

Division de Dijon

Référence courrier : **CODEP-DJN-2025-069866**

CENTRE HOSPITALIER ROBERT MORLEVAT

Directrice
3, Avenue Pasteur
21140 Semur-en-Auxois

Dijon, le 26 novembre 2025

Objet : Lettre de suites de l'inspection du 7 novembre 2025 dans le cadre du contrôle de la radioprotection
Thème : Inspection sur évènement significatif en radioprotection du 25 juin 2025

N° dossier : Inspection n°**INSNP-DJN-2025-1140**. N° Sigis : **D210148**
(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 chapitre 1^{er} du titre V du livre IV de la quatrième partie

Madame la Directrice,

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 7 novembre 2025 dans votre établissement suite à l'évènement significatif en radioprotection déclaré le 25 juin 2025 sous le n° ESNPX-DJN-2025-0514. Ce contrôle avait pour objectif de faire la lumière sur ses causes et ses conséquences avec l'ensemble des parties prenantes, ainsi que sur les actions correctives mises en place et les travaux réalisés à la suite de la déclaration.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent. Elles relèvent de la responsabilité du chef d'établissement, responsable également de l'activité de radiologie conventionnelle déclarée à l'ASNR, en application du code de la santé publique.

SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection du centre hospitalier Robert Morlevat à Semur-en-Auxois (Dpt. de la Côte d'Or) a concerné l'installation de radiologie conventionnelle avec laquelle ont été réalisés les actes de radiographie pédiatrique pulmonaire (aussi appelés examens du thorax) conduisant à des excès de doses ainsi que le fonctionnement adopté par le centre pour les réaliser, avant et après la déclaration susmentionnée.

Les inspecteurs ont rencontré la directrice du centre hospitalier, la présidente de la commission médicale d'établissement, la directrice qualité, la directrice déléguée du pôle, le directeur des achats, le chef de pôle, le chef du service d'imagerie, la cadre de santé supérieure du pôle, la cadre de santé du service de radiologie, une ingénierie qualité, un ingénieur biomédical, un technicien biomédical, deux manipulatrices en électroradiologie médicale dont une est la personne compétente en radioprotection, trois représentantes de la société ASCND chargée de la prestation en physique médicale, ainsi que 3 représentants du fabricant d'appareils de radiologie STEPHANIX.

Outre une étude documentaire et des échanges en salle de réunion, les inspecteurs ont visité les deux salles de radiologie conventionnelle équipées respectivement d'une table télécommandée PHILIPS OPTIMUS, installée en 2008 et d'une table télécommandée STEPHANIX D2RS, installée en 2013.

Les inspecteurs ont particulièrement apprécié la transparence dont a fait preuve l'ensemble des parties prenantes, la qualité des échanges qui ont été très constructifs, ainsi que l'implication de tous dans la démarche de radioprotection.

L'établissement a rappelé :

1. Les circonstances ayant conduit à la découverte des surexpositions :

Ces dernières ont été mises en évidence à la suite du recueil des doses des examens radiologiques thoraciques pédiatriques réalisé avec la table télécommandée STEPHANIX précitée, sur l'année 2024, conformément à l'art. R.1333-61 du code de la santé publique (CSP) et de la décision de l'ASN n° 2019-DC-0667 du 18 avril 2019. Si les inspecteurs relèvent cette bonne pratique, ils soulignent néanmoins qu'elle aurait dû intervenir plus tôt et conduire à une déclaration de l'ESR dans un laps de temps plus court.

2. La méthodologie suivie pour circonscrire les examens ayant conduit à un excès de dose :

Une éventuelle cohorte de patients adultes a été écartée du fait que le centre hospitalier disposait d'évaluations dosimétriques d'examens réalisés chez les adultes avec cette table télécommandée, avant fin 2024. Ces données n'avaient pas conduit à relever de dépassement de doses significatives. En ce qui concerne les examens pédiatriques, à part 3 enfants qui ont eu un excès de dose au cours d'une radiographie du bassin, les surexpositions concernent les radiographies pulmonaires. Aucun autre enfant ayant bénéficié d'un examen avec cette installation n'a eu un excès de dose.

3. Les conséquences dosimétriques :

Après calcul des doses efficaces reçues par les patients surexposés afin d'estimer les effets de ces examens à partir des valeurs relevées sur les appareils/comptes-rendus d'actes, leur comparaison aux données de la littérature a permis d'exclure tout risque d'effet à court terme et à estimer que les effets à long terme sont très faibles à négligeables.

Le centre hospitalier a ainsi identifié 679 patients pédiatriques ayant fait l'objet d'une exposition supérieure à deux fois les niveaux de référence diagnostic (NRD) entre 2017 et 2025. Pour l'ensemble de ces patients les doses reçues restent très faibles et aucune conséquence clinique n'est attendue. Il précise qu'il est impossible d'identifier les enfants qui auraient pu être concernés par un excès de dose antérieurement, bien que la dose de leur examen ait été reporté dans leur dossier médical. Un examen thoracique est composé d'une ou plusieurs clichés radiologiques selon une ou plusieurs incidences. L'établissement a indiqué qu'entre 2016 et 2013, date de mise en service de l'équipement, il ne disposait pas d'un système d'information lui permettant de connaître le nombre de clichés et de discriminer les incidences réalisées durant un examen pour apprécier si la dose de l'examen était « normale » ou « en excès ».

Il apparaît que la cause principale de la surexposition de patients réside dans des insuffisances lors de la mise en service de la table de radiologie. Le set de protocoles cliniques (ci-après appelés protocoles) fournis par le fabricant n'a pas été vérifié et adapté en termes de dose et de qualité d'image avec la physique médicale et les radiologues, faute d'organisation en place et de transmission de spécification des paramètres des protocoles au fabricant. Or ces protocoles par défaut se sont révélés non adaptés à l'activité pédiatrique. Aussi, il est nécessaire de mettre en place une organisation pérenne, à la fois pour spécifier au fabricant les besoins qu'il doit prendre en compte lors de la mise en service d'un nouveau dispositif médical et pour assurer la mise à jour et archiver les protocoles installés dans les dispositifs médicaux au fil du temps. Ces constats conduisent les inspecteurs à formuler les demandes I.1 et II.1.

Pour certains examens, le prestataire de physique médicale a identifié que les conditions d'utilisation de la table de radiologie, ne correspondent pas aux bonnes pratiques et ont également contribué à l'excès de dose. Ce constat des inspecteurs conduit aux demandes et appelle à renforcer :

- La formation des professionnels au bon usage des dispositifs médicaux,
- La formalisation d'instructions de travail,
- Le processus d'habilitation aux postes de travail.

Les conditions de la mise en œuvre du principe d'optimisation des doses délivrées aux patients et des principes d'assurance qualité ont également été examinées. Il apparaît nécessaire dans ce domaine de mettre en place une organisation pour le recueil des doses et des paramètres des examens dont l'analyse est nécessaire pour l'ensemble des activités de radiologie. Cette organisation devra être établie avec les utilisateurs et la physique médicale. Elle permettra in fine de faire également évoluer les protocoles des appareils de radiologie et les instructions de travail. Les constats des inspecteurs amènent la demande II.4.

L'organisation de la radioprotection des patients et de la physique médicale a été examinée. Les constats des inspecteurs appellent dans ce domaine à réinterroger l'adéquation mission / moyens pour l'interface avec le prestataire de physique médicale et notamment le suivi des actions précitées en matière d'optimisation de la radioprotection. Ils font l'objet de la demande II.5.

Enfin le système de gestion de la qualité doit être renforcé conformément à la demande II.6.

I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

SPECIFICATIONS DES BESOINS AVANT LA MISE EN SERVICE D'UN DISPOSITIF MEDICAL

Le 6e de l'article 7 de la décision n° 2019-DC-0660 du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants dispose : « sont formalisés dans le système de gestion de la qualité les modalités de vérification des dispositifs médicaux après l'essai de réception, avant leur utilisation, mentionné au 1° du II de l'article R. 5212-28 du code de la santé publique. »

Les inspecteurs ont examiné, en lien avec le fabricant STEPHANIX, les responsabilités contractuelles pour la configuration des protocoles cliniques dans les dispositifs médicaux à leur mise en service et au cours de leur exploitation.

À la mise en service d'un nouveau dispositif médical, le fabricant STEPHANIX prévoit de procéder au paramétrage des protocoles installés dans le dispositif médical selon les besoins spécifiés par l'acheteur. La spécification de ces besoins en termes de doses et de qualité d'image nécessite que l'acheteur s'organise pour impliquer les manipulateurs en électroradiologie médicale, les radiologues et la physique médicale.

Après la mise en service du nouveau dispositif médical et la formation des utilisateurs, le fabricant STEPHANIX donne à une personne désignée par l'acheteur les droits nécessaires à la modification des protocoles enregistrés selon l'évolution de ses besoins. Si l'acheteur souhaite que le fabricant STEPHANIX procède lui-même à cette modification des protocoles au fil du temps, il doit le prévoir dans le contrat, ce qui n'était pas le cas en ce qui concerne la table télécommandée installée au CH R. MORLEVAT.

Il s'avère que la mémoire des droits qui avaient été donnés à un personnel du centre hospitalier pour modifier les protocoles installés à la mise en service de ce dispositif médical s'est perdue du fait des mouvements de personnel au fil du temps, si bien que personne au sein du CH R. MORLEVAT n'est en mesure de les faire évoluer sans devoir recourir au fabricant.

Le CH R. MORLEVAT devra prendre position sur l'organisation qui lui convient, la formaliser et au besoin la contractualiser avec le fabricant, pour que cette personne ressource dispose de la formation adéquate.

Par ailleurs, il a été porté à la connaissance des inspecteurs qu'un autre dispositif médical de marque STEPHANIX était en cours d'achat et serait mis en service prochainement, aussi il importe que l'établissement tienne compte des constats précités.

Demande I.1 : Définir et formaliser une organisation pour spécifier au fabricant lors de la mise en service de tout équipement d'imagerie par rayonnements ionisants les besoins en termes de doses et de qualité d'image qu'il doit prendre en compte avant sa mise en service, en s'appuyant sur a minima un MERM référent, un radiologue et la physique médicale.

Les inspecteurs font observer que le 5° du I. de l'article R. 5212-28 du code de la santé publique indique que ces informations sont conservées 5 ans après la fin d'exploitation de l'équipement.

II. AUTRES DEMANDES

CONSERVATION DE LA MEMOIRE DES PROTOCOLES ENREGISTRES DANS LES DISPOSITIFS MEDICAUX

L'article R. 5212-28 du CSP dispose notamment :

- Au 2°) que l'exploitant définit et met en œuvre une organisation destinée à s'assurer de l'exécution de la maintenance et du contrôle de qualité interne ou externe des dispositifs émettant des rayonnements ionisants (compris dans la liste des dispositifs mentionnés à l'article R. 5212-26 du même code), dont il précise les modalités, qui sont transcrives dans un document ;*
- Au 5°) que l'exploitant tient à jour, pour chaque dispositif médical susvisé, 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 médical ; ce registre est conservé cinq ans après la fin d'exploitation du dispositif, sauf dispositions particulières fixées par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour certaines catégories de dispositifs ;*

Les inspecteurs ont constaté l'absence de registre des modifications des protocoles cliniques et de sauvegarde de ces derniers. Ce manque de traçabilité ne permet pas de connaître leurs évolutions et les conditions de fonctionnement de la table de radiologie. La modification des conditions d'utilisation est une opération de maintenance telle que définie au 2°) de l'article R. 5211-5 du CSP « [...] ensemble des activités destinées à maintenir ou à rétablir un dispositif médical dans un état ou dans des conditions données de sûreté de fonctionnement pour accomplir une fonction requise [...] ».

Demande II.1 : Définir l'organisation qui permet :

- D'assurer la mise à jour au fil du temps des protocoles installés dans les dispositifs médicaux, soit en ayant recours au fabricant du dispositif médical, soit en s'appuyant sur des personnes en interne formées à cette tâche ;**
- De récupérer en tant que de besoin la version actuelle de chaque protocole ou leurs versions antérieures ;**
- De conserver ces données conformément à la réglementation rappelée ci-dessus.**

HABILITATION A L'USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX ET PROCEDURES PAR TYPE D'ACTE

Conformément à l'article R. 1333-72 du code de la santé publique, le réalisateur de l'acte établit, pour chaque équipement et chaque catégorie de patient concerné, notamment les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes, une procédure écrite par type d'acte. Ces procédures prennent en compte les recommandations de bonnes pratiques et sont mises à jour en fonction de l'état de l'art. Elles sont disponibles, en permanence, à proximité de l'équipement concerné. Elles sont vérifiées dans le cadre de l'audit clinique.

L'article 9 de la décision de l'ASN n° 2019-DC-0660 du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants stipule que « les modalités de formation des professionnels soient décrites dans le système de gestion de la qualité. Elles portent notamment sur :

- La formation continue à la radioprotection, conformément à la décision du 14 mars 2017 susvisée ;
- L'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou d'une nouvelle technique, pour tous les utilisateurs, en s'appuyant sur les recommandations professionnelles susvisées.

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. »

Une organisation est mise en place par le centre hospitalier pour l'habilitation des professionnels à leur poste de travail, dont l'objectif est de les accompagner jusqu'à l'utilisation en autonomie des dispositifs médicaux. Cette habilitation est formalisée au travers d'une procédure et fait l'objet d'enregistrements.

Néanmoins, les inspecteurs ont relevé en échangeant avec la physique médicale qu'une utilisation non optimale des dispositifs médicaux avait pu être ponctuellement réalisée, notamment en matière de collimation. Il n'existe par ailleurs pas d'instruction de travail spécifiant les bons gestes métiers pour la prise en charge des patients.

Demande II.2 : Poursuivre la formalisation des procédures / instructions de travail par type d'acte, pour chaque équipement et chaque catégorie de patient concerné, pour homogénéiser les pratiques cliniques, et les rendre disponibles à proximité de l'équipement concerné.

Demande II.3 : Renforcer le processus existant pour l'habilitation aux postes de travail en mettant en place :

- Des points de contrôle portant sur l'acquisition progressive par le professionnel tutoré des connaissances des procédures, instructions de travail, protocoles cliniques à utiliser, du fonctionnement des équipements d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants et des logiciels permettant la prise en charge des patients.
- Une organisation permettant :
 - De savoir quoi faire en cas d'évaluation non satisfaisante du professionnel tutoré (durée de prolongation du tutorat, changement de tuteur, adaptation de poste, etc.) ;
 - De maintenir les compétences des professionnels réalisant ou participant à la réalisation d'un acte mettant en œuvre des rayonnements ionisants (connaissances des procédures / instructions de travail / protocoles cliniques à utiliser / du fonctionnement des équipements d'imagerie), en particulier celles du référent de chacun des équipements précités. Ce référent doit pouvoir bénéficier également d'une formation à des méthodes pédagogiques pour lui permettre de transmettre ces connaissances.

OPTIMISATION DES DOSES DE RAYONNEMENTS DELIVRÉES AUX PATIENTS

Conformément à l'article R. 1333-61 du code de la santé publique, « I. Le réalisateur de l'acte utilisant les rayonnements ionisants à des fins de diagnostic médical ou de pratiques interventionnelles radioguidées évalue régulièrement les doses délivrées aux patients et analyse les actes pratiqués au regard du principe d'optimisation. »

Le 5e et le 8e de l'article 7 de la décision de l'ASN n°2019-DC-0660 du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants dispose que : « sont formalisés dans le système de gestion de la qualité :

- Les modalités d'évaluation de l'optimisation, en particulier de recueil et d'analyse des doses au regard des niveaux de référence diagnostiques mentionnés à l'article R. 1333-61 du code de la santé publique, ainsi que des doses délivrées lors des pratiques interventionnelles radioguidées ;*
- Les modalités d'élaboration des actions d'optimisation, des actions d'évaluation de leur efficacité et des actions d'information des professionnels qui sont impliqués dans la réalisation de l'acte. »*

Les inspecteurs ont constaté que des moyens et des outils non pérennes avaient été mis en place par le centre hospitalier à la suite de l'événement déclaré à l'ASNR afin de recueillir les doses délivrées aux patients et les paramètres des examens dont l'analyse est nécessaire pour l'optimisation des doses de rayonnements délivrées aux patients en particulier pour les examens pédiatriques. Notamment, une balance est mise à disposition dans les deux salles de radiologie pour peser les patients, un tableur est à renseigner par les utilisateurs, et les NRD sont affichés aux pupitres dans les deux salles de radiologie. Les inspecteurs relèvent que la connaissance des valeurs de NRD, notamment pour les actes pédiatriques les plus courants, tant par le personnel paramédical que par le personnel médical auraient pu permettre la mise en évidence bien plus tôt des excès de doses. Cet affichage aux pupitres de commandes des tables de radiologie fait l'objet de l'observation III.1.

Les inspecteurs ont par ailleurs noté que 80% des actes de radiologie étaient dorénavant réalisés en téléradiologie comme indiqué au point 3.3.4 du plan d'organisation de la physique médicale, pour maintenir la permanence des soins du fait des postes de radiologues vacants au sein de l'hôpital. Ainsi, l'implication des téléradiologues dans la mise en œuvre du principe d'optimisation est devenue indispensable et doit permettre de mettre en évidence des éventuels excès de dose.

Demande II.4 : Définir une organisation permettant :

- Un contrôle de la dose reçue par le patient à l'issue de son examen ;**
- Le recueil des doses et des paramètres des examens faisant l'objet d'une évaluation périodique ;**
- L'analyse des données (mentionnées à la 2^{ème} puce) à des fins d'optimisation des doses de rayonnements délivrées aux patients, pour chacun des actes de radiologie.**

En tant que de besoin, capitaliser sur ce travail pour fixer des niveaux de référence locaux (NRL) et faire évoluer les protocoles des appareils de radiologie, ou les procédures par type d'acte. Cette organisation devra être établie avec les MERM, les radiologues et téléradiologues, et la physique médicale.

MOYENS MIS A DISPOSITION EN PHYSIQUE MEDICALE

Conformément à l'article R. 1333-57 du code de la santé publique aux articles 6, 7 et 8 de l'arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale, le chef d'établissement définit et met en œuvre une organisation en radiophysique médicale qu'il évalue périodiquement pour s'assurer qu'il puisse être fait appel à une personne spécialisée en radiophysique médicale chaque fois que nécessaire pour que le principe d'optimisation soit mis en œuvre lors du choix de l'équipement et lors de la réalisation de chaque acte. Il inclut l'évaluation régulière des doses de rayonnements prévue au I de l'article R.1333-61 du CSP. Les modalités d'intervention de cette personne sont précisées dans un plan ou une convention dans le cas où l'exécution d'une prestation en radiophysique médicale

est confiée à une personne spécialisée en radiophysique médicale ou à un organisme disposant de personnes spécialisées en radiophysique médicale, extérieures à l'établissement.

Le plan détermine l'organisation et les moyens nécessaires en personnel en tenant compte notamment des pratiques médicales réalisées dans l'établissement, du nombre de patients accueillis ou susceptibles de l'être, des contraintes, notamment en temps de travail, découlant de techniques particulières ou complexes, des compétences existantes en matière de dosimétrie et des moyens mis en œuvre pour la maintenance et le contrôle de qualité interne et externe des dispositifs mentionnés à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique.

Les inspecteurs ont constaté que l'établissement a désigné une personne référente pour faire le lien en interne avec le prestataire de physique médicale, ce qui est une bonne pratique. Néanmoins cette personne est par ailleurs conseiller en radioprotection et exerce les missions afférentes à ces deux fonctions sur trois sites différents, en sus du poste de MERM qu'elle occupe également. La décharge de temps de son poste de MERM dont elle bénéficie n'a pas été réactualisée à l'aulne des enseignements issus de l'ESR et du temps à consacrer obligatoirement au suivi du plan d'actions pour l'optimisation des doses de rayonnements délivrées aux patients. Ce plan est à décliner aux autres sites du GHT disposant d'une installation de radiologie.

Par ailleurs, les inspecteurs ont relevé dans le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) que les modalités d'intervention de la personne spécialisée en physique externe ne prévoyaient pas qu'elle participe au choix des équipements médicaux émettant des rayonnements ionisants et aux tests de recette avant leur mise en service.

Demande II.5 : Réinterroger l'adéquation des moyens :

- **Pour la mission de référent interne en physique médicale en interface avec le prestataire de physique médicale au regard du temps à consacrer au suivi du plan d'actions pour l'optimisation des doses de rayonnements délivrées aux patients, notamment à sa déclinaison aux autres sites disposant d'une installation de radiologie, au sein du GHT ;**
- **Pour les missions confiées au prestataire de physique médicale au regard de la participation d'un physicien médical, notamment le choix des équipements d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants, la validation de tout nouveau protocole, l'optimisation des doses de rayonnements délivrées aux patients.**

FORMALISATION DES PRATIQUES DANS LE SYSTEME DE GESTION DE LA QUALITE

Le 3^e et 4^e de l'article 7 de la décision de l'ASN n° 2019-DC-0660 du 15 janvier 2019 disposent respectivement :

- « *sont formalisés dans le système de gestion de la qualité les modalités de choix des dispositifs médicaux et de leurs fonctionnalités, compte tenu des enjeux pour les personnes exposées conformément à l'article R. 1333-57 du code de la santé publique* » ;
- « *sont formalisés dans le système de gestion de la qualité les modes opératoires, ainsi que les modalités de leur élaboration, pour l'utilisation des dispositifs médicaux ou des sources radioactives non scellées afin de maintenir la dose de rayonnement au niveau le plus faible raisonnablement possible, conformément à l'article R. 1333-57 du code de la santé publique* ».

L'article 9 de la décision précitée stipule que « *les modalités de formation des professionnels sont décrites dans le système de gestion de la qualité. Elles portent notamment sur :*

- *La formation continue à la radioprotection, conformément à la décision du 14 mars 2017 susvisée ;*
- *L'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou d'une nouvelle technique, pour tous les utilisateurs, en s'appuyant sur les recommandations professionnelles susvisées.*

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. »

Les inspecteurs ont constaté que l'ensemble des modes opératoires, modalités de choix des dispositifs médicaux ou encore des modalités d'habitation n'est pas formalisé au sein du système de gestion de la qualité de l'établissement.

Demande II.6 : Poursuivre la formalisation, dans le système qualité de l'établissement, des organisations qu'appellent les demandes I.1 à II.4 et assurer un suivi régulier de leur état d'avancement (réécriture et diffusion). En parallèle, tenir à jour les enregistrements permettant d'attester de leur respect.

III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE

MESURE FACILITANT LA SURVEILLANCE DES DOSES APRES LES EXAMENS

Observation III.1 : Il serait opportun que les NRD affichés au pupitre de commande de chaque table de radiologie soient exprimés dans la même unité que celle donnée par cet appareil.

*
* * *

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois, 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. 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, Madame la Directrice, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef de la division de Dijon

Signé par

Marc CHAMPION