



DIVISION DE CAEN

Caen, le 17 avril 2019

N/Réf. : CODEP-CAE-2019-018764

**Monsieur le Directeur
du laboratoire LABÉO Manche
1352 avenue de Paris**

50 008 SAINT LÔ

OBJET : Visite de contrôle de conformité du service radioactivité de LABÉO Manche au référentiel applicable aux laboratoires agréés de mesure de la radioactivité de l'environnement
Inspection INSNP-CAE-2019-1049 des 27 et 28 mars 2019

Réf. : [1] Code de la santé publique, notamment ses articles R. 1333-25 et R. 1333-26.
[2] Décision ASN n° 2008-DC-0099 du 29 avril 2008 modifiée, portant organisation du réseau national de mesures de la radioactivité de l'environnement et fixant les modalités d'agrément des laboratoires, modifiée par la décision ASN n° 2018-DC-0648 du 16 octobre 2018.
[3] Liste actualisée des laboratoires agréés établie au 1^{er} janvier 2019 et parue au bulletin officiel de l'Autorité de sûreté nucléaire.
[4] Norme NF EN ISO/IEC 17025 relative aux exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnage et d'essais (version 2005).
[5] Manuel applicable au service de la radioactivité suivant la norme NF EN ISO/IEC 17025 (MQ 001 V04).

Monsieur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en référence [1], concernant le contrôle des laboratoires agréés selon la décision en référence [2], un contrôle du service radioactivité de LABÉO Manche a eu lieu à SAINT LÔ les 27 et 28 mars 2019.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection et les principales demandes et observations qui en résultent.

Synthèse de l'inspection

L'inspection des 27 et 28 mars 2019 avait pour but de vérifier que l'organisation et les pratiques de mesure de la radioactivité du service radioactivité de LABÉO Manche sont conformes :

- aux exigences réglementaires définies par la décision modifiée, citée en référence [2] ;

- aux exigences de la norme citée en référence [4]¹ rappelées dans la décision [2].

L'inspection s'est déroulée en présence du directeur du pôle environnement, de la cheffe du service de radioactivité, du responsable qualité et de la coordonnatrice radioactivité. Les inspecteurs se sont aussi entretenus avec l'équipe technique du service radioactivité.

Les inspecteurs ont examiné par sondage la documentation relative au système de management de la qualité applicable au service radioactivité. Sur le plan technique, les analyses relatives à la détermination de l'alpha globale dans les eaux non salines et à la détermination du strontium 90 dans le lait² ont été contrôlées. Les discussions ont aussi porté sur les prélèvements d'échantillons biologiques. Une visite des locaux du laboratoire a été effectuée.

Au vu de cet examen, les inspecteurs ont pu apprécier l'implication de l'équipe technique du service radioactivité au quotidien dans l'activité de mesure de la radioactivité dans l'environnement couverte par les agréments délivrés par l'ASN. Néanmoins, des actions correctives relatives au système de management doivent être mises en œuvre dans les plus brefs délais.

Les constats réalisés lors de l'inspection et les demandes associées sont détaillées ci-dessous.

A Demandes d'actions correctives

A.1 Postes en position clef

L'article 4.1.4 de la norme [4] indique que « si le laboratoire fait partie d'une organisation ayant des activités autres que celles relatives aux essais et/ou étalonnage, les responsabilités du personnel clé de l'organisation qui participa aux activités d'essai et/ou d'étalonnage du laboratoire, ou qui influe sur ces activités doivent être définies afin d'identifier d'éventuels conflits d'intérêt. »

L'article 4.1.5 j de la norme en référence [4] précise que « le laboratoire doit nommer des suppléants pour le personnel d'encadrement en position clé ».

Les inspecteurs ont consulté l'enregistrement SELTS211 (version 1.0 du 21 janvier 2015) intitulé « liste des fonctions clés ».

Les représentants du service radioactivité ont indiqué que la fonction de directeur de site, citée dans cet enregistrement, n'existe plus depuis plusieurs années. Par ailleurs, la suppléance du technicien informatique mentionnée sur la liste précitée n'a pas été formalisée.

A.1 Je vous demande d'actualiser et de maintenir à jour la liste des postes en position clef conformément à l'organisation actuelle et de faire apparaître les suppléances de ces postes dans le système de management applicable au site LABÉO Manche.

A.2 Domaine d'activité

L'article 4.2.1 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit établir, mettre en œuvre et maintenir un système de management approprié à son domaine d'activité. Le laboratoire doit consigner par écrit ses politiques, systèmes, programmes, procédures et instructions dans la mesure nécessaire pour assurer la qualité des résultats d'essai et/ou d'étalonnage. La documentation du système doit être communiquée au personnel approprié, doit être comprise, doit lui être accessible et doit être mise en œuvre par lui. »

¹ Dans la mesure où la version 2017 de la norme n'est pas encore totalement mise en œuvre par les laboratoires et par le COFRAC, la présente inspection s'est basée sur la version 2005 de la norme NF EN ISO/IEC 17025.

² Agrément 1-03 relatif à la mesure de l'activité alpha globale dans les eaux douces et agrément 3-07 relatif à la mesure du ⁹⁰Sr dans les matrices biologiques.

Les analyses pour lesquelles le service radioactivité de LABÉO Manche détient un agrément relatif à la mesure de la radioactivité dans l'environnement, au nombre de 15, ne sont pas mentionnées dans le système de management.

Le service radioactivité de LABÉO Manche dispose d'un tableau de synthèse récapitulatif pour chaque agrément sollicité, la référence de la norme de mesure ou de prélèvement mise en œuvre tenu à jour. Ce tableau n'est pas intégré dans le système de management.

A.2.1 Je vous demande de préciser la description du domaine d'activité du service radioactivité de LABÉO Manche dans le système de management, en y intégrant les analyses pour lesquelles le service détient un agrément relatif à la mesure de la radioactivité dans l'environnement.

A.2.2 Je vous demande d'intégrer le tableau de synthèse précité dans le système de management applicable à LABÉO Manche.

A.3 Maîtrise documentaire

L'article 4.3.1 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit établir, et tenir à jour des procédures visant à maîtriser tous les documents faisant partie de son système de management (produits en interne ou provenant de sources externes), tels que règlements, normes, autres documents normatifs, méthodes d'essai et/ou étalonnage, ainsi que dessins, logiciels, spécifications, instructions et manuels. »

L'article 4.3.2.1 de la norme [4] indique que « (...) une liste de contrôle ou une procédure analogue de maîtrise de la documentation identifiant le statut de révision en cours et la diffusion des documents du système de management doit être établie et doit être facilement disponible afin d'éviter l'utilisation de documents non valides et/ou périmés. »

L'article 4.13.1.1 de la norme [4] précise que « le laboratoire doit établir et tenir à jour des procédures d'identification, de collecte, d'indexage, d'accès, de classement, de stockage, de conservation et d'élimination des enregistrements techniques et relatifs à la qualité. »

L'article 4.2.1 de la norme [4] indique que « (...) la documentation du système doit être communiquée au personnel approprié, doit être comprise, doit lui être accessible et doit être mise en œuvre par lui. »

L'article 4.3.3.3 de la norme [4] précise que « si le système de maîtrise des documents du laboratoire permet d'apporter, à la main, des modifications aux documents, dans l'attente de la rediffusion de ces documents, il convient de définir les procédures et les autorités responsables de telles modifications. Les modifications doivent être clairement marquées, paraphées et datées. Un document révisé doit être réémis officiellement dès que possible.»

L'article 4.3.3.4 de la norme [4] indique que « des procédures doivent être établies pour décrire comment les modifications dans les documents conservés dans des systèmes informatiques sont effectuées et maîtrisées.»

Les inspecteurs ont noté que les documents externes tels que la norme NF EN ISO/IEC 17025 et les normes techniques relatives aux analyses réalisées dans le cadre de l'agrément délivré par l'ASN n'apparaissent sur aucune liste de contrôle. Le service de radioactivité de LABÉO Manche n'a donc pas été en mesure de démontrer la maîtrise des documents externes qu'il utilise.

Les inspecteurs ont constaté que la méthode relative à l'analyse de l'activité bêta dans les eaux salines n'est pas référencée dans le système de management applicable au service radioactivité de LABÉO Manche.

Le responsable qualité, le responsable technique et le chef du service radioactivité assurent la veille normative, technique et réglementaire du service. Il a cependant été indiqué aux inspecteurs qu'aucune périodicité n'est définie pour la réalisation de ces différentes veilles.

La liste des consommables critiques, rattachée au formulaire référencé SEETS500 version 1.0, n'est pas datée.

Les inspecteurs ont consulté l'enregistrement relatif à l'étude d'impact concernant la modification de la décision ASN n° 2008-DC-0099 modifiée [2]. Cet enregistrement comporte un plan d'action définissant la réalisation de deux actions dont les échéances respectives sont le 15 novembre 2019 et le 15 mars 2019. L'enregistrement a été validé par le chef du service radioactivité et par le directeur du pôle environnement le 7 mars 2019, alors que l'action devant être effectuée pour le 15 novembre 2019 n'est pas finalisée. Par ailleurs, l'enregistrement comporte la mention d'une date d'application de la méthode comme étant le 15 mars 2019 et d'un visa du chef de service ou du responsable technique.

Il a été précisé aux inspecteurs que les documents sous format informatique regroupés dans le logiciel de gestion électronique des documents (GED) sont les documents de référence du système de management applicable au service radioactivité de LABÉO Manche. Cependant les versions papier de ces documents peuvent faire l'objet d'annotations manuelles. Les inspecteurs ont constaté qu'aucune disposition ni périodicité n'est définie afin d'assurer la prise en compte de ces annotations manuelles dans les documents sous format informatique au minimum lors de la revue de la documentation.

A.3.1 Je vous demande de prendre les dispositions nécessaires visant à assurer la maîtrise des documents externes et internes faisant partie de votre système de management.

A.3.2 Je vous demande de préciser dans la documentation du système de management le processus de maîtrise des enregistrements et en particulier la différenciation entre un formulaire d'enregistrement et son enregistrement associé.

A.3.3 Je vous demande de prendre des dispositions nécessaires afin d'assurer la réalisation et la maîtrise des modifications manuelles dans les documents conservés sous format informatique.

A.4 Achats de services et de fournitures

L'article 4.6.2 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit assurer que les fournitures, réactifs et produits consommables achetés qui affectent la qualité des essais et/ou étalonnages ne sont utilisés qu'après avoir été contrôlés ou vérifiés comme étant conformes aux spécifications standards ou aux exigences définies dans les méthodes relatives aux essais et/ou étalonnages concernés. Ces services et fournitures utilisés doivent être conformes à des exigences spécifiées. Des enregistrements des dispositions prises pour en vérifier la conformité doivent être conservés. »

Le service radioactivité de LABÉO Manche dispose d'une liste identifiant entre autres les coupelles inox comme consommables critiques. Les représentants du service radioactivité ont expliqué qu'aucun contrôle des coupelles a priori n'est réalisé et qu'ils considèrent que les mesures de bruits de fond effectuées avec les coupelles lors des analyses sont suffisantes pour attester de la propreté radiologique de ces consommables critiques. Par ailleurs, aucun critère d'acceptation relatif à la vérification des paramètres critiques des coupelles n'a été défini.

A.4.1 Je vous demande de mettre en place un contrôle a priori des coupelles inox et d'élargir ce contrôle à tous les consommables critiques mentionnés sur la liste précitée.

A.4.2 Je vous demande de formaliser les critères d'acceptation relatif à la vérification des paramètres critiques des coupelles inox et d'élargir cette formalisation à tous les consommables mentionnés sur la liste précitée.

L'article 4.6.4 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit évaluer les fournisseurs de produits consommables, fournitures et services critiques qui affectent la qualité des essais et des étalonnages et conserver des traces écrites de ces évaluations et établir une liste de ceux qui sont approuvés. »

Les inspecteurs ont noté que le fournisseur des coupelles inox n'apparaît pas sur la liste des fournisseurs critiques.

A.4.3 Je vous demande de vous positionner sur la nécessité de faire apparaître le fournisseur de coupelles dans la liste des fournisseurs critiques et en conséquence de mettre en cohérence la liste des fournisseurs critiques avec celle des fournitures critiques.

A.5 Réclamations client et actions correctives

L'article 4.8 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit avoir une politique et une procédure pour traiter les réclamations provenant des clients ou d'autres parties. Il doit conserver des enregistrements de toutes les réclamations ainsi que des examens et actions correctives qu'il a prises. »

L'article 4.11.1 de la norme [4] précise que « le laboratoire doit établir une politique et une procédure et doit désigner les autorités appropriées pour mettre en œuvre des actions correctives lorsque des travaux non conformes ou des écarts par rapport à ces politiques et procédures dans le cadre du système de management ou des opérations techniques ont été identifiées. »

L'article 4.11.2 de la norme [4] indique que « la procédure d'action corrective doit commencer par une enquête visant à déterminer les causes profondes du problème. »

L'article 4.11.3 de la norme [4] précise que « lorsqu'une action corrective s'impose, le laboratoire doit identifier les actions correctives possibles. Il doit choisir et mettre en œuvre les actions les plus à même d'éliminer le problème et d'empêcher sa répétition. »

À la suite de la réception de questions d'un client relatives à des résultats d'analyses élevés sur des matrices biologiques par rapport à l'attendu, le service radioactivité a ouvert une fiche de réclamation identifiée n° 832 le 13 juin 2018. Ces analyses concernant la détermination de tritium et de carbone 14 dans les matrices biologiques ont été sous-traitées par LABÉO Manche en 2017 et 2018 à un laboratoire détenant un agrément délivré par l'ASN pour ce type de détermination.

Les inspecteurs ont constaté que la fiche de réclamation ne comporte pas d'analyse des causes ni de plan d'action associé bien qu'un enregistrement non rattaché à la fiche de réclamation puisse être considéré comme répondant partiellement à l'item. Par ailleurs, aucune action n'a été effectuée par LABÉO Manche permettant d'infirmer ou de confirmer les résultats d'analyse délivrés par son prestataire et par conséquent aucune action corrective n'a été envisagée afin d'éviter le renouvellement éventuel du questionnement du client de LABÉO Manche. La fiche de réclamation a été clôturée le 20 juin 2018.

A.5.1 Je vous demande d'effectuer la recherche des causes profondes relatives au questionnement mentionné dans la fiche de réclamation n° 832 et d'effectuer à l'avenir ce type de recherche dès l'ouverture de toute fiche de réclamation client.

A.5.2 Je vous demande de vous positionner sur la nécessité de mettre en place des actions correctives permettant d'éviter le renouvellement du dysfonctionnement éventuel soulevé par la fiche de réclamation n° 832 et d'élargir cette réflexion au traitement de toute fiche de réclamation client.

A.5.3 Je vous demande de clôturer les fiches de réclamation client lorsque l'efficacité des actions mises en place a été constatée.

A.6 Revue de direction

L'article 4.15.1 de la norme [4] précise que « la direction du laboratoire doit effectuer périodiquement, selon un calendrier et une procédure prédéterminés, une revue du système de management et des activités d'essai et/ou d'étalonnage du laboratoire, pour assurer qu'ils demeurent constamment appropriés et efficaces, et pour introduire toute modification ou amélioration si nécessaires..... »

L'article 4.15.2 de la norme [4] précise que « les résultats des revues de direction et les actions qui en découlent doivent être enregistrées. La direction doit assurer que ces actions sont mises en œuvre dans des délais appropriés et convenus. »

Les inspecteurs ont consulté l'enregistrement de la revue de direction effectuée le 4 février 2019 par LABÉO pour l'ensemble du groupement d'intérêt public (GIP). Un fichier synthétisant les activités du service radioactivité de LABÉO Manche réalisées en 2018 a été transmis au pôle qualité de LABÉO pour sa prise en compte dans la revue de direction générale. Les inspecteurs ont constaté que la déclinaison des différents éléments dont la revue de direction doit tenir compte est réalisée de façon macroscopique, ne permettant pas de distinguer ce qui relève des différents services de chacun des sites.

Par ailleurs, l'enregistrement concernant les activités du service radioactivité de LABÉO Manche et transmis au pôle qualité de LABÉO comporte des items non renseignés (nombre de prélèvements, nombre de paramètres, pourcentage de paramètres rendus sous accréditation, pourcentage de paramètres rendus sous accréditation/paramètres totaux) ne permettant pas de conclure entièrement quant à l'évolution de l'activité. Les colonnes intitulées « valeurs 2017 » et « pourcentage d'évolution/commentaires » ne sont pas remplies. En outre, certains éléments dont la revue de direction doit tenir compte n'ont pas été renseignés pour le service radioactivité (pour exemple : résultats d'audits internes, évaluations effectuées par des organismes externes, résultats d'essais de comparaison entre laboratoires ou essais d'aptitude). Enfin, aucun indicateur chiffré n'est mentionné dans l'enregistrement, ce dernier ne comportant pas de version figée et datée correspondant à la version transmise au pôle qualité de LABÉO.

A.6.1 Je vous demande de vérifier que tous les éléments concernant les activités du service radioactivité devant être pris en compte dans les revues de direction sont remontés au pôle qualité de LABÉO pour la réalisation des prochaines revues de direction du GIP.

A.6.2 Je vous demande de vous positionner sur la nécessité d'effectuer une revue de direction interne au service radioactivité de LABÉO Manche ou, à défaut, de revoir votre procédure processus du management de la qualité du laboratoire identifié PPM002 V03 afin de rendre visibles les éléments dont la revue de direction doit tenir compte pour le service de radioactivité.

A.7 Équipement

L'article 5.5.7 de la norme [4] précise que « un équipement qui a fait l'objet d'une surcharge ou d'une mauvaise manutention, qui donne des résultats suspects ou qui s'est révélé défectueux ou hors des limites spécifiées, doit être mis hors service. Il doit être isolé afin d'empêcher son utilisation ou être clairement étiqueté ou marqué comme étant hors service jusqu'à ce qu'il ait été réparé et qu'un étalonnage ou un essai ait montré qu'il fonctionne correctement. Le laboratoire doit examiner l'effet de la défaillance ou de l'écart par rapport aux limites spécifiées sur des essais et/ou des étalonnages antérieurs et doit instituer la procédure de maîtrise des travaux non conformes. »

Lors de la visite du laboratoire, les inspecteurs ont constaté qu'un comptage d'échantillon pour détermination d'activité bêta globale était en cours sous une voie hors service mais dont l'état n'était pas indiqué sur l'appareil. Après vérification sur le logiciel de gestion du matériel, il s'est avéré que cette voie de comptage était effectivement hors service.

A.7.1 Je vous demande d'identifier cette voie de comptage comme étant hors service, conformément à la procédure « processus des locaux et équipements » identifiée PPS002 V02 applicable au système de management du service radioactivité. Je vous demande de mettre en œuvre votre politique de maîtrise des travaux non conformes afin d'éviter le renouvellement de ce type d'écart.

A.7.2 Je vous demande d'analyser les résultats de comptage obtenus sous cette voie de comptage depuis sa date de mise en indisponibilité et d'avertir vos clients des discordances éventuelles entre les résultats de cette dernière analyse et les résultats déjà transmis.

A.8 Contrôle de radioactivité à la réception des échantillons

L'article 5.8.1 de la norme [4] précise que « le laboratoire doit avoir des procédures pour le transport, la réception, la manutention, la protection, le stockage, la conservation et/ou l'élimination d'objets d'essai et/ou d'étalonnage y compris toute disposition nécessaire pour protéger l'intégrité de l'objet d'essai ou d'étalonnage, ainsi que les intérêts du laboratoire et du client. »

Un contrôle externe de débit d'équivalent de dose à réception des échantillons susceptibles d'être actifs est réalisé par le service radioactivité. Lorsque le résultat du contrôle est supérieur à deux fois le bruit de fond ambiant, la fiche d'instruction « gestion des échantillons » (FILRA601 version 1.4) indique qu'une personne compétente en radioprotection autorise ou non la réalisation de l'analyse des échantillons considérés.

Les inspecteurs ont noté qu'une seule personne compétente en radioprotection est habilitée à autoriser ou non la réalisation de l'analyse sur les échantillons. Dans la pratique, et en l'absence de la personne compétente en radioprotection, cette évaluation du risque est réalisée par une autre personne du service radioactivité, non habilitée.

A.8 Je vous demande de prendre toutes dispositions nécessaires pour que seules les personnes habilitées à réaliser l'évaluation du risque engendré par un échantillon actif puissent le faire.

A.9 Mise en place de bacs de rétention sous les récipients d'échantillons liquides en attente dans le réfrigérateur au niveau du local de réception

L'article 18 de la décision n° 2008-DC-0095 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 29 janvier 2008 indique « (...) Les déchets liquides sont entreposés sur des dispositifs de rétention permettant de récupérer les liquides en cas de fuite de leur conditionnement (...) »

Dans les réfrigérateurs du local de réception des échantillons, les échantillons sont entreposés sur des étagères sans bacs de rétention. Les inspecteurs ont signalé qu'en cas d'incident, l'absence de bac de rétention sous les bidons d'échantillons liquides amène un risque de contamination sur les autres récipients, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des résultats rendus.

A.9 Je vous demande de modifier les conditions d'entreposage des échantillons liquides dans les réfrigérateurs de manière à prévenir les risques de contamination en cas d'incident.

A.10 Vérification de la qualité du prélèvement soumis à l'analyse

L'annexe 3 appelée par l'article 10 de la décision citée en référence [2] précise que le laboratoire doit disposer « d'un descriptif du système qualité mis en place pour assurer la qualité du prélèvement soumis à l'analyse ». La décision décrit également le dispositif que doit mettre en place le laboratoire s'il sous-traite le prélèvement et s'il dispose d'une accréditation.

Le service radioactivité de LABÉO Manche précise qu'il ne réalise pas les prélèvements de moules destinés à la campagne annuelle de surveillance réglementaire de l'environnement. Ces prélèvements sont effectués par un autre site du groupement d'intérêt public (GIP) LABÉO. LABÉO Manche ne procède pas aux analyses de carbone 14 et de tritium sur ces prélèvements de moules, qui sont sous-traitées à un laboratoire agréé par l'ASN dans le cadre des analyses de radioactivité pour la surveillance de l'environnement.

Les inspecteurs ont constaté que le service radioactivité de LABÉO Manche n'a mis en place aucune disposition afin de vérifier la qualité du prélèvement des échantillons qu'il sous-traite dans le cadre de l'agrément délivré par l'ASN pour réaliser la surveillance radiologique de l'environnement.

A.10 Je vous demande de prendre les dispositions nécessaires afin de vous assurer de la qualité des prélèvements d'échantillons sous-traités et dont les analyses de radioactivité sont effectuées dans le cadre de l'agrément délivré par l'ASN pour la réalisation de la surveillance radiologique de l'environnement. Je vous demande également de décrire ces dispositions dans le système de management applicable à LABÉO Manche.

B Compléments d'information

B.1 Gestion documentaire et sélection des méthodes

L'article 27-1 du titre III de la décision [2] indique que « pour être agréé ou pour maintenir leur agrément, les laboratoires se conforment aux exigences de la version 2017 de la norme NF EN ISO/IEC 17025 au plus tard le 1^{er} décembre 2020. »

L'article 4.3.1 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit établir, et tenir à jour des procédures visant à maîtriser tous les documents faisant partie de son système »

L'article 5.4.2 de la norme [4] indique que « le laboratoire doit utiliser des méthodes d'essai et/ou d'étalonnage, y compris des méthodes d'échantillonnage, qui répondent aux besoins du client et qui conviennent aux essais et/ou étalonnages qu'il effectue, de préférence les méthodes publiées comme normes internationales, régionales ou nationales. Le laboratoire doit assurer qu'il utilise la dernière édition de la norme, sauf si cela n'est pas approprié ou possible. »

Les inspecteurs ont noté que l'étude d'impact du changement de version de la norme NF EN ISO/IEC 17025 (passage de la version 2005 à la version 2017) était en cours de formalisation. Cette étude d'impact ne leur a pas été présentée.

B.1 Je vous demande de me transmettre l'étude d'impact du changement de version de la norme NF EN ISO/IEC 17025 quand elle sera achevée.

C Observations

C.1 Les revues de capacité ne sont pas formalisées.

C.2 Les inspecteurs rappellent l'importance de mettre à jour le contrôle d'ambiance des locaux du service radioactivité par rapport à la mesure du tritium dans l'eau, avec la prochaine version de la norme NF EN ISO 9698.

C.3 Les inspecteurs vous invitent à corriger les erreurs typographiques respectivement en page 2 (remplacer Autorité de Sécurité Nucléaire par Autorité de Sûreté Nucléaire) et 5 (remplacer seuil de détection par seuil de décision) du manuel qualité.



Vous voudrez bien me faire part de vos observations et réponses concernant ces points dans un délai qui n'excèdera pas deux mois. Pour les engagements que vous seriez amené à prendre, je vous demande de bien vouloir les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation.

Conformément à la démarche de transparence et d'information du public instituée par les dispositions de l'article L. 125-13 du code de l'environnement, je vous informe que le présent courrier sera mis en ligne sur le site Internet de l'ASN (www.asn.fr).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef de division,

Signé

Adrien MANCHON