur résume les points importants et présente la valeur ajoutée apportée par la formation. Ce document sert d'évaluation des acquis et est versée au dossier d'entretien d'activité de l'année en cours.

### **d. Planification du travail**

Les activités des collaborateurs et pathologistes sont planifiées et consignées dans des plans de planification du travail avec une anticipation suffisante pour ne pas gêner l'activité.

Les plannings des pathologistes sont réalisés entre eux. Les plannings des examens extemporanés sont réalisés par les pathologistes.

La procédure S\_RH\_PR06\_Planification du travail définit les modalités.

## 2. RESSOURCES MATERIELLES

Les ressources matérielles de la structure sont définies en 3 sous processus distincts :

- ☞ Equipements
- ☞ Consommables et réactifs
- ☞ Achats

Les équipements sont tout type de matériel, que ce soient des systèmes analytiques (couple machine/réactifs), du matériel informatique ou des instruments plus simples (pipettes, bains- marie...)

Les consommables et réactifs sont tout produit tel que, contenants, réactifs chimiques, anticorps, coffrets de réactifs, ...

Les achats est un processus à part qui spécifie la manière de sélectionner nos fournisseurs, nos consommables et la procédure d'achats.

### a. Equipements

La procédure S\_RM\_PR01 Maîtrise des matériels définit les conditions de réception de contrôle, de qualification, maintenance et métrologie des équipements.

Notre structure est dotée d'équipements nécessaires à réaliser tous les services proposés. Un soin particulier est porté lors de la sélection (voir § achats) des équipements les plus performants en tenant compte des normes de protection environnementales.

En règle générale les équipements ayant un impact sur la fiabilité des résultats sont qualifiés (vérification des performances annoncées par le fournisseur) avant achat sur notre site.

Tout équipement faisant l'objet d'opérations métrologiques est commandé avec demande de certificat d'étalonnage répondant aux exigences du COFRAC.

Tout matériel est identifié.

La date d'étalonnage (matériel le nécessitant) est notifiée dans le dossier de vie des équipements.

Chaque équipement dispose d'une fiche de vie, où sont répertoriés, l'identification et toutes les données propres au matériel y compris les maintenances et étalonnages. Des maintenances préventives régulières sont programmées.

Ces données sont conservées pendant toute la durée de vie du matériel plus 3 ans.

### b. Consommables et réactifs

L'instruction M\_AA\_IN01 Réception d'un produit, inspection et stockage définit les conditions de réception de contrôle, de stockage, conservation des consommables et réactifs.

Les consommables et réactifs utilisés font l'objet d'un marquage CE lorsque c'est possible.  
Tous les réactifs sont stockés en tenant compte des recommandations du fournisseur. Les produits chimiques ou mélanges sont exigés avec une fiche de données de sécurité (FDS).  
Les fixateurs et autres produits chimiques utilisés ont été retenus dans le respect de la santé des personnels et dans la sécurité des résultats que nous devons aux patients, conformément aux recommandations internationales et l'état de l'art.  
Tous les nouveaux lots d'anticorps, réactifs ou de kits (colorations spéciales), sont testés avant utilisation par un contrôle qualité interne.  
Les modalités sont définies dans la procédure M\_AA\_PR02\_Maitrise des réactifs et des consommables  
Les nouveaux anticorps font l'objet d'une validation de méthode.

### c. Achats

La procédure M\_AA\_PR01\_Achats et approvisionnements définit le processus d'achats y compris la sélection des fournisseurs.  
Les fournisseurs sont sélectionnés sur un ensemble de critères définis en interne et leur aptitude à prouver la fiabilité des produits et services, l'exploitation des indicateurs posés nous permet d'apprécier le service rendu.

## 3. LOCAUX/ ENVIRONNEMENT

Nos locaux répondent à la réglementation et normes en vigueur en termes de conception et aménagements. Une attention particulière a été portée au respect de l'environnement et ce dans le choix de nos installations, équipements, consommables et réactifs. Les locaux sont sécurisés contre le vol, incendie, vandalisme.... Les accès sont réglementés et contrôlés. La procédure S\_LO\_PR01\_Locaux et conditions environnementales décrit comment sont aménagés, surveillés et contrôlés les locaux et installations fixes de notre structure.  
Les aspects entretien des locaux au sens hygiène et sécurité ainsi que le traitement des déchets sont traités dans le processus hygiène et sécurité.

## 4. HYGIENE ET SECURITE

Le processus hygiène et sécurité traite particulièrement :

- ☞ L'hygiène et sécurité des personnels
- ☞ L'hygiène et sécurité des locaux
- ☞ Traitements des déchets

### a. Hygiène et sécurité des personnels

Cette partie traite les aspects liés à l'hygiène et sécurité des personnels au travers du document unique, qui répond à la réglementation en vigueur.  
Le responsable Hygiène et Sécurité assure l'évolution et la mise à jour régulière du document unique et assure le suivi des actions d'amélioration de l'hygiène et sécurité des personnels sous la responsabilité de la direction.

## **b. Hygiène et sécurité des locaux**

Cette partie traite essentiellement de l'entretien des locaux et des surfaces qui est réalisé en partie en interne au quotidien par nos personnels.

Un entretien plus global des grosses parties est réalisé de manière hebdomadaire par une société externe. S\_HS\_PR01\_Hygiène et sécurité

## **c. Traitement des déchets**

Le traitement des déchets est soumis à la réglementation. En effet en ACP nous produisons des déchets classés en 2 grandes catégories :

- ☞ Déchets assimilables à des ordures ménagères.
- ☞ Déchets d'activité de soins à risques qui se subdivisent en 2 catégories :
  - Déchets à risques toxiques et chimiques
  - DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux)

Ces déchets sont confiés à notre société de transport pour traitement dans les filières adéquates (conformément à la réglementation en vigueur).

La procédure S\_HS\_PR01\_Hygiène et Sécurité décrit ce processus.

## **5. SYSTEME D'INFORMATION**

Le système d'information du laboratoire est un outil performant gérant les dossiers patients et traçant les activités du processus de réalisation.

La procédure S\_SI\_PR01 Maîtrise et protection des équipements informatiques décrit notre système et les manières de procéder à la maîtrise des données en toute sécurité.

Il traite particulièrement : la sécurité des données, du système, la saisie des données et enregistrements, la récupération et stockage des données, les matériels et logiciels ainsi que la maintenance du système.

La gestion des données d'informations nominatives gérées par notre structure est traitée selon le RGPD.

### **Documents de référence :**

#### **IX. Support**

**S\_RH\_FI13\_Organigramme**

**S\_RH\_PR01\_Ressources humaines**

**S\_RH\_PR02\_Recrutement de personnel**

**S\_RH\_FI03\_Livret d'accueil**

**S\_RH\_PR03\_Formation et évaluation des personnels**

**S\_RH\_PR04\_Assurer les compétences**

**S\_RH\_PR06\_Planification du travail**

**S\_RM\_PR01\_Maîtrise des matériels**

**M\_AA\_IN01\_Réception d'un produit, inspection et stockage**

**M\_AA\_PR01\_Achats et approvisionnements**

**M\_AA\_PR02\_Maitrise des réactifs et des consommables**

**S\_LO\_PR01\_Locaux et conditions environnementales**

**S\_HS\_PR01\_Hygiène et sécurité**

*S\_SI\_PR01\_Maîtrise et protection des équipements informatiques*

6. ANNEXES

*Annexe 1 : Déclaration politique qualité*

*Annexe 2 : Cartographie des processus*

## Annexe 1 : Déclaration politique qualité

La qualité a toujours existé au sein du CCAP, c'est donc tout naturellement que la direction s'est engagée à se lancer dans la démarche qualité en 2015 dans le but de satisfaire et répondre aux exigences de la norme, évalué par le COFRAC (Comité Français d'Accréditation).

Afin de répondre au mieux aux exigences et besoins de nos patients et utilisateurs, la direction du CCAP s'est engagée à fournir les ressources nécessaires tout en impliquant l'ensemble du personnel dans cette démarche qualité.

Tout cette démarche est volontaire et a pour but de réaliser des examens appropriés et de garantir les meilleurs soins prodigués aux patients.

Le laboratoire CCAP s'engage à se conformer à la Norme Internationale (NF EN ISO 15189) , aux différents référentiels en vigueur ainsi qu'au RBPACP (Recommandations de Bonnes pratique en Anatomie Cytologie Pathologiques), à pratiquer des analyses de qualité et à respecter son système de management par la qualité.

La direction ainsi que l'ensemble du personnel confirment qu'il n'existe aucune pression commerciale, influence financière ou politique et de conflit d'intérêt.

La direction ainsi que l'ensemble du personnel s'engagent à exercer ses activités en toute impartialité. La direction du laboratoire veille au bien être, à la sécurité et au respect des droits des patients à être traités sans faire l'objet d'une quelconque discrimination.

La qualité nous oblige à évaluer et à améliorer régulièrement notre système mis en place dans le laboratoire.

Suite à la revue de direction des objectifs ont été fixés pour l'année 2024 par la direction.

Ces objectifs sont :

- Sensibilisation du service secrétariat sur l'enregistrement des réclamations
- Mise en place du tiers payant
- Mise en place de l'externalisation de la mise sous plis
- Mise en place de Xplanet
- Mise en place des nouveaux automates d'immunohistochimie (BOND PRIME)
- Finaliser le recrutement d'une secrétaire
- Centraliser l'ensemble des commandes sur le GIE
- Finalisation des contrats avec les cliniques
- Révision des dossiers de pilotage et des indicateurs
- Finalisation des associations des Dr Socha et Youcef Khodja
- Mise au format qualité des différents documents du processus IHC

En parallèle de ces objectifs, le CCAP continue son avancée dans l'élaboration de documents afin de répondre au mieux aux exigences de la Norme ainsi qu'à ses propres exigences.

La direction

## Annexe 2 : Cartographie des processus

### **M Management**

- 1 MG Organisation et management
  - 1 Organisation
  - 2 Ethique
  - 3 Responsabilités
- 2 MQ Management par la Qualité
  - 1 Exigences pour les processus
  - 2 Exigences pour la documentation
- 3 SD Système documentaire
- 4 CP Contrats de prestations
- 5 CO Communication
- 6 PC Prestations de conseils
- 7 EA Enregistrements et archives
- 8 RD Revue de direction
- 9 AA Achats et approvisionnements

### **R Réalisation**

- 1 TR Transmission Réception Enregistrement
- 2 MC Macroscopie
- 3 EX Extemporaneés
- 4 TC Techniques Cytologiques
- 5 TH Techniques Histologiques
- 6 TI Techniques d'Immunohistochimie
- 7 TF Techniques d'immunofluorescence
- 8 BM Techniques de biologie moléculaire
- 9 VM Validation des méthodes (techniques)
- 10 ST Sous-traitance
- 11 PA Post analytique
- 12 CR Compte rendu
- 13 QR Qualité des résultats
  - 1 Contrôle qualité
  - 2 Matériaux de référence
  - 3 Comparaisons Inter Laboratoires (CIL)

### **A Amélioration**

- 1 AM Maîtrise des améliorations/mesures
  - 1 Planification des projets du SMQ
  - 2 Maîtrise des processus, dossier de processus (DP)
  - 3 Analyse des risques (AMDEC)
  - 4 Indicateurs
  - 5 Opportunités amélioration (OA)
  - 6 Revue de processus
- 2 DY Maîtrise des dysfonctionnements
  - 1 Réacto/matérovigilance
  - 2 Traitement des réclamations
  - 3 Non conformités
  - 4 Actions correctives
  - 5 Actions préventives
- 3 EV Maîtrise des évaluations
  - 1 Evaluation échantillons/prescriptions
  - 2 Evaluation satisfaction utilisateurs services
  - 3 Audit interne
  - 4 Evaluations externes

### **S Support**

- 1 RH Ressources Humaines
- 2 LO Locaux et conditions environnementales
- 3 RM Ressources matérielles
  - 1 Matériel
  - 2 Réactifs et consommables
- 4 SI Systèmes d'information
- 5 HS Hygiène et Sécurité
  - 1 Hygiène et Sécurité des locaux
  - 2 Hygiène et Sécurité des personnels
  - 3 Traitement des déchets

