

Division de Bordeaux**Centre Hospitalier de Niort****Référence courrier :** CODEP-BDX-2025-04287740 avenue Charles de Gaulle
79000 Niort

Bordeaux, le 21 juillet 2025

Objet : Contrôle de la radioprotection
Lettre de suite de l'inspection du 1^{er} juillet 2025 sur le thème de la radiothérapie externe

N° dossier : Inspection n° INSNP-BDX-2025-0049 - N° SIGIS : M790005
(à rappeler dans toute correspondance)

Références : **[1]** Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants ;
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-30 et R. 1333-166 ;
[3] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie ;
[4] Décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique.

Monsieur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR) en références concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 1^{er} juillet 2025 dans le service de radiothérapie de votre établissement.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent. Ceux relatifs au respect du code du travail relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice tandis que ceux relatifs au respect du code de la santé publique relèvent de la responsabilité du titulaire de l'autorisation délivrée par l'ASNR.

SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection avait pour but de contrôler par sondage l'application de la réglementation relative à la prévention des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants dans votre service de radiothérapie externe.

Les inspecteurs ont tout particulièrement vérifié la capacité du service de radiothérapie à gérer les risques pour la sécurité des soins et la radioprotection des patients en application de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 citée en référence [4].

Les inspecteurs ont effectué une visite du service notamment des pupitres de commande des trois accélérateurs de particules et du scanner dosimétrique et ont rencontré le personnel impliqué dans les activités de radiothérapie externe (directrice des soins, directeur des services techniques, travaux et équipements, directrice adjointe qualité usagers, ingénieur qualité, radiothérapeute chef de service, cadre supérieur de pôle et cadre de santé, physiciens médicaux, conseillère en radioprotection, responsable biomédical, responsable de la sécurité des systèmes d'information). Les inspecteurs ont également conduit des entretiens avec des manipulateurs en électro-radiologie médicale (MERM).

À l'issue de cette inspection, les inspecteurs estiment que le service se développe de manière dynamique et positive avec la mise en œuvre de techniques de traitement permettant une prise en charge optimale des patients (développement de la stéréotaxie intracrânienne, traitement avec asservissement à la respiration ...) ainsi que l'intégration de solutions techniques visant à sécuriser les conditions de prise en charge (par exemple la délivrance d'une carte à code-barre personnalisée à chaque patient pour limiter le risque d'erreur d'identitovigilance) ou permettant d'optimiser le calcul des plans de traitement (mise en œuvre prochaine d'un nouveau TPS (Treatment Planning System)).

Les inspecteurs ont noté que le service de radiothérapie a pris en compte de manière satisfaisante les demandes formulées par l'Autorité de sûreté nucléaire lors de l'inspection menée en 2023, et en a fait un outil d'amélioration continue de son processus métier « Prise en charge d'un patient en radiothérapie ». Sur ce sujet, les inspecteurs ont noté le fort engagement du service en confiant à un manipulateur en électroradiologie médicale (MERM) une mission de suivi opérationnel de la qualité à hauteur de 0,75 équivalent temps plein (ETP). Les inspecteurs soulignent la grande implication de cet agent dans l'exécution de sa mission, ce qui a permis l'adhésion des personnels du service à une démarche de qualité opérationnelle au profit du processus de soins. Les inspecteurs ont ainsi constaté une bonne synergie entre les différentes parties prenantes (médecins, physiciens, MERM, qualité).

La démarche qualité est structurée autour d'une cartographie des processus et une gestion documentaire cohérente dont une liste des documents qualité existants, classés par processus, a été présentée aux inspecteurs. Les exigences spécifiées et les indicateurs de performance sont définis. De plus, cette démarche qualité bénéficie d'une amélioration continue portée par des processus de retour d'expérience et d'audits internes. Ainsi, une analyse de fond des dossiers patients a été menée par le MERM en charge du suivi opérationnel de la qualité afin d'analyser l'origine des retards de réalisation des premières séances de traitement. Ce travail conséquent a permis de dégager des pistes d'amélioration notamment d'un point de vue organisationnel.

En matière d'optimisation et de sécurisation du processus de prise en charge des patients en radiothérapie, les inspecteurs ont relevé que la cartographie des risques a été mise à jour depuis la dernière inspection, et que des compléments mettent en avant certains risques particuliers (risques génériques comme l'identitovigilance ou risques identifiés par projet).

Les inspecteurs ont également souligné la solidité du processus d'accueil et d'habilitation des personnels MERM, aides-physiciens et secrétaire au sein du service. Ainsi des grilles d'habilitation sont formalisées pour garantir la compétence du personnel à chaque poste de travail spécifique ou technique complexe. Toutefois, les inspecteurs ont constaté que cette démarche reste à finaliser pour les médecins et les physiciens médicaux. Les inspecteurs soulignent également, l'important travail de formalisation qui a été fourni afin de permettre aux secrétaires de disposer d'un référentiel documentaire étoffé et facilement utilisable.

En termes d'organisation, les inspecteurs ont apprécié la diversité des postes mis en place au niveau des MERM :

- MERM dédiés à la délivrance des traitements ;
- MERM dédiés à la coordination et la planification (concourant à l'optimisation de la prise en charge des patients et du taux d'occupation des équipements) ; les inspecteurs soulignent l'importance de ce poste pour limiter les risques d'interruptions de tâches des autres MERM dont l'activité est directement liée ;
- MERM dédiés au dispositif d'annonce et à la saisie d'activité.

De même, les inspecteurs soulignent la vision claire des médecins sur les projets à venir dans le service à court et à moyen terme, ainsi que l'organisation mise en place pour mener à bien ces projets (méthodologie élaborée et documentée). Celle-ci a été illustrée, à la demande des inspecteurs, au travers de la présentation de deux exemples de projets (changement du TPS et mise en place de la technique de stéréotaxie intra et intracrânienne). Les inspecteurs soulignent également le soin apporté par les médecins pour choisir des équipements dont la configuration pourra être évolutive dans le temps afin de permettre le déploiement de nouvelles techniques (radiothérapie adaptative). Par ailleurs, les inspecteurs ont constaté que la réalisation des contrôles de qualité, le respect des périodicités réglementaire et la traçabilité associée sont satisfaisants.

Concernant les effectifs du service les inspecteurs ont noté positivement les efforts déployés depuis 2023 pour sanctuariser les activités du service, notamment avec le recrutement d'un radiothérapeute-oncologue et d'un physicien. Le très faible turn-over des personnels au sein du service témoigne de bonnes conditions de travail.

Concernant les missions dévolues au conseiller en radioprotection (CRP) du service de radiothérapie, les inspecteurs ont constaté que celles-ci étaient menées de manière satisfaisante.

I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

Sans objet.

* * *

II. AUTRES DEMANDES

Suivi individuel renforcé des travailleurs exposés

*« Article R. 4624-22 du code du travail - Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité, ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail défini à l'article R. 4624-23, bénéficie d'un **suivi individuel renforcé** de son état de santé selon des modalités définies par la présente sous-section. »*

*« Article R. 4624-23 du code du travail - I. Les postes présentant des risques particuliers mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-2 sont ceux exposant les travailleurs : [...] 5° **Aux rayonnements ionisants** ; [...] »*

*« Article R. 4624-24 du code du travail - Le suivi individuel renforcé comprend un **examen médical d'aptitude**, qui se substitue à la visite d'information et de prévention prévue à l'article R. 4624-10. **Il est effectué par le médecin du travail** préalablement à l'affectation sur le poste. [...] »*

« Article R. 4624-25 du code du travail - Cet examen ainsi que son renouvellement donnent lieu à la **délivrance, par le médecin du travail, d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude** rendu conformément aux dispositions de l'article L. 4624-4. Cet avis d'aptitude ou d'inaptitude est transmis au travailleur et à l'employeur et versé au dossier médical en santé au travail de l'intéressé. »

« Article R. 4624-28 du code du travail - Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ; ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, tels que définis à l'article R. 4624-23, bénéficie, à l'issue de l'examen médical d'embauche, d'un **renouvellement de cette visite, effectuée par le médecin du travail selon une périodicité qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à quatre ans**. Une **visite intermédiaire** est effectuée par un professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1, au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail.»

« Article R.4626-26 du code du travail - Les agents des établissements publics de santé bénéficient d'un examen médical au moins tous les vingt-quatre mois. »

Vos représentants ont indiqué aux inspecteurs les difficultés rencontrées depuis plusieurs années pour recruter un médecin du travail. Cette situation avait déjà été relevée lors de l'inspection qui s'est déroulée en 2023. Il a été dit aux inspecteurs que la piste de l'externalisation du suivi individuel renforcé (SIR) vers des organismes de prévention de la santé au travail avait été explorée mais était restée infructueuse. La piste des consultations de santé au travail par télé-médecine est explorée.

Ainsi, les inspecteurs ont constaté qu'aucun des 32 personnels exposés aux rayonnements ionisants n'a bénéficié d'un suivi individuel renforcé respectant les modalités prévues par la réglementation.

Demande II.1 : Poursuivre les démarches entreprises permettant de garantir que chaque travailleur classé bénéficie d'un suivi individuel renforcé selon les dispositions réglementaires en vigueur.

*

Système documentaire

« Article 13 de la décision n° 2021-DC-708¹ - Système documentaire I. – Le système de gestion de la qualité prévoit la mise en place d'un système documentaire, sous forme papier ou numérique. Outre les éléments relatifs aux actions prévues aux articles 5 à 12, le système documentaire contient notamment :

– les modalités de mise en œuvre des contrôles de qualité pour les dispositifs médicaux prévus à l'article R. 5212-25 du code de la santé publique ;

– pour chaque dispositif médical, les éléments de traçabilité prévus à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique et pour chaque médicament radiopharmaceutique, ceux prévus par l'arrêté du 6 avril 2011 susvisé.

II. – Les documents du système documentaire sont tenus à jour. Ils sont revus périodiquement et lors de toute modification, de nature réglementaire, organisationnelle ou technique, pouvant remettre en cause leur contenu. Leur élaboration et leur diffusion sont contrôlées. Les modalités d'archivage des documents et des enregistrements sont décrites dans le système de gestion de la qualité.

Les inspecteurs ont constaté que la rédaction en 2024 et 2025 d'une soixantaine de nouveaux documents est venu compléter le référentiel documentaire liés aux activités de radiothérapie. Cependant, les inspecteurs ont constaté que certains documents ne sont pas gérés dans le système qualité de votre établissement (programme des vérifications au titre du code du travail, documents de suivi des projets par la physique médicale) ou méritent une mise à jour (modes opératoires liés à l'utilisation de l'accélérateur TrueBeam rédigés en 2014). Les

¹ Décision n° 2021-DC-0708 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique

inspecteurs ont noté que le service de radiothérapie va prochainement déployer le logiciel de gestion documentaire BlueKango en remplacement du logiciel ENNOV.

Demande II.2 : A l'occasion du déploiement du logiciel BlueKango, établir une architecture documentaire pertinente intégrant l'ensemble des documents lié au fonctionnement du service, procéder à la mise à jour des documents obsolètes en supprimant et fusionnant des documents le cas échéant, et intégrer dans le système qualité l'ensemble des documents dont la traçabilité est requise. Transmettre à l'ASNR un plan d'action et les échéances associées.

*

Formation/habilitation des personnels

« Article 7 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 – Formation des personnels

*I. - Le système de gestion de la qualité décrit les **modalités de formation** des professionnels. Elle porte notamment sur :*

- l'utilisation d'un nouveau dispositif médical participant à la préparation et au traitement des patients, ainsi que toute nouvelle pratique, que celle-ci soit mise en œuvre sur un dispositif médical existant ou nouveau. Des références scientifiques ou des recommandations professionnelles de bonnes pratiques pour tous les utilisateurs sont disponibles pour l'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou la mise en œuvre d'une nouvelle pratique ;

- la radioprotection des patients, tel que prévu à l'article R. 1333-69 du code de la santé publique.

*II. - Sont décrites dans le système de gestion de la qualité les **modalités d'habilitation au poste de travail** pour tous les nouveaux arrivants ou lors d'un changement de poste ou de dispositif médical, ou de la mise en œuvre d'une nouvelle pratique médicale. »*

Les inspecteurs ont constaté que des fiches de poste sont établies pour chaque catégorie professionnelle du service (radiothérapeute, physiciens médicaux, aide-physiciens, MERM, secrétaires). Des grilles de compétences sont définies pour valider les compétences des aides-physiciens et des secrétaires ; de plus, un livret décrivant le parcours de formation et d'habilitation des MERM est tenu à jour par l'encadrement du service. Ce livret comporte un tableau de compétences portant sur les différents postes de travail et techniques particulières associée (accélérateur True Beam et C-RAD surfacique, accélérateur Novalis et Exactrac dynamique, accélérateur Clinac, recalage d'images, scanner, utilisation du Dyn'R). Par ailleurs, un projet de procédure d'habilitation lors d'un changement (technique, nouvelles pratiques, ...) a été porté à la connaissance des inspecteurs. Une liste des compétences nécessaires a été établie pour les physiciens médicaux. Toutefois, les inspecteurs ont constaté que les parcours de formation et d'habilitation des médecins et physiciens médicaux ne sont pas encore finalisés.

Demande II.3 : Finaliser les modalités de formation et d'habilitation des médecins et des physiciens médicaux par la rédaction d'une note descriptive détaillant les attendus en termes de compétences, sur laquelle pourront s'adosser les listes des compétences existantes. La transmettre à l'ASNR.

*

Analyse des risques et barrières de défense

« Article 3 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 – « I. - Le système de gestion de la qualité est défini et formalisé au regard de l'importance du risque radiologique pour l'exposition aux rayonnements ionisants du patient.

Ce système a pour finalités de prévenir et gérer les risques liés aux expositions des patients aux rayonnements ionisants. À cette fin, pour tous les actes utilisant des rayonnements ionisants, les processus permettant de mettre en œuvre les principes de justification et d'optimisation prévus aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique sont maîtrisés... »

Article 6 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 – « I. - Le système de gestion de la qualité prévoit une analyse a priori des risques encourus par les patients lors de leur prise en charge thérapeutique utilisant les rayonnements ionisants. Cette analyse est conduite par l'équipe visée au I de l'article 4, avec un représentant de chaque catégorie professionnelle concernée. Les risques étudiés portent notamment sur les risques pouvant aboutir à une erreur d'identité, une erreur de volumes irradiés, de médicament radiopharmaceutique, de dose, d'activité administrée ou de modalités d'administration et prennent en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux.

II. - Pour chaque risque identifié, des barrières de sécurité d'ordre matériel, humain ou organisationnel sont définies, afin de mettre en place des actions appropriées pour réduire leur probabilité ou leurs conséquences. Ne sont pas pris en compte les risques d'effets secondaires éventuels, quel que soit le grade de ces effets, résultant d'une stratégie concertée entre le praticien et le patient au regard des bénéfices escomptés du traitement. Les actions qui sont retenues sont intégrées au programme d'action prévu à l'article 4. Leur mise en œuvre est priorisée en fonction des risques associés, issue de l'analyse effectuée. »

Les inspecteurs ont noté que l'analyse des risques a priori définie par le service comporte plusieurs barrières préventives de détection, définies à chaque étape du parcours patient, notamment d'une erreur de latéralité ou d'identité, qui constituent des exigences internes que les opérateurs doivent respecter. En particulier, les inspecteurs ont relevé quelques exemples de bonnes pratiques :

 Concernant le risque de latéralité :

- accueil : nouvelle fiche de planification avec des champs préremplis et utilisation de menu déroulant pour les localisations avec latéralité ;
- scanner : faire confirmer au patient la zone concernée par le traitement ;
- dosimétrie (contourage) : ajout sur la prescription ARIA de champs préremplis pour faciliter le choix et éviter les oublis et harmonisation des dénominations de plans de traitements ;
- traitement : déploiement de l'outil surfacique d'aide au positionnement et intégration de la latéralité dans l'ensemble des RDV dans ARIA ;

 Concernant le risque d'identité :

- accueil : formation sur l'identitovigilance et création d'un mode opératoire sur l'utilisation du logiciel ARIA, création d'une carte personnalisée au patient contenant un code-barre d'identification ;
- scanner : existence d'une work-list avec actualisation automatique ;
- dosimétrie (contourage) : présentation aux équipes du message d'alerte du logiciel Pinnacle informant de la présence de deux plans de traitements de deux patientes enregistrées sous un même nom, changement de TPS (Pinnacle remplacé par Ray Search) ;
- traitement : mise à jour de la check-list de mise en traitement pour procéder à la vérification du bon patient, révision des parcours de gestion imagerie et des dossiers médicaux.

 Concernant le risque d'erreur de positionnement :

Les inspecteurs ont constaté que les consignes qui sont assignées aux MERM ne proposent pas de critères objectifs leur permettant de connaître les limites de leurs actions, notamment vis-à-vis du risque d'erreur de positionnement. La consigne existante renvoie à une appréciation subjective formulée comme suit « En cas de doute, appeler le physicien... ». Ainsi, le domaine de compétence des MERM face à une situation donnée n'est pas clairement défini

Les inspecteurs ont également constaté que l'efficacité des barrières mises en place face à un risque n'est pas évaluée.

Demande II.4 : Renforcer les consignes données aux MERM vis-à-vis du risque d'erreur de positionnement, en listant les situations nécessitant le recours à un physicien médical ou à un médecin ;

Demande II.5 : Renforcer la robustesse des barrières de défense pour pallier aux erreurs éventuelles en évaluant leur efficacité notamment par la mise en place d'audits internes. Vous ferez part à l'ASNR des dispositions retenues.

* * *

III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE A L'ASNR

DUERP : risque d'exposition au radon

« Article R. 4121-1 - L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un **inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail** de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques. »

« Article R4451-1 - Les dispositions du présent chapitre s'appliquent dès lors que les travailleurs, y compris les travailleurs indépendants, sont susceptibles d'être exposés à un **risque dû aux rayonnements ionisants d'origine naturelle** ou artificielle.

Elles s'appliquent notamment :

[...]

4° Aux situations d'exposition au radon provenant du sol :

a) **Dans les lieux de travail situés en sous-sol et rez-de-chaussée de bâtiments** en tenant compte des zones mentionnées à l'article L. 1333-22 du code de la santé publique ;

b) Dans certains lieux de travail spécifiques notamment ceux où sont réalisés des travaux souterrains, y compris des mines et des carrières ;

[...] ».

« Article R4451-13 - L'employeur évalue les risques résultant de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants en sollicitant le concours du salarié mentionné au I de l'article L. 4644-1 ou, s'il l'a déjà désigné, du conseiller en radioprotection.

Cette évaluation a notamment pour objectif :

1° D'identifier parmi les valeurs limites d'exposition fixées aux articles R. 4451-6, R. 4451-7 et R. 4451-8, celles pertinentes au regard de la situation de travail ;

2° **De constater si, dans une situation donnée, le niveau de référence pour le radon fixé à l'article R. 4451-10 est susceptible d'être dépassé ;**

3° De déterminer, lorsque le risque ne peut être négligé du point de vue de la radioprotection, les mesures et moyens de prévention définis à la section 5 du présent chapitre devant être mis en œuvre ;

4° De déterminer les conditions d'emploi des travailleurs définies à la section 7 du présent chapitre. »

Art. R. 4451-16.- « **Les résultats de l'évaluation des risques sont consignés dans le document unique d'évaluation des risques** prévu à l'article R. 4121-1.

Les résultats de l'évaluation et des mesurages prévus à l'article R. 4451-15 sont conservés sous une forme susceptible d'en permettre la consultation pour une période d'au moins dix ans. »

Observation III.1 : L'étude du risque d'exposition au radon a été initiée, notamment par la réalisation d'une campagne de mesures. Les résultats de cette étude n'ont pas été consignés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

*

Vérifications des équipements, des lieux de travail et de l'instrumentation de la radioprotection

*« Article 17 de l'arrêté du 23 octobre 2020 modifié³ – **L'étalonnage, sa vérification et la vérification de bon fonctionnement de l'instrumentation de radioprotection** prévus à l'article R. 4451-48 du code du travail sont réalisés dans les conditions définies dans le présent article.*

*I. - La **vérification de bon fonctionnement** prévue au I. de l'article R. 4451-48 du code du travail porte sur les caractéristiques de l'appareil de mesure. Elle comprend :*

*1° Une **vérification par l'employeur, lors de la réception du matériel**, visant à s'assurer de l'adéquation de l'instrument de mesure avec la ou les gammes de mesure pour lesquelles il est utilisé et, le cas échéant, à vérifier la cohérence du mouvement propre de l'appareil ;*

*2° Une **vérification, avant chaque utilisation**, de l'alimentation électrique ainsi que de la cohérence du mouvement propre de l'appareil de mesure.*

*II. - La **vérification périodique de l'étalonnage** prévue au II de l'article R. 4451-48 du code du travail est réalisé par le conseiller en radioprotection s'il dispose des compétences et des moyens nécessaires, ou à défaut par un organisme extérieur dont le système qualité est conforme à la norme relative au management de la qualité et qui respecte les normes en vigueur relatives à l'étalonnage des appareils de détection des rayonnements ionisants. Les instruments sont étalonnés dans la ou les gammes de grandeurs pour lesquelles ils sont utilisés.*

*La méthode et la périodicité de la vérification de l'étalonnage sont conformes aux prescriptions définies par l'employeur en adéquation avec l'usage qu'il fait de l'instrumentation et les recommandations de la notice d'instructions du fabricant. **Le délai entre deux vérifications ne peut excéder un an.** En fonction de l'écart constaté lors d'une vérification, un ajustage ou un étalonnage est réalisé selon les modalités décrites par le fabricant. »*

*« Article 18 de l'arrêté du 23 octobre 2020 modifié - L'employeur définit, sur les conseils du conseiller en radioprotection, un **programme des vérifications** qui fait l'objet d'une réévaluation en tant que de besoin.*

L'employeur consigne dans un document interne ce programme des vérifications et le rend accessible aux agents de contrôle compétents et au comité social et économique ou, à défaut, au salarié compétent mentionné à l'article L. 4644-1 du code du travail. »

Observation III.2 : Le programme des vérifications réalisées au titre du code du travail, présenté aux inspecteurs, ne fait pas référence aux vérifications de l'instrumentation de radioprotection. Ces vérifications concernent toutefois les trois dosimètres opérationnels détenus par le service de radiothérapie.

*

Inventaire des équipements

« Article R1333-158 - I.- Tout détenteur de sources radioactives, accélérateurs ou appareils électriques émettant des rayonnements ionisants soumis à l'un des régimes mentionnés à l'article L. 1333-8 ou L. 1333-9 dispose d'un

inventaire des sources radioactives, accélérateurs ou appareils électriques émettant des rayonnements ionisants qu'il détient permettant de justifier en permanence de leur origine et de leur localisation.

*II.- Le responsable de l'activité nucléaire transmet une copie de l'inventaire mentionné au I à l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection à une **fréquence annuelle lorsque l'activité nucléaire exercée est soumise au régime d'autorisation** et tous les trois ans dans les autres cas.*

[...]

*IV.- Sont comprises, aux fins de mise à jour par l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection de l'inventaire prévu à l'article L. 1333-5, **toutes informations relatives aux déclarations, enregistrements et autorisations** mentionnés au II de l'article R. 1333-152.*

Observation III.3 : L'inventaire des accélérateurs et appareils électriques a bien été réalisé et transmis à l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection dans les délais réglementaires. Cependant, les coordonnées du nouveau médecin coordonnateur n'ont pas été mises à jour.

*
* *

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, et **selon les modalités d'envois figurant ci-dessous**, de vos remarques et observations, ainsi que des dispositions que vous prendrez pour remédier aux constatations susmentionnées et répondre aux demandes. Pour les engagements que vous prendriez, je vous demande de les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation.

Je vous rappelle par ailleurs qu'il est de votre responsabilité de traiter l'intégralité des constatations effectuées par les inspecteurs, y compris celles n'ayant pas fait l'objet de demandes formelles.

Enfin, 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'ASNR (www.asnr.fr).

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

Le chef du pôle nucléaire de proximité
de la division de Bordeaux de l'ASNR

SIGNE PAR

Bertrand FREMAUX