

Division de Lyon

Référence courrier : CODEP-LYO-2026-032582

**GCS Lyon Cancérologie Université Médecine
Nucléaire - LUMEN**
15, rue Gabriel Sarrazin
69008 LYON

Lyon, le 9 juin 2026

Objet : Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 28 mai 2026 sur le thème de la radioprotection dans le domaine médical

N° dossier (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-LYO-2026-0506

Références : [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 à 31 et R. 1333-166
[3] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie

Monsieur le directeur général,

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 28 mai 2026 dans 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 du 28 mai 2026 a porté sur l'activité de médecine nucléaire, avec un focus sur l'activité de thérapie utilisant des microsphères d'yttrium. Les inspecteurs ont notamment effectué une visite du service de médecine nucléaire, de la salle du bloc opératoire où sont pratiqués ces actes et du local de stockage des déchets contaminés.

Les inspecteurs ont souligné positivement les progrès en ce qui concerne la mise en place du système de management de la qualité, incluant une évaluation régulière de celui-ci. Des exigences spécifiées ont été définies avec des indicateurs quantifiables et mesurables, ainsi que des objectifs cible pour chacun d'eux. Le suivi de ces indicateurs a permis de constater des améliorations, notamment en ce qui concerne la traçabilité des réunions de « staff » validant les traitements utilisant des microsphères d'yttrium. De plus, le plan d'action associé à la qualité et à la sécurité des soins fait l'objet d'un suivi et inclut des actions correctives décidées à l'issue d'inspections ou de comités de retour d'expérience (CREX), ainsi que des audits permettant de vérifier leur efficacité.

Les inspecteurs ont relevé les bonnes pratiques mises en place en radiopharmacie. En effet, des barrières physiques incontournables permettent de s'assurer de la qualité des préparations radiopharmaceutiques réalisées au sein de la radiopharmacie (contrôle qualité de l'éluât nécessaire pour commencer la préparation, utilisation de

la bonne trousse froide et contrôle qualité de la préparation nécessaire pour préparer une seringue destinée à un patient).

De bonnes pratiques ont également été observées en ce qui concerne la coordination et le processus décisionnel collégial des différents professionnels (notamment le radiologue interventionnel, le médecin nucléaire, le physicien médical et le radiopharmacien), impliqués dans la prise en charge des patients suivant un traitement par microsphères d'yttrium. Par ailleurs, les inspecteurs ont constaté que les comptes rendus des actes associés à cette prise en charge comportaient les informations réglementaires.

Des améliorations sont cependant attendues en ce qui concerne l'analyse des événements indésirables. En effet, les inspecteurs ont relevé qu'une part non négligeable des événements indésirables ne sont pas mentionnés ou analysés lors des CREX ou ne font l'objet que d'une simple prise en compte sans action corrective. Certains événements indésirables, requalifiés par votre établissement en événements dits « d'ambiance », ne sont pas analysés dans une instance collégiale. Par ailleurs, il semble nécessaire de définir des organisations décrivant les missions prioritaires ou reportées en fonction des effectifs paramédicaux et médicaux présents et disponibles. De même, des améliorations sont attendues en ce qui concerne la mise en place des modalités d'habilitation du personnel médical et des secrétaires médicales.

Enfin des actions sont à engager afin que les modalités de réalisation de la maintenance et des contrôles qualité des dispositifs médicaux et activimètres soient formalisées. Le registre de suivi de la levée des non-conformités de ces matériels ainsi que celui relatif aux opérations de maintenance et de contrôles qualité devront être complétés.

L'organisation de la radioprotection des travailleurs est robuste et prévoit des dispositions de polyvalence et de suppléance, ainsi que des modalités de suivi. L'évaluation des risques est actualisée et vérifiée autant que de besoin et les vérifications réglementaires, réalisées selon les dispositions réglementaires, font l'objet d'un suivi rigoureux. De plus, l'utilisation des sources non scellées en dehors du service de médecine nucléaire est formalisée (parcours des sources, gestion des déchets, etc.).

Les efforts devront être poursuivis pour que les contrôles de l'absence de contamination des travailleurs sortant de zone réglementée soient réalisés de manière plus assidue. Les inspecteurs ont d'ailleurs fait part de leur étonnement de l'absence de contrôles quotidiens d'absence de contamination des lieux de travail, bonne pratique observée dans la majorité des centres de médecine nucléaire, et permettant de détecter au plus tôt toute contamination, réduisant ainsi les risques d'exposition des travailleurs et de dispersion d'une contamination radiologique.

Les inspecteurs ont été informés d'un projet de modification de l'utilisation des locaux du service de médecine nucléaire du Lumen, ayant pour but de suppléer l'indisponibilité des chambres de radiothérapie interne vectorisée (RIV) du Centre Léon Bérard (CLB), pendant la période de travaux devant commencer en février 2027, conformément à l'engagement du CLB, pour aboutir à une mise en conformité en juin 2028. Par ailleurs, les inspecteurs ont été informés d'un projet de travaux au sein de la radiopharmacie, avec maintien de l'activité. **Ces deux projets devront faire l'objet d'une demande de modification de l'autorisation délivrée au GCS Lumen et une attention particulière devra être portée sur l'analyse des risques préalable associée à la gestion de ces changements.**

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

Pas de demande à traiter prioritairement.

II. AUTRES DEMANDES

Analyse des événements indésirables

Conformément à l'article 10 de la décision de l'ASN n°2019-DC-0660 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants

I. - Afin de contribuer à l'amélioration prévue à l'article 5, le système de gestion de la qualité inclut le processus de retour d'expérience.

Pour les événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle, susceptibles de conduire à une exposition accidentelle ou non intentionnelle des personnes lors d'un acte d'imagerie médicale, le système de gestion de la qualité prévoit la mise en place d'un système d'enregistrement et d'analyse visé à l'article L. 1333-13 du code de la santé publique. Sont enregistrées :

- les dates de détection et d'enregistrement de l'événement ;
- la description de l'événement, les circonstances de sa survenue et ses conséquences ;
- les modalités d'information de la personne exposée ou de son représentant dès lors que l'événement présente des conséquences potentielles significatives.

II. - La formalisation du processus de retour d'expérience précise notamment la fréquence d'analyse des événements et les modalités de sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique. Font en particulier l'objet d'une analyse systémique les événements qui doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes en application du 2^e alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 ou de l'article R. 1413-68 du code de la santé publique.

III. - Pour chaque événement faisant l'objet d'une analyse systémique, le système d'enregistrement et d'analyse comprend, en outre :

- le nom des professionnels ayant participé à l'analyse et, notamment, à la collecte des faits ;
- la chronologie détaillée de l'événement ;
- le ou les outils d'analyse utilisés ;
- l'identification des causes immédiates et des causes profondes, techniques, humaines et organisationnelles, et des barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné ;
- les propositions d'action d'amélioration retenues par les professionnels.

IV. - Les propositions d'action ainsi retenues sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 5 de la présente décision.

Conformément à l'article 11 de la décision n°2008-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,

I. - Dans le cadre de l'amélioration prévue à l'article 4, le système de gestion de la qualité inclut le processus de retour d'expérience, qui comporte notamment les dispositions prévues aux II à V ci-dessous.

II. - Pour les événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle, entraînant ou susceptibles d'entraîner une exposition significative et non prévue d'une personne lors d'un acte utilisant les rayonnements ionisants à des fins de prise en charge thérapeutique, le système de gestion de la qualité décrit le système d'enregistrement et d'analyse prévu à l'article L. 1333-13 du code de la santé publique. Sont enregistrées :

- les dates de détection et d'enregistrement de l'événement ;
- la description de l'événement, les circonstances de sa survenue et ses conséquences réelles ou potentielles ;
- les modalités d'information de la personne exposée ou de son représentant, dès lors que l'événement présente des conséquences réelles ou potentielles significatives.

III. - Le système de gestion de la qualité formalise notamment la fréquence d'analyse des événements et les modalités de sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique. Font en particulier l'objet d'une analyse systémique les événements qui doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes en

application du 2° alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 et de l'article R. 1413-68 du code de la santé publique.

IV. - Pour chaque événement sélectionné pour une analyse systémique, l'analyse comprend :

- le nom des professionnels et leur fonction, ayant participé à l'analyse et notamment à la collecte des faits ;
- la chronologie détaillée de l'événement, dont la date de réalisation de l'acte ;
- le ou les outils d'analyse utilisés ;
- l'identification des causes immédiates et profondes, d'origines matérielles, humaines et organisationnelles, et des barrières de sécurité qui ont ou n'ont pas fonctionné ;
- les actions d'amélioration retenues par les professionnels et leur calendrier de mise en œuvre.

Lorsque des actions potentielles d'amélioration ne sont pas retenues, les raisons en sont précisées et consignées. Les enseignements issus de l'événement analysé sont intégrés à l'analyse des risques a priori.

V. - Les actions retenues sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 4 de la présente décision et leur efficacité est évaluée.

Conformément à l'article 11 de la décision n°2019-DC-0660 et l'article 12 de la décision n°2021-DC-0708 précitée, Le système de gestion de la qualité décrit les modalités retenues pour :

- 1° Promouvoir et soutenir l'engagement des professionnels dans la démarche de retour d'expérience ;
- 2° Dispenser une formation adaptée à la détection, à l'enregistrement et au traitement des événements et, le cas échéant, à leur analyse systémique ;
- 3° Informer l'ensemble des professionnels sur les enseignements tirés de l'analyse des événements.

Les inspecteurs ont constaté que sur les soixante-trois événements indésirables (EI) déclarés en 2025, trente-cinq n'ont pas été évoqués en CREX (comité de retour d'expérience) dont vingt-deux qui n'ont fait l'objet d'aucun retour aux déclarants. Votre établissement qualifie certains de ces événements d'« EI d'ambiance », qui ne sont pas analysés au sein d'une instance collégiale. Les inspecteurs ont constaté que parmi les EI n'ayant pas fait l'objet d'analyse ou d'action corrective, certains font pourtant état d'écarts aux pratiques, de défaillances organisationnelles ou d'insuffisance d'effectifs au regard de l'activité, générant des risques pouvant affecter la prise en charge des patients (ex : EI n° 49662, 49120, 48978, 48782, 48339, 48128).

Demande II.1 : mettre en place une organisation afin que l'ensemble des événements indésirables (EI) déclarés, y compris ceux que votre établissement qualifie d'« EI d'ambiance », soient analysés et fassent, si besoin, l'objet d'actions correctives. En ce qui concerne les problématiques d'effectifs, formaliser les modalités de gestion des périodes durant lesquelles le nombre de professionnels présents (médical et paramédical) est inférieur à l'attendu pour assurer une prise en charge sécurisée des patients, notamment la priorisation des missions à effectuer et le recours au report d'examen.

Gestion du changement

Conformément à l'article 8 de la décision n°2021-DC-0708 précitée

I. - Le système de gestion de la qualité décrit le processus à suivre pour maîtriser tout changement planifié de dispositif médical, de système d'information, de locaux, de pratique de traitement, ou de toute autre modification, susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

II. - L'analyse des risques a priori est utilisée pour évaluer si les changements planifiés ont une incidence sur la sécurité de prise en charge des patients. Le système de gestion de la qualité est mis à jour en tant que de besoin sur la documentation, la recette et le contrôle qualité des équipements et des dispositifs médicaux, la formation et l'habilitation du personnel et tout autre élément susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Les inspecteurs ont été informés de projets modifiant les locaux du service de médecine nucléaire. Un projet concerne la radiopharmacie (déplacement d'une enceinte blindée et ajout d'une nouvelle enceinte). Il a été précisé qu'il était prévu de poursuivre l'activité pendant la période de travaux.

Un autre projet concerne la mise en place de deux salles d'injection pour des traitements au Lutétium 177, en lieu et place de deux bureaux de consultation, ainsi que la modification de deux toilettes, afin de les relier aux cuves de décroissance, qui seront dédiés à ces patients. Les modalités et la temporalité de réalisation de ces travaux n'ont pas été précisées aux inspecteurs. Par ailleurs, il a été précisé que la mise en service des salles de traitement au Lutétium constitue une étape préalable au démarrage des travaux de mise en conformité des chambres de RIV du CLB, prévu en février 2027, conformément à l'engagement pris par cet établissement. Ces modifications devront donc faire l'objet d'une demande de modification de l'autorisation pour laquelle une analyse des risques devra être conduite et les dispositions à mettre en place à chacune des étapes de ces changements devront être identifiées. Compte tenu de l'échéance précitée et des délais d'instruction, ces demandes de modification doivent être déposées dans les plus brefs délais.

Demande II.2 : transmettre à la division de Lyon de l'ASNR votre demande de modification d'autorisation relative aux projets précités, accompagnée des éléments justifiant des dispositions mises en place à chacune des étapes de ces changements et des dispositions prévues dans les analyses *a priori* des risques associées.

Habilitation

Conformément à l'article 7 de la décision n°2021-DC-0708 précitée,

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.*

Les inspecteurs ont constaté que les modalités d'habilitation du personnel médical et des secrétaires médicales n'étaient pas définies.

Demande II.3 : définir les modalités d'habilitation du personnel médical et des secrétaires médicales.

Organisation de la physique médicale

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 19 novembre 2004, le chef de tout établissement où sont exploitées des installations de radiothérapie, de curiethérapie, de radiologie et de médecine nucléaire ou, à défaut, le titulaire de l'autorisation délivrée en application de l'article R.1333-24, ou la personne qui a déclaré utiliser des appareils électriques émettant des rayonnements ionisants en application de l'article R. 1333-22, définit, met en œuvre et évalue périodiquement une organisation en radiophysique médicale.

Conformément à l'article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004, dans les établissements mettant en œuvre des installations soumises à autorisation en application de l'article R. 1333-24 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur avant la publication du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018, ainsi que dans les établissements disposant de structures de radiologie interventionnelle, sans préjudice des conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 6124-1 de ce code, le chef d'établissement arrête un plan décrivant l'organisation de la radiophysique médicale au sein de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté suscit.

Conformément à l'article R. 4251-1 du code de la santé publique, le physicien médical intervient, quel que soit le type de rayonnement ou agent physique utilisé, dans les domaines suivants :

1° La radiothérapie externe, l'activité de radiochirurgie mentionnée au 2° de l'article R. 6123-100 et la curiethérapie ;

2° La médecine nucléaire à visée thérapeutique ;

3° La médecine nucléaire à visée diagnostique ;

4° L'imagerie médicale à visée interventionnelle, notamment les pratiques interventionnelles radioguidées.

En outre, le physicien médical apporte son concours au titulaire de l'autorisation d'équipements matériels lourds dans le domaine de l'imagerie médicale à visée diagnostique utilisant des rayonnements ionisants.

Conformément à l'article R. 4251-1-2 du code de la santé publique, dans les domaines mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 4251-1, le physicien médical :

1° Propose au médecin prescripteur ou réalisateur de l'acte, en fonction de l'objectif clinique recherché, des techniques et dispositifs médicaux d'irradiation ou d'imagerie médicale ;

2° Évalue, avec le médecin prescripteur ou réalisateur de l'acte, les modalités de mise en œuvre du principe d'optimisation de l'exposition des patients aux rayonnements ou à tout autre agent physique mentionné au 2° de l'article L. 1333-2 et, en cas d'exposition, définit, avec ce médecin, les procédures d'optimisation de cette exposition ;

3° Définit, pour ce qui le concerne, les modalités de mise en œuvre de l'assurance de la qualité mentionnée au I de l'article L. 1333-19 et du contrôle de qualité des dispositifs médicaux et des équipements.

Les inspecteurs ont constaté que les modalités de réalisation des opérations de maintenance et du contrôle de qualité des dispositifs médicaux n'étaient pas décrites dans le plan d'organisation de la physique médicale (POPM). Le manuel qualité apporte des éléments partiels sur cette thématique. Il convient donc de préciser la répartition des tâches, les responsabilités associées et les modalités de supervision ou de validation par les physiciens médicaux dans le cadre de la réalisation des contrôles de qualité des dispositifs médicaux.

Demande II.4 : définir les modalités de réalisation des opérations de maintenance et des contrôles de qualité des dispositifs médicaux ainsi que la répartition des tâches, les responsabilités associées et les modalités de supervision ou de validation par les physiciens médicaux dans le cadre de la réalisation de ces contrôles.

Registre de suivi des opérations de maintenance et des contrôles qualité des dispositifs médicaux

Conformément à l'article R.5212-15 du code de la santé publique, l'exploitant est tenu de : [...]

5° tenir à jour, pour chaque dispositif, un registre dans lequel sont consignées toutes les opérations de maintenance et de contrôle de qualité interne ou externe, avec pour chacune d'elles l'identité de la personne qui les a réalisées et, le cas échéant, de son employeur, la date de réalisation des opérations effectuées et, le cas échéant, la date d'arrêt et de reprise d'exploitation en cas de non-conformité, la nature de ces opérations, le niveau de performances obtenu et le résultat concernant la conformité du dispositif. Ce registre est conservé pendant cinq ans après la fin d'exploitation du dispositif, sauf dispositions particulières fixées par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour certaines catégories de dispositifs ;

6° permettre l'accès aux dispositifs médicaux et aux informations prévues par le présent article à toute personne en charge des opérations de maintenance et de contrôle de qualité.

Conformément à la décision du 25 novembre 2008 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de médecine nucléaire à visée diagnostique, le registre précise la date de remise en conformité en cas de non-conformité constatée (point 4. 1. 2. 2. en annexe de la décision).

Les inspecteurs ont consulté le registre des opérations de maintenance et des contrôles de qualité internes et externes qui concerne les trois gamma caméras et deux activimètres sur les quatre utilisés ; les deux TEP-TDM

et les sondes peropératoires ne sont pas mentionnés dans ce registre. Ils ont également consulté le registre de suivi des non-conformités constatées lors des contrôles de qualité qui concernent les mêmes dispositifs médicaux mais qui ne mentionnent pas la levée des non-conformités relevées sur la gamma caméra Siemens Symbia Bold, l'activimètre Comecer et les sondes peropératoires.

Demande II.5 : veiller à ce que le registre de suivi des opérations de maintenance et des contrôles qualité des dispositifs médicaux et des activimètres couvre l'ensemble de ceux-ci et formalise la levée des non-conformités constatées pour chacun d'eux.

Contrôles de contamination

Conformément à l'article R.4451-46 du code du travail, l'employeur s'assure périodiquement que le niveau d'exposition externe sur les lieux de travail attenants aux zones délimitées au titre de l'article R. 4451-24 demeure inférieur aux niveaux fixés à l'article R. 4451-22. L'employeur vérifie également, le cas échéant, la propreté radiologique : 1° Des lieux mentionnés au I.

*Conformément à l'article R.4451-19 du code du travail, lorsque les mesures mises en œuvre en application de l'article R. 4451-18 **ne permettent pas d'éviter un risque de contamination par des substances radioactives** ou de mise en suspension d'aérosols ou de relâchement gazeux significatif, l'employeur met en œuvre notamment les mesures visant à :*

1° En limiter les quantités sur le lieu de travail ;

*2° **Améliorer la propreté radiologique en mettant en œuvre des moyens techniques et organisationnels pour contenir la contamination**, notamment par confinement et aspiration à la source et en adaptant la circulation des travailleurs, les flux des équipements de travail et les moyens de protection tels que définis à l'article L. 4311-2 ;*

3° Déployer les mesures d'hygiène appropriées, notamment pour que les travailleurs ne mangent pas et ne boivent pas dans les lieux de travail concernés ;

*4° **Assurer la disponibilité d'appareils de contrôle radiologique, notamment à la sortie des lieux de travail concernés ;***

5° Définir en liaison avec les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 les procédures et moyens adaptés pour la décontamination des travailleurs ;

6° Organiser la collecte, le stockage et l'évacuation des déchets et effluents radioactifs de manière sûre pour les travailleurs.

Conformément à l'article 12 de l'arrêté du 23 octobre 2020 modifié, relatif aux mesurages réalisés dans le cadre de l'évaluation des risques et aux vérifications de l'efficacité des moyens de prévention mis en place dans le cadre de la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements ionisants, la vérification périodique prévue au 1° du I de l'article R. 4451-45 du code du travail est réalisée ou supervisée par le conseiller en radioprotection dans les conditions définies dans le présent article.

Cette vérification vise à s'assurer du maintien en conformité notamment eu égard aux résultats contenus dans le rapport de vérification mentionné à l'article 10.

*Le niveau d'exposition externe et, le cas échéant, la concentration de l'activité radioactive dans l'air ou **la contamination surfacique sont vérifiés périodiquement au moyen d'un appareil de mesure approprié**, notamment d'un radiamètre ou d'un dosimètre à lecture différée. Lorsque le niveau d'exposition externe ou la concentration de l'activité radioactive dans l'air sont susceptibles de varier de manière inopinée, la vérification est réalisée en continu.*

La méthode, l'étendue et la périodicité de la vérification sont conformes aux instructions définies par l'employeur en adéquation avec l'activité nucléaire mise en œuvre.

Lorsque la vérification est réalisée de façon périodique, le délai entre deux vérifications ne peut excéder trois mois. Cette fréquence peut être adaptée en fonction des radionucléides utilisés ou lorsque l'activité nucléaire connaît des interruptions.

Les inspecteurs ont constaté, en consultant le registre des passages au contrôleur mains-pieds, que les contrôles d'absence de contamination ne sont pas réalisés quotidiennement. Ce sujet fait d'ailleurs l'objet d'indicateurs (nombre de passages au contaminamètre par jour pour les manipulateurs et pour les radiopharmaciens), suivis dans le cadre de la gestion du système de la qualité au LUMEN.

Par ailleurs, les inspecteurs ont constaté que la bonne pratique, constatée dans de nombreux centres de médecine nucléaire, de vérifier l'absence de contamination au niveau du poste de travail quotidiennement n'est pas pratiquée au sein de votre établissement.

Les inspecteurs s'interrogent sur les moyens mis en place afin d'éviter une contamination des travailleurs ou une dispersion d'une contamination qui n'aurait pas été détectée.

Demande II.6 : veiller à ce que tous les professionnels intervenant dans le service de médecine nucléaire fassent l'objet d'un contrôle d'absence de contamination avant de quitter le service.

Demande II.7 : justifier des dispositions mises en place afin d'éviter une contamination des travailleurs ou une dispersion d'une contamination qui n'aurait pas été détectée

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

Observation III.1 : les inspecteurs ont relevé des incohérences entre le plan de zonage affiché et le zonage établi dans l'évaluation des risques en ce qui concerne le local de décroissance Odéon, et les locaux des cuves de décroissance des éviers chauds et des effluents contaminés du service de médecine nucléaire Lumen.

*
* *

Vous voudrez bien me faire part, sous deux mois, à l'exception des demandes pour lesquelles un délai plus court a été fixé, et selon les modalités d'envoi 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. Dans le cas où vous seriez contraint par la suite de modifier l'une de ces échéances, je vous demande également de m'en informer.

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 le directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef du pôle nucléaire de proximité

Signé par

Laurent ALBERT