

**Référence courrier :**  
CODEP-LYO-2023-052586

**Centre de lutte contre le cancer Jean PERRIN**  
**58, Rue Montalembert**  
**63011 Clermont-Ferrand**

Lyon, le 9 octobre 2023

- Objet :** Contrôle de la radioprotection  
Lettre de suite de l'inspection des 6 et 7 septembre 2023 sur le thème de la radioprotection des patients dans le domaine de la radiothérapie externe
- N° dossier :** Inspection n° INSNP-LYO-2023-0481 / N° SIGIS : M630025  
(à rappeler dans toute correspondance)
- Références :** [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.  
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-30 et R. 1333-166.  
[3] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie

Madame la directrice générale,

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 externe du centre Jean Perrin (CJP) a eu lieu les 6 et 7 septembre 2023.

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.

## SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection des 6 et 7 septembre 2023 avait pour objectif principal d'examiner le respect des dispositions réglementaires de radioprotection des patients. Pour cela, les inspecteurs ont examiné la mise en œuvre des obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique au travers de la consultation du système documentaire et d'entretiens avec les professionnels du service.

Les inspecteurs ont également abordé l'obligation réglementaire relative au suivi individuel renforcé des travailleurs du service et visité une partie des locaux du service.

L'inspection a permis ainsi de prendre connaissance des évolutions au sein du service de radiothérapie, ainsi que des projets en termes de prise en charge thérapeutique, depuis la précédente inspection datant de juillet 2019.



Les inspecteurs ont relevé positivement l'existence de réunions permettant de maintenir une bonne communication au sein de l'équipe, notamment dans un contexte où la partie de l'équipe en charge du scanner dosimétrique est localisée à un étage différent du reste du service depuis fin 2021. Ils ont toutefois constaté que les moyens humains dédiés à l'animation et à la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité restent fluctuants et globalement insuffisants, en raison notamment d'absence de certains professionnels ou d'évolution des postes et au regard des projets de mise en œuvre de nouvelles techniques ou de prise en charge de nouvelles pathologies. Les demandes formulées ci-après découlent de ses principaux constats.

Enfin, l'établissement devra veiller à ce que le retard pris pour le suivi individuel renforcé des travailleurs classés du service soit résorbé dans les meilleurs délais.

## **I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT**

Pas de demande à traiter prioritairement.

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **Radioprotection des patients**

Selon l'article R.1333-70 du code de la santé publique, « le système d'assurance de la qualité prévu à l'article L.1333-19 correspond à l'ensemble des actions qui vise à garantir la qualité et la sécurité des actes médicaux utilisant des rayonnements ionisants à visée diagnostique ou thérapeutique ».

En application de cet article, la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 fixe les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique.

### **Suivi des moyens dédiés à la mise en œuvre du système de gestion de la qualité**

L'article 4 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 prévoit que le système de gestion de la qualité et le programme d'action visant à l'amélioration de la prévention et de la maîtrise des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants pour le patient soient mis en œuvre par les membres d'une équipe associant toutes les composantes professionnelles, composée, notamment, de personnel médical, paramédical, technique et administratif, qui bénéficie des moyens nécessaires. De plus, l'animation et la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité sont confiées à 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.

Les inspecteurs ont constaté que l'animation et la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité sont confiées à deux manipulateurs, désignés responsables opérationnels du système de management de la qualité à hauteur pour chacun de 0,5 équivalent temps plein (ETP), l'autre mi-temps étant dévolu à d'autres missions. Ils ont noté que le temps dédié à cette mission est effectivement bien identifié et réservé pour l'une de ces personnes. Pour le deuxième manipulateur, le temps de travail prévu pour cette mission n'est pas effectif.

Il s'en suit que les missions de responsable opérationnel de la qualité ne sont pas toutes prise en charge et que des actions décidées dans le cadre du plan d'action d'amélioration de la qualité prennent du retard, faute de temps.

Par ailleurs, les inspecteurs ont relevé que les lettres de désignation sont identiques pour les deux personnes ce qui ne permet de définir qui assume la responsabilité des missions et de l'avancement du plan d'action.

L'existence d'un renfort sur ces missions par deux personnes « ressources » de la direction qualité de l'établissement a été évoquée comme n'étant plus actuellement en place.

**Demande II.1 : confirmer à la division de Lyon de l'ASN les moyens dédiés à l'animation et à la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité et, le cas échéant, en cas d'évolution, transmettre les documents de désignation du ou des responsables opérationnels de la qualité.**

#### Formalisation du processus à suivre pour maîtriser tout changement planifié

Le système de gestion de la qualité doit décrire 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 (article 8, alinéa I de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN susmentionnée).

Les inspecteurs ont relevé que le service a formalisé le processus à suivre pour maîtriser certains changements (appropriation d'un changement matériel ou technique). Le document formalisant ce processus est très peu détaillé et ne répond pas aux exigences de l'article 8 de la décision n° 2021-DC-0708.

Les inspecteurs ont également noté qu'une procédure relative à la conduite de changements au niveau institutionnel est en cours de finalisation et qu'a priori ce document couvrirait des aspects tels que des changements planifiés de locaux.

**Demande II.2 : mettre en conformité la description du 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, en prenant en compte l'ensemble de l'article 8 susmentionné (alinéa I et II). Communiquer à la division de Lyon de l'ASN, la copie des documents afférents.**

L'alinéa II du même article prévoit que l'incidence sur la sécurité de prise en charge des patients de tout changement planifié soit évaluée dans le cadre d'une analyse des risques *a priori*.

Les inspecteurs ont noté l'existence de plusieurs projets d'évolutions des pratiques thérapeutiques dont certains sont prévus pour l'année 2023. Ils ont constaté que l'analyse des risques *a priori* avait été formalisée dans le cadre de la prise en charge de deux nouvelles localisations en radiothérapie stéréotaxiques, ce qui ne couvre pas l'ensemble des projets prévus dans les prochains mois.

**Demande II.3 : communiquer à la division de Lyon de l'ASN, l'échéancier d'évaluation de l'incidence sur la sécurité de prise en charge des patients de tout changement planifié en 2023 ou début 2024.**

L'alinéa II du même article prévoit que 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

Les inspecteurs ont relevé sur la liste des documents utilisés pour le scanner dosimétrique, remplacé fin 2021, des documents mentionnés en version 1 et datés de 2023 (MO/2023/0027 ; MO/2023/0028 par exemple datés du 07/06/2023) ou pour d'autres documents des références qui indiquent un retard pour l'actualisation (PR/2014/0135 v3 du 24/05/2019 ; PR/2014/0134 v2 du 14/11/2022).

Ils ont également relevé que le protocole médical PM/2003/0006 relatif à la prise en charge en radiothérapie stéréotaxique d'une nouvelle pathologie était validé depuis le mois de juin 2023 et que le protocole de physique médical associé était en cours de finalisation alors même que les traitements de cette pathologie ont débuté en début d'année 2023.

**Demande II.4 : veiller à ce que votre organisation permette une mise à jour de la documentation dès que nécessaire.**

**Demande II.5 : vous assurer que le système documentaire relatif à la prise en charge récente de nouvelles pathologies en radiothérapie stéréotaxique est complet et adéquat.**

*Suivi du retour d'expérience à partir de l'enregistrement et de l'analyse des événements pouvant conduire à une exposition accidentelle ou non intentionnelle des patients aux rayonnements ionisants*

En application de l'article 11 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021, le système de gestion de la qualité inclut un processus de retour d'expérience comportant l'ensemble des dispositions prévues aux points II à V du même article.

Les événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle doivent être pris en compte, y compris ceux susceptibles d'entraîner une exposition significative et non prévue d'une personne lors d'un acte utilisant les rayonnements ionisants à des fins de prise en charge thérapeutique. Le système d'enregistrement et d'analyse inclut la description de l'événement, les circonstances de sa survenue et ses conséquences réelles ou potentielles. De plus, 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. Le point IV de cet article 11 décrit ce que doit comporter l'analyse systémique de l'événement sélectionné dont « 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 » et ajoute que « 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 visant à l'amélioration de la prévention et de la maîtrise des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants pour le patient et leur efficacité est évaluée (alinéa V de l'article 11).

Les inspecteurs ont constaté l'existence de réunions du comité de retour d'expériences (CREX) régulières qui donnent lieu, pour certains événements indésirables, à des analyses systémiques.

Toutefois, le nombre de déclarations gérés dans cette instance apparaît en nette diminution depuis l'année 2020.

Il a également été relevé l'existence de deux autres systèmes parallèles, un en radiothérapie, un en physique médicale, qui tracent des dysfonctionnements qualifiés d'irritants ou de désagréments qui sont traités au fil de l'eau en réunion de service. Ils n'ont pas relevé que les causes de la récurrence de tels dysfonctionnements, gérés dans ce cadre, soient analysées de manière approfondie ou systémique.

Il a été indiqué qu'il était prévu que la partie du manuel qualité qui traite du retour d'expérience soit revue pour préciser les critères devant conduire à une analyse systémique.

Enfin, les inspecteurs ont constaté que certains comptes rendu de CREX comporte un item « *suivi des actions en cours des dernières CREX* ». Néanmoins, il a été constaté lors de l'inspection que le tableau de suivi des actions décidées en CREX n'était pas à jour.

**Demande II.6 : définir et communiquer à la division de Lyon de l'ASN, les modalités de sélection des événements qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique.**

**Demande II.7 : veiller à ce que l'ensemble des recueils de dysfonctionnements ou d'événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle soient pris en compte lors de la sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique.**

**Demande II.8 : veiller à la pertinence des échéances fixées pour la mise en œuvre des actions d'amélioration, au suivi de leur réalisation et de leur efficacité.**

**Demande II.9 : communiquer à la division de Lyon de l'ASN, le programme d'action actualisé avec l'échéancier et l'état d'avancement des actions décidées lors des CREX de 2022 et 2023.**

*Formalisation de l'analyse a priori des risques encourus par les patients lors des processus de prise en charge thérapeutique utilisant les rayonnements ionisants*

Selon l'article 6 de la décision n°2021-DC-0708, une analyse *a priori* des risques encourus par les patients doit être conduite en étudiant les risques portant notamment sur ceux pouvant aboutir à une erreur d'identité, une erreur de volumes irradiés ou de dose et en prenant en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux.

Pour chaque risque identifié, des barrières de sécurité d'ordre matériel, humain ou organisationnel sont définies, afin de mettre en place des actions appropriées pour réduire leur probabilité ou leurs conséquences. Les actions qui sont retenues sont intégrées au programme d'action prévu à l'article 4. Leur mise en œuvre est priorisée en fonction des risques associés, issue de l'analyse effectuée.

De plus, selon l'alinéa IV de l'article 11 de la décision susmentionnée relatif à l'enregistrement et à l'analyse des événements pouvant conduire à une exposition accidentelle ou non intentionnelle des patients aux rayonnements ionisants, les enseignements issus de l'analyse des événements sont intégrés à l'analyse des risques *a priori*.



Les inspecteurs ont constaté que la démarche d'analyse *a priori* des risques encourus par les patients est en place mais que l'actualisation de cette analyse est partielle. Ils ont notamment constaté qu'un des processus de traitement rarement pratiqué avait été revu et donné lieu à une révision de l'analyse de risques *a priori* (ICT / irradiations corporelles totales) ou à la formalisation de l'analyse (prise en charge de deux nouvelles localisations en radio chirurgie) accompagnées d'un plan d'action. Ils ont noté que la révision de l'analyse qui couvre de manière générale le processus de prise en charge en radiothérapie externe n'en est qu'à ces débuts faute de temps et qu'il est prévu d'intégrer une analyse des facteurs organisationnels et humains.

**Demande II.10 : veiller à finaliser la révision de l'analyse *a priori* des risques encourus par les patients en prenant en compte l'ensemble des facteurs organisationnels et humains ainsi que l'ensemble des retours d'expérience résultant du traitement *a posteriori* des événements ou dysfonctionnements signalés ou déclarés dont les événements précurseurs.**

**Demande II.11 : communiquer à la division de Lyon de l'ASN un bilan actualisé de l'état d'avancement des plans d'action résultant de la démarche d'analyse *a priori* des risques encourus par les patients d'ici la fin de l'année 2023.**

#### Suivi du système documentaire

Le système de gestion de la qualité prévoit la mise en place d'un système documentaire qui peut être sous forme papier ou numérique (article 13, alinéa I). De plus, l'article 13 précise, dans son alinéa II, que les documents du système documentaire sont tenus à jour : « *Ils sont revus périodiquement et lors de toute modification, de nature réglementaire, organisationnelle ou technique, pouvant remettre en cause leur contenu. Leur élaboration et leur diffusion sont contrôlées. Les modalités d'archivage des documents et des enregistrements sont décrites dans le système de gestion de la qualité.* ».

Il est également prévu que le système documentaire contient, pour chaque dispositif médical, les éléments de traçabilité prévus à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique (article 13 de la décision n° 2021-DC-0708, alinéa I). En application de l'article R.5212-28 du code de la santé publique (alinéa I.2° et I.5°), l'exploitant d'un dispositif médical doit « *définir et mettre en œuvre une organisation destinée à s'assurer de l'exécution de la maintenance et du contrôle de qualité interne ou externe des dispositifs dont il précise les modalités, qui sont transcrites dans un document* » et « *tenir à jour, pour chaque dispositif médical, un registre dans lequel sont consignées toutes les opérations de maintenance et de contrôle de qualité interne ou externe* ».

La procédure interne « *maîtrise du système documentaire* » /PROC/2012/0015 (v 008 du 05/01/2021) prévoit que les documents doivent être revus par défaut, tous les 5 ans « *ce qui entraîne la création d'une nouvelle version ou bien l'archivage du document si nécessaire* » et que la valeur de 5 ans peut être adaptée si nécessaire.

Les inspecteurs ont constaté que le système documentaire est géré de manière différente selon que les documents sont émis par le service de radiothérapie ou par le service de physique médicale. Chaque service prévoit de revoir son système documentaire en tant que de besoin et de manière systématique selon une périodicité d'un an en radiothérapie et de 5 ans en physique médicale.



Lors de l'inspection il est apparu que pour, le service de physique médicale, la formalisation des revues du système documentaire tous les 5 ans est à améliorer. En effet, les inspecteurs ont constaté la présence d'un document a priori non revu depuis l'année 2014 (MO/2014/0109 V1 du 17/02/2014) et d'autres documents dont la révision est tracée de manière incomplète (car restants à l'état « V1 » alors qu'ils ont été *a priori* revus, tels les documents MO/2021/0106, PR/2019/0046, PR/2019/0044, MO/2018/0064, MO/2019/0067). Ils ont relevé d'autre part que d'assez nombreux documents datent pour leur dernière version de l'année 2019.

De manière plus générale, ses inspecteurs s'interrogent sur la pertinence de la périodicité retenue pour une relecture systématique en physique médicale compte tenu des techniques utilisées et des évolutions.

**Demande II.12 : en complément de la demande II.4, veiller à tracer l'entretien du système documentaire sans ambiguïté et à adapter la périodicité de révision au regard de la cinétique des évolutions des pratiques en radiothérapie.**

Les inspecteurs ont constaté que le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) mis à jour en décembre 2022 comporte une annexe non actualisée (annexe n° 17, liste des membres du bureau qualité et cellule CREX). Ils ont noté que le POPM doit être révisé prochainement, en partie pour tenir compte de l'évolution de l'équipe en dosimétrie.

**Demande II.13 : communiquer à la division de Lyon de l'ASN le POPM une fois actualisé.**

### **Radioprotection des travailleurs**

#### **Suivi individuel renforcé de l'état de santé des travailleurs, examen médical d'aptitude à l'embauche**

En application du code du travail (article R.4451-82), le suivi individuel renforcé des travailleurs classés au sens de l'article R.4451-57 est assuré dans les conditions prévues aux articles R.4624-22 à R.4624-28.

Selon l'article R.4624-24 du code du travail, le suivi individuel renforcé comprend un examen médical d'aptitude qui est effectué par le médecin du travail préalablement à l'affectation sur le poste. A l'issue de l'examen médical d'embauche et selon l'article R.4624-28 du code du travail, « *tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, tels que définis à l'article R.4624-23* », bénéficie d'un renouvellement de cette visite, effectuée par le médecin du travail selon une périodicité qu'il détermine et qui ne peut être supérieure à quatre ans. Une visite intermédiaire est effectuée par un professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l'article L.4624-1 au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail.

Les inspecteurs ont constaté à partir du tableau transmis préalablement à l'inspection que des professionnels intervenant dans le service, classés en catégorie B, ne disposent pas d'un renouvellement du suivi individuel renforcé selon la périodicité requise. Ils ont noté l'arrivée d'un nouveau médecin du travail en juin 2023.

**Demande II.14 : communiquer à la division de Lyon de l'ASN l'échéancier de mise en conformité du suivi médical pour que l'ensemble des travailleurs salariés de l'établissement ait un suivi**



**médical à jour dans les prochains mois.**

### **III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE A L'ASN**

#### Suivi de l'adéquation des ressources humaines au regard de l'évolution du plateau technique et de l'activité

Les inspecteurs ont noté que l'effectif des dosimétristes allait être renforcé ce qui suppose des recrutements de manipulateurs. Les inspecteurs vous recommandent d'évaluer la robustesse des modalités de leur intégration au poste de traitement telle que décrite dans le plan d'organisation paramédicale lors de l'analyse des risques des facteurs organisationnels et humains.

Les inspecteurs ont également noté un problème d'effectif au niveau du secrétariat. Les inspecteurs vous recommandent fortement d'analyser les risques associés notamment lors de la constitution des dossiers.

#### Définition des exigences, responsabilités

Les inspecteurs ont constaté que des traitements en radiothérapie stéréotaxiques sont réalisés dans le cadre de deux conventions avec le centre hospitalier universitaire de Clermont Ferrand. Les inspecteurs ont relevé que l'une des conventions est à mettre à jour du fait de la prise en charge d'une nouvelle localisation. De plus, ils ont constaté que ces documents ne font pas référence aux obligations d'assurance de la qualité fixées par la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021. L'équipe n'a pas été en mesure de confirmer, lors de l'inspection, le suivi d'une formation à la radioprotection des patients par les intervenants du CHU.

Les inspecteurs vous recommandent de mettre à jour ces conventions. Par ailleurs, il vous revient de vous assurer que les pathologies traitées sont bien couvertes par une autorisation de l'agence régionale de santé (ARS). Enfin, ces traitements n'ayant pas une finalité de traitement du cancer, il faudra indiquer spécifiquement, lors d'une prochaine demande de modification d'autorisation auprès de l'ASN, les finalités d'utilisation des rayonnements ionisants.

#### Suivi de la formation à la radioprotection des patients

Les inspecteurs rappellent qu'en application du code de la santé publique (article L.1333-19, alinéa II), « les professionnels pratiquant des actes exposant les personnes à des rayonnements ionisants et les professionnels participant à la réalisation de ces actes et au contrôle de réception et de performances 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 de la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales sont précisés par décision 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). Pour certaines activités dont la radiothérapie, la durée de validité de la formation est de 7 ans (article 8 de la décision n° 2017-DC-0585 modifiée).

Des guides professionnels de formation continue à la radioprotection sont disponibles sur le site de l'ASN avec en particulier le guide destiné aux oncologues, radiothérapeutes, médecins, manipulateurs en radiothérapie et dosimétristes exerçant dans le domaine de la radiothérapie externe et de la curiethérapie : <https://www.asn.fr/espace-professionnels/activites-medicales/guides-professionnels-de-formation-continue-a-la-radioprotection/guide-pratique-destine-a-la-radioprotection-des-patients> / <https://www.asn.fr/espace-professionnels/activites-medicales/guides-professionnels-de-formation-continue-a-la-radioprotection/guide-pratique-destine-aux-neurochirurgiens-pratiquant-des-actes-de-radiochirurgie-intracranienne-en-conditions-stereotaxiques>.

\*

\* \*

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois 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 et répondre aux demandes. Pour les engagements que vous prendriez, je vous demande de les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation. Dans le cas où vous seriez contraint par la suite de modifier l'une de ces échéances, je vous demande également de m'en informer.

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](http://www.asn.fr)).

Je vous prie d'agréer, madame la directrice générale, l'assurance de ma considération distinguée.

**L'adjoint à la chef de la division de Lyon,**

**Signé par**

**Laurent ALBERT**