

Bordeaux, le 08/10/2012

N/Réf. : CODEP-BDX-2010-051113

**Centre Hospitalier de Saintonge**  
**BP 326**  
**17 108 SAINTES**

**Objet :** Inspection n° INSNP-BDX-2012-0363 du 20 septembre 2012  
Radiothérapie externe

**Réf. :** [1] Décision de l'ASN n° 2008-DC-103 du 1<sup>er</sup> juillet 2008 homologuée par l'arrêté du 22 janvier 2009, fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie.  
[2] Arrêté du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants.  
[3] Lettre de suites CODEP-BDX-2011-016324 du 22 avril 2011 de l'inspection de l'ASN INSNP-BDX-2011-0248 du 4 avril 2011.  
[4] Guide de l'ASN n° 16 : Événements significatifs de radioprotection patient en radiothérapie (critère 2.1)

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) concernant le contrôle de la radioprotection prévu à l'article L. 592-21 du code de l'environnement, une inspection a eu lieu le 20 septembre 2012 dans le service de radiothérapie du centre hospitalier de Saintonge (Saintes).

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les principales demandes et observations qui résultent des constatations faites, à cette occasion, par les inspecteurs.

### **SYNTHÈSE DE L'INSPECTION**

L'inspection du 20 septembre 2012 visait à examiner les dispositions mises en œuvre par le centre hospitalier de Saintonge en vue de garantir la sécurité du traitement des patients en radiothérapie externe et de prévenir la survenue d'incidents.

Au cours de cette inspection, les inspecteurs se sont entretenus avec les acteurs concernés par la radioprotection des travailleurs et des patients : la directrice des soins du centre hospitalier de Saintonge, l'un des médecins radiothérapeutes, deux des trois personnes spécialisées en radiophysique médicale (PSRPM), la cadre de santé en charge du système de management et de sécurité des soins et des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) en poste au pupitre de commande des accélérateurs.

Dans un premier temps, les inspecteurs ont examiné les actions mises en œuvre par le centre pour respecter les exigences de la décision [1] fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie.

Dans un deuxième temps, l'inspection a porté, d'une part sur le management des ressources humaines et des ressources matérielles, l'organisation, la mise en œuvre des procédures de traitement des patients, en particulier lors de la mise en place des patients sous l'accélérateur et, d'autre part, sur les dispositions mises en place pour la déclaration, la gestion et l'analyse des dysfonctionnements et des événements significatifs dans le domaine de la radioprotection (ESR). Enfin, les inspecteurs ont procédé à un examen des dispositions mises en œuvre par le centre en matière de radioprotection des travailleurs.

L'inspection a montré que, globalement, une très grande partie des dispositions réglementaires de la décision [1] n'ont pas été mises en place ou ont été déclinées très partiellement par le centre alors que les échéances prévues par la réglementation sont largement dépassées.

Les inspecteurs ont tout particulièrement relevé qu'à l'exception du renforcement de l'équipe de radiophysique médicale, aucune des demandes de l'ASN consécutives à l'inspection du 4 avril 2011 [3] n'a été satisfaite.

Une des principales raisons de cette situation tient à l'absence d'implication de la direction de l'établissement dans la mise en place du système de management de la qualité destiné à assurer la qualité et la sécurité des soins des patients en radiothérapie. En particulier, les inspecteurs notent que les ressources en personnel et le soutien méthodologique à l'élaboration des analyses des risques sont très insuffisants.

L'établissement devra donc :

- établir la politique de qualité du service de radiothérapie et fixer les objectifs de qualité et le calendrier de mise en œuvre du système de management de la qualité ;
- désigner formellement le responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins en précisant, notamment, les moyens et le temps alloués à cette fonction ;
- compléter le système documentaire du service de radiothérapie en y intégrant un manuel qualité comportant les éléments prévus par la réglementation et en rédigeant les procédures et instructions manquantes ;
- formaliser les responsabilités, les autorités et les délégations de toutes les catégories de personnel et les communiquer aux agents du service de radiothérapie ;
- finaliser l'étude des risques *a priori* du processus clinique de radiothérapie ;
- mettre en place une formation à l'identification des situations indésirables ou des dysfonctionnements destinée au personnel directement impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients en radiothérapie ;
- mettre en place les processus de communication interne concernant le système de management de la qualité et de la sécurité des soins ;
- rédiger les procédures précisant les dispositions organisationnelles prises en matière de déclaration interne et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en radiothérapie ;
- apporter la justification que l'ensemble du personnel concerné a bénéficié d'une formation à la radioprotection des patients ;
- faire réaliser dans les meilleurs délais le contrôle technique externe de radioprotection du scanner de l'établissement ;
- mettre en place le double calcul des unités moniteur, la dosimétrie *in vivo* et l'utilisation du système de planification de la dosimétrie (TPS) pour les faisceaux d'électrons techniquement mesurables.

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

### **A.1. Engagement de la direction**

*« Article 3 de la décision [1] - La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie établit la politique de la qualité, fixe les objectifs de la qualité et le calendrier de mise en œuvre du système de management de la qualité. »*

Les inspecteurs de l'ASN ont relevé que la direction de l'établissement n'avait pas établi la politique de la qualité, ni fixé les objectifs de la qualité et le calendrier de mise en œuvre du système de management de la qualité et de la sécurité des soins.

L'ASN relève que cet écart avait déjà fait l'objet d'un constat lors de l'inspection du 4 avril 2011 et rappelle que la mise en œuvre de cette disposition aurait dû intervenir au plus tard le 25 mars 2010.

**Demande A1: L'ASN vous demande d'établir la politique de qualité du service de radiothérapie de l'établissement et de fixer les objectifs de la qualité et le calendrier de mise en œuvre du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. Vous transmettez à l'ASN une copie de la politique de qualité, des objectifs de la qualité et du calendrier de mise en œuvre du système de management.**

## A.2. Dispositions organisationnelles

« Article 4 de la décision [1] - La direction de l'établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie met à disposition du service de radiothérapie un responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. 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. »

Lors de l'inspection, il n'a pas été possible de présenter aux inspecteurs de l'ASN un document désignant formellement un responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins et précisant la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité, la responsabilité et le temps et les ressources nécessaires pour gérer le système en lien avec la direction de la qualité de l'établissement de santé.

Les inspecteurs ont également relevé que le temps alloué au cadre de santé responsable du système de management était notoirement insuffisant.

L'ASN relève que cet écart avait déjà fait l'objet d'un constat lors de l'inspection du 4 avril 2011 et rappelle que la mise en œuvre de cette disposition aurait du intervenir au plus tard le 25 mars 2010.

**Demande A2 :** L'ASN vous demande de désigner formellement le responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins en précisant, notamment, les moyens et le temps alloués à cette fonction. Vous transmettez à l'ASN une copie du document de désignation.

## A.3. Système documentaire

« Article 5 de la décision [1] - La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie veille à ce qu'un système documentaire soit établi. Il contient les documents suivants :

1. Un manuel de la qualité comprenant :

- a) La politique de la qualité ;
- b) Les exigences spécifiées à satisfaire ;
- c) Les objectifs de qualité ;
- d) Une description des processus et de leur interaction ;

2. Des procédures et des instructions de travail, et notamment celles mentionnées aux articles 6, 8 et 14 ci-après ;

[...] »

Les inspecteurs ont relevé que le manuel de qualité de l'établissement ne comportait pas les éléments 1.a, 1.b, 1.c et 1.d. susmentionnés

Par ailleurs, la liste des procédures et des instructions de travail est incomplète. En outre, certaines procédures existantes ne sont pas conformes à l'architecture documentaire de l'établissement.

Il est à noter que les dispositions relatives au système documentaire auraient du être mises en place au plus tard le 25 mars 2011.

**Demande A3 :** L'ASN vous demande de compléter le système documentaire de l'établissement en y intégrant un manuel qualité comportant les éléments mentionnés au point 1 de l'article 5 précité et en rédigeant les procédures et les instructions manquantes ou non conformes au système documentaire de l'établissement.

## A.4. Responsabilité du personnel

« Article 7 de la décision [1] - La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie 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 relevé que la formalisation des responsabilités, des autorités et des délégations n'était pas effectuée pour toutes les catégories de personnel, en particulier, les radiothérapeutes.

**Demande A4 :** L'ASN vous demande de formaliser les responsabilités, les autorités et les délégations de toutes les catégories de personnel et de les communiquer aux agents du service de radiothérapie. Vous transmettez à l'ASN une copie de ces documents.

### **A.5. Étude des risques *a priori***

*« Article 8 de la décision [1] – La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie 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. [...] »*

Lors de l'inspection, il a été présenté aux inspecteurs une étude de risques *a priori* à l'état de projet. Il s'agit du document déjà présenté aux inspecteurs lors de la l'inspection du 4 avril 2011. Le départ du gestionnaire des risques en poste à l'hôpital n'a pas permis d'avancer sur cette étude. Les inspecteurs relèvent qu'un nouveau gestionnaire des risques va être prochainement nommé.

Il convient de souligner que l'étude des risques du processus clinique de radiothérapie aurait du être réalisée au plus tard le 25 mars 2011.

**Demande A5 : L'ASN vous demande de finaliser la réalisation de l'étude des risques du processus clinique de radiothérapie. Dans cette optique, vous voudrez bien préciser les objectifs qui seront fixés au gestionnaire des risques de l'établissement en terme de soutien méthodologique. Vous transmettez à l'ASN une copie de l'étude des risques mise à jour.**

### **A.6. Formation à l'identification des situations indésirables ou des dysfonctionnements**

*« Article 13 de la décision [1] – La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie met en place une formation à l'intention de tout le personnel directement impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients en radiothérapie ou en curiethérapie lui permettant a minima d'identifier les situations indésirables ou les dysfonctionnements parmi les événements quotidiens et d'en faire une déclaration au sein de l'établissement. »*

Lors de l'inspection, il a été indiqué aux inspecteurs de l'ASN qu'aucune formation visant à identifier les situations indésirables ou les dysfonctionnements n'avait été mise en place à l'intention du personnel directement impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients en radiothérapie.

**Demande A6 : L'ASN vous demande de mettre en place une formation à l'identification des situations indésirables ou des dysfonctionnements destinée au personnel directement impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients en radiothérapie.**

### **A.7. Communication interne**

*« Article 13 de la décision [1] – La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie met en place des processus pour :*

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

*Elle communique en outre à tout le personnel directement impliqué dans la prise en charge thérapeutique des patients en radiothérapie externe ou en curiethérapie :*

- 4. l'importance à satisfaire les exigences obligatoires et volontaires ;*
- 5. la politique de la qualité qu'elle entend conduire ;*
- 6. les objectifs de la qualité qu'elle se fixe, dont l'échéancier de mise en œuvre du système de management de la qualité. »*

Lors de l'inspection, il n'a pas été possible de présenter aux inspecteurs la déclinaison des processus mis en place en matière de communication interne. La mise en place de ces processus aurait du intervenir au plus tard le 25 mars 2010.

**Demande A7 : L'ASN vous demande de mettre en place les processus de communication interne concernant le système de management de la qualité et de la sécurité des soins.**

## **A.8. Formalisation de l'organisation adoptée pour traiter les déclarations internes et améliorer la qualité et la sécurité des soins de radiothérapie**

« Article 14 de la décision [1] – La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe ou de curiethérapie veille en outre à ce que le système documentaire visé à l'article 5 comprenne des procédures précisant les dispositions organisationnelles prises avec les responsabilités associées permettant :

1. de gérer et de traiter les déclarations internes ;
2. d'interrompre ou d'annuler les soins qui ne satisfont pas aux exigences spécifiées ;
3. de reprendre des traitements interrompus ou annulés après s'être assuré que le problème a été éliminé ;
4. de réaliser des soins qui ne satisfont pas à toutes les exigences spécifiées après en avoir évalué les bénéfices et les risques. »

Les inspecteurs de l'ASN ont constaté que l'établissement n'a pas rédigé les procédures précitées. Il convient de souligner que ces procédures auraient dû être mises en place au plus tard le 25 mars 2011.

**Demande A8 :** L'ASN vous demande de rédiger les procédures précisant les dispositions organisationnelles prises en matière de déclaration interne et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en radiothérapie. Vous transmettez à l'ASN une copie de ces documents.

## **A.9. Formation à la radioprotection des patients**

« Article L. 1333-11 du code de la santé publique - Les professionnels pratiquant 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 et à la maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux doivent bénéficier, dans leur domaine de compétence, d'une formation théorique et pratique, initiale et continue, relative à la protection des personnes exposées à des fins médicales relevant, s'il y a lieu, des articles L. 6313-1 à L. 6313-11 du code du travail.

« Article 4 de l'arrêté [2] - Les professionnels mentionnés à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique doivent pouvoir bénéficier de la formation portant sur la radioprotection des patients dans un délai de cinq ans à la date de publication du présent arrêté<sup>1</sup>. »

Les inspecteurs de l'ASN ont relevé que deux radiothérapeutes n'avaient toujours pas bénéficié de la formation à la radioprotection des patients prévue par l'article L. 1333-11 précité. Il a toutefois été indiqué aux inspecteurs que cette formation interviendrait la semaine suivant l'inspection.

L'ASN relève que cet écart avait déjà fait l'objet d'un constat lors de l'inspection du 4 avril 2011 et rappelle que la mise en œuvre de cette disposition aurait dû intervenir au plus tard le 19 juin 2009.

**Demande A9 :** L'ASN vous demande d'apporter la justification que l'ensemble du personnel concerné a bénéficié d'une formation à la radioprotection des patients et de lui faire parvenir une copie des attestations de participation des personnels n'étaient pas à jour de cette formation lors de l'inspection.

## **A.10. Plan d'organisation de la radiophysique médicale (POPM)**

« Article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004 – 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, 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 du présent arrêté. 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. 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.

---

<sup>1</sup> Journal officiel du 19 juin 2004

*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. 1333-17 du code de la santé publique. »*

Vous avez défini et mis en œuvre une organisation de la radiophysique médicale. Cette organisation est formalisée dans un POPM signé par le chef d'établissement. Toutefois, ce document n'est pas à jour des effectifs actuels du service, notamment les MERM et devra être complété par la définition des tâches effectuées en radiophysique médicale en cas de présence d'une seule PSRPM.

**Demande A10 :** L'ASN vous demande de compléter et de mettre à jour le plan d'organisation de la radiophysique médicale. Vous transmettez à l'ASN une copie de ce document.

#### **A.11. Déclaration d'événements significatifs dans le domaine de la radioprotection**

*« Article L. 1333-3 du code de la santé publique - La personne responsable d'une des activités mentionnées à l'article L. 1333-1 est tenue de déclarer sans délai à l'Autorité de sûreté nucléaire et au représentant de l'État dans le département tout incident ou accident susceptible de porter atteinte à la santé des personnes par exposition aux rayonnements ionisants. »*

Lors de l'examen du registre des déclarations internes, les inspecteurs ont relevé que deux événements survenus respectivement les 20 janvier 2012 (centrage erroné) et 24 janvier 2012 (volume à traiter erroné) semblaient devoir faire l'objet d'une déclaration à l'ASN.

**Demande A11 :** L'ASN vous demande vous prononcer sur l'opportunité de déclarer les événements susmentionnés en application des critères figurant dans le guide [4].

#### **A.12. Organisation de la radioprotection des travailleurs**

*« Article R. 4451-114 du code du travail – L'employeur met à la disposition de la personne compétente et, lorsqu'il existe, du service compétent en radioprotection les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Il s'assure que l'organisation de l'établissement leur permet d'exercer leurs missions en toute indépendance, notamment vis-à-vis des services de production. Lorsque l'employeur désigne plusieurs personnes compétentes, il précise l'étendue de leurs responsabilités respectives. »*

Vous avez désigné une personne compétente en radioprotection (PCR) pour l'ensemble des services utilisant les rayonnements ionisants. Le temps alloué à la PCR pour l'exercice de ses missions est de 0,39 ETP (équivalent temps plein). Les moyens, notamment les appareils de mesures, sont mutualisés avec l'hôpital de Saint Jean d'Angely. Par ailleurs, certaines missions de la PCR sont déléguées à des contributeurs exerçant une activité dans les services. Toutefois, vous n'avez pas défini l'organisation de la radioprotection dans un document.

**Demande A12 :** L'ASN vous demande de définir l'organisation de la radioprotection des travailleurs dans un document. Vous vérifierez que le temps alloué à la PCR est suffisant pour assurer ses missions. Vous transmettez à l'ASN une copie de la note d'organisation de la radioprotection.

#### **A.13. Contrôles techniques de radioprotection**

*« Article R. 4451-32 du code du travail – Indépendamment des contrôles réalisés en application de l'article R. 4451-31, l'employeur fait procéder périodiquement, par un organisme agréé mentionné à l'article R. 1333-95 du code de la santé publique ou par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, aux contrôles des sources et des appareils émetteurs de rayonnements ionisants mentionnés au 4° de l'article R. 4451-29 et aux contrôles d'ambiance mentionnés à l'article R. 4451-30. »*

Les inspecteurs de l'ASN ont relevé que le dernier rapport de l'organisme agréé réalisant le contrôle technique externe de radioprotection du scanner partagé datait du mois d'avril 2011. Par conséquent, la périodicité annuelle de ce contrôle n'est pas respectée.

**Demande A13 :** L'ASN vous demande de faire réaliser dans les meilleurs délais le contrôle technique externe de radioprotection du scanner de l'établissement et de lui transmettre le rapport de ce contrôle. Vous préciserez les dispositions retenues pour prévenir le renouvellement de cet écart.

## **B. Compléments d'information**

### **B.1. Critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe**

*INCa – Critères d'agréments pour la pratique de la radiothérapie externe - Dans tout établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer par la modalité de radiothérapie, prévue à l'article R. 6123-87 du code de la santé publique, les critères suivants de qualité de la prise en charge sont respectés : [...]*

*12) une vérification du nombre des unités moniteur est effectuée par un deuxième système de calcul pour chaque faisceau avant traitement ; [...]*

*15) une dosimétrie in vivo est effectuée, pour chaque faisceau techniquement mesurable, lors de la première ou de la deuxième séance d'irradiation, ainsi qu'à chacune des modifications du traitement.*

Les inspecteurs de l'ASN ont relevé que le double calcul des unités moniteur et la dosimétrie in vivo des faisceaux d'électrons techniquement mesurables n'ont pas été mis en place dans la structure. Les inspecteurs ont également observé que le système de planification de traitement (TPS) n'était pas opérationnel pour les faisceaux d'électrons.

L'ASN relève que certains de ces écarts avaient déjà fait l'objet d'un constat lors de l'inspection du 4 avril 2011 et rappelle que la mise en œuvre de ces dispositions aurait dû intervenir au plus tard en mai 2011.

**Demande B1: L'ASN vous demande mettre en place le double calcul des unités moniteur, la dosimétrie *in vivo* et l'utilisation du TPS pour les faisceaux d'électrons.**

## **C. Observations**

### **C.1. Présence d'un radiothérapeute ou d'un radiophysicien médical lors de la séance de mise en place d'un patient**

Une procédure devra être rédigée afin de formaliser les situations où la présence d'un radiothérapeute et/ou d'un radiophysicien médical est impérative lors de la séance de mise en place d'un patient sous l'appareil de traitement.

### **C.2. Formation des personnels à l'analyse des risques**

Les personnels en charge de l'étude des risques *a priori* et de l'analyse des causes des événements internes et des événements significatifs dans le domaine de la radioprotection, en particulier le responsable opérationnel du système de management, devront être formés aux méthodologies d'analyse des risques *a priori* et *a posteriori*.

### **C.3. Procédure de définition des urgences en radiothérapie externe**

Une procédure devra être rédigée afin de formaliser les situations de traitement en urgence des patients.

### **C.4. Définition et enregistrement des formations des nouveaux personnels**

Une procédure définissant les formations nécessaires aux nouveaux personnels, notamment les MERM et les PSRPM, devra être formalisée et mise en œuvre. Par ailleurs, la réalisation des formations des nouveaux personnels et les habilitations devront être enregistrées dans un document.

\* \* \*

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

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

**Le chef de la division de Bordeaux**

Signé par

**Anne-Cécile RIGAIL**

