

Référence courrier :
CODEP-PRS-2024-034914

**AP-HP HOPITAUX UNIVERSITAIRES HENRI
MONDOR**
A l'attention de M. X
51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94000 CRETEIL

Montrouge, le 5 juillet 2024

- Objet :** Contrôle de la radioprotection
Lettre de suite de l'inspection des 18 et 19 juin 2024 sur le thème de radioprotection dans le domaine de la radiothérapie externe
- N° dossier :** Inspection n° INSNP-PRS-2024-0936
- Références :** [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 à 31 et R. 1333-166.
[3] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.
[4] Décision n°2021-DC-0708 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique
[5] Autorisation référencée M940070 notifiée par courrier référencé CODEP-PRS-2023-063690 du 27 novembre 2023
[6] Inspection référencée INSNP-PRS-2018-0973 du 18 décembre 2018 et sa lettre de suite référencée CODEP-PRS-2018-060465
[7] Inspection référencée INSNP-PRS-2022-0912 des 21 et 22 avril 2022 et sa lettre de suite référencée CODEP-PRS-2022-023583
[8] Courrier référencé CODEP-PRS-2023-060548 du 9 novembre 2023 envoyé à la suite de l'inspection précitée [7]

Monsieur le Professeur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en références concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection du service de radiothérapie a eu lieu les 18 et 19 juin 2024 dans votre établissement.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent. Ceux relatifs au respect du Code du travail relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice tandis que ceux relatifs au respect du Code de la santé publique relèvent de la responsabilité du titulaire de l'autorisation délivrée par l'ASN [5].

SYNTHESE DE L'INSPECTION



L'inspection des 18 et 19 juin 2024 avait pour objectif de vérifier la prise en compte des demandes formulées lors des précédentes inspections [6], [7] et [8], avec en particulier, la poursuite de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au regard de la décision n°2021-DC-0708 référencée [4] au sein du service de radiothérapie des Hôpitaux universitaires Henri Mondor, sis 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny à Créteil (94).

Au cours de l'inspection, les inspectrices ont échangé entre autres avec le radiothérapeute titulaire de l'autorisation référencée [5], la responsable opérationnelle de la qualité (ROQ), une physicienne médicale et le conseiller en radioprotection (CRP).

Des entretiens avec un autre radiothérapeute du service, trois médecins médicaux et deux manipulatrices en électroradiologie médicale (MERM) ont permis aux inspectrices d'échanger sur leurs pratiques professionnelles. En outre, un entretien avec la direction des ressources humaines et le service formation de l'établissement a été organisé afin de clarifier le circuit de validation des demandes de formations internes et externes pour le personnel paramédical et médical du service.

Seules les dernières installations du service (nouvel accélérateur et nouveau scanner de centrage) ont été visitées, ainsi que celle de l'appareil de contactthérapie ayant fait l'objet de demandes en lettre de suite [7] (demandes A5 et B3) et dans le courrier [8].

Les inspectrices tiennent à souligner la disponibilité et l'implication de tous les intervenants lors de l'inspection et la présence de la directrice de l'établissement à la restitution de la synthèse de l'inspection. Il ressort de l'inspection une bonne prise en compte de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la radioprotection des patients et des travailleurs au sein du service de radiothérapie, malgré la persistance des difficultés de recrutement des effectifs paramédicaux.

Les points positifs suivants ont été notés :

- le suivi des travailleurs par le CRP et la responsable opérationnelle de la qualité avec l'ensemble des professionnels du service à jour de leurs formations réglementaires (radioprotection des travailleurs et des patients). En outre, les inspectrices ont noté favorablement la résolution de la demande A7 de l'inspection [7] avec la totalité des travailleurs classés à jour de leur suivi individuel renforcé par la médecine du travail ;
- la réorganisation de l'unité de physique médicale permettant d'optimiser les ressources humaines nécessaires pour le suivi des dispositifs médicaux et la mise en œuvre des nouvelles techniques introduites par les équipements récemment installés et les futurs projets du service ;
- l'aménagement d'un poste de MERM dédié à la préparation des dossiers des patients en amont de leur traitement ;



- une démarche de retour d'expérience bien initiée dans le service avec une forte culture de déclaration par toutes les catégories professionnelles.

Cependant des actions restent à réaliser afin de corriger les écarts relevés lors de l'inspection, en particulier :

- poursuivre la conduite du projet de renouvellement de l'équipement de contactthérapie en renforçant son pilotage et en suivant vos engagements pris en réponses aux demandes à la suite de l'inspection [7], en particulier en termes d'échéances de réalisation. Il conviendra notamment de déposer la demande de modification de votre autorisation d'activité nucléaire dans les délais réglementaires d'instruction pour le remplacement ou l'ajout de nouveaux équipements émettant des rayonnements ionisants ;
- intégrer le suivi de l'efficacité des barrières mises en place à la suite des comités de retour d'expérience (CREX) dans votre analyse des risques *a priori* ;
- renforcer votre évaluation des événements indésirables déclarés et présentés lors des CREX en identifiant d'une part s'il s'agit bien d'un événement ou d'un presque-incident et d'autre part identifier les récurrences ;
- organiser la revue de direction selon la périodicité prévue dans le manuel qualité du service.

L'ensemble des constats et des actions à réaliser est détaillé ci-dessous.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

• Organisation mise en place pour gérer l'introduction de nouvelles techniques ou équipements

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la décision 2021-DC-0708 [4] :

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

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

En réponse aux suites de l'inspection référencée [7], afin d'assurer la mise en conformité de l'installation et de renouveler son appareil de contactthérapie, le service de radiothérapie s'est engagé à le remplacer d'ici la fin de l'année 2024. Cette acquisition est bien prévue au plan d'équipement 2024 de l'établissement. Or, lors des échanges avec les inspectrices, il est apparu que ce projet fait encore



l'objet de discussions et qu'aucun rétroplanning recensant les différentes étapes préalables à sa mise en œuvre, les délais de réalisation ainsi que les pilotes associés n'a été formalisé.

La direction et le service de radiothérapie ont aussi indiqué prévoir le remplacement d'un des accélérateurs par un appareil innovant couplé à une imagerie par résonance magnétique dans la foulée. Pour ce deuxième projet, les inspectrices ont également constaté l'absence de toute formalisation alors qu'il s'agit d'une mise en œuvre ambitieuse en termes de travaux d'installation, de matériel et de formation des utilisateurs.

Ce sujet avait déjà fait l'objet d'observations dans les suites d'inspections [6] (observation C2) et [7] (observation C3).

Demande I.1 : Décrire dans votre système de gestion de la qualité, le processus à suivre pour maîtriser tout changement planifié d'équipement, de mise en œuvre de nouvelles techniques ou de toute autre modification susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Demande I.2 : Formaliser un rétroplanning pour vos deux projets prévus au plan d'équipement 2024 de l'établissement. Il conviendra d'y préciser l'ensemble des étapes de mise en œuvre en termes de travaux d'installation, de contrôles qualité, de formations des équipes et d'actualisation du système documentaire ainsi que les pilotes responsables de ces réalisations.

• Régime administratif

Conformément à l'article R. 1333-137 du Code de la santé publique, font l'objet d'une nouvelle déclaration, d'une nouvelle demande d'enregistrement ou d'autorisation par le responsable de l'activité nucléaire, préalablement à leur mise en œuvre, auprès de l'Autorité de sûreté nucléaire dans les conditions prévues, selon le cas, aux sous-sections 2, 3, 4 ou 5 de la présente section :

- 1° Toute modification du déclarant ou du titulaire de l'enregistrement ou de l'autorisation ;*
- 2° Toute modification des éléments de la déclaration ou du dossier de demande d'enregistrement ou d'autorisation ayant des conséquences sur les intérêts mentionnés à l'article L. 1333-7 ;*
- 3° Toute extension du domaine couvert par la déclaration, l'enregistrement ou l'autorisation initiale ;*
- 4° Toute modification des caractéristiques d'une source de rayonnements ionisants détenue, utilisée ou distribuée ;*
- 5° Tout changement de catégorie de sources amenant à une modification des mesures de protection contre les actes de malveillance.*



Conformément à l'article R. 1333-125 du Code de la santé publique, l'Autorité de sûreté nucléaire se prononce dans un délai de six mois sur les demandes d'autorisation. Ce délai peut être prorogé deux fois pour la même durée par l'Autorité de sûreté nucléaire. L'absence de réponse dans le délai, éventuellement prorogé, vaut rejet de la demande.

Le plan d'équipement validé par la direction de l'établissement pour l'année 2024 prévoit le remplacement de l'appareil de contactthérapie ainsi qu'un des accélérateurs. Cependant, aucun dossier de demande de modification de votre autorisation d'activité nucléaire n'a été déposé auprès de la division de Paris de l'ASN.

Ce sujet avait déjà fait l'objet d'observations dans les suites d'inspections [6] (observations C2) et dans le courrier [8] envoyé à la suite de l'inspection [7].

Demande I.3 : Déposer dans les délais réglementaires d'instruction par l'ASN votre demande de modification de votre autorisation d'activité nucléaire dans le cadre de vos projets de renouvellement de vos équipements.

- **Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

Conformément aux dispositions de l'alinéa IV de l'article 4 de la décision 2021-DC-0708 [4], le système de gestion de la qualité, sa mise en œuvre et son efficacité sont évalués selon une fréquence définie, et au minimum une fois tous les deux ans. Les résultats sont communiqués au responsable de l'activité nucléaire. Le programme d'action visé au III tient compte des conclusions de cette évaluation.

Les inspectrices ont consulté le manuel qualité du service référencé PI-AC-QUA-PROC-1 (version datée de mai 2024). Celui-ci prévoit la tenue d'une revue de direction annuelle. Cette périodicité était également indiquée dans la version datée de janvier 2022 transmise en amont de l'inspection [7].

La dernière réunion a eu lieu le 10 mai 2022. Aucune revue de direction n'a été réalisée depuis cette date. Il a été précisé aux inspectrices que la prochaine revue de direction est prévue pour septembre 2024.

Ce sujet avait déjà fait l'objet d'une demande dans la lettre de suite de l'inspection [7] (demande B1).

Demande I.4 : Organiser votre revue de direction conformément aux dispositions prévues dans le manuel d'assurance qualité du service de radiothérapie. Transmettre le compte-rendu de la revue de direction prévue au mois de septembre 2024.



II. AUTRES DEMANDES

• Organisation et pilotage de la démarche de qualité – gestion des risques

Conformément aux dispositions de l'alinéa II de l'article 4 de la décision n°2021-DC-0708 [4], le système de gestion de la qualité est animé et coordonné par un responsable opérationnel de la qualité. Celui-ci a la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité et la responsabilité, et dispose du temps et des ressources nécessaires pour gérer le système mis en place.

La responsable opérationnelle de la qualité dispose de 0,4 équivalent temps plein (ETP) pour assurer ses missions de gestion du système de management de la qualité au sein du service, et ce en parallèle de son activité de MERM au poste de traitement. Les inspectrices relèvent également qu'elle assure une partie des missions du cadre du service en attendant le recrutement sur ce poste, vacant depuis la fin de l'année 2023. De plus, le service connaît toujours des difficultés au niveau des effectifs MERM impactant de façon significative l'activité du service : limitation des activités sur les accélérateurs, temps de formation aux nouvelles techniques et sur les nouveaux équipements allongés, voire externalisation des patients si nécessaire.

Compte tenu des tensions au sein des effectifs et des futurs projets de renouvellement des équipements du service, les inspectrices s'interrogent quant à l'adéquation des moyens alloués à la responsable opérationnel de la qualité pour assurer pleinement ses missions sereinement.

Ces difficultés avaient déjà fait l'objet d'observation dans les suites des inspections [6] (observation C1) et [7] (observation C3).

Demande II.1 : Justifier que les moyens mis à la disposition de la responsable opérationnelle de la qualité, notamment en termes de temps, sont suffisants pour assurer pleinement ses missions de gestion du système de management de la qualité du service. Si votre étude concluait à une insuffisance, présenter le plan d'action mis en place afin d'y remédier.

• Système documentaire

Conformément à l'article L. 1333-13 du Code de la santé publique, le responsable d'une activité nucléaire est tenu de déclarer à l'Autorité de sûreté nucléaire et au représentant de l'Etat dans le département tout événement susceptible de porter une atteinte significative aux intérêts mentionnés à l'article L. 1333-7. [...]

Conformément à l'article R. 1333-21 du Code de la santé publique, le responsable de l'activité nucléaire déclare à l'autorité compétente les événements significatifs pour la radioprotection, notamment :

1° Les événements entraînant ou susceptibles d'entraîner une exposition significative et non prévue d'une personne ;



2° Les écarts significatifs aux conditions fixées dans l'autorisation délivrée pour les activités soumises à tel régime administratif ou fixées dans des prescriptions réglementaires ou des prescriptions ou règles particulières applicables à l'activité nucléaire.

Lorsque la déclaration concerne un travailleur, celle effectuée à la même autorité au titre de l'article R. 4451-77 du Code du travail vaut déclaration au titre du présent article.

II. Le responsable de l'activité nucléaire procède à l'analyse de ces événements. Il en communique le résultat à l'autorité compétente.

L'ASN a publié un guide relatif aux modalités de déclaration et à la codification des critères relatifs aux événements significatifs dans le domaine de la radioprotection hors installations nucléaires de base et transports de matières radioactives : le guide n°11 est téléchargeable sur le site Internet de l'ASN (www.asn.fr). Ces modalités concernent à la fois les événements touchant le public, les travailleurs et l'environnement.

La "Procédure en cas d'événement significatif de radioprotection (ESR) concernant un patient en radiothérapie" référencée OP-TRA-PP-PROC-2 (version de novembre 2023) a été transmise aux inspectrices. Cette procédure concerne uniquement la prise en charge des patients au sein du service : critères 2.1 et 2.2 pouvant donner lieu à une déclaration à l'ASN selon les guides de l'ASN n°11 (relatif aux ESR dans le domaine de la radioprotection) et n°16 (ESR patient en radiothérapie). Il a été précisé qu'une procédure de déclaration des ESR, plus généraliste, rédigée par le CRP est disponible dans la base documentaire gérée par l'établissement. Néanmoins, aucun lien vers cette procédure généraliste n'est mentionné dans la procédure OP-TRA-PP-PROC-2. Il a été rappelé que ces modalités doivent également être connues des professionnels du service.

Demande II.2 : Compléter votre système documentaire afin que les professionnels du service aient connaissance de l'ensemble des modalités de déclaration des ESR. Transmettre les dispositions prises en ce sens.

• Identification des situations indésirables ou des dysfonctionnements

Conformément à l'article 11 de la décision n°2021-DC-0708 [4], le système de gestion de la qualité formalise notamment la fréquence d'analyse des événements et les modalités de sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique. Font en particulier l'objet d'une analyse systémique les événements qui doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes en application du 2° alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 et de l'article R. 1413-68 du Code de la santé publique.

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

- le nom des professionnels et leur fonction, ayant participé à l'analyse et notamment à la collecte des faits ;
- la chronologie détaillée de l'événement, dont la date de réalisation de l'acte ;
- le ou les outils d'analyse utilisés ;



- l'identification des causes immédiates et profondes, d'origines matérielles, humaines et organisationnelles, et des barrières de sécurité qui ont ou n'ont pas fonctionné ;

- les actions d'amélioration retenues par les professionnels et leur calendrier de mise en œuvre.

Lorsque des actions potentielles d'amélioration ne sont pas retenues, les raisons en sont précisées et consignées.

Les enseignements issus de l'événement analysé sont intégrés à l'analyse des risques *a priori*.

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

Les listes des événements indésirables déclarés au sein du service et passés en revue lors des réunions mensuelles de CREX présentent un nombre significatif de déclarations concernant la réalisation des dosimétries *in vivo* (DIV). Il a été indiqué aux inspectrices que le service rencontre depuis longtemps des dysfonctionnements avec le logiciel de gestion de ces DIV, provoquant notamment une perte des données des DIV réalisées. En conséquence, il n'est plus possible de savoir si la DIV a bien été effectuée. Lors des différents échanges avec les inspectrices, il a été précisé qu'une déclaration d'événement indésirable devait être faite pour chaque séance où ce dysfonctionnement intervient afin que les physiciens puissent récupérer les données *a posteriori*. Un registre papier au pupitre de traitement, complété par les MERM, a également été mis en place ainsi qu'une nouvelle procédure en cours de diffusion (compte-rendu du CREX 141 du 26 février 2024). Les inspectrices rappellent l'importance de pouvoir faire la distinction entre la survenue d'un événement indésirable et le signalement d'un dysfonctionnement afin de ne pas fausser le nombre d'occurrences d'un événement au cours du temps.

Par ailleurs, les inspectrices notent aussi favorablement la forte culture de déclaration au sein du service, en particulier en ce qui concerne des événements qui auraient pu survenir si les barrières et la vigilance des professionnels n'avaient pas fonctionné. Cependant, ces presque incidents ne sont pas comptabilisés en tant que tels dans les tableaux de suivi des CREX alors qu'ils représentent un indicateur essentiel permettant d'assurer le suivi de l'efficacité des barrières mises en place dans l'analyse des risques *a priori* du service.

La récurrence des déclarations des événements indésirables concernant la réalisation des DIV avait déjà fait l'objet d'une observation dans les suites de l'inspection [7] (observation C1).

Demande II.3 : Revoir les modalités d'évaluation et d'arbitrage des événements indésirables déclarés dans le service et présentés lors des réunions mensuelles de CREX en tenant compte des observations ci-dessus. Transmettre les dispositions prises en ce sens.

En outre, les inspectrices ont relevé que l'événement présenté lors du CREX 138 du 13 novembre 2023 (référé 138/190), survenu à la suite d'une modification de la prescription chez une patiente traitée pour un cancer du sein bilatéral, devait faire l'objet d'une analyse systémique qui n'a finalement pas



été réalisée. Or, compte-tenu du contexte de survenue de cet incident, expliqué par les différents professionnels au cours des échanges avec les inspectrices, il apparaît que cette analyse aurait permis de mieux comprendre les défaillances et de détailler les actions que le service doit mettre en place afin d'éviter l'éventuel renouvellement de ce type d'incident.

Demande II.4 : Procéder à l'analyse systémique de l'événement 138/190. Transmettre le résultat de l'analyse systémique de l'événement 138/190 ainsi que les actions mises en place afin d'éviter le renouvellement de ce type d'incident.

De plus, le tableau de suivi de l'efficacité des actions mises en place à la suite des CREX est actualisé régulièrement par la responsable opérationnelle de la qualité conformément à la procédure d'organisation du CREX référencée PI-AC-GR-PROC-1 (version mai 2024). Cependant, ces résultats n'apparaissent pas clairement intégrés dans la cartographie des risques du service. En effet, celle-ci étant actualisée chaque année, la numérotation des processus est amenée à changer si des lignes sont ajoutées ou retirées. De plus, la récurrence de certains événements n'est pas reportée d'une année sur l'autre.

Enfin, les inspectrices ont constaté que l'évaluation du risque résiduel, intervenant après l'application des barrières mises en œuvre à la suite de la tenue des CREX, n'apparaît pas dans votre analyse des risques *a priori*.

Demande II.5 : Compléter votre analyse des risques *a priori* en veillant à intégrer l'évaluation du risque résiduel et le suivi de l'efficacité des barrières mises en place à la suite des réunions de CREX dans votre cartographie des risques.

- **Programme des vérifications**

Conformément à l'article 18 de l'arrêté du 23 octobre 2020 relatif aux mesurages réalisés dans le cadre de l'évaluation des risques et aux vérifications de l'efficacité des moyens de prévention mis en place dans le cadre de la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements ionisants, modifié par l'arrêté du 12 novembre 2021, l'employeur définit, sur les conseils du conseiller en radioprotection, un programme des vérifications qui fait l'objet d'une réévaluation en tant que de besoin. L'employeur consigne dans un document interne ce programme des vérifications et le rend accessible aux agents de contrôle compétents et au comité social et économique ou à défaut au salarié compétent mentionné à l'article R. 4644-1 du Code du travail.

Le programme des vérifications présenté aux inspectrices ne mentionne pas l'intégralité des vérifications applicables aux lieux et équipements de travail, notamment en ce qui concerne les zones attenantes aux zones délimitées. De plus, les modalités et périodicités des différents contrôles réalisés ne sont pas précisées dans le document transmis (calendrier des vérifications prévues pour l'année 2024).



Demande II.6 : Compléter le programme des vérifications applicables aux lieux et équipements de travail en tenant compte des observations ci-dessus. Transmettre le document actualisé.

- **Complétude des données saisies dans SISERI**

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 23 juin 2023 relatif aux modalités d'enregistrement et d'accès au système d'information et de surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants «SISERI» et modifiant l'arrêté du 26 juin 2019 relatif à la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, l'employeur renseigne dans SISERI [...] les informations administratives et les données à caractère personnel, y compris le numéro d'enregistrement au registre national d'identification des personnes physiques, dit «NIR», nécessaires à l'identification de chacun des travailleurs exposés.

L'employeur peut renseigner dans SISERI les données d'identité et de contact d'un ou plusieurs correspondants pour effectuer en son nom l'enregistrement des informations administratives indiquées dans les CGU de SISERI et assurer la mise à jour de ces informations [...] en tant que besoin.

Les inspectrices ont constaté, lors de leur consultation des données des travailleurs sur SISERI, que les informations relatives aux travailleurs classés du service sont incomplètes. En effet, seuls douze professionnels du service ont été retrouvés dans la liste des travailleurs saisie pour l'établissement sur les vingt-sept intervenants dans le service de radiothérapie.

Demande II.7 : Compléter la liste des travailleurs classés du service de radiothérapie de l'établissement ainsi que les informations saisies pour chacun d'eux dans le système d'information et de surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants SISERI. Veiller à actualiser cette liste en tant que besoin.

III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE RÉPONSE À L'ASN

Pas de constat ou d'observation.

*

* *

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, à l'exception de la demande I.3 soumise au respect du délai réglementaire d'instruction des demandes d'autorisation, et **selon les modalités d'envois 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'ASN (www.asn.fr).

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

Pour le président de l'ASN et par délégation,

Le chef de la division de Paris

Louis-Vincent BOUTHIER