

Lyon, le 16 mars 2020

Réf. : CODEP-LYO-2020-021737

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Roanne
28, rue de Charlieu
42328 ROANNE Cedex

Objet : Inspection n° INSNP-LYO-2020-0571 du 25 février 2020
Thème : Radioprotection en radiothérapie externe
Installation de radiothérapie externe du CH de Roanne (M420021)

Références :

Code de l'environnement, notamment ses articles L.592-19 et suivants
Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29, L. 1333-30 et R.1333-98
Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.

Monsieur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en références, concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 25 février 2020 dans le service de radiothérapie externe du Centre de radiothérapie du CH de Roanne.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les principales demandes et observations qui en résultent.

Synthèse de l'inspection

L'inspection du 25 février 2020 de l'installation de radiothérapie externe du CH de Roanne (42) visait à vérifier le respect de la réglementation en matière de radioprotection des patients. Les inspecteurs ont examiné par sondage les dispositions prises dans le cadre de la gestion des risques encourus par les patients et de la mise en œuvre des obligations réglementaires d'assurance de la qualité en. Ils ont rencontré les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients y compris lors de la préparation du plan de traitement.

Les inspecteurs ont constaté que les obligations réglementaires d'assurance de la qualité en radiothérapie externe sont en grande partie mises en œuvre. Toutefois, l'équipe devra objectiver de manière plus rigoureuse sa maîtrise des risques au moyen de l'étude des risques *a priori* qui doit être révisée. Pour cela, les moyens opérationnels visant au suivi du système de management de la qualité et de la sécurité des soins sont à consolider. L'équipe devra de plus veiller à s'organiser pour une gestion de ses projets rigoureuse associée à une analyse des prérequis et des risques à anticiper.

Demandes d'actions correctives

Radioprotection des patients

Mise en œuvre de l'étude des risques a priori et du plan d'actions associé

Selon l'article 5 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie, 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 et contienne notamment une étude des risques encourus par les patients au cours du processus clinique de radiothérapie.

Selon l'article 8 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008 susmentionnée, l'étude des risques encourus par les patients comprend une appréciation des risques et les dispositions prises pour réduire les risques jugés non acceptables. 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* ». De plus, la direction veille également à ce que soient élaborés, à partir de l'étude des risques, des « *procédures afin d'assurer que la dose délivrée, le volume traité et les organes irradiés ou protégés sont conformes à ceux de la prescription médicale* » et des « *modes opératoires permettant l'utilisation correcte des équipements* ».

Les inspecteurs ont constaté que l'analyse des risques n'avait pas été finalisée bien que quelques étapes à risque liées à la réalisation d'une nouvelle technique ont été mentionnées. Les inspecteurs ont en effet relevé que les items mentionnés dans la colonne « *plan d'action* » étaient identiques à ceux mentionnés en 2016 et 2017 hormis quelques actions en suppléments. Les inspecteurs constatent qu'en l'état actuel, cette analyse ne reflète pas la mise en œuvre des actions de maîtrise du risque identifiées depuis 2016. Ils relèvent par ailleurs que la criticité résiduelle reste à calculer en prenant en compte la gravité et la fréquence estimée du fait de la mise en œuvre des actions prévues dans la colonne « *plan d'action* ». Les inspecteurs observent que la lisibilité de la maîtrise du risque et le suivi de la criticité résiduelle seraient facilités en différenciant les barrières de prévention (empêchant la survenue de l'erreur), les barrières de récupération (l'erreur est commise mais récupérée ou détectée avant d'avoir des conséquences) et les barrières d'atténuation des effets (limitant les conséquences de l'erreur). De plus, la révision de l'analyse devra prendre en compte la mise en œuvre, en cours, du traitement du cancer du sein en « *gating* ». Les inspecteurs ont également relevé que les actions d'améliorations mises en œuvre dans le cadre de la gestion des risques *a posteriori* doivent être intégrées.

A-1 En application des articles 6 et 8 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008, je vous demande de réviser votre analyse de risques *a priori* en prenant notamment en compte les éléments susmentionnés. Vous veillerez à solliciter l'avis de tous les corps de métiers impliqués dans la prise en charge des patients. Vous communiquerez à la division de Lyon de l'ASN les modalités retenues pour conduire cette analyse et le cas échéant le plan d'actions associé avec un échéancier.

Enregistrements résultant de l'analyse des déclarations internes

Selon l'article 15 de la décision n°2008-DC-0103 susmentionnée relatif aux enregistrements résultant de l'analyse des déclarations internes, pour chaque déclaration interne analysée, « *le nom des personnes ayant participé à l'évaluation, à la proposition d'actions d'amélioration et à la décision de leur planification, l'identification des causes possibles et la justification de celles non retenues, la nature des actions d'amélioration proposées avec leur date de réalisation, le nom des personnes désignées pour assurer la mise en œuvre et le suivi de ces actions ainsi que l'enregistrement de leur réalisation doivent a minima être enregistrés* ».

Les inspecteurs ont noté que l'équipe utilise la grille d'analyse ALARM. Ils ont constaté que les enregistrements résultant de l'analyse des déclarations internes sont perfectibles. L'identification des causes possibles et la justification de celles non retenues ne sont pas toujours bien étayées dans les rapports d'analyse. C'est par exemple le cas de l'analyse de l'évènement n°151 relatif à des items d'une check-list non

renseignés. Ils relèvent que les champs liés aux facteurs « environnement de travail » et « organisation » portent la mention « aucun ». Ils ont noté pendant l'inspection un problème d'accessibilité de la check-list au moment de renseigner certains items. Il leur a été indiqué que toutes les discussions relatives à l'analyse d'un évènement n'étaient pas reportées sur le compte rendu d'analyse. De plus, les rapports d'analyse comportent le nom du pilote de l'analyse mais uniquement la catégorie professionnelle des agents contactés pour la recherche d'information. De même, le nom des personnes désignées pour assurer la mise en œuvre des actions d'amélioration n'est pas mentionné, seul figure dans le tableau de suivi des actions correctives de la synthèse du comité de retour d'expérience, la catégorie professionnelle des agents concernés. Par ailleurs, ils ont relevé que le dosimétriste était très rarement présent lors des réunions CREX de 2019.

A-2 En application de l'article 15 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008, je vous demande de veiller à ce que les enregistrements résultant de l'analyse des déclarations internes soient conformes à l'article 15. En fonction des sujets traités, vous veillerez à associer également le dosimétriste.

Responsabilité opérationnelle du système de management de la qualité et de la sécurité des soins

Selon l'article 4 de la décision n°2008-DC-0103 susmentionnée relatif aux dispositions organisationnelles, la direction de l'établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie externe met à disposition du service de radiothérapie un responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, celui-ci doit notamment 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 qu'un manipulateur en électroradiologie médicale (MER) à un temps dédié à la responsabilité opérationnelle du système de management de la qualité et de la sécurité des soins (30% en ETP selon le descriptif du poste mis à jour le 30 janvier 2018 et le manuel qualité version 5 de janvier 2020), le reste de son temps étant dévolu à des missions de coordination (à hauteur de 20%) et aux missions habituelles d'un manipulateur en électroradiologie médicale en radiothérapie (à hauteur de 50%). Les inspecteurs ont noté positivement que cette personne avait suivi fin 2019 une formation adaptée à la responsabilité qualité en radiothérapie. Toutefois, ils ont relevé qu'elle est sollicitée sur son temps dédié à la responsabilité opérationnelle du système de management de la qualité et de la sécurité des soins pour pallier depuis plusieurs mois à une diminution de l'effectif des manipulateurs. Les inspecteurs ont également relevé qu'une personne du service qualité assiste aux réunions mensuelles du comité de retour d'expérience mais qu'il n'y a pas de temps défini pour l'appui du service qualité.

A-3 En application de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008, je vous demande de veiller à ce que les moyens mis en place pour assurer la responsabilité opérationnelle du système de management de la qualité et de la sécurité des soins soient appropriés et effectifs.

Organisation de la physique médicale (POPM)

En application de l'article 6 de l'arrêté modifié du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale, un physicien médical est présent dans le centre de radiothérapie externe pendant toute la durée de l'application des traitements aux patients. Le chef d'établissement arrête un plan décrivant l'organisation de la physique médicale (POPM) au sein de l'établissement (article 7 de l'arrêté susmentionné). Les missions de ces professionnels sont précisées par le code de la santé publique (articles L.4251-1 et R1333-59) et par l'arrêté du 19 novembre 2004 susmentionné jusqu'à la parution du décret prévu par la réglementation (article L.4251-1 du code de la santé publique, article 38, alinéa I du décret n° 2018-434 du 4 juin 2018 portant diverses dispositions en matière nucléaire).

Les inspecteurs ont relevé que l'organisation de la physique médicale repose sur la présence de deux physiciens et d'un dosimétriste. Ils relèvent que le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) prévoit en temps normal, lors de périodes de congés ou de formations, la présence d'au moins un physicien sur les deux avec des horaires qui couvrent l'ensemble de la plage horaire des traitements. Toutefois, ils notent que le POPM prévoit des situations d'absence sur site des deux physiciens avec la possibilité, si l'absence est inférieure ou égale à 48h, qu'un physicien puisse assurer une veille de radiophysique par téléphone.

A-4 En application de l'article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004 susmentionné et des articles 5 et 6 de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1^{er} juillet 2008 susmentionnée, je vous demande de veiller à ce que l'organisation de la physique médicale soit en toutes circonstances conforme à la réglementation, hors situations de crise sanitaire nationale avec les éventuelles mesures dérogatoires ou recommandations associées. En cas de prestation en physique médicale extérieure à l'établissement, vous veillerez à formaliser les modalités d'intervention en vous référant au guide n°20 de l'ASN pour la rédaction d'un POPM élaboré en collaboration avec la Société Française de Physique Médicale (notamment son paragraphe 3.6.6 et ses annexes 1 et 2)

Formation à la radioprotection des patients

En application du code de la santé publique (article L.1333-19, alinéa II), « *les professionnels pratiquant des actes [...] de radiothérapie [...] à des fins de [...] prise en charge thérapeutique [...] exposant les personnes à des rayonnements ionisants et les professionnels participant à la réalisation de ces actes et au contrôle de réception et de performance des dispositifs médicaux doivent bénéficier, dans leur domaine de compétence, d'une formation théorique et pratique relative à l'exercice pratique et à la protection des personnes exposées à des fins médicales* ». De plus, selon l'article R.1333-68, alinéa IV, tous les professionnels justifiant des compétences requises pour réaliser des actes utilisant des rayonnements ionisants bénéficient de la formation continue à la radioprotection des patients définie au II de l'article R.1333-69.

La finalité, les objectifs et les modalités la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales sont précisés par les décisions de l'ASN (arrêté du 27 septembre 2019 portant homologation de la décision n° 2019-DC-0669 de l'ASN du 11 juin 2019 modifiant la décision n° 2017-DC-0585 du 14 mars 2017 relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales).

De plus, des guides de formation destinés à définir, pour chaque profession ou domaine d'activité, les objectifs, les programmes, les méthodes pédagogiques, les modalités d'évaluation et la durée de la formation sont préparés par les professionnels sur la base des orientations proposées par l'ASN puis approuvés par l'ASN qui en assure la publication sur son site internet.

Selon l'article 13 de la décision n° 2017-DC-0585 (version consolidée disponible sur le site internet de l'ASN), les professionnels qui ne possèdent pas une attestation valide à la date d'entrée en vigueur de la présente décision, doivent désormais suivre une formation conforme à la décision et obtenir une attestation dans un délai d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de décision n° 2017-DC-0585 du 14 mars 2017.

D'autre part, selon l'article 15 de la décision n° 2017-DC-0585 (version consolidée), les guides professionnels sont désormais applicables au plus tard six mois après la date de leur approbation par l'ASN.

Le guide destiné à la formation des professionnels de la radiothérapie externe et de la curiethérapie (oncologues radiothérapeutes, physiciens médicaux et manipulateurs en radiothérapie) a été publié le 20/09/2018 (<https://www.asn.fr/Professionnels/Activites-medicales/Guides-professionnels-de-formation-continue-a-la-radioprotection/Guide-pratique-destine-a-la-radioprotection-des-patients>). Le guide pratique destiné aux professionnels réalisant l'installation et la maintenance des dispositifs médicaux a été publié le 20/01/2020 (<https://www.asn.fr/Professionnels/Activites-medicales/Guides-professionnels-de-formation-continue-a-la-radioprotection/Guide-pratique-destine-aux-professionnels-realisant-l-installation-et-la-maintenance-des-dispositifs-medicaux>).

Les inspecteurs ont noté que les professionnels avaient suivi un renouvellement de la formation pour la plupart en 2017. Ils ont par ailleurs noté que les deux techniciens biomédicaux, sollicités en cas de panne pour des interventions de premier niveau, n'avaient pas suivi cette formation.

A-5 En application du code de la santé publique (article L.1333-19, alinéa II, article R.1333-68, alinéa IV, article R.1333-69) et de la décision modifiée n° 2017-DC-n°0585 de l'ASN du 14 mars 2017, je vous demande d'organiser la formation à la radioprotection des patients des deux techniciens biomédicaux susmentionnés.

B – Demandes d'informations complémentaires

Radioprotection des patients

Evolution de l'effectif de l'équipe au regard de l'activité et des projets envisagés à moyen terme

Les inspecteurs ont noté que l'effectif de MERs allait prochainement revenir à la normale (un recrutement à partir de mi-mars 2020 pour pallier au départ d'un MER et un retour de congés maternité début juin 2020). Ils ont également noté un probable changement au niveau de l'équipe de radiothérapeutes et le besoin d'un renfort en physique dans le cadre de la mise en œuvre de nouveaux projets. D'autre part, ils ont noté que l'organisation actuelle permet la prise en charge, en supplément, d'un certain nombre de patients provenant d'un autre centre jusqu'en juin 2020 et ce jusqu'à une certaine limite. Au-delà, il a été indiqué aux inspecteurs qu'un « renfort sera nécessaire surtout en manipulateurs et peut-être en physique ».

B-1 Je vous demande de tenir informée la division de Lyon de l'ASN de l'évolution des effectifs de l'équipe (MERS, radiothérapeutes et physiciens) au regard de l'activité des prochains mois, y compris en été, et au regard de l'échéancier retenu pour mettre en œuvre vos projets.

Les inspecteurs ont noté que le service était amené à prendre en charge des patients certains samedis notamment lorsqu'une semaine comporte des jours fériés. Ils ont noté que la présence des professionnels étaient assurée y compris celle d'un physicien. Toutefois, en consultant le planning de l'équipe de physique médicale pour le mois d'avril ou le mois de mai prochains, cette organisation n'apparaît pas.

B-2 Je vous demande de confirmer à la division de Lyon de l'ASN, le respect de la présence des professionnels selon les critères d'agrément de l'INCa en cas de prise en charge de patients sur des plages de traitement inhabituelles.

Radioprotection des travailleurs

En application de l'arrêté du 21 mai 2010 portant homologation de la décision n° 2010-DC-0175 de l'ASN du 4 février 2010 précisant les modalités techniques et les périodicités des contrôles techniques de radioprotection externe des sources et appareils émetteurs de rayonnements ionisants et les contrôles techniques d'ambiance sont effectués selon les modalités fixées à l'annexe 1. Ces contrôles permettent par exemple de vérifier l'efficacité des dispositifs de protection collective contre les rayonnements ionisants. Ils sont notamment réalisés de manière annuelle en externe par un organisme agréé.

Les inspecteurs ont constaté que le rapport de vérification périodique d'un des deux accélérateurs (Saturne) montre que les locaux situés au-dessus n'ont pas été contrôlés (mentions EFS non localisable et stockage non accessible). Par ailleurs, la nature des locaux situés au-dessus du scanner ne sont pas mentionnés sur le rapport.

B-3 Je vous demande de confirmer à la division de Lyon de l'ASN, la nature des locaux situés au-dessus des locaux du scanner et de l'accélérateur Saturne. En cas de possible exposition de travailleurs, vous veillerez à ce que les contrôles soient également réalisés à ce niveau.

Les inspecteurs ont constaté que les rapports de vérification périodique indiquent que les boutons d'arrêt d'urgences des accélérateurs et du scanner de simulation n'ont pas été vérifiés.

B-4 Je vous demande de communiquer à la division de Lyon de l'ASN les modalités de contrôles du bon fonctionnement des boutons d'arrêt d'urgence

C – Observations

C-1 Suivi administratif

Les inspecteurs ont noté que les sources radioactives scellées actuellement détenues n'étaient plus utilisées et qu'elles allaient être reprises par un fournisseur habilité en application de l'article R.1333-161 alinéa II du code de la santé publique.

Les inspecteurs vous rappellent qu'une demande de modification de l'autorisation sera à déposer auprès de la division de Lyon de l'ASN selon les modalités habituelles (article R. 1333-137 du code de la santé publique).

C-2 Gestion de projet et maîtrise des changements

Les inspecteurs attirent l'attention de la direction et de l'équipe sur les dispositions de la décision n° 2008-DC-0103 de l'ASN du 1er juillet 2008 à appliquer en toutes circonstances y compris lors de la mise en œuvre de nouvelles techniques de traitement. La direction d'un établissement de santé exerçant une activité de soins de radiothérapie doit

- veiller à ce qu'un système documentaire soit établi. Il contient notamment une étude des risques encourus par les patients au cours du processus clinique (article 5 de la décision). 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 (article 8 de la décision),
- veiller 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. Le système documentaire doit être revu avec une périodicité régulière pour vérifier son adéquation à la pratique (article 6 de la décision).

De plus, le Groupe Permanent d'Experts en radioprotection des professionnels de santé, du public et des patients, pour les applications médicales et médico-légales des rayonnements ionisants (GPMED) a publié en novembre 2014 ses recommandations sur les conditions de mise en œuvre des « *nouvelles techniques et pratiques* » en radiothérapie. Dans son rapport, le GPMED préconise qu'une « *organisation rigoureuse et robuste en terme de gestion de projet doit être établie afin de garantir le succès de l'implémentation de toute nouvelle technique. En effet, l'équilibre d'un service est souvent rompu lors de la mise en place d'une nouvelle technique ou pratique. La gestion de projet consiste en la maîtrise des coûts, des délais, de la qualité, des risques et de la formation des personnels.* »

Il a été déclaré en inspection que le centre envisage de modifier son installation et d'implémenter une nouvelle technique thérapeutique avec des traitements par stéréotaxie.

L'attention du centre est attirée sur les points suivants :

- l'étude des risques devra être complétée pour intégrer les périodes intermédiaires de fonctionnement avec un seul accélérateur lors de la modification de l'installation et la mise en place de la technique de stéréotaxie ;
- un pilote de projet devra être désigné ;

-une planification structurée des projets devra être élaborée, avec l'identification des prérequis rigoureuse.

Il est rappelé que si ces changements s'avèrent inévitables pour faire face aux évolutions techniques et aux progrès scientifiques, toute modification peut avoir un impact direct ou indirect sur la qualité des traitements par radiothérapie. La démarche de gestion des risques *a priori* doit être utilisée pour évaluer la maîtrise des changements proposés et le niveau d'effort à fournir.

De plus, une évaluation du changement devra être réalisée dès sa mise en œuvre et ce, afin de s'assurer que les objectifs attendus sont atteints et qu'il n'existe pas d'impact négatif sur la qualité des traitements.

Le projet devra faire l'objet d'une autorisation ou d'une approbation par les personnes responsables ou le personnel compétent en la matière, dans le cadre du système qualité mis en place par le centre.

Afin de mieux gérer la période transitoire relative à l'évolution de l'installation et des techniques proposées (traitements en conditions stéréotaxiques) et afin d'évaluer les besoins en termes de gestion des compétences et des ressources nécessaires à leur bon déroulement et déploiement, il vous est recommandé de formaliser la gestion des projets et des changements dans le cadre de votre système qualité et en lien avec l'étude des risques *a priori*.

C-3 *Suivi de la mise en œuvre de l'assurance qualité et de la gestion des risques*

Les inspecteurs ont constaté qu'une démarche d'audits internes est en place. Toutefois, celle-ci reste à compléter de manière pérenne par des revues de direction. Ils ont noté qu'une première revue avait été organisée en préparation de l'inspection et que l'équipe souhaite mettre en place une revue de manière annuelle. Les inspecteurs observent que les modalités de mise en œuvre des revues de direction seront à formaliser.

C-4 *Analyse approfondie d'événements et démarche de retour d'expérience*

Les inspecteurs ont relevé que certains mois, il n'y avait pas de déclarations en interne. Ils ont noté que nouvelle campagne de sensibilisation à la déclaration interne des dysfonctionnements ou des situations indésirables allait être conduite

De plus, en complément de la demande formulée en A-2, les inspecteurs vous invitent à consulter les documents suivants :

[a] Guide de la HAS, novembre 2016, « *Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins* »

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2724327/fr/cadre-general-d-evaluation-des-demarches-d-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins

[b] Les cahiers de la sécurité industrielle de l'Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI), n°2014-04, « *FSOH : l'analyse approfondie d'évènement* »

<http://www.icsi-eu.org/fr/les-cahiers-de-la-securite-industrielle-icsi.p306.html>

[c] Le guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients

<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/>

C-5 En complément de la demande formulée en B-1 et de l'observation formulée en C-2, les inspecteurs rappellent que, parmi les critères de qualité de la prise en charge en radiothérapie établis par l'Institut national du cancer (critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe), deux portent sur la formation des professionnels. Le critère d'agrément n°7 prévoit qu'un plan de formation pluriannuel incluant la formation à l'utilisation des équipements soit mis en place pour tous les professionnels des équipes de radiothérapie. Le critère d'agrément n°8 prévoit que le centre de radiothérapie tienne à jour la liste des personnels formés à l'utilisation de ses appareils de radiothérapie. Ces critères sont à prendre en compte dans le cadre de vos projets mais également en cas d'intervention en radiothérapie de MERs habituellement affectés en radiologie comme cela a été signalé aux inspecteurs.

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, 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, l'assurance de ma considération distinguée.

L'adjoint au chef de la division de Lyon de l'ASN,

SIGNÉ

Laurent ALBERT