

Vincennes, le 21 septembre 2018

N/Réf. : CODEP-PRS-2018-046071

CEA  
Centre de Saclay  
91190 GIF SUR YVETTE

**Objet :** Inspection sur le thème de la radioprotection des travailleurs et des patients  
Inspection de la sûreté nucléaire dans le domaine des transports de substances radioactives

Installation : Service de médecine nucléaire Service Hospitalier Frédéric Joliot (SHFJ)  
Identifiant de l'inspection : INSNP-PRS-2018-0921

**Références :** Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.  
Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-30 et R. 1333-166.  
Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.  
Arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »)  
ADR, Accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route, version 2015  
Autorisation référencée M910003 du 7 mai 2018 référencée CODEP-PRS-2018-018925  
Lettre de suite d'inspection du 7 juillet 2014 référencée CODEP-PRS-2014-031428

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en références, concernant le contrôle de la radioprotection ainsi que de la sûreté nucléaire dans le domaine des transports de substances radioactives, une inspection a eu lieu le 31 août 2018 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'objet de cette inspection était de vérifier la prise en compte par le service de médecine nucléaire du SHFJ des exigences réglementaires en matière de radioprotection des travailleurs et des patients et de l'environnement et du respect des engagements pris à la suite de la précédente inspection de 2014.

Un contrôle par sondage des dispositions mises en œuvre et des documents relatifs à la radioprotection a été effectué et les inspecteurs ont visité le service ainsi que les locaux d'entreposage des déchets et des cuves d'effluents contaminés. Un contrôle dans le domaine des transports de substances radioactives dans le local de réception des sources a également été réalisé.

Les inspecteurs ont rencontré les principaux acteurs dans le domaine de la radioprotection, en particulier le médecin nucléaire titulaire de l'autorisation d'activité référencée, le chef d'installation, la cadre de service, le radiopharmacien, des agents du SPRE et un technicien de la physique médicale.

Il ressort de l'inspection une prise en compte globalement satisfaisante de la radioprotection des travailleurs, des patients et de l'environnement par le service de médecine nucléaire.

Les points positifs suivants ont été notés :

- Les relevés dosimétriques des personnels travaillant au sein du service de médecine nucléaire sont exploités et analysés annuellement ;
- La gestion des sources, des déchets solides et des effluents s'effectue de manière rigoureuse ;
- Les contrôles prévus à la réception des colis contenant des substances radioactives sont bien suivis et tracés.

Cependant, des actions à mener ont été identifiées pour respecter les dispositions réglementaires, notamment :

- Le plan d'organisation de la physique médicale doit être complété pour intégrer tous les éléments obligatoires et mentionnés dans le guide n° 20 de l'ASN ;
- La surveillance des rejets d'effluents doit se faire selon la périodicité mentionnée dans le plan de gestion des déchets et des effluents ;
- Les niveaux de référence diagnostiques transmis à l'IRSN doivent distinguer les données concernant les adultes de celles des enfants.

L'ensemble des constats relevés et des actions à réaliser pour que l'ensemble des dispositions réglementaires soit respecté est détaillé ci-dessous.

## **A. Demandes d'actions correctives**

### **• Plan d'organisation de la physique médicale**

*Conformément à l'article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004 modifié, 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.*

*A défaut de chef d'établissement, ce plan est arrêté dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article 6.*

*Ce plan tient compte des propositions établies par les personnes autorisées à utiliser les rayonnements ionisants 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. Il détermine l'organisation et les moyens nécessaires en personnel et tient 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. 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, une convention écrite doit être établie avec cette personne ou cet organisme.*

*Ce plan et, le cas échéant, la convention prévue à l'alinéa précédent sont tenus à la disposition des inspecteurs de radioprotection mentionnés à l'article L. 1333-29 du code de la santé publique.*

*En collaboration avec la SFPM, l'ASN a publié le guide n°20 (version du 19/04/2013) relatif à la rédaction du Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM).*

La note relative à l'organisation de la physique médicale a été présentée. Il est apparu qu'elle ne reprenait pas les informations jugées comme obligatoires dans le guide n°20 précité comme par exemple les modalités de

réalisation des contrôles qualité interne et externe ou l'identification et la priorisation des tâches de la physique médicale.

**A1. Je vous demande de compléter le plan d'organisation de la physique médicale, en veillant d'y faire figurer les éléments précisés dans le guide n°20 de l'ASN, et de le valider. Vous me transmettez ce document.**

- **Mise en œuvre des niveaux de référence diagnostiques**

*Conformément à l'article 3 de l'arrêté du 24 octobre 2011 relatif aux niveaux de référence en radiologie et médecine nucléaire, la personne autorisée à utiliser une installation de médecine nucléaire en application de l'article R. 1333-17 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la publication du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018 relève, régulièrement et au moins une fois par an, les activités réellement administrées au moins pour deux examens qu'elle pratique couramment. La valeur moyenne de cette évaluation est comparée aux niveaux de référence correspondants définis dans l'annexe 2. Lorsque cette valeur moyenne dépasse, sans justification technique ou médicale, le niveau de référence de l'examen considéré, des actions correctives sont mises en œuvre pour réduire les expositions.*

*Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 24 octobre 2011 relatif aux niveaux de référence en radiologie et médecine nucléaire, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire est chargé de recueillir et d'analyser les données nécessaires à la mise à jour périodique des niveaux de référence diagnostiques. L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire reçoit, à cet effet et selon les modalités qu'il a définies, de la part de l'exploitant ou du titulaire de l'autorisation, les résultats des évaluations dosimétriques effectuées en application des articles 2 et 3.*

*Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 24 octobre 2011 relatif aux niveaux de référence en radiologie et médecine nucléaire, les résultats des évaluations effectuées en application des articles 2 et 3 de l'arrêté, les mesures correctives prises et les résultats d'évaluations faites à la suite de ces mesures correctives sont tenus à la disposition des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article R. 1333-98 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la publication du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018.*

*Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 24 octobre 2011 relatif aux niveaux de référence en radiologie et médecine nucléaire, les niveaux de référence diagnostiques en radiologie, définis pour des examens courants, figurent en annexe 1 du présent arrêté. Ces niveaux ne doivent pas être dépassés, sauf circonstances médicales particulières pour les procédures courantes, dès lors que les bonnes pratiques en matière de diagnostic et de performance technique sont appliquées.*

*La personne en charge de l'utilisation d'un dispositif médical de radiologie autorisé ou déclaré en application de l'article R. 1333-17 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la publication du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018 procède ou fait procéder, de façon régulière et au moins une fois par an, à une évaluation dosimétrique pour deux examens au moins réalisés couramment dans l'installation. Ces examens sont choisis parmi ceux dont les niveaux de référence figurent en annexe 1 du présent arrêté.*

*Cette évaluation se fait sur des groupes de patients ou sur des fantômes, selon les critères et les protocoles élaborés en application de l'article R. 1333-69 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la publication du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018. Lorsqu'elle est réalisée sur un groupe de patients, l'évaluation inclut aux moins 30 patients par type d'examen chez l'adulte sans considération de poids ni de taille. En pédiatrie, l'évaluation inclut au moins 30 patients de poids inférieur ou égal à 30 kilogrammes. Les données nécessaires à cette évaluation dosimétrique, définies à l'annexe 1, et les caractéristiques morphologiques (poids et taille) sont enregistrées au même titre que les paramètres radiologiques et les caractéristiques de l'installation concernée.*

*Si un même type d'examen est pratiqué sur plusieurs installations, l'évaluation pour une année donnée ne concerne qu'une seule de ces installations. Si la pratique clinique habituelle le permet, les deux examens choisis et les installations concernées pour cette évaluation ne doivent pas être les mêmes pour deux années consécutives.*

*La valeur moyenne de la grandeur dosimétrique résultant de cette évaluation est comparée au niveau de référence correspondant défini en annexe 1. Lorsque cette valeur moyenne dépasse, sans justification technique ou médicale, le niveau de référence de l'examen considéré, des actions correctives sont mises en œuvre pour réduire les expositions.*

Les inspecteurs ont relevé, lors de la consultation des dernières fiches de recueil des évaluations dosimétriques transmises à l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) pour l'élaboration des niveaux de référence diagnostiques (NRD), que dans les 30 cas présentés pour les NRD adultes, des valeurs concernant des

enfants en faisaient partie. Les inspecteurs ont rappelé que les NRD distinguaient les adultes des enfants et notamment en fonction du poids de ces derniers.

**A2. Je vous demande de revoir les dernières évaluations dosimétriques de votre installation afin de distinguer les adultes des enfants pour l'élaboration des niveaux de référence diagnostiques (NRD). Vous me transmettez les résultats des NRD adultes corrigés des données concernant les enfants et vous vous positionnez sur la capacité de l'établissement à faire également des NRD pédiatriques.**

**A3. Eu égard à l'analyse des NRD corrigés, je vous demande le cas échéant, de m'indiquer les actions correctives pour réduire l'exposition des patients.**

- **Surveillance des rejets dans un réseau d'assainissement**

*Conformément à la décision n° 2008-DC-0095 du 29 janvier 2008 fixant les règles techniques auxquelles doit satisfaire l'élimination des effluents et des déchets contaminés par des radionucléides, ou susceptibles de l'être du fait d'une activité nucléaire et à son article 11, le plan de gestion des déchets et effluents comprend :*

*1o Les modes de production des effluents liquides et gazeux et des déchets contaminés ;*

*2o Les modalités de gestion à l'intérieur de l'établissement concerné ;*

*3o Les dispositions permettant d'assurer l'élimination des déchets, les conditions d'élimination des effluents liquides et gazeux et les modalités de contrôles associés ;*

*4o L'identification de zones où sont produits, ou susceptibles de l'être, des effluents liquides et gazeux et des déchets contaminés, définies à l'article 6, ainsi que leurs modalités de classement et de gestion ;*

*5o L'identification des lieux destinés à entreposer des effluents et déchets contaminés ;*

*6o L'identification et la localisation des points de rejet des effluents liquides et gazeux contaminés ;*

*7o Les dispositions de surveillance périodique du réseau récupérant les effluents liquides de l'établissement, notamment aux points de surveillance définis par l'autorisation mentionnée à l'article 5 et a minima au niveau de la jonction des collecteurs de l'établissement et du réseau d'assainissement ;*

*8o Le cas échéant, les dispositions de surveillance de l'environnement.*

*Le plan de gestion interne des effluents et déchets contaminés par des radionucléides du SHFJ référencé I2BM/SHFJ/SE/P02 indice 6 du 19 février 2017 indique que les contrôles des réseaux extérieurs en sortie d'établissement sont réalisés annuellement.*

Il est apparu que contrairement à ce qui est indiqué dans le plan de gestion des effluents et déchets de l'établissement, la surveillance du réseau d'assainissement récupérant les effluents de l'établissement n'a pas été réalisée en 2017.

**A4. Je vous demande de respecter les modalités de surveillance périodique du réseau des eaux usées tel que cela est défini dans le plan de gestion des effluents et déchets. Vous m'indiquerez les dispositions retenues pour que cela ne se reproduise pas.**

- **Utilisation des radionucléides hors du secteur de médecine nucléaire in vivo**

*Conformément à l'article 22 de la décision n° 2014-DC-0463 de l'ASN du 23 octobre 2014 relative aux règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance auxquelles doivent répondre les installations de médecine nucléaire in vivo, l'utilisation de radionucléides en dehors du secteur de médecine nucléaire in vivo doit être strictement limitée et est placée sous la responsabilité d'un médecin nucléaire. La justification de cette pratique doit être formalisée par un protocole, écrit et tenu à disposition des inspecteurs mentionnés à l'article L.1333-19 du code de la santé publique. Ce protocole définit l'organisation retenue et la description des circuits des sources. L'accès à ces locaux est limité pendant l'utilisation des sources aux personnes dont la présence est justifiée. Toute disposition doit être prise pour limiter tout risque de contamination accidentelle.*

Les inspecteurs ont noté que l'utilisation de médicaments radiopharmaceutiques en dehors du service de médecine nucléaire et notamment dans les chambres d'hospitalisation n'était pas formalisée dans une note.

**A5. Je vous demande de formaliser l'utilisation de radionucléides en sources non scellées en dehors du secteur de médecine nucléaire *in vivo* par un protocole définissant l'organisation retenue et la description des circuits des sources et des déchets. Vous me transmettez ces procédures.**

- **Inventaire des sources / Transmission à l'IRSN**

*Conformément à l'article R. 1333-158 du code de la santé publique,*

- 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'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire à une périodicité annuelle lorsque l'activité nucléaire exercée est soumise au régime d'autorisation et tous les trois ans dans les autres cas.*

L'inventaire des sources scellées détenues au sein du service de médecine nucléaire a été présenté aux inspecteurs. Il est apparu des nombreuses sources répertoriées dans l'inventaire national des sources géré par l'IRSN et absentes de l'inventaire présenté. Il a été précisé que cette différence s'expliquait en raison de la reprise ancienne de sources scellées par les fournisseurs pour lesquelles les attestations de reprise n'avaient pas été toujours fournies malgré un travail de relance qui avait été fait.

**A6. Je vous demande de poursuivre le travail engagé afin de disposer des attestations de reprise des sources scellées qui ont été reprises par les fournisseurs. Vous me présenterez un point de situation sur le travail engagé et les sources concernées.**

- **Visite médicale**

*Conformément à l'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.*

*Conformément à l'article R. 4624-24, 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.*

*Conformément à l'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.*

*Conformément à l'article R. 4451-82 du code du travail, pour un travailleur classé en catégorie A, la visite médicale mentionnée à l'article R. 4624-28 est renouvelée chaque année. La visite intermédiaire mentionnée au même article n'est pas requise.*

Les inspecteurs ont consulté le tableau de suivi des travailleurs exposés reprenant à la fois les agents du service de médecine nucléaire mais également les agents affectés à l'entité de recherche biomédicale et au cyclotron du SHFJ. Il apparaît au travers de ce tableau que des travailleurs classés catégorie A ou catégorie B (14 sur 45) ne sont pas à jour de leur visite médicale.

**A7. Je vous demande de veiller à ce que chaque salarié exposé aux rayonnements ionisants bénéficie d'un suivi individuel renforcé selon les dispositions réglementaires.**

## **B. Compléments d'information**

- **Dosimétrie opérationnelle dans la salle TEP IRM**

*Conformément à l'article R. 4451-33 du code du travail, dans une zone contrôlée ou une zone d'extrémités définies à l'article R. 4451-23 ainsi que dans une zone d'opération définie à l'article R. 4451-28, l'employeur:*

- 1° Définit préalablement des contraintes de dose individuelle pertinentes à des fins d'optimisation de la radioprotection;
- 2° Mesure l'exposition externe du travailleur au cours de l'opération à l'aide d'un dispositif de mesure en temps réel, muni d'alarme, désigné dans le présent chapitre par les mots «dosimètre opérationnel»;
- 3° Analyse le résultat de ces mesurages;
- 4° Adapte le cas échéant les mesures de réduction du risque prévues à la présente section;
- 5° Actualise si nécessaire ces contraintes.

Il a été déclaré que le personnel classé et amené à entrer dans la salle TEP IRM avait pour consigne de ne pas porter le dosimètre opérationnel en raison de la présence du champ magnétique et ce malgré la présence d'un patient injecté. Le dosimètre opérationnel mis à disposition du personnel n'est pas amagnétique.

**B1. Je vous demande de me présenter votre analyse concernant l'entrée de personnel classé dans la salle TEP IRM sans dosimètre opérationnel au regard du zonage qui a été établi avec la présence de patient injecté et les moyens alternatifs qui pourraient être envisagés.**

## **C. Observations**

- **Conception de l'installation de médecine nucléaire**

*Conformément à l'article 3 de la décision n° 2014-DC-0463 de l'ASN du 23 octobre 2014 relative aux règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance auxquelles doivent répondre les installations de médecine nucléaire in vivo, le secteur de médecine nucléaire in vivo comprend de façon différenciée au moins :*

- 1° Un local ou des locaux dédiés à la livraison et à la reprise des générateurs contenant un radionucléide parent ;
- 2° Un local dédié à la manipulation des radionucléides ;
- 3° Un local dédié au contrôle des médicaments radiopharmaceutiques, le cas échéant ;
- 4° Un local dédié au marquage cellulaire, le cas échéant ;
- 5° Un ou des locaux dédiés à l'administration des radionucléides ;
- 6° Un ou des locaux dédiés aux examens réalisés après administration des radionucléides aux patients ;
- 7° Une ou plusieurs salles dédiées exclusivement à l'attente des patients auxquels des radionucléides ont été administrés ;
- 8° Un local de toilettes dédié aux patients auxquels des radionucléides ont été administrés ;
- 9° Un ou des locaux utilisés pour l'entreposage des déchets solides contaminés ;
- 10° Un ou des locaux dédiés à l'entreposage des effluents radioactifs ;
- 11° Des chambres de radiothérapie interne vectorisée, le cas échéant.

*Conformément à l'article 5 de la décision précitée, les locaux du secteur de médecine nucléaire in vivo sont conçus et réalisés de telle façon que :*

1° Les locaux mentionnés du 1° au 9° de l'article 3 sont constitués d'un seul tenant

*Conformément à l'annexe de la décision précitée, on entend par «un seul tenant» une entité individualisée, non traversée par les circulations accessibles au public.*

*Conformément à l'article 14 de la décision précitée relatif aux lavabos et éviers, le secteur de médecine nucléaire in vivo est équipé d'au moins un lavabo ou un évier dédié aux effluents liquides contaminés et au lavage des mains ou du matériel contaminé. Ce lavabo ou cet évier est raccordé le plus directement possible aux cuves d'entreposage en application de l'article 20 de la décision de l'Autorité de sûreté nucléaire du 29 janvier 2008 susvisée. Si nécessaire, des lavabos supplémentaires peuvent être prévus pour tenir compte des lieux où sont manipulés les radionucléides et de la distance entre ces lieux. Les lavabos sont équipés de robinets à commande non manuelle.*

*Conformément à l'article 24 de la décision précitée, la décision est applicable dans les conditions suivantes :*

1° Pour les installations dont l'autorisation est nouvellement délivrée après le 1<sup>er</sup> juillet 2015 : dès l'entrée en vigueur de cette autorisation ;

2° Pour les installations déjà autorisées à la date du 1<sup>er</sup> juillet 2015 :

– à cette même date pour les articles 3 à 11, 13, 14, 16, 17, 19 à 22 ;

– le 1<sup>er</sup> juillet 2018 pour les articles 12, 15 et 18.

Toutefois, en cas de modification susceptible d'avoir un effet significatif sur les conditions d'exposition des personnes aux rayonnements ionisants, l'installation est considérée comme une installation nouvellement autorisée.

La conception des locaux du service de médecine nucléaire du SHFJ ne répond pas en tous points aux exigences de la décision n°2014-DC-0463 de l'ASN.

Les inspecteurs ont noté notamment que le local dédié à la livraison et à la reprise des générateurs de technétium 99m, le local dédié au contrôle des médicaments radiopharmaceutiques et le local de toilettes dédié aux patients auxquels des radionucléides ont été administrés ne sont pas d'un seul tenant avec les locaux du secteur de médecine nucléaire *in vivo* dédié aux scintigraphies. De plus, le secteur de médecine nucléaire *in vivo* dédié aux scintigraphies n'est pas équipé d'au moins un lavabo ou un évier dédié aux effluents liquides contaminés et au lavage des mains ou du matériel contaminé. Les inspecteurs ont relevé que l'établissement a conscience de ces écarts de conception et que des travaux récents au sein du secteur TEP ont été engagés pour répondre à certaines nouvelles exigences.

**C1. Je vous rappelle que l'article 5 de la décision n°2014-DC-0463 de l'ASN s'applique depuis le 1er juillet 2015 à votre installation de médecine nucléaire.**

**Je vous informe qu'il n'est pas demandé par l'ASN de mise en conformité avec ces nouvelles exigences réglementaires dès à présent et que cette situation peut perdurer jusqu'à ce que des travaux soient entrepris à votre initiative pour modifier la conception de votre installation et la mettre en conformité.**

\* \* \* \* \*

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](mailto: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](mailto: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](http://www.asn.fr)).

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

**Le Chef de la Division de Paris**

**SIGNÉE**

**V. BOGARD**