

Visite spéciale / Special Surveillance

Follow Up

Rapport / *Report for:*

PLATEFORME TOULOUSE RESEAU IMAGERIE

Référence LRQA/*LRQA reference:* FQA 4001254/1004
Date(s) de l'audit/*Assessment dates:* 11AM/01/2013 (sur site)
Site(s) audité(s)/*Assessment location:* Toulouse (31)
Standard(s)/*Assessment criteria:* ISO 9001:2008
Equipe/*Assessment team:* Sivida CHHEANG

Bureau LRQA/*LRQA office:* LRQA LYON



Sommaire/Contents

1.	Compte-rendu pour la Direction/ <i>Executive report</i>	3
2.	Synthèse de l'audit/ <i>Assessment summary</i>	5
3.	Constats / <i>Assessment Findings Log</i> - ISO 9001:2008	9
4.	Closed Findings - ISO 9001:2008	11
5.	Programme de surveillance/ <i>Assessment schedule</i>	12
6.	Suivi de l'amélioration continue / <i>Continual improvement tracking log</i> ([Standard], [Location])	14
7.	Identification des thèmes de visite / <i>Visit theme selection</i>	15
8.	Programme d'Audit / <i>Assessment plan</i>	16
9.	Avis de recommandation	17
10.	Certificate details	18

Annexes/Attachments

Ce rapport a été présenté à et validé par :

This report was presented to and accepted by:

Nom/Name: **Cécile POUZET**

Fonction/Job title: **RMQ**

Aux termes de la présente clause Lloyd's Register Quality Assurance Limited, ses affiliés et filiales et leurs employés, agents et mandataires respectifs sont individuellement et collectivement désignés "LRQA". LRQA n'assume aucune responsabilité et n'est responsable envers quiconque de toute perte, dommage ou dépense causés par toute information ou conseil fourni dans ce document ou d'une toute autre façon, à moins que le destinataire de l'information ou du conseil n'ait signé un contrat avec l'entité de LRQA concernée en vue de la fourniture de cette information ou de ce conseil et, dans ce cas, toute responsabilité est exclusivement limitée par les termes et conditions dudit contrat.

Lloyd's Register Quality Assurance Limited, its affiliates and subsidiaries and their respective officers, employees or agents are, individually and collectively, referred to in this clause as "LRQA". LRQA assumes no responsibility and shall not be liable to any person for any loss, damage or expense caused by reliance on the information or advice in this document or howsoever provided, unless that person has signed a contract with the relevant LRQA entity for the provision of this information or advice and in that case any responsibility or liability is exclusively on the terms and conditions set out in that contract.



1. Compte-rendu pour la Direction/*Executive report*

Conclusion/*Assessment outcome:*

Cette **visite de surveillance spéciale Follow Up** au sein de la PF TRI a été réalisée sur la base des objectifs suivants :

- revue des corrections apportées, de l'analyse des causes réalisée et de l'efficacité des actions correctives mises en œuvre suite aux non-conformités majeures émises lors du précédent audit triennal
- dans le cadre des processus et activités audités, confirmation de l'application continue des dispositions conformément aux exigences de la norme ISO 9001 : 2008, pour le champ d'application suivant :

**« Prestation de service, recherche et développement en microscopie photonique, microscopie électronique et cytométrie en flux
(* excepté : spinning-disk, TIRF, spectrofluorimétrie et ITAV recherche) »**

- suivi des évolutions de l'organisation et de son environnement

Suite à l'émission de la Non-conformité Majeure identifiée lors de l'audit triennal, les actions correctives ont été déployées avec réactivité et efficacité, sous forte impulsion managériale de la PF.

Les preuves ont été recueillies (*cf. tableau de suivi des constats*), **la Non-conformité Majeure a été dégradée en Non-conformité Mineure.**

Au terme de cette visite, la mise en œuvre opérationnelle des dispositions définies dans le système de management de la PF est confirmée. Les éléments examinés au cours de l'audit triennal (12/2012), l'efficacité des actions correctives déployées suite à l'émission de la Non-conformité Majeure, la maîtrise des processus audités permettent de garantir la prise en compte des exigences Clients et la gestion de l'amélioration continue conformément à la norme ISO 9001 : 2008, et permet, à l'issue de cet audit, **de confirmer la certification**, pour le champ d'application cité ci-dessus.

Efficacité du système et amélioration continue/*System effectiveness and continual improvement:*

L'efficacité des actions correctives déployées est démontrée. Le nouveau champ et périmètre de certification a été validé au niveau de l'avis de recommandation (*exclusion de l'ITAV recherche*).

Le système documentaire du SMQ a été mis à jour en 01/2013 (manuel qualité, tableau des compétences, liste des documents qualité).

Domaines requérant l'attention de la Direction/*Areas for management attention:*

L'analyse du fonctionnement du système de management de la PF TRI au cours de cette visite, a mis en évidence :

FORCES :

- N/A

FAIBLESSES :

- N/A



OPPORTUNITES :

- N/A

RISQUES :

- *Suite à l'exclusion de l'activité ITAV recherche, il est recommandé de clairement formaliser et documenter les preuves de validation du spim faisant l'objet de travaux de R&D et dont les résultats peuvent être une donnée d'entrée de l'activité prestations de service*



2. Synthèse de l'audit/Assessment summary

Déclaration de l'auditeur

Je certifie que tous les paragraphes applicables de la norme ont été audités lors de cette visite.

Je confirme que l'audit a été réalisé conformément au planning établi et validé avec le client.

Je confirme également que :

- | | | |
|---|-----|----------------|
| • Les codes d'activités sont corrects pour le champ d'application : | OUI | NON |
| • Tous les codes d'activités sont couverts par l'équipe d'audit : | OUI | NON |
| • LRQA est accrédité pour tous les certificats demandés : | OUI | NON |

Définition des constats d'audit

Non-conformité majeure

- Définition : Absence, ou encore défaut de mise en œuvre ou de maintien, d'une ou plusieurs exigences du système de management, ou situation qui sur la base de preuves objectives soulèverait des doutes significatifs sur l'aptitude du système à respecter :
 - la politique, les objectifs ou les engagements publics de l'organisme
 - la conformité aux exigences réglementaires applicables
 - la conformité aux exigences clients applicables
 - la conformité aux exigences du référentiel de l'audit.
- Conséquence sur la certification : Diffère la recommandation jusqu'à ce que la non-conformité soit corrigée et que l'efficacité des actions correctives ait été vérifiée par LRQA.
- Suivi : Vérification systématique, par LRQA, des actions curatives et correctives mises en œuvre, à l'occasion d'une visite spécifique additionnelle.

Cas particuliers des audits ISO/TS 16949 relatifs au schéma automobile

En cas d'émission de Non-Conformité Majeure lors d'une visite de surveillance, les détails relatifs aux actions de correction réalisées et à l'analyse des causes racines doivent être transmis au Responsable d'Audit dans les 14 jours calendaires. Une Non-Conformité Majeure exige également une vérification sur site sous 90 jours.

Non-conformité mineure

- Définition : Situation indicative d'une menace sur le système de management, qui n'a pas eu d'impact significatif sur le fonctionnement du système ou sur la qualité des produits/prestations mais qui nécessite des actions correctives pour assurer la pérennité et l'aptitude future du système.
- Conséquence sur la certification :
 - Dans le cadre des visites avec recommandation (Audits initiaux, triennaux, visite de changement d'approbation, ...), un plan d'action (comprenant l'analyse des causes, les actions curatives et correctives et leurs délais d'application) devra être formalisé et soumis au Responsable d'Audit avant la fin de l'intervention pour que la recommandation puisse être prononcée. Dans le cas contraire, une visite spécifique additionnelle devra être réalisée.
 - Dans le cadre des visites de surveillance, l'émission de non conformités mineures n'a pas d'impact immédiat sur la certification en cours. Toutefois, si la prochaine visite ne peut pas se réaliser dans les 6 mois, un plan d'action (comprenant l'analyse des causes, les actions curatives et correctives et leurs délais d'application) devra être formalisé et soumis au Responsable d'Audit avant la fin de l'intervention.
- Suivi : Vérification systématique, par LRQA, des actions curatives, et de l'efficacité des actions correctives lors de la prochaine visite de surveillance ou dans un plus bref délai, à l'occasion d'une visite spécifique additionnelle, si la situation le nécessite.

Informations complémentaires

Correction à apporter

Anomalie isolée identifiée au cours de l'audit, ne menaçant pas l'intégrité du système de management, consignée pour information, dans la zone « Evaluation et conclusion » du processus concerné.

Piste de progrès

Suggestion d'amélioration ou de simplification d'un système de management conforme, consignée pour information, dans la zone « Evaluation et conclusion » du processus concerné ou dans le « Compte-rendu pour la Direction ».

Tableau de Suivi de l'Amélioration Continue (SAC)

Les projets d'amélioration à long terme (de 2 à 5 ans) peuvent faire l'objet d'un suivi spécifique au sein



d'un tableau de Suivi de l'Amélioration Continue. Les performances initiales y sont consignées et régulièrement suivies donnant ainsi un fil conducteur aux visites de surveillance.

Echantillonnage

Les audits de certification sont basés sur l'analyse d'un échantillon d'activités représentatif du domaine certifié. L'absence de constat lors de l'audit ne signifie donc pas que tout est parfaitement conforme, et les actions de surveillance et d'amélioration ne doivent pas se limiter aux seuls constats ouverts au cours de l'audit.

Recommandation/Certification

A l'issue d'un audit initial, de renouvellement, de suivi ou de changement d'approbation, le Responsable d'audit LRQA statue sur la recevabilité de l'organisation évaluée. Ainsi, en l'absence de non-conformité majeure, l'auditeur recommande l'organisation à la certification.

Toutefois, la certification n'est effective qu'à l'issue d'un processus de confirmation interne LRQA, dont le point focal est la revue technique (contrôle technique et administratif du dossier de recommandation présenté par l'auditeur) pouvant nécessiter quelques compléments d'information. L'issue positive de ce processus de certification, se traduit par l'émission du Certificat d'approbation.

Certificat

Le certificat d'approbation émis par LRQA constitue la preuve de la certification d'un organisme. Les certificats comportent une date de début et une date de fin de validité du certificat (il est à noter qu'un certificat peut être supprimé avant cette date d'expiration, si les conditions de maintien ne sont pas respectées).

Confidentialité

LRQA traite le contenu des rapports et les notes prises en cours d'audit dans le respect de la plus stricte confidentialité. Ces informations ne sont accessibles à aucune tierce partie (à l'exception des organismes d'accréditation) sans l'accord formel de l'organisme audité.

Rappel des obligations contractuelles relatives aux exigences légales et réglementaires

Si vous rencontrez des difficultés pour vous conformer aux exigences légales et réglementaires, il est nécessaire d'en informer LRQA comme le spécifie notre contrat cadre (voir extrait ci-dessous). Bien que l'étendue et la criticité de la situation doivent être considérées, nous vous demandons de signaler tous les risques potentiels sérieux pouvant impacter le système de management certifié.

« Informer LRQA de toute infraction à une exigence réglementaire, susceptible d'entraîner des poursuites ou une injonction à améliorer ou à suspendre un process ou une activité relevant du système de management certifié. LRQA évaluera les infractions portées à son attention et pourra décider de conduire, à la charge du Client, toute vérification complémentaire pour s'assurer de la conformité aux exigences requises. LRQA se réserve le droit de suspendre ou retirer les certificats, attestations ou déclarations délivrés, en cas de manquement du Client à signaler de telles infractions à LRQA ou à l'autorité de contrôle concernée. »

Autres informations

D'autres informations, guides et études de cas sont mises à disposition par LRQA sur notre site internet www.lrqa.fr. Cela inclut notamment les informations relatives à notre méthodologie d'audit, à la gestion des réclamations, plaintes et contestations, aux divers produits de certification des systèmes de management de la Qualité, de l'Environnement, de la Santé/Sécurité au travail, de vérification et de validation, de formation, délivrés par LRQA France.

Information is also available in English from www.lrqa.com.

**Référentiel documentaire :**

La documentation du système de management qui a servi de référence à cet audit se décline au travers :

- du manuel qualité (version 07/01/13)
- des procédures applicables ce jour (liste des documents indice 10)

Programme de la visite :

Le programme de la visite a été respecté.

Personnes présentes en réunion d'ouverture & clôture :

Mme POUZET : RMQ

M. COCHARD : Co-Direction

M. JAUNEAU : Co-Direction

Evolutions :

Activité et contexte financier : inchangé

Organisation : inchangé

Process & Technique : inchangé

Clients/Marché : inchangé

Utilisation des logos :

Aucun usage inapproprié des logos n'a été identifié sur les supports suivants : site web, papier entête, produits, emballages, ...

Normes et réglementations applicables :

Les normes et réglementations applicables sont identifiées et suivies régulièrement.



Auditeur/Assessor:	Sivida CHHEANG (11AM/01/2013 – Castanet Tolosan)		
Audit de (du) <i>Assessment of:</i>	Levée de la NON CONFORMITE MAJEURE (sur site)	Audité(es)/Auditee(s):	RMQ + Co-Direction
Données analysées / Audit trails and sources of evidence:			
• Entretien avec la Direction de la PF sur les actions menées suite à l'audit triennal (12/2012), • Gestion des changements, • Impact potentiel du retrait de l'activité ITAV recherche du scope de certification, • Documents examinés : - manuel qualité (version 07/01/13), - fiche d'amélioration (20/12/12) - tableau des compétences (version 07/01/13), - liste des documents SMQ (indice 10) - échanges courriers et mail émanant de la direction de la PF avec la direction de l'ITAV			
Evaluation et conclusions / Evaluation and conclusions:			
Suite à l'émission de la Non-conformité Majeure identifiée lors de l'audit triennal, les actions correctives ont été déployées avec réactivité et efficacité, sous forte impulsion managériale de la PF. Les preuves ont été recueillies (<i>cf. tableau de suivi des constats</i>), la Non-conformité Majeure a été dégradée en Non-conformité Mineure.			



3. Constats / Assessment Findings Log - ISO 9001:2008

Grade 1	Statut 2	Constat Finding 3	Revue des actions correctives par LRQA Corrective action review 4	Processus/Activités Process/Aspect 5	Date 6	Ref. 7	Clause 8
Major NC => Minor NC	Open	<u>ITAV</u> Sur les 2 projets R&D examinés (LSFM - MRCT) qui ont initiés en 2010 et terminés en 2012, des manquements majeurs ont été relevés eu égard de l'application du SMQ, de la procédure de gestion de projet et des exigences de la grille IQuare : - les revues de projet intermédiaire ne sont pas menées ni documentées, - les points de validation des jalons clés des projets ne sont pas définis ni documentés, - les formulaires du SMQ ne sont pas utilisés (fiche suivi projet, ...), aucune référence n'est documentée par rapport aux différents résultats scientifiques disponibles, - absence de revue finale sur les projets - un manque de temps a été évoqué par l'audité en séance justifiant de cette non application sur l'activité RD sur le site	Evaluation des actions correctives lors de la FUP le 07PM/01/2013 SCZ le 11/01/13 Les documents suivants ont été examinés : - manuel qualité (version 07/01/13), - fiche d'amélioration (20/12/12), - tableau des compétences (version 07/01/13), - liste des documents SMQ (indice 10), - échanges courriers et mail émanant de la direction de la PF avec la direction de l'ITAV La Co-Direction du site a fait le choix de retirer l'activité RD de l'ITAV du périmètre de certification. Les éléments examinés ci-dessus ont confirmé cette décision. Le système documentaire du SMQ a été révisé en ce sens. <u>Piste d'alerte à suivre en VS1 :</u> Suite à l'exclusion de l'activité ITAV recherche, il est recommandé de clairement formaliser et documenter les preuves de validation du spin faisant l'objet de travaux de R&D et dont les résultats peuvent être une donnée d'entrée de l'activité prestations de service	Gestion de projet	07 Dec 12	1101SCZ04	7.3

1. Nature des écarts*

2. New, Open, Closed

3. Description du constat

4. Revue par LRQA

5. Processus, activité, département ou thème

6. Date d'émission du constat

7. YYMM<Initials>seq.#

8. Clause du standard

* Major NC = Non-conformité majeure

Minor NC = Non-conformité mineure

RC = Action curative demandée

SFI = Opportunité d'amélioration xLRQA = Information et alerte client



Grade 1	Statut 2	Constat Finding 3	Revue des actions correctives par LRQA Corrective action review 4	Processus/Activités Process/Aspect 5	Date 6	Ref. 7	Clause 8
xLRQA	Open	Gestion de projet: - IEFG : 3 projets de développement technologiques sont en cours (ex : technique Cemovis, MPG, ...), sa gestion sous forme de projet sera examinée en priorité lors de la prochaine visite de surveillance, - IFR 40 : rajouter l'étape de revue de projet dans le projet bas lumière + identifier les phases de revue de projet pour les 4 projets de recherche, - IPBS petit animal : en complément des bilans scientifiques, mener et formaliser la revue de projet à la fin de la phase de la phase 8 du projet collaboratif (car de nouvelles perspectives de recherche ont été envisagées dès 07/2010, - IFR 150 (photonique) : La revue de projet est naissante mais encore incomplète : à mieux structurer lors de prochaines revue de projet	SCZ - AT 12/2012 IEFG : point corrigé, IFR 40 : point corrigé IPBS petit animal + IFR 150 (photonique) : à voir en AT surgradation en Minor NC si action corrective non totale et efficace lors VS1. SCZ - FUP 07/01/13 Actions de formation et de sensibilisation en cours de déploiement et menée en continu, à confirmer lors de la VS1 (12/2013)	Gestion de projet	07 Jan 11	1101SCZ04	7.3

1. Nature des écarts*	2. New, Open, Closed	3. Description du constat	4. Revue par LRQA	5. Processus, activité, département ou thème
6. Date d'émission du constat	7. YYMM<Initials>seq.#	8. Clause du standard		
* Major NC = Non-conformité majeure	Minor NC = Non-conformité mineure	RC = Action curative demandée	SFI = Opportunité d'amélioration	xLRQA = Information et alerte client



4. Closed Findings - ISO 9001:2008

Grade 1	Statut 2	Constat Finding 3	Revue des actions correctives par LRQA Corrective action review 4	Processus/Activités Process/Aspect 5	Date 6	Ref. 7	Clause 8
RC	Closed	Gestion de projet: - FR 3450 : Projet bas lumière : il n'a pas été documenté la revue de projet intermédiaire depuis 03/2011 (étape Luciférase), alors que la phase Aéquorine est amorcée, - LCBMCP-photonique projet M. Djabali : formaliser la revue projet (planification, besoins RH, matériels). Besoins en ressources non formalisé, estimation des coûts aussi.	=> surgradation en Minor NC si action corrective non totale et efficace. SCZ le 6/12/12 - phase de screening a été clôturée, nouvelle fiche de projet mise en place (phase de résolution initiée 27/02/12) + revue de projet le 28/11/12 - point corrigé, action efficace	Gestion de projet	10 Jan 12	1201SCZ01	7.3
RC	Closed	I2MC cytométrie : Analyse des anomalies n'a pas été menée de façon exhaustive (seules les 2 fiches d'anomalie informatique ont été analysées, les 8 autres FA ont été oubliées), la validation et solde des fiches d'anomalie n'est pas forcément documentée	=> surgradation en Minor NC si action corrective non totale et efficace. SCZ le 6/12/12 Point corrigé, le SMQ est approprié correctement par le plateau. Action soldée	revue des anomalies	10 Jan 12	1201SCZ04	8.5.2 et 8.5.3
SFI	Closed	Il serait opportun de revoir le seuil de cotation des fournisseurs pour une meilleure maîtrise de certains fournisseurs critiques (actuellement seuil retenu est de 10/20 alors que les résultats de l'évaluation annuelle avoisinent largement les 18 ou 19/20)	SCZ le 6/12/12 Seuil corrigé, évaluation menée avec action corrective formulée aux fournisseurs (ex : Zeiss). Point soldé	Evaluation fournisseurs	10 Jan 12	1201SCZ02	7.4
SFI	Closed	Mettre à disposition des utilisateurs le document contractuel pour l'équipement LSM 7MP (tutorial)	SCZ le 6/12/12 Point soldé	Photonique Purpan	10 Jan 12	1201SCZ03	7.5.1
SFI	Closed	Avant les prochaines revues processus et revue de direction (fin 05/2011), associer les DU des différents plateaux techniques pour statuer sur la validation des formations + déploiement de la politique qualité de la PF + statuer sur les projets stratégiques méritant d'être suivis sous forme de gestion de projet	SCZ le 09/01/12 Courrier fait le 01/04/11 pour informer les DU (politique qualité + objectifs qualité). Une prochaine réunion de directeur (comité stratégique de la PF) est prévue pour fin 02/2012 : à suivre Point soldé	Management (politique, RH)	07 Jan 11	1101SCZ03	5.2

1. Nature des écarts*

2. New, Open, Closed

3. Description du constat

4. Revue par LRQA

5. Processus, activité, département ou thème

6. Date d'émission du constat

7. YYMM<Initials>seq.#

8. Clause du standard

* Major NC = Non-conformité majeure

Minor NC = Non-conformité mineure

RC = Action curative demandée

SFI = Opportunité d'amélioration xLRQA = Information et alerte client



5. Programme de surveillance/Assessment schedule

Eléments analysés à chaque visite <i>We assess the following management system elements at each visit:</i>	Eléments analysés annuellement <i>Management system elements to be assessed annually:</i>	Eléments spécifiques <i>Scheme specific elements:</i>
- Gestion des changements / <i>Management of change</i> - Amélioration continue/<i>Continual Improvement</i> - Utilisation des logos/<i>Use of LRQA logo and other marks</i>	- Ecoute client et réclamations/<i>Customer feedback and complaints</i> - Revue de Direction/<i>Management review</i> - Actions correctives et préventives/<i>Corrective & Preventive actions</i> - Audits internes/<i>Internal audit</i>	- Exigences légales/<i>Legal compliance</i> - Communications - Analyse des risques/<i>Risk analysis</i>

Type de visite/ <i>Visit type</i> >	AT	FUP	VS21	VS2				Audit Triennal <i>Certificate renewal</i>
Date due (mm/yy)/ <i>Due date</i> >	12/2012	01/2013	12/2013	12/2014				12/2015
Date réelle démarrage/ <i>Start date</i> >	12/2012	11AM/01/2013						
Date réelle de fin/ <i>End date</i> >								
Durée/ <i>Assessor days</i> >	3j	0.5 j (site)	2 j	2 j				
Effectif/ <i>Effective workforce</i> >	30	29						
Processus / Activités <i>Process / Aspect</i>	La sélection sera définitivement validée à l'issue de la revue des éléments du système de management et en fonction de sa performance <i>Final selection will be determined after review of management elements and actual performance</i>							
Processus								
Prestation de service	✓		✓					
Gestion de projet	✓		✓	✓				
Management direction/RH	✓	✓	✓	✓				
Communication	✓							
Management qualité	✓	✓	✓	✓				
Gestion, budget achat	✓			✓				
Gestion infrastructure	✓		✓					
Gestion informatique	✓			✓				
Sites								
FR BMT-CPTP <i>Cytométrie, photonique (Service + RD)</i>	✓			✓				
FR BMT-I2MC <i>Cytométrie, photonique (Service)</i>	✓			✓				
CMEAB <i>Electronique (service + RD)</i>	✓		✓					
FR BT site 118	✓		✓					
CBD <i>Photonique (service)</i>	✓		✓					
LBCMCP <i>Photonique + cytométrie (service + RD)</i>	✓		✓					
IBCG <i>Electronique (service + RD)</i>								



Type de visite/Visit type >	AT	FUP	VS21	VS2				Audit Triennial Certificate renewal
Date due (mm/yy)/Due date >	12/2012	01/2013	12/2013	12/2014				12/2015
Date réelle démarrage/Start date >	12/2012	11AM/01/2013						
Date réelle de fin/End date >								
Durée/Assessor days >	3j	0.5 j (site)	2 j	2 j				
Effectif/Effective workforce >	30	29						
Processus / Activités	La sélection sera définitivement validée à l'issue de la revue des éléments du système de management et en fonction de sa performance							
Process / Aspect	Final selection will be determined after review of management elements and actual performance							
ITAV (Cancéropôle) – uniquement prestations de service				✓				
FR 3450 (AIB) Photonique ((service + RD)	✓			✓				
FR BT site IPBS photonique + cytométrie (Service + RD)			✓					
Champ d'application : Prestation de service, recherche et développement en microscopie photonique, microscopie électronique et cytométrie en flux (* excepté : spinning-disk, TIRF, spectrofluorimétrie et ITAV recherche)								
Exclusion : aucune								
Remarques :								

Détail de la prochaine visite/Next visit details					
Type de visite/Visit type	VS1				
Durée/Assessor days	2 jours	Date due Due date	12/2013	Date de début et fin validées/Actual start/end dates	10 et 11/12/2013
Sites/Locations	Toulouse (31)				
Codes	idem				
Equipe d'audit/Team (sous réserve)	Judith LEFEVRE				
Standards/Criteria	ISO 9001:2008				
Remarques et instructions/Remarks and instructions					

6. Suivi de l'amélioration continue / *Continual improvement tracking log* ([Standard], [Location])

Informations de référence / <i>Base line information</i>				
1. Référence de axe de progrès : <i>Improvement objective reference number:</i>	CI-yymm-	Date de premier enregistrement / <i>Date first recorded:</i>		
2. Axe de progrès / <i>What is to be improved ?</i>	3. Performance initiale / <i>Baseline performance</i>	4. Performance attendue / <i>Target performance</i>	5. Date prévue de réalisation <i>Target completion date</i>	
Informations relatives aux améliorations identifiées / <i>Progress information</i>				
6. Type de visite/ <i>Date</i> <i>Visit type/ date</i>	7. Amélioration identifiées / <i>Progress summary</i>	8. Performance atteinte / <i>Current performance</i>	9. Référence du constat (si applicable) <i>Findings log cross reference (if applicable)</i>	10. Status



7. Identification des thèmes de visite /Visit theme selection

Type et date de Visite : <i>Visit type and date:</i>	
Thèmes sélectionnés /Selected theme(s) (y compris les raisons du choix du thème) <i>(include reasons for theme selection)</i>	Activités & Sites /Processes & Locations
<u>Dossier KAM</u> Utilisation de la grille pour évaluation de maturité du SMQ dans les PF certifiés	<i>Cf. grille IQuare AT 12/2012</i>



8. Programme d'Audit / Assessment plan

Type d'audit / Assessment type Initial / Triennial / Changement d'approbation <i>Initial / Re-certification / Change to Approval</i>	Standard / Assessment criteria ISO 9001:2008	
Equipe d'audit / Assessment team Sivida CHHEANG (Lead Assessor) Judith LEFEVRE (Auditeur 2)	Dates d'audit Assessment dates 6 et 7AM/12/2012	Date d'édition Issue date 10/01/2012

(06/12/2012)			
9H Réunion d'ouverture avec la Direction, présentation des méthodes d'audit et de « reporting » et revue du programme d'audit (environ 30 mn) <i>Introductory meeting with management to explain the scope of the visit, assessment methodology, method of reporting and to discuss the company's organisation (approximately 30 minutes). The Team Leader will agree a time to meet with top management to discuss policy and objectives for the management system</i> Réunion de coordination de l'équipe d'audit (5 à 10 mn) / LRQA team briefing for a team of two or more assessors or experts			
Sivida CHHEANG (Responsable d'audit / Team Leader)		Judith LEFEVRE (Aud 2)	
9H15	Management, RH		Management, RH
10H	FR 3450	10H	SMQ
10H45	CMEAB	11H	CBD
11H30	LBCMCP photonique	11H45	FRT site 118
<i>Pause déjeuner / Lunch</i>		<i>Pause déjeuner / Lunch</i>	
14H	ITAV		Purpan cytométrie
	Rangueil cytométrie		Purpan photonique
	Rédaction du rapport / Report writing		Rédaction du rapport / Report writing
	Fin de la journée / Close		Fin de la journée / Close

(07AM/12/2012)			
Revue des constats du jour précédent et du programme d'audit de la journée / Review of findings from previous day. Review of the assessment plan for the day			
Responsable d'audit / Team Leader		Auditeur 2/ Assessor 2	
8H30	IPBS	8H30	LBMCP cytométrie
9H30	Gestion financière, achats, budget	9H30	Hygiène et sécurité, infrastructures
10H30	Préparation du rapport final / Preparation of final report		
11H30		Réunion de clôture avec la Direction / Closing meeting with management to present a summary of findings and recommendations	

9. Avis de recommandation



AVIS DE RECOMMANDATION

Nous certifions que le système de management de :

PLATEFORME TOULOUSE RESEAU IMAGERIE (TRI)

24, chemin de Borde Rouge

BP 42617 Auzeville

31336 Castanet Tolosan cedex, France

*a été recommandé par Lloyd's Register Quality Assurance France S.A.S.
selon les normes de management suivantes :*

ISO 9001 : 2008

Le système de management concerne :

**Prestation de service, recherche et développement en microscopie
photonique, microscopie électronique et cytométrie en flux
(* excepté : spinning-disk, TIRF, spectrofluorimétrie et ITAV recherche)**

Suffixe/

**Date de revue
technique :**

**Expiration du 13/01/2016
certificat :**

Type de certificat :

☒ Certificat simple (Compléter ce formulaire)	☐ Certificat par site (Compléter ce formulaire pour chaque site)	☐ Certificat Multi-site (Compléter aussi le formulaire multi-site)	☒ Langues multiples (Compléter les formulaires nécessaires pour chaque langue demandée)
--	---	---	--

Accréditation / nombre de certificat :

☒ COFRAC 1	☐ UKAS	☐	☐ Hors accréditation
--	-------------------------------	--------------------------	--

Motif de l'émission du certificat :

☐ Certification initiale	☐ Changement d'approbation	☒ Renouvellement de la certification
---	--	---

Autres instructions :

QA Register entry (pour l'accréditation UKAS seulement)

Requis

☐

Non requis

☒

10. Certificate details



DRAFT CERTIFICATE OF APPROVAL

This is to certify that the Management System of:

PLATEFORME TOULOUSE RESEAU IMAGERIE (TRI)

24, chemin de Borde Rouge

BP 42617 Auzeville

31336 Castanet Tolosan cedex, France

has been approved by Lloyd's Register Quality Assurance
to the following Management System Standards:

ISO 9001: 2008

The Management System is applicable to:

**Use of facilities, research and development in photonic * and
electron microscopy and in flow cytometry**

**(* excepted: spinning-disk, TIRF, spectrofluorimetry and ITAV
research)**

Suffix /

Technical review
date:

Certificate expiry: 13/01/2016

Type of certificate:

☒ Single certificate <i>(Complete this form)</i>	☐ Certificate per location <i>(Complete separate forms for each location)</i>	☐ Multi-site certificate <i>(Complete additional multi-site form)</i>	☒ Multiple languages <i>(Complete separate forms for each required language)</i>
---	---	---	---

Accreditation / number of certificates:

☒ COFRAC/ 1	☐ UKAS/	☐ /	☐ Not accredited /
---	--------------------------------	----------------------------	---

Reason for issue of certificate

☐ Initial certification	☐ Change of certification	☒ Certificate renewal
--	--	---

Further instructions: (e.g. module and / or annex for directives)

--	--	--	--

QA Register entry (for UKAS accreditation only)

Required

☐

Not required

☒