

Référence courrier : CODEP-CAE-2021-045311

Caen, 11 octobre 2021

**Centre Hospitalier Public du
Cotentin
Service de radiothérapie
Rue du Val de Saire
50102 Cherbourg-Octeville**

Objet : Inspection de la radioprotection numérotée INSNP-CAE-2021-0001 du 17 juin 2021
Installation : service de radiothérapie
Numéro d'autorisation : M500014

Références :

- [1] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 et R. 1333-166.
- [2] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.
- [3] Décision n°2008-DC-0103 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 1^{er} juillet 2008 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie

Docteur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) citées en références, concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection des activités de radiothérapie a eu lieu le 17 juin 2021 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.

SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection réalisée le 17 juin 2021 dans votre établissement s'inscrivait dans le cadre d'un suivi classique de l'activité du service, la précédente inspection ayant eu lieu en 2018. Toutefois, plusieurs sujets à l'ordre du jour étaient en lien avec l'actualité du service de radiothérapie. Suite au départ en 2020 du responsable opérationnel du système de management de la qualité et de sécurité des soins (ROSMSQSS), un point sur la réorganisation du service dans ce domaine paraissait important. La gestion des risques *a priori* et *a posteriori* était également à l'ordre du jour, d'autant que le service avait déclaré une dizaine d'événements significatifs en radioprotection depuis 2019. La gestion des compétences était également à l'ordre du jour avec un focus sur le processus d'habilitation

des professionnels ainsi que les conditions de réalisation du contournage des organes à risques. Enfin, étant donné le projet de développement du service à court terme avec la mise en place d'un nouvel accélérateur et le déploiement de l'arc-thérapie, un point d'étape sur la manière dont ce projet était géré a pu être fait par les inspecteurs. De nombreux documents sur ces différentes thématiques ont pu être étudiés en amont de l'inspection. Le 17 juin 2021, les inspecteurs se sont entretenus avec les différentes personnes en charge de la qualité et la gestion des risques, la directrice qualité du Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC), les deux nouveaux ROSMQSS que sont la responsable qualité du CHPC et le chef de service de radiothérapie du Centre François Baclesse (CFB) et du CHPC, ainsi que la manipulatrice coordinatrice et la responsable qualité du CFB. Les inspecteurs ont également pu échanger avec la directrice du CHPC, le responsable de la physique médicale, les deux cadres de santé du service de radiothérapie et le directeur logistique du CHPC.

A l'issue de l'inspection, il s'avère que, suite au départ en retraite du ROSMQSS en 2020, la reprise des missions qui lui étaient affectées, ainsi que celles dévolues à l'ensemble de l'équipe en charge de la qualité et de la gestion des risques de l'époque, aurait pu être davantage anticipée. Les inspecteurs ont noté la reconstitution récente d'une nouvelle équipe qui semble tout à fait motivée, mais qui doit faire face à un système de gestion de la qualité et des risques qui a été en partie mis en attente pendant plusieurs mois (le suivi du plan d'actions qualité a notamment fait défaut) et qui nécessite pour être repris en main de manière efficace, un temps non négligeable de réappropriation. C'est surtout le cas de la cartographie des processus et de l'analyse des risques *a priori*.

Les inspecteurs tiennent à mettre en garde le CHPC sur la nécessité de disposer d'une cartographie, solide et suffisamment détaillée, des processus et des risques encourus par les patients, socles indispensables du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. Or, l'organisation mise en place pour disposer de ces outils structurants, qui doivent être établis de manière pluridisciplinaire, ne semble pas suffisante. Ce constat est d'autant plus flagrant qu'il se répercute sur le projet de développement à court terme du service. En effet, bien que le centre ait mis en place une gestion de projet pour l'installation d'un nouvel accélérateur de radiothérapie et le développement de l'arc-thérapie à court terme, les aspects structurants du projet en lien avec la qualité que constituent la cartographie des risques *a priori* et la mise à jour documentaire ne sont pas intégrés au projet. L'absence de prise en compte, en amont du projet, du temps nécessaire à allouer aux différents professionnels pour réaliser ces étapes n'est pas de bon augure, d'autant que, comme précisé précédemment, une réappropriation de ces documents fondamentaux pour le processus de traitement actuel était déjà nécessaire.

Enfin, les inspecteurs encouragent la poursuite du travail engagé par le service dans la formalisation du processus d'habilitation des différentes catégories professionnelles. Ce travail devra notamment être prolongé et inclus au projet de développement du service. Ils soulignent également l'anticipation nécessaire des besoins en effectifs dans le cadre de ce projet, notamment avec une quantification plus précise pour la physique médicale.

A. DEMANDES D' ACTIONS CORRECTIVES

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

Conformément aux dispositions des articles 3, 5 et 6 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008¹, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie s'engage à établir la politique de la qualité, fixer les objectifs de la qualité et le calendrier de mise en œuvre du système de management de la qualité.

¹ à partir du 17 août 2021, il s'agit de l'arrêté du 17 mai 2021 portant homologation de la décision 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 qui s'applique.

Elle doit veiller à ce que l'ensemble soit établi à travers un système documentaire comprenant notamment un manuel de la qualité, la politique, les objectifs, la description des processus, les procédures et enregistrements. Elle veille à ce que le système soit appliqué et entretenu en permanence de façon à améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. Pour cela, elle s'assure qu'il est revu avec une périodicité régulière pour vérifier son adéquation à la pratique.

Afin de faciliter sa mise en œuvre, la direction met à disposition du service de radiothérapie un responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins, tel que le stipule l'article 4 de la décision. Celui-ci doit avoir la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité, la responsabilité et disposer du temps et des ressources nécessaires pour gérer le système en lien avec la direction de la qualité de l'établissement de santé lorsqu'elle existe.

Les inspecteurs ont noté une perte de maîtrise du système de gestion de la qualité suite notamment au départ de l'ancienne responsable opérationnelle du système de gestion de la qualité en 2020. Cela s'illustre principalement au niveau du plan d'actions de la qualité : le plan est très peu alimenté par de nouvelles actions, aucune date de réalisation des actions ne permet d'assurer le suivi de leurs mise en place et pour certaines d'entre elles, aucun responsable de l'action n'est nommé ni d'échéance de réalisation définie.

Demande A1 : Je vous demande de reprendre rapidement en main le système de gestion de la qualité à travers l'outil de pilotage et de suivi que constitue le plan d'actions de la qualité. Ce dernier doit être alimenté au fil de l'eau afin d'assurer le suivi de la mise en place effective des actions et de leur efficacité. La date de réalisation effective de l'action doit être précisée et dissociée de l'échéance prévisionnelle.

Les inspecteurs ont noté qu'une réorganisation de l'équipe qualité avait été définie depuis peu avec notamment la nomination de deux responsables opérationnels du système de gestion de la qualité ainsi qu'une technicienne qualité. Cette nouvelle organisation devra être formalisée dans les documents de référence du système tels que le manuel qualité, en veillant bien à ce que la nomination des différentes fonctions occupées soient identiques d'un document à l'autre du système de gestion.

Demande A2 : Je vous demande de mettre à jour votre manuel qualité et de veiller à ce que l'ensemble de votre système documentaire soit en permanence à jour.

Les inspecteurs ont noté par ailleurs que cette nouvelle équipe avait entamé un travail de réappropriation de la cartographie des processus en commençant par renommer l'intitulé de ces derniers. Une réappropriation de la cartographie des risques étant nécessaire par ailleurs, la mise à jour de la cartographie des processus devra être faite en profondeur et de manière chronologique de manière à bien identifier l'enchaînement des étapes tout au long de la prise en charge du patient pour son traitement.

Demande A3 : Je vous demande de poursuivre la mise à jour en profondeur de la cartographie des processus dans le but de faciliter par la suite l'appropriation de la cartographie des risques encourus par les patients.

Le rôle du responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins (ROSMQSS) pour mener à bien ces différentes actions est essentiel, le temps alloué pour réaliser cette mission devra donc être clairement défini et formalisé.

Demande A4 : Je vous demande de définir et de formaliser le temps alloué à chacun des responsables opérationnels du système de management de la qualité (ROSMQSS) dans la réalisation de ses missions.

Enfin, le pilotage du système de management de la qualité par la direction doit respecter une certaine chronologie qui fait sens. La politique qualité définie pour les années 2021-2022 a été signée le 27 avril 2021. Or la revue de direction pour l'année 2020, qui est censée constituer une donnée d'entrée pour définir la politique qualité de l'année 2021, n'avait pas encore été réalisée, cette dernière étant planifiée fin juin 2021.

Demande A5 : Je vous demande de veiller à ce que l'engagement de la direction dans la gestion de la qualité et des risques se traduise à travers la réalisation d'une revue de direction qui doit aboutir à l'éventuelle évolution de la politique dans ces domaines et la définition des nouveaux objectifs associés.

La démarche de gestion des risques *a priori* – intégration du retour d'expérience

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la décision n° 2008-DC-0103 citée en référence, 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. Cette étude doit être mise à jour régulièrement pour assurer son adéquation aux pratiques, conformément à l'article 6 de cette même décision. Elle doit donc être mise à jour préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle technique et doit également intégrer le retour d'expérience.

Les inspecteurs ont noté qu'une cartographie des risques encourus par les patients avait été établie en 2017. Néanmoins, les nouveaux acteurs de la qualité et de la gestion des risques rencontrent des difficultés d'appropriation de la démarche, n'ayant pas participé à son élaboration. En outre, ayant engagé une mise à jour de la cartographie des processus de réalisation du traitement, une réappropriation globale de la cartographie des risques encourus par les patients est indispensable. Par ailleurs, bien qu'une analyse qualitative des événements indésirables et précurseurs soit faite systématiquement, l'intégration du retour d'expérience dans la cartographie n'a pas jusque-là été opérationnelle, notamment parce que l'identification des risques à laquelle se rattache le registre des événements indésirables n'est pas la même que celle figurant dans la cartographie *a priori*.

Demande A6 : Je vous demande de vous réapproprier la cartographie des risques *a priori* de manière pluridisciplinaire, sur la base de la mise à jour de la cartographie des processus. De manière à ce qu'elle constitue un véritable outil opérationnel, je vous demande également de définir clairement les modalités d'intégration de votre retour d'expérience dans cette cartographie des risques encourus par les patients.

Suivi des actions et évaluation de leur efficacité

En application de l'article 11 de la décision n°2008-DC-0103 de l'ASN, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe 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 :

1. procède à l'analyse des déclarations internes et en particulier celles donnant lieu à une déclaration obligatoire auprès des autorités compétentes ;
2. propose, pour chaque déclaration analysée, de mener les actions d'amélioration ;
3. procède au suivi de la réalisation de ces actions et de l'évaluation de leur efficacité.

Les inspecteurs ont noté qu'un état d'avancement des actions issues du retour d'expérience était précisé dans les comptes rendu des comités de retour d'expérience. Pour autant, bien que le suivi global des actions à mettre en

place doit théoriquement être assurée par le plan d'actions de la qualité, ce n'est pas tout à fait le cas depuis quelques mois, ce dernier ne jouant pas pleinement son rôle, comme cela a pu être précisé au point A1. En effet, la réalisation effective des actions n'est pas clairement établie, aucune date de réalisation n'étant mentionnée. Pour certaines actions, l'échéance prévisionnelle de réalisation est dépassée depuis plusieurs mois sans qu'aucun argumentaire n'explique le fait que l'action n'ait pas été initiée. Par ailleurs, aucune évaluation de l'efficacité des actions n'est prévue.

Demande A7 : Je vous demande d'assurer la mise en place effective des actions décidées suite aux CREX (Comité de retour d'expérience) dans des délais raisonnables. Dès l'élaboration de ces actions, je vous demande de définir les modalités du suivi de leur efficacité.

La gestion des compétences – processus d'habilitation au poste

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN, la direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe formalise les responsabilités, les autorités et les délégations de son personnel à tous les niveaux et les communique à tous les agents du service de radiothérapie.

Les inspecteurs ont noté qu'à la mise en place d'un nouvel équipement, des personnes référentes étaient formées par le constructeur à l'utilisation dudit équipement. En effet, suite à la mise en service en mai 2021 d'un nouveau scanner de simulation, trois manipulateurs en électroradiologie nommés référents ont été formés à son utilisation par le constructeur. Les inspecteurs ont noté qu'une grille d'habilitation pour l'occupation de ce poste était en cours de complétude dans le cadre de la formation d'une quatrième manipulatrice en électroradiologie.

Pour les autres postes occupés par les manipulateurs, les dosimétristes et les physiciens, les inspecteurs ont noté qu'un travail avait été récemment mené pour mettre à jour le processus d'habilitation de chacun des postes en distinguant les habilitations initiales de celles acquises par l'expérience ou suite à la mise en place d'un nouvel équipement ou une nouvelle technique. La mise en pratique de ces nouvelles grilles d'habilitation se fait dans un premier temps avec les nouveaux recrutements. La grille d'habilitation des physiciens est actuellement en cours de complétude dans le cadre de la formation d'une physicienne récemment recrutée.

Enfin, les inspecteurs ont noté que le processus d'habilitation des radiothérapeutes était en cours de formalisation.

Demande A8 : Je vous demande de poursuivre la formalisation des processus d'habilitation pour l'ensemble des postes pouvant être occupés par les différentes catégories professionnelles. Les formations réglementaires obligatoires nécessaires à l'occupation de ces différents postes doivent être intégrées au processus d'habilitation, telles que la formation à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants. Je vous demande de formaliser l'habilitation de l'ensemble du personnel de radiothérapie en priorisant *a minima* les personnes récemment recrutées ainsi que les nouveaux postes occupés dans le cadre de l'évolution des pratiques de traitement.

La gestion de projets

Un groupe de travail (GT) du groupe permanent d'experts en radioprotection pour les applications médicales (GPMED), composé notamment d'oncologues et de physiciens, a remis à l'ASN un rapport en novembre 2014 présentant des recommandations sur les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques en radiothérapie. Le GT recommande en premier lieu la vérification des prérequis d'un centre, préalablement à l'implémentation de la nouvelle technique. La mise à jour de l'évaluation des risques encourus par les patients fait partie intégrante

des prérequis préalables à la mise en œuvre d'une nouvelle technique. Le GT recommande également de constituer une équipe restreinte, pluridisciplinaire, et expérimentée. Aussi, le GT recommande que la charge de travail supplémentaire liée à la mise en œuvre et au fonctionnement intrinsèque de la nouvelle technique soit évaluée dans la gestion du projet, afin de respecter l'adéquation entre les ressources humaines et les objectifs du projet.

Le guide des bonnes pratiques en physique médicale publié en 2012 par la société française de physique médicale (SFPM) aborde également au paragraphe 3.5 la gestion du changement et de l'innovation. En particulier, il est préconisé, pour la préparation du changement, de notamment constituer un groupe de pilotage et d'évaluer les coûts induits.

L'arrêté du 19 novembre 2004² modifié, relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale, indique, aux articles 6 et 7, que le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) tient compte notamment des pratiques médicales réalisées dans l'établissement, 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. Ceci afin de définir en nombre et temps de présence suffisants les effectifs en personnes spécialisées en radiophysique médicale pour assurer, sans interruption de la continuité, les interventions résultant de l'exercice des missions définies à l'article 2, notamment lors de la préparation et de la réalisation des traitements conformément aux exigences de l'article R. 1333-62 du code de santé publique.

Enfin, l'article 6 de la décision n°2008-DC-0103 de l'ASN, demande à ce que le système documentaire soit appliqué et entretenu en permanence de façon à améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. La direction doit s'assurer à ce que qu'il soit revu avec une périodicité régulière pour vérifier son adéquation à la pratique.

Le projet de développement du service de radiothérapie sur les années 2021 à 2023 a pu être présenté dans les grandes lignes aux inspecteurs. Initié notamment par la mise en service d'un nouveau scanner de simulation dédié à la radiothérapie en mai 2021, le projet médical consiste à acquérir successivement deux nouveaux accélérateurs de nouvelle génération afin d'offrir sur le territoire du Nord Cotentin, qui en était jusque-là dépourvu, une technique de traitement (par modulation d'intensité du faisceau) largement répandue sur le reste du territoire national. Souhaitant passer d'un seul à deux accélérateurs, dans l'objectif d'acquérir une certaine indépendance de fonctionnement vis-à-vis du centre de rattachement actuel (Centre François Baclesse), le CHPC prévoit une montée en charge progressive avec dans un premier temps la construction en cours d'un nouveau bunker pour accueillir la première des deux nouvelles machines de traitement.

Les inspecteurs ont noté que le projet était piloté avec clairvoyance, une équipe projet pluridisciplinaire ayant été constituée avec des réunions régulières afin d'assurer le suivi d'un retro planning préétabli. Des recrutements ont d'ores et déjà eu lieu, notamment en physique médicale et d'autres sont prévus pour renforcer les équipes de manipulateurs en électroradiologie mais également des radiothérapeutes. A la suite de l'inspection, le centre a également fait parvenir aux inspecteurs une modélisation des besoins en manipulateurs pour la partie traitement, de la première semaine de traitement avec la première machine jusqu'au fonctionnement en routine des deux accélérateurs une fois installés. Cette projection permet effectivement de quantifier plus précisément les besoins de recrutements pour cette catégorie professionnelle.

Pour autant, les inspecteurs souhaitent mettre en garde le centre sur quelques pans du projet qui ne semblent pas être pris suffisamment en compte. En effet, l'analyse des risques encourus par les patients liés à la mise en service d'un deuxième accélérateur de nouvelle génération, la mise en place d'une nouvelle technique de traitement ainsi que la réorganisation associée à ces changements au sein du service, ne semblent pas être au

² Arrêté du 19 novembre 2004 modifié relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale

cœur du projet. De fait, cette étape essentielle, qui constitue pourtant une donnée d'entrée à tout projet, n'est pas intégrée au retro-planning, ce dernier étant largement consacré aux aspects matériels et à la formation. Pour être correctement réalisée, l'analyse des risques doit être pluridisciplinaire et nécessite une projection de l'activité sur l'ensemble du processus de traitement. Il s'agit d'une tâche nécessitant de l'investissement qui doit être suffisamment anticipée pour être correctement réalisée. Or, cette étape ne semble pas suffisamment préparée, d'autant qu'une réappropriation par les équipes de la cartographie des risques *a priori* du processus de traitement actuellement en place est déjà nécessaire, suite aux changements récents des membres en charge du système de management de la qualité et de la sécurité des soins.

Demande A9 : Je vous demande de repositionner l'analyse des risques *a priori* encourus par les patients liée au projet de développement du service de radiothérapie au cœur de la gestion du projet, en définissant clairement le temps alloué à l'équipe pluridisciplinaire dans la démarche, sachant d'un gros travail de réappropriation de l'analyse des risques *a priori* avait déjà été identifié comme nécessaire, tel que cela est rappelé au point A6 de la présente lettre. Vous m'indiquerez l'organisation retenue pour répondre à cette demande.

De la même manière, tout le travail de mise à jour documentaire que nécessite un tel projet de développement de l'activité ne semble pas avoir été clairement pré identifié dans la gestion du projet. Or, la réussite du projet et la maîtrise du risque associé passe par cette étape qui est elle aussi nécessite du temps et requière une participation collective, qui doit être anticipée. Les inspecteurs insistent d'autant sur ce sujet, que le service connaît déjà un retard dans la mise à jour du système documentaire, faisant l'objet d'une demande d'action corrective en point A2.

Demande A10 : Je vous demande d'intégrer à la gestion du projet toute la partie relative à la mise à jour documentaire qui sera nécessaire, notamment sur la base de l'analyse exhaustive des risques qui sera établie, l'ensemble du système documentaire devant être à jour et opérationnel en permanence.

Les inspecteurs ont noté qu'une physicienne récemment recrutée était en cours de formation, en prévision du projet de développement du service de radiothérapie. En revanche, le plan d'organisation de la physique médicale pour le service, actuellement intégré au plan du Centre François Baclesse, ne fait pas état du projet de développement et des besoins en ressources associés. Or, il s'agit bien du rôle du POPM de traduire les futurs besoins en physique médicale et dosimétristes dans le cadre de projets de développement, que ce soit en matière d'effectifs et d'organisation, en regard des différentes tâches qui leur incomberont dès la phase de réception de l'accélérateur jusqu'aux besoins en routine, qu'il s'agisse des contrôles de qualité des machines ou des plans de traitement.

Or, les équivalents temps plein définis actuellement dans le POPM ne prennent pas en compte les ressources humaines et organisationnelles nécessaires au regard de la montée en charge à venir des traitements réalisés en arcthérapie. Le POPM doit notamment permettre de dimensionner les besoins en physique médicale liés aux projets de développement des centres et d'identifier ainsi les éventuels écarts avec les ressources actuelles. Cette démarche s'articule étroitement avec l'analyse des risques *a priori* liée à la mise en œuvre d'une nouvelle technique.

Demande A11 : Je vous demande de compléter la partie du POPM qui vous incombe en identifiant les différentes tâches attendues à court et moyen terme pour la mise en service d'un deuxième accélérateur de nouvelle génération avec le déploiement progressif de l'arcthérapie. A l'instar de la projection de l'activité qui a pu être réalisée pour les manipulateurs en électroradiologie jusqu'à la mise en fonctionnement des deux accélérateurs de nouvelle génération, je vous demande d'identifier les besoins en ressources humaines et organisationnelles à court et moyen terme afin d'évaluer l'adéquation entre le dimensionnement futur et les ressources actuelles en matière d'équivalent temps plein en physique médicale et dosimétries. Vous me ferez parvenir la mise à jour de la partie du POPM qui vous concerne.

B. DEMANDES D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Sans objet

C. OBSERVATIONS

Sans objet

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.

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 et conformément à l'article R.596-5 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, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef de la division de Caen,

Signé par

Adrien MANCHON