

Vincennes, le 27 juin 2018

N/Réf. : CODEP-PRS-2018-028254

Hôpital de Ponte-à-Pitre – Les Abymes
BP 465
97159 POINTE À PITRE CEDEX

Objet : Inspection sur le thème de la radioprotection
Installation : service de radiothérapie
Identifiant de l'inspection : ***INSNP-PRS-2018-0972***

Références : Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.
Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-17 et R. 1333-98.
Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.
[1] Lettre de suite de l'inspection du 13 décembre 2007, en date du 14 avril 2008 et référencée Dép-Paris n°0841-2008
[2] Lettre de suite de l'inspection du 16 juin 2008, en date du 20 juin 2008 et référencée Dép-Paris n°1356-2008
[3] Lettre de suite de l'inspection du 13 mars 2013, en date du 2 avril 2013, et référencée CODEP-PRS-2013-017447
[4] Lettre de suite de l'inspection du 16 avril 2014, en date du 16 mai 2014, et référencée CODEP-PRS-2014-021693
[5] Lettre de suite de l'inspection du 9 avril 2015, en date du 21 avril 2015, et référencée CODEP-PRS-2015-015695
[6] Lettre de suite de l'inspection du 14 avril 2016, en date du 22 avril 2016, et référencée CODEP-PRS-2016-012870
[7] Lettre de suite de l'inspection du 22 juin 2017, en date du 13 juillet 2017, et référencée CODEP-PRS-2017-027103

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en références, concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 30 mai 2018 au sein du service de radiothérapie dans votre établissement.

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

Les demandes et observations relatives au respect du code du travail relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice tandis que celles relatives au respect du code de la santé publique relèvent de la responsabilité du titulaire de l'autorisation délivrée par l'ASN.

Synthèse de l'inspection

L'inspecteur de l'ASN a procédé le 30 mai 2018 à une inspection du service de radiothérapie du centre hospitalier universitaire (CHU). Cette inspection a porté sur le suivi des demandes faites à la suite des inspections précédentes. Du fait d'une prise en compte insatisfaisante des enjeux de la radioprotection, et de la récurrence de certains constats depuis plusieurs années, ce service fait l'objet d'inspections de la part de la division de Paris de l'ASN tous les ans depuis 2007 (la périodicité habituelle étant depuis 2012 bisannuel puis triennale depuis 2016).

L'inspection a également porté sur le projet de mise en place d'une nouvelle technique, l'IMRT (radiothérapie avec modulation d'intensité). Ce projet avait été présenté comme imminent lors de l'inspection de 2016. Lors de l'inspection de 2017, il a été indiqué qu'à la suite d'un événement indésirable, l'utilisation de cette technique de traitement a été arrêtée, mais que le projet serait repris.

Un examen documentaire par sondage des dispositions prises pour assurer la radioprotection et des entretiens avec différents corps de métiers ont été effectués.

L'inspecteur a rencontré le chef de service, les deux radiothérapeutes libéraux, le cadre de santé, responsable opérationnel du service de radiothérapie, la personne compétente en radioprotection (PCR), le médecin du travail, les médecins, l'ingénieur qualité-risques et un agent de service hospitalier.

Il a été noté quelques avancées récentes par rapport à l'inspection de 2017 dans la mise en œuvre du système de management de la qualité :

- La mise en place du comité qualité ;
- La poursuite du déploiement du système de gestion électronique des documents.

Cependant, ces actions restent insuffisantes, et le système de management de la qualité du service de radiothérapie n'est toujours pas à un niveau de déploiement acceptable :

- Aucun CREX (comité de retour d'expérience) n'a été tenu en 2018 ;
- L'amélioration continue n'est pas effectuée : pas de revue de processus et pas de revue de direction.

Certaines demandes de l'ASN relatives à la mise en place du système de management de la qualité ([1, B3], [2, A7]) et sur le traitement des événements indésirables ([1, B8], [2, A5]) ont été faites dès 2008.

Ainsi, à la suite de l'inspection de 2007, l'ASN demandait les dispositions mises en œuvre pour la mise en place d'une démarche qualité. À la suite de l'inspection de 2008, une demande complémentaire de plan d'actions et son échéancier associé pour le développement de la démarche a été faite.

De même concernant la gestion des événements significatifs et du retour d'expérience, l'inspection de 2007 a souligné la nécessité de compléter la démarche qui se limitait à cette époque au suivi des incidents « machine ». En 2008, a été réalisée une demande globale pour la mise en place d'une organisation complète du retour d'expérience et notamment la mise en place de CREX.

Ces écarts récurrents nécessitent de s'interroger sur la capacité du service de radiothérapie à prendre en compte le retour d'expérience des événements dans sa gestion des risques, et à détecter les signaux faibles précurseurs de dysfonctionnements.

Sur le plan de la radioprotection des patients, la situation du service de radiothérapie n'est toujours pas satisfaisante :

- L'analyse des risques *a priori* n'est toujours pas finalisée, bien que faisant l'objet de demandes récurrentes depuis 2013. À noter qu'une demande relative à l'évaluation des risques pour la radioprotection des patients avait également été formulée en 2008 ([2, A8]) ;
- Certains délais dans la prise en charge des patients sont bien plus longs que ceux couramment convenus : des délais supérieurs à un mois ont été constatés pour six patients entre la réalisation du scanner de positionnement et la réalisation du contourage alors que le délai attendu est de 5 à 10 jours ;
- L'effectif de médecins a été réduit de 20% pour atteindre 2 ETP (équivalent temps plein) sans évaluation de l'impact sur la qualité des soins. Une demande à ce sujet est faite dans la lettre de suite relative aux organisations transverses

La mise en place de la technique IMRT, arrêtée en 2017, a donné lieu à une réunion pluridisciplinaire d'information le 17 mai 2018. Cependant, les actions engagées précédemment à cette date n'ont pas été partagées avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la délivrance des traitements et aucun calendrier n'a pu être avancé lors de l'inspection pour le déploiement de cette technique.

Il est rappelé que la mise en place de nouvelles techniques ne peut se faire qu'avec une gestion de projet rigoureuse, robuste et pluridisciplinaire qui consiste en la maîtrise des coûts, des délais, de la qualité, des risques et qui inclut la formation des personnels concernés.

Un tel projet pourrait se heurter aux importantes difficultés organisationnelles au niveau du service qui ont été indiquées à l'inspecteur. Elles impactent plusieurs composantes :

- Moyens matériels :
 - des pannes récurrentes des machines et dans une certaine mesure leur vieillissement pourraient être en cause dans la prise en charge rallongée des patients, bien que cela n'ait pu être caractérisé ;
 - le développement de technique ou la modernisation des équipements ou logiciels nécessite le soutien de la direction sur le moyen ou long terme.
- Humains : une perte de repère et de sens et le désengagement de certains professionnels ont pu être perçus. Le manque d'un radiothérapeute depuis une longue durée handicape le service dans son activité courante et son développement.
- Organisationnels : divers comités tels que le comité qualité (CQRTH), le conseil de la radioprotection ou l'analyse AMDEC pour l'IMRT se réunissent. Ils multiplient les sollicitations auprès de certains acteurs et notamment un acteur clé, le radiothérapeute du secteur public. Le champ d'action de ces comités n'est pas toujours respecté.

Aussi, sur la base de l'ensemble de ces éléments et de la récurrence des écarts, l'ASN s'interroge sur la capacité du service de radiothérapie à poursuivre à moyen terme, son activité dans des conditions de qualité et de sécurité des soins satisfaisantes.

Les constats relevés et les actions à réaliser sont détaillés ci-dessous.

Demandes d'actions correctives

Retour d'expérience : Défaut de CREX (comité de retour d'expérience)

Conformément aux dispositions de l'article 11 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie met en place une organisation dédiée à l'analyse des dysfonctionnements ou des situations indésirables et à la planification des actions nécessaires pour améliorer la sécurité des traitements. Cette organisation regroupe les compétences des différents professionnels directement impliqués dans la prise en charge thérapeutique des patients.

Il a été indiqué à l'inspecteur qu'au cours de l'année 2018, aucun CREX n'a été tenu au sein du service de radiothérapie. La documentation qualité du service indique que le CREX doit se réunir entre 8 à 10 fois par an avec une périodicité mensuelle recommandée.

Lors des échanges, il est apparu qu'au-delà de la tenue des CREX, la démarche n'était pas soutenue ni perçue comme porteuse d'améliorations. Elle ne dispose plus de l'adhésion des professionnels.

Ainsi, sans processus de retour d'expérience, l'établissement n'est pas en capacité d'apprendre de ses erreurs, ni en mesure de détecter des signaux faibles précurseurs de dysfonctionnements plus importants.

Pour exemple, l'un des derniers CREX qui s'est tenu en novembre 2017, a porté sur un événement d'identité-vigilance. L'organisation des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) au pupitre de traitement lors de périodes critiques comme la pause déjeuner a été identifiée comme un facteur contributif de l'événement. Or au jour de l'inspection, l'ensemble de la communication auprès du personnel autour de cet événement n'a pas semblé avoir été faite.

A.1. Je vous demande de vous assurer de la tenue régulière de CREX comme défini dans votre système documentaire. Vous m'indiquerez les dispositions retenues.

Je vous invite à veiller à la participation effective des différentes catégories professionnelles aux CREX et à la démarche de retour d'expérience (détection, analyse des causes, définition des actions correctives, communication).

Amélioration continue

Conformément aux dispositions de l'article 2 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, homologuée par arrêté du 22 janvier 2009, tout établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe dispose d'un système de management de la qualité destiné à assurer la qualité et la sécurité des traitements. A cette fin, la direction de ces établissements de santé veille à ce que les processus couvrant l'ensemble de l'activité de soins de radiothérapie externe soient identifiés puis analysés pour notamment réduire les risques inhérents à leur mise en œuvre.

Elle veille à ce que le système documentaire mentionné à l'article 5 de la décision sus-citée soit appliqué et entretenu en permanence de façon à améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. Elle s'assure qu'il est revu avec une périodicité régulière pour vérifier son adéquation à la pratique et le tient à la disposition des inspecteurs de la radioprotection mentionnés aux articles L. 1333-29 et L. 1333-30 du code de la santé publique.

Aucune action d'amélioration continue du système de management de la qualité de type audit ou revue n'a été menée depuis 2016. Il a été indiqué qu'une revue de direction est prévue en octobre 2018.

Il est également prévu l'identification et la formation d'auditeurs internes pour la réalisation d'audits.

Ce point faisait déjà l'objet de demandes au cours des inspections des trois dernières années ([3, A6] et [4, A3] et [5, A3]).

Pour porter la gouvernance du système de management de la qualité au sein du service de radiothérapie, un comité qualité de la radiothérapie « CQRTH » a été mis en place. Il s'est réuni en octobre, novembre 2017 ainsi qu'en avril 2018. À la lecture du dernier compte rendu de ce comité, il est apparu qu'un point portait sur la mise en place de la technique IMRT non pas d'un point de vue qualité mais « métier ». En effet, le travail fait lors de cette réunion n'a pas porté sur la traduction dans le système qualité de la mise en place de l'IMRT mais sur sa mise en œuvre opérationnelle.

La note « comité qualité de la radiothérapie (CQRTH) » définit ses missions, et son objectif est : « d'assurer la gouvernance efficace du système de management ».

De plus, les personnes participant au comité qualité ne sont pas systématiquement compétentes sur le volet « métier ».

A.2. Je vous demande de mettre en œuvre l'organisation de l'amélioration continue dans le cadre de la mise sous assurance qualité des activités du service de radiothérapie, à la fois par la réalisation d'audits, de revues et la mise en œuvre effective des dispositions prévues dans votre SMQ.

Vous me transmettez le planning des prochaines actions d'amélioration continue. Les porteurs de chaque action devront être identifiés.

Je vous invite à veiller à ce que le comité qualité traite des domaines qui lui ont été confiés et définis dans le système de management de qualité du service.

Étude des risques encourus par les patients

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe fait procéder à une étude des risques encourus par les patients. Cette étude porte a minima sur les risques pouvant aboutir à une erreur de volumes irradiés ou de dose délivrée à chaque étape du processus clinique de radiothérapie et prend en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux. Cette étude doit comprendre une appréciation des risques et les dispositions prises pour réduire les risques jugés non acceptables.

L'étude des risques encourus par les patients n'est toujours pas finalisée.

Lors des échanges, il a été précisé que le calcul de la criticité résiduelle fait par le service se faisait de manière itérative en se basant sur une évaluation du pourcentage de mise en œuvre de la barrière définie. Ainsi, si une barrière est à moitié mise en place, la criticité résiduelle ne prendra en compte dans son calcul uniquement 50% de son efficacité.

La démarche de l'étude des risques *a priori* doit se faire sur une barrière complètement mise en place ; le rebouclage se faisant sur l'évaluation de l'efficacité de la barrière.

Ce point faisait déjà l'objet de demandes lors des inspections des cinq dernières années ([3, A.5], [4, B.2], [5, A2] [6, A1] et [7, A1]).

A.3. Je vous demande de revoir votre analyse des risques encourus par les patients lors des traitements de radiothérapie en prenant notamment en compte les remarques ci-dessus.

Vous me transmettez le planning de finalisation de cette étude de risques avec la liste complète des processus, sous-processus et risques identifiés. Des pilotes devront être identifiés.

Maîtrise du système documentaire : communication interne

Conformément aux dispositions de l'article 13 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, homologuée par arrêté du 22 janvier 2009, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curi-thérapie met en place des processus pour :

- 1. Favoriser la déclaration interne des dysfonctionnements ou des situations indésirables et en faire comprendre l'importance ;*
- 2. Faire connaître au personnel les améliorations apportées au système de management de la qualité ;*
- 3. Susciter l'intérêt du personnel et son implication dans le partage du retour d'expérience.*

La démarche retenue par le service pour la communication est l'utilisation de biblioweb : un système de gestion électronique de document.

En réponse à la demande de la lettre de suite référencée [4], il avait été indiqué que la communication se faisait à travers un outil informatique : biblioweb.

En 2017, seuls 15 documents sur plus de 110 documents qualité relatifs à la radiothérapie, étaient présents sur cet outil.

En 2018, 68 documents étaient présents et il a été indiqué qu'à la suite de vérifications, le référentiel documentaire du système de management de la qualité a été allégé et comporte maintenant entre 90 et 95 documents.

Par sondage, il a été constaté que les documents n'ont pas été lus par la totalité des personnes concernées notamment les radiothérapeutes.

Il convient de noter qu'un volume important de documents (une vingtaine) ont été transmis pour lecture uniquement une à deux semaines avant l'inspection. La mise à disposition d'un nombre important de documents simultanément n'a pu permettre une lecture et une appropriation complètes par toutes les personnes concernées dans un délai court.

Ce point faisait déjà l'objet de demandes lors des inspections des trois dernières années ([3, A.5], [4, A4].et [5, A4]).

Enfin, l'inspecteur a pu constater qu'en fonction de la nature du document, les personnes devant en avoir pris connaissance variaient en fonction de leur domaine d'activité. Il s'agissait d'un engagement pris à la suite de la demande A4 [5].

A.4. Je vous demande de disposer d'un référentiel documentaire complet à jour et connu des personnes concernées.

Vous indiquerez la démarche retenue et le cas échéant, le planning de déploiement associé.

B.1. Je vous demande de me confirmer que les radiothérapeutes à la fois du secteur public et du secteur privé, ont bien accès à biblioweb.

Je vous invite à accompagner la communication au cours de réunions par exemple, lorsque le nombre de documents transmis est important, pour permettre une bonne appropriation de leur contenu.

Compléments d'information

Présence de radiothérapeutes

L'article R. 1333-67 du code de la santé publique prévoit que l'emploi des rayonnements ionisants sur le corps humain est réservé aux médecins (...). Sous la responsabilité et la surveillance directe de ceux-ci, les manipulateurs en électroradiologie médicale peuvent exécuter les actes définis par le décret pris en application de l'article L.4351-1 de ce même code.

Le critère d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe de l'INCa n° 4, rendu obligatoire par le 3° de l'article R. 6123-88 du code de la santé publique, prévoit que pendant la durée de l'application des traitements aux patients, un médecin spécialiste en radiothérapie [...] sont présents dans le centre.

Depuis juin 2014, dans le secteur public, le service ne compte qu'un seul radiothérapeute.

Il a été signalé lors de l'inspection qu'un des médecins libéraux a remplacé durant une période de 15 jours le médecin hospitalier. La formalisation ou l'encadrement de ce remplacement n'a pu être indiqué.

Une convention existe entre le CHU et les médecins intervenant pour le secteur libéral.

La présence de radiothérapeute a fait d'objet d'observations dans les lettres de suite de 2014 et 2015 ([4, C2] et [5, C1]).

B.2. Je vous demande de m'indiquer les dispositions retenues d'une part entre les médecins libéraux et d'autre part entre le médecin hospitalier et les médecins libéraux concernant la suppléance en cas d'absence d'un des médecins et dans les cas ponctuels de surcharge d'activité.

Prise en charge des patients

Des radiothérapeutes extérieurs viennent ponctuellement compléter l'équipe dans le secteur public pour des périodes n'excédant pas quelques semaines. Leur présence est une aide pour le service mais cette présence discontinue implique une charge de travail fluctuante et notamment un pic de charge lors du départ du radiothérapeute supplémentaire (prise en charge de patients dont les traitements ont commencé lors de la présence du second radiothérapeute).

B.3. Je vous demande de m'indiquer l'organisation retenue pour la prise en charge des patients pendant la présence du radiothérapeute supplémentaire et après son départ.

Lors des échanges avec les manipulateurs en électroradiologie médicale et les radiothérapeutes, il a été indiqué que le délai de prise en charge de certains patients était au moment de l'inspection fortement rallongé : pour six patients du secteur public, plus de 30 jours se sont écoulés entre la réalisation du scanner de positionnement et l'étape de contourage du volume cible.

Les délais non précisés dans la documentation qualité mais habituellement observés et respectés par les différents acteurs s'étalent de 5 à 10 jours.

Je vous invite à vous assurer que les retards dans la prise en charge des patients aux différentes étapes ont été résorbés. Je vous encourage à mener une réflexion sur les causes de l'allongement de la prise en charge des patients et à mettre en place une organisation pérenne au sein du service.

Observations

Récurrence des pannes machines

Lors des échanges avec les manipulateurs en électroradiologie médicale et les radiothérapeutes, il a été indiqué que les pannes des machines étaient de plus en plus fréquentes. Ces pannes induisent des interruptions des traitements ou des délais supplémentaires dans la prise en charge des patients qui nuisent à la qualité des soins.

Je vous invite à caractériser la récurrence de ces pannes avec une évaluation de leur impact sur la prise en charge des patients et le cas échéant, à identifier et mettre en place les mesures nécessaires pour pallier ces pannes.

Mise en place de l'IMRT

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie s'assure que des procédures de gestion des documents et de gestion des enregistrements et/ou des informations contenues dans les dossiers des patients sont établies.

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie fait procéder à une étude des risques encourus par les patients. Cette étude porte a minima sur les risques pouvant aboutir à une erreur de volumes irradiés ou de dose délivrée à chaque étape du processus clinique de radiothérapie et prend en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux. Cette étude doit comprendre une appréciation des risques et les dispositions prises pour réduire les risques jugés non acceptables.

Le Groupe Permanent d'Experts en radioprotection des professionnels de santé, du public et des patients, pour les applications médicales et médico-légales des rayonnements ionisants (GPMED) a publié en novembre 2014 ses recommandations sur les conditions de mise en œuvre des « nouvelles techniques et pratiques » en radiothérapie. Le GPMED recommande que les centres identifient les prérequis nécessaires, et qu'ils mettent en place une gestion de projet rigoureuse et robuste incluant l'aspect médico-économique. Cette gestion de projet consiste en la maîtrise des coûts, des délais, de la qualité, des risques et de la formation des personnels doit être pluridisciplinaire.

Dans le courant de l'année 2016, des tests ont été effectués pour la mise en place de l'IMRT pour 10 patients (réalisation du plan de traitement sans traiter le patient) dans l'objectif annoncé de démarrer la technique pour la fin de l'année 2016.

Au cours de l'année 2017, le service de radiothérapie a mis en place la technique de radiothérapie avec modulation d'intensité (IMRT) et a traité deux patients. À la suite d'un événement indésirable, l'utilisation de cette technique de traitement a été arrêtée.

À la suite de cet arrêt et en réponse aux demandes de la lettre de suite de l'inspection de 2017 [5], il a été indiqué que la reprise des traitements en IMRT attendait une décision médicale.

A la date de l'inspection, les traitements avec la technique de l'IMRT n'ont pas repris.

Lors des échanges relatifs à la mise en place de la nouvelle technique IMRT et notamment aux raisons pour lesquelles les traitements IMRT n'ont pas repris, plusieurs sujets sont apparus comme contributif :

- Le parc machine : la technique de l'IMRT ne peut être réalisée que sur un seul des deux accélérateurs. En cas de panne, il est donc nécessaire de refaire la dosimétrie pour transférer la prise en charge du patient sur l'autre accélérateur. Le manque de fiabilité des machines est donc perçu comme peu compatible avec le déploiement de l'IMRT.
- La gestion projet : Il a été indiqué à l'inspecteur qu'entre fin 2017 et début 2018, un travail a été poursuivi sous l'impulsion de la physique médicale. Sur la base de la méthode AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité), cette analyse a donné notamment lieu à des lignes supplémentaires dans l'analyse des risques *a priori* et à la rédaction de procédures. Mais il apparaît un manque d'information et de partage de l'avancement du projet. En effet, la réunion pluridisciplinaire du 17 mai 2018 a été perçue par une partie de l'équipe comme un nouveau départ pour le projet. L'organisation « projet » mise en place n'est pas connue ou partagée. La démarche et les échéances ne sont pas identifiées
- La présence médicale : en début 2018, l'un des radiothérapeutes a été absent de manière prolongée, ce qui a mis le service dans une position peu propice au déploiement de la nouvelle technique. Par ailleurs, la venue ponctuelle de radiothérapeutes ne permet pas le travail à moyen terme.

Dans son déroulement, un projet de mise en place d'une nouvelle technique doit inclure l'ensemble des catégories professionnelles et une information de l'ensemble des personnels concernés.

**Je vous invite à vous assurer de la capacité du service à mener à bien ce projet.
Vous indiquerez les dispositions retenues et le cas échéant, le calendrier retenu pour le nouveau déploiement de la technique IMRT compatible avec les effectifs présents.**

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, des 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.

L'ensemble de ces éléments peut être transmis à l'adresse électronique : paris.asn@asn.fr, en mentionnant notamment dans l'objet le nom de l'établissement et la référence de l'inspection.

Les documents volumineux peuvent être transmis au moyen du site suivant : <https://postage.asn.fr/>
Le cas échéant, merci de transmettre le lien et le mot de passe obtenus à l'adresse : paris.asn@asn.fr en mentionnant le nom de l'établissement et la référence de l'inspection.

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'ASN (www.asn.fr).

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

Le Chef de la Division de Paris

SIGNEE PAR : V. BOGARD