

Paris, le 21 février 2013

N/Réf. : CODEP-PRS-2013-009010

Monsieur le Directeur
CHI Poissy-Saint Germain en Laye
Hôpital de Saint Germain en Laye
20, rue Armagis
78100 ST GERMAIN EN LAYE

Objet : Inspection sur le thème de la radioprotection
Installation de médecine nucléaire in vivo du CHI de Poissy-Saint-Germain
Site de St-Germain-en-laye
Inspection référencée INSNP-PRS-2013-0649 du vendredi 1^{er} février 2013

Monsieur,

L'Autorité de Sûreté Nucléaire, en charge du contrôle de la radioprotection en France, est représentée à l'échelon local en Ile-de-France par la Division de Paris.

Dans le cadre de ses attributions, la Division de Paris a procédé à une inspection périodique des installations de médecine nucléaire de votre établissement, le vendredi 1^{er} février 2013.

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les principales demandes et observations qui en résultent.

Synthèse de l'inspection

L'inspection avait pour but de faire le point sur la façon dont le service de médecine nucléaire fonctionne et respecte ses obligations pour assurer la radioprotection des travailleurs, des patients et de l'environnement.

Après une présentation du service, de son organisation et de son activité, les inspecteurs ont procédé à une revue documentaire puis ont visité les installations en suivant chaque étape du cheminement du personnel, des patients, des sources, des effluents et des déchets. Le service dispose de deux caméras conventionnelles, non couplées.

Les inspecteurs ont visité le service de médecine nucléaire in vivo situé au rez-de chaussée-bas de l'établissement, le local d'entreposage des déchets (au sein du service) et le local des cuves situé au sous-sol. Une table ronde de restitution a clos l'inspection, en présence du Directeur-adjoint.

Les inspecteurs ont constaté la régularité de la situation administrative, la bonne tenue de l'inventaire des sources et la normalisation de la situation vis-à-vis des déchets et de la ventilation. Les déchets d'uranium retrouvés en 2012 ont été évacués en filière spécialisée. Les défauts aérauliques constatés en 2010 ont été corrigés. Des réponses satisfaisantes ont été apportées à la plupart des demandes d'actions correctives résultant de l'inspection de 2010.

Les inspecteurs ont constaté plusieurs points positifs, témoignant du travail et de l'implication de la personne compétente en radioprotection (évaluation des risques, dosimétrie, contrôles de radioprotection, formations à la radioprotection, gestion des sources...). Dans l'ensemble des domaines (radioprotection des travailleurs, radioprotection des patients, radioprotection de l'environnement), la réglementation était globalement correctement comprise.

Toutefois, les inspecteurs ont constaté un déficit d'organisation de la radioprotection, en particulier en terme de soutien et de moyens.

Les inspecteurs se sont interrogés sur la façon dont l'établissement rebondirait à la suite du départ de l'actuel chef de service, qui ayant été la PCR de l'établissement pendant de nombreuses années, et ayant été à l'origine de la plupart des travaux de radioprotection, aide et soutien encore de façon substantielle la nouvelle PCR.

Malgré l'implication des PCR (ancienne et actuelle), la radioprotection comportait encore des lacunes. Les principaux écarts concernaient :

- la formalisation de l'organisation de la radioprotection au niveau du CHI, en particulier entre les deux sites hospitaliers ;
- les fiches d'exposition qui devront nécessairement mentionner un risque de contamination interne, en particulier par inhalation ;
- les analyses de poste, qui ne prenaient pas en compte la contamination aérienne ;
- les contrôles internes et externes de contamination qui n'étaient pas réalisés ;
- les consignes d'accès en zone qui n'étaient pas affichées à l'entrée en zone ;
- les contrôles de qualité des gamma-caméras, qui n'étaient faits que partiellement ;
- la formation à la radioprotection des patients, certains personnels n'étant pas encore formés ;
- le plan de gestion des déchets et effluents, encore incomplet ;
- l'étiquetage incomplet des déchets entreposés dans le local déchet ;
- le report des alarmes seulement dans le labo chaud, sans possibilité d'avertir en dehors des heures d'ouverture du service.

Les inspecteurs ont enfin constaté l'aspect vieillissant du service, avec par endroit des revêtements dégradés ne permettant pas une décontamination facile en cas d'incident.

Les écarts sont détaillés ci-dessous. Ils devront être corrigés.

A) DEMANDES D' ACTIONS CORRECTIVES

- **Organisation de la radioprotection et moyens mis à disposition**

Conformément aux articles R.4451-103 et R.4451-114 du code du travail, l'employeur doit désigner une personne compétente en radioprotection (PCR) et mettre à sa disposition les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Lorsque l'employeur désigne plusieurs personnes compétentes, il précise l'étendue de leurs responsabilités respectives.

Les inspecteurs ont constaté la présence d'une personne compétente en radioprotection (PCR), formée et désignée. Ses missions et les moyens dont elle disposait lui avaient été précisés. La PCR bénéficiait de l'aide du chef de service, ancienne PCR de l'établissement.

Cependant, les inspecteurs se sont interrogés sur les moyens dédiés à la radioprotection : l'unique PCR doit répartir son temps entre les deux établissements du CHI et entre les nombreux services utilisant les rayonnements ionisants (radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie interventionnelle, scanographie, radiologie conventionnelle).

Les tâches de radioprotection à réaliser dans chaque service, leur priorisation, le planning pluri-annuel, le calendrier de réalisation n'étaient pas précisés à la PCR.

Le rattachement de l'unité de radioprotection a varié ces derniers temps, et la place dans les organisations et les organigrammes, arrêtée depuis peu, n'avait pas encore été formalisée.

L'aide éventuelle que la PCR pouvait recevoir (correspondants des services), les dispositions prises lors des congés de la PCR, n'étaient ni précisées ni formalisées.

A.1 Je vous demande de rédiger une note d'organisation de la radioprotection décrivant l'organisation que vous aurez retenue, précisant le rattachement de l'unité, les responsabilités, les articulations et les suppléances.

A.2 Je vous demande de justifier que les moyens mis à la disposition de l'unité compétente en radioprotection sont suffisants pour remplir l'ensemble des missions sur les deux pôles du CHI.

- **Fiches d'exposition**

Conformément à l'article R.4451-57 du code du travail, l'employeur doit établir, pour chaque salarié, une fiche d'exposition comprenant les : 1° La nature du travail accompli, 2° Les caractéristiques des sources émettrices auxquelles le travailleur est exposé, 3° La nature des rayonnements ionisants, 4° Les périodes d'exposition, 5° Les autres risques ou nuisances d'origine physique, chimique, biologique ou organisationnelle du poste de travail. En cas d'exposition anormale, l'employeur porte sur la fiche d'exposition la durée et la nature de cette dernière. Une copie de chacune de ces fiches doit être remise au médecin du travail. Conformément à l'article R.4451-84 du code du travail, les travailleurs classés en catégorie A ou B doivent bénéficier d'un examen médical adapté au moins une fois par an.

Une fiche d'exposition a été rédigée pour chaque membre du personnel exposé.

Cependant, les voies d'exposition n'étaient pas mentionnées et le risque de contamination interne, en particulier par inhalation, du à la réalisation pluri-quotidienne de scintigraphies pulmonaires de ventilation, n'était pas pris en compte sur les fiches.

Par ailleurs, chaque service avait réalisé ses propres fiches d'exposition, seulement pour chacun des membres de son personnel. Les travailleurs disposaient donc de plusieurs fiches d'exposition.

A.3 Je vous demande de me confirmer l'établissement des fiches d'exposition mentionnant l'ensemble des risques pour chaque travailleur salarié et leur transmission au médecin du travail.

- **Analyses de poste**

Conformément aux articles R. 4451-10 et R.4451-11 du code du travail, les expositions professionnelles individuelles et collectives aux rayonnements ionisants doivent être maintenues au niveau le plus faible qu'il est raisonnablement possible d'atteindre compte tenu de l'état des techniques, des facteurs économiques et sociaux. A cet effet, l'employeur procède à une analyse des postes de travail qui est renouvelée périodiquement et à l'occasion de toute modification des conditions pouvant affecter la santé et la sécurité des travailleurs.

Des analyses de poste ont été réalisées pour les manipulateurs, les médecins nucléaires, les cadres, la radiophysicienne, la PCR, les brancardiers, les cardiologues.

Les analyses de poste ne prenaient pas en compte les doses susceptibles d'être reçues par inhalation (voie aérienne).

A.4 Je vous demande de veiller à la réalisation de l'analyse des postes de travail pour l'ensemble des catégories de personnel. Les analyses devront correspondre aux situations réelles de travail. Le classement du personnel devra être confirmé ou revu le cas échéant.

- **Evaluation des risques, zonage, affichage et signalétique**

Conformément à l'article R.4451-18 du code du travail, l'employeur détenteur de sources de rayonnements ionisants doit procéder à une évaluation des risques, après consultation de la personne compétente en radioprotection (PCR). Cette évaluation doit permettre de confirmer ou de reconsidérer le zonage réglementaire des locaux, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées. Le zonage définit notamment le suivi dosimétrique des travailleurs et les conditions d'accès aux locaux.

Conformément à l'article 11 de l'arrêté du 15 mai 2006, la suppression, temporaire ou définitive, de la délimitation d'une zone surveillée ou contrôlée peut être effectuée dès lors que tout risque d'exposition externe et interne est écarté. Cette décision, prise par le chef d'établissement, ne peut intervenir qu'après la réalisation des contrôles techniques d'ambiance mentionnés à l'article R. 4451-30 du code du travail par la personne compétente en radioprotection ou par un organisme agréé mentionné à l'article R. 1333-43 du code de la santé publique.

Conformément aux articles R.4451-18 à 23 du code du travail et à l'arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées, l'employeur détenteur de sources de rayonnements ionisants, doit s'assurer que les zones réglementées sont convenablement signalées et

clairement délimitées. Il doit également s'assurer que les sources de rayonnements ionisants sont convenablement signalées.

Les inspecteurs ont constaté que l'évaluation des risques et le zonage avaient été réalisés. Le zonage définissait des zones surveillées, des zones contrôlée et des zones spécialement réglementées jaunes, qui découlaient de l'évaluation des risques.

Les inspecteurs ont constaté que les portes d'accès portaient seulement les trisecteurs (trèfle de couleur conforme). Les entrées en zone ne portaient ni consigne d'accès, ni plan. Un plan du service était cependant affiché à l'intérieur de chaque salle.

Les sauts de zone n'étaient pas tous identifiés (zone chaude du vestiaire, cabines de déshabillage).

La salle d'attente chaude était définie comme un zone spécialement réglementée jaune, (patients injectés), mais ouvrait sans cloison directement sur le couloir, sans délimitation ni affichage.

La salle de réunion, isolée au centre du service et seulement séparée d'une gamma-caméra par une simple porte, avait été définie comme une zone publique. Un poste informatique avait été installé à proximité de la porte, dans l'axe de la gamma-caméra. Le service ne réalisait pas de mesure d'ambiance en continu.

Il était par ailleurs précisé que les zones contrôlées pouvaient devenir des zones surveillées en absence de patient. Cependant, rien n'indiquait la présence d'un patient à un moment donné et la façon d'être averti d'un changement. Il a également été indiqué que le service était défini en zone surveillée bleue le soir, la nuit et le matin avant l'arrivée des premiers patients. Cependant, ce changement n'était signalé nulle part.

Les inspecteurs ont constaté que le zonage actuel, qui prévoit une zone contrôlée intermittente, n'est pas conforme à l'arrêté du 15 mai 2006. En effet, une zone contrôlée intermittente ne peut pas être mise en œuvre lorsqu'un risque de contamination existe.

A.5 Je vous demande de veiller à la mise en place d'une signalisation cohérente et systématique des zones réglementées, et de règles d'accès adaptées permettant de prévenir toute entrée en zone par inadvertance.

A.6 Je vous demande de me confirmer l'évaluation des risques au niveau de la salle de réunion

A.7 Je vous rappelle qu'en médecine nucléaire, il ne peut y avoir d'intermittence définie en fonction de la présence ou non d'un patient injecté, en raison du risque de contamination qui peut perdurer. Si vous souhaitez modifier le zonage en fonction de la présence ou non de patients, en journée ou la nuit, vous devez vous reporter à l'article 11 de l'arrêté du 15 mai 2006. L'article 11 impose à la PCR de procéder à des contrôles avant toute modification temporaire du zonage. Je vous indique que ces contrôles de non contamination pourront cependant être délégués, sous la responsabilité de la PCR, à la condition d'être protocolisés. La formation des personnels, les conditions techniques de réalisation, la définition de seuils de contamination, les règles de décision, devront être formalisées dans une procédure écrite. Vous me transmettez cette procédure.

- **Contrôle du personnel en sortie de zone réglementée, circulation du personnel**

Conformément à l'art. 26 de l'arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées, contrôlées et spécialement réglementées, les zones contrôlées et surveillées sont équipées d'appareils de contrôle radiologique du personnel et des objets à la sortie de ces zones lorsqu'il y a un risque de contamination. Le chef d'établissement affiche, aux points de contrôle des personnes et des objets, les procédures applicables pour l'utilisation des appareils et celles requises en cas de contamination d'une personne ou d'un objet. Des dispositifs de décontamination adaptés doivent être mis en place.

Les inspecteurs ont constaté la présence d'un contaminamètre pour le contrôle du personnel en sortie de vestiaire chaud. Cependant, il n'y avait ni consigne d'utilisation ni conduite à tenir en cas de contamination. Les contrôles n'étaient pas tracés. Pour des raisons de sécurité, les vestiaires étaient fermés à clefs et le contaminamètre n'était pas immédiatement accessible.

Les inspecteurs ont constaté également l'importance de la circulation des personnels au cours de la journée dans un service très ouvert (ni porte ni cloison entre certains espaces), et également entre les zones publiques du service (salle de réunion, secrétariat) et les zones réglementées du service, séparées seulement par des portes battantes.

A.8 Je vous demande de vous assurer qu'un contrôle est réalisé en sortie de zone chaude. Vous prendrez les dispositions nécessaires afin de réduire au minimum les risques de contamination.

- **Surfaces facilement décontaminables**

L'article 25 de l'arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées (...) prévoit que toutes les surfaces sur lesquelles sont manipulées ou entreposées des sources radioactives non scellées doivent être constituées de matériaux faciles à décontaminer.

Les inspecteurs ont constaté que les revêtements des murs et des sols du service étaient dégradés par endroit (plinthes, socle du WC chaud...). La peinture de certains dispositifs était écaillée (porte-seringues, brancards...).

A.9 Je vous demande de veiller à la mise en place de surfaces et de mobiliers facilement décontaminables.

- **Contrôles techniques internes et externes de radioprotection, contamination aérienne**

Conformément aux articles R.4451-29 et R.4451-34 du code du travail, l'employeur doit procéder et faire procéder à des contrôles techniques de radioprotection et d'ambiance. Les contrôles dits « externes » doivent être effectués par un organisme agréé ou par l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire), au moins une fois par an.

Les contrôles techniques de radioprotection doivent porter sur les sources de rayonnements ionisants, sur les dispositifs de protection et d'alarme ainsi que sur les instruments de mesure. Ces contrôles doivent intervenir à la réception des sources de rayonnements ionisants, avant leur première utilisation, en cas de modification de leurs conditions d'utilisation, et périodiquement. Les contrôles d'ambiance consistent notamment en des mesures de débits de dose externe. Ils doivent être effectués au moins une fois par mois par la personne compétente en radioprotection ou par un organisme agréé.

Les résultats de ces contrôles doivent être consignés dans un registre en application de l'article R.4451-37 du code du travail.

La nature et la périodicité de ces contrôles sont fixées par un arrêté en date du 21 mai 2010. L'employeur doit établir un programme des contrôles externes et internes de son installation.

Le tableau annexé à l'arrêté du 21 mai 2010(annexe 1) précise les modalités techniques et les périodicités des contrôles prévus. Le point 2.2 des contrôles d'ambiance dans le cas où des sources radioactives non scellées sont utilisées, prévoit un contrôle de la contamination atmosphérique (si ce risque est identifié).

Les inspecteurs ont constaté que les contrôles techniques de radioprotection étaient planifiés, réalisés et que leurs résultats étaient tracés. L'organisme agréé était intervenu au mois de décembre 2012.

Cependant, ni le contrôle interne ni le contrôle externe ne prenait en considération la contamination atmosphérique. Pourtant, le service réalise des scintigraphie pulmonaires de ventilation à l'aide de gaz radioactif et manipules des iodes.

A.10 Je vous demande de me confirmer que l'ensemble des contrôles internes et externes de radioprotection prévus par l'arrêté du 21 mai 2010 est effectivement réalisé ; la traçabilité systématique des contrôles devra être assurée.

- **Formation à la radioprotection des patients**

L'arrêté du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants prévoit qu'une formation à la radioprotection des patients soit dispensée avant le 19 juin 2009 à l'ensemble des personnels réalisant des actes de radiodiagnostic, de radiothérapie ou de médecine nucléaire à des fins de diagnostic, de traitement ou de recherche biomédicale exposant les personnes à des rayonnements ionisants et les professionnels participant à la réalisation de ces actes.

Les inspecteurs ont constaté que la formation à la radioprotection des patients imposée par le code de la santé publique était correctement réalisée et tracée pour les médecins. Cependant, certaines manipulatrices, diplômées avant 2004, n'avaient pas encore été formées.

A.11 Je vous demande de me confirmer qu'une formation à la radioprotection des patients est bien dispensée à l'ensemble des personnels participant à la réalisation des actes.

- **Optimisation des protocoles, rebond sur les niveaux de référence diagnostiques (NRD)**

Conformément à l'article R. 1333-59 du code de la santé publique et pour l'application du principe d'optimisation lors d'exposition aux rayonnements ionisants mentionné au 2 de l'article L 1333-1, des procédures et opérations tendant à maintenir la dose de rayonnement au niveau le plus faible raisonnablement possible sont mises en œuvre lors du choix de l'équipement, de la réalisation de l'acte, de l'évaluation des doses de rayonnements ou de l'activité des substances radioactives administrées. Sont applicables à ces procédures et opérations les obligations de maintenance et d'assurance de qualité y compris le contrôle de qualité prévu à l'article L. 5212-1

Conformément à l'arrêté du 24 octobre 2011 relatif aux niveaux de référence diagnostiques en radiologie et médecine nucléaire, des niveaux de référence doivent être établis et transmis à l'IRSN.

Les inspecteurs ont constaté que les relevés dosimétriques étaient transmis à l'IRSN dans le cadre des niveaux de référence diagnostiques.

Il a été indiqué aux inspecteurs que ce relevé alimentait la réflexion du service sur l'optimisation des doses. Cependant, les inspecteurs ont constaté que les valeurs du service pour certains examens dépassaient assez régulièrement les NRD, mais cela n'avait pas débouché sur une réflexion collective approfondie, et les protocoles concernant ces examens n'avaient pas encore été modifiés.

A.12 Je vous demande de m'indiquer les mesures que vous envisagez afin d'optimiser les protocoles de médecine nucléaire et de les faire partager par l'ensemble du personnel.

- **Contrôles de qualité externes**

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, notamment ses articles R. 5212-25 à R. 5212-35, et de l'arrêté du 3 mars 2003 fixant la liste des dispositifs médicaux soumis à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité mentionnés aux articles L. 5212-1 et R. 5212-26 du code de la santé publique, la décision du directeur général de l'AFSSaPS du 25 novembre 2008 fixe les modalités du contrôle de qualité des installations de médecine nucléaire à visée diagnostique.

Le service n'avait pas encore fait réaliser les contrôles de qualité externes. Cela n'était pas possible avant 2012, puisqu'aucune entreprise n'avait été agréée en ce sens par l'ANSM (AFSSaPS). Je vous confirme la possibilité à ce jour de faire réaliser les contrôles de qualité externe de vos caméras, une entreprise ayant été agréée par l'ANSM.

A.13 Les contrôles de qualité externes des gamma-caméras devront être réalisés en 2013.

B) DEMANDES DE COMPLEMENTS

- **Ventilation des locaux et mise en dépression des locaux de la zone contrôlée**

Conformément à l'arrêté du 30 octobre 1981 relatif aux conditions d'emploi des radioéléments artificiels utilisés en sources non scellées à des fins médicales in vivo, les taux de renouvellement de l'air doivent être au minimum de 10 par heure dans la radio-pharmacie et de 5 volumes par heure dans le reste de la zone contrôlée.

Les inspecteurs ont constaté que les défauts aérauliques avaient été corrigés en 2011 à la suite d'importants travaux.

Cependant, ils ont constaté que le dernier rapport de qualification fonctionnelle du traitement d'air remontait à 2011. Aucun autre contrôle n'avait été réalisé depuis. La périodicité de ce contrôle est pourtant annuelle.

B.1 Je vous demande de faire procéder sans délai à un contrôle aéraulique des locaux. Vous me transmettez le rapport.

- **Gestion et entreposage des déchets et des effluents**

La décision n°2008-DC-0095 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 29 janvier 2008 homologuée par l'arrêté du 23 juillet 2008 fixe les règles techniques auxquelles doit satisfaire l'élimination des effluents et des déchets contaminés par des radionucléides;

-conformément à l'article 13 de la décision, l'établissement doit tenir l'inventaire des quantités et de la nature des effluents et des déchets produits.

-conformément à l'article 19 de la décision, seuls peuvent être gérés par décroissance radioactive les liquides contaminés par des radionucléides de période radioactive inférieure à 100 jours.

-conformément à l'article 18 de la décision, les déchets liquides doivent être entreposés sur des dispositifs de rétention permettant de récupérer les liquides en cas de fuite de leur conditionnement.

L'arrêté du 23 juillet 2008 prévoit également les dispositions de prévention, de détection, de maîtrise et de limitation des conséquences d'un incendie.

Conformément à l'article 11 La décision n°2008-DC-0095 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 29 janvier 2008, le plan de gestion 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.

Globalement la gestion des déchets (logiciel Vénus) est apparue satisfaisante et conforme au plan de gestion, qui a été rédigé et validé.

Les contrôles avant élimination étaient réalisés et tracés. Des contrôles aux émissaires étaient régulièrement réalisés. La gestion des cuves d'effluents et des fosses était satisfaisante. La conduite à tenir en cas de déclenchement des deux balises installées à poste fixe en sortie du bâtiment était explicitée par un affichage.

Cependant, le plan de gestion restait souvent au niveau des principes généraux, sans toujours rentrer dans le détail des opérations, en particulier sur les conduites à tenir en cas d'incident.

Le plan ne précisait pas la localisation des canalisations chaudes reliées aux cuves. Des divergences d'appréciation sont apparues pour certains lavabos, douches et même WC, en fonction des personnes interrogées par les inspecteurs.

Les inspecteurs ont constaté que les étiquetages des colis de déchets entreposés ne renseignaient pas sur la nature des radionucléides contenus dans les déchets.

B.2 Je vous prie de compléter votre plan de gestion des déchets afin de le rendre plus opérationnel. Vous veillerez à la réalisation des contrôles aux émissaires en en respectant la périodicité. Les résultats des contrôles devront être tracés.

C) OBSERVATIONS

Sans objet.

Vous voudrez bien me faire part de vos observations et réponses concernant ces points dans un délai qui n'excèdera pas deux mois.

Pour les engagements que vous seriez amené à prendre, je vous prie de bien vouloir les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation.

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

SIGNEE PAR : D. RUEL