

Référence courrier :
CODEP-MRS-2024-042604

Nouvelle Clinique Bonnefon

45 avenue Carnot
30100 Alès

Marseille, le 26 juillet 2024

Objet : Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 25 juillet 2024 sur le thème des pratiques interventionnelles radioguidées (bloc opératoire)

N° dossier : Inspection n° INSNP-MRS-2024-0572 / N° SIGIS : D300071
(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
- [4]** Décision n° 2017-DC-0591 de l'ASN du 13 juin 2017 fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les locaux dans lesquels sont utilisés des appareils électriques émettant des rayonnements X
- [5]** Décision n° 2019-DC-0660 de l'ASN du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants
- [6]** Arrêté du 26 juin 2019 relatif à la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants
- [7]** Arrêté du 22 septembre 2006 relatif aux informations dosimétriques devant figurer dans un compte rendu d'acte utilisant les rayonnements ionisants

Madame,

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 juillet 2024 dans votre établissement sur le thème des pratiques interventionnelles radioguidées (bloc opératoire).

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 responsable d'activité nucléaire.



SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

L'inspection du 25 juillet 2024 portait sur le respect des dispositions fixées par le code de la santé publique et le code du travail ainsi que leurs arrêtés d'application en matière de radioprotection.

Les inspecteurs de l'ASN ont examiné par sondage les dispositions mises en place pour la formation et l'information des travailleurs, le classement du personnel, l'existence de conseiller en radioprotection (CRP) et de physicien médical, la conformité des salles de bloc opératoire, le suivi des vérifications réglementaires, les équipements de protection collective et la démarche d'optimisation des doses pour la radioprotection des patients.

Ils ont effectué une visite des salles de bloc où sont utilisés les appareils émettant des rayonnements ionisants.

Lors de la visite des locaux, les inspecteurs de l'ASN ont notamment examiné le zonage réglementaire et l'application des procédures de radioprotection des travailleurs.

Au vu de cet examen non exhaustif, l'ASN considère que la Nouvelle clinique Bonnefon a su mettre en place une culture de la radioprotection au sein de l'établissement en s'appuyant sur une démarche collective et pluriprofessionnelle, sous l'impulsion de la direction de l'établissement (directeur et futur responsable d'activité nucléaire, service qualité, service des ressources humaines, directeur des soins) et en lien avec la référente interne en radioprotection, les professionnels du bloc opératoire (cadres bloc, IDE, IBODE). L'état de la radioprotection au sein de l'établissement a concrètement progressé depuis la précédente inspection conduite en février 2020. Les inspecteurs ont relevé plusieurs bonnes pratiques, comme la mise en place d'un comité de la radioprotection présidé par l'un des deux cadres de bloc, la mise en place d'audits réguliers sur le port des dosimètres, la participation du responsable de la qualité aux réunions avec ses homologues du groupe. Les procédures consultées par sondage sont claires et opérationnelles.

L'enjeu majeur de l'établissement réside dorénavant dans le maintien de cette dynamique. Parmi les facteurs contributifs, il apparaît nécessaire de poursuivre les démarches engagées auprès des praticiens exerçant dans l'établissement afin que ces derniers soient acteur de leur propre radioprotection et de celle de leurs salariés, avec l'appui des instances médicales de l'établissement et du médecin coordonnateur désigné.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

Cette inspection n'a pas donné lieu à des demandes à traiter prioritairement.

II. AUTRES DEMANDES

Coordination des moyens de prévention

Les articles R. 4451-58 et R. 4451-59 du code du travail disposent respectivement que : « [...] II.- Les travailleurs disposant d'une surveillance dosimétrique individuelle au sens du I de l'article R. 4451-64 reçoivent une formation en rapport avec les résultats de l'évaluation des risques réalisée conformément à la section 4 du

présent chapitre. [...] » et que : « La formation des travailleurs mentionnés au II de l'article R. 4451-58 est [...] renouvelée au moins tous les trois ans. ».

L'article R. 4451-35 du code du travail prévoit que : « I.- Lors d'une opération exécutée par une entreprise extérieure pour le compte d'une entreprise utilisatrice, le chef de cette dernière assure la coordination générale des mesures de prévention qu'il prend et de celles prises par le chef de l'entreprise extérieure, conformément aux dispositions des articles R. 4511-5 et suivants. [...] II.- Lorsque le chef de l'entreprise utilisatrice fait intervenir un travailleur indépendant, ce dernier est considéré comme une entreprise extérieure. »

L'article R. 4512-8 du code du travail prévoit que : « Les mesures prévues par le plan de prévention comportent au moins les dispositions suivantes : 1° La définition des phases d'activité dangereuses et des moyens de prévention spécifiques correspondants ; [...] 3° Les instructions à donner aux travailleurs ; [...] 5° Les conditions de la participation des travailleurs d'une entreprise aux travaux réalisés par une autre en vue d'assurer la coordination nécessaire au maintien de la sécurité [...]. ».

Des plans de prévention ont été établis entre les entreprises extérieures et la clinique. Les taux de prévention signés au jour de l'inspection étaient de 47 % pour les praticiens et de 18 % pour les autres entreprises extérieures.

Demande II.1. : Prendre les dispositions nécessaires pour établir les plans de prévention avec l'ensemble des entreprises extérieures.

Par ailleurs, le modèle de plan de prévention destiné aux praticiens indique : « Les activités réalisées par l'EE pour l'EU ne nécessitent pas d'autres habilitations ou qualifications particulières. » hormis « avoir suivi toutes formations réglementaires liés à la radioprotection ». En pratique, les taux de formation des praticiens sont les suivants :

- 85 % pour la formation à la radioprotection des patients,
- 40 % pour la formation à la radioprotection des travailleurs,
- 0 % pour la formation à l'utilisation des appareils.

Demande II.2. : Mobiliser les praticiens libéraux pour poursuivre le renouvellement de leur formation à la radioprotection des travailleurs, dans le respect des dispositions de l'article R. 4451-59 du code du travail, de leur formation à la radioprotection des patients et de leur formation technique à l'utilisation des appareils.

Activités de pratiques interventionnelles radioguidées

Sur la base des documents consultés au cours de l'inspection, le nombre d'actes réalisés et leur typologie est apparu imprécis (ordre de grandeur dans le plan d'organisation de la physique médicale, données du premier semestre 2024 supérieures à celles attendues sur la base des données 2023 consultées au cours de l'inspection).

Pour autant, ces informations constituent des données d'entrée pour plusieurs études ou démarches relatives à la radioprotection des travailleurs et des patients, en particulier la délimitation des zones, les évaluations individuelles des expositions aux rayonnements ionisants, le plan d'organisation de la physique médicale, cf. observation III.8). Elles nécessitent donc d'être consolidées.



Demande II.3. : Consolider les données relatives aux pratiques interventionnelles radioguidées réalisées au sein du bloc opératoire (nombre total d'actes, proportion pour chaque catégorie de pratiques interventionnelles radioguidées).

Conformité des locaux

L'article 13 de la décision n° 2017-DC-0591 [4] dispose que : « *En liaison avec l'employeur ou, dans le cas d'un chantier de bâtiment ou de génie civil, avec le maître d'ouvrage mentionné à l'article L. 4531-1 du code du travail, le responsable de l'activité nucléaire consigne dans un rapport technique daté :*

- 1° *Un plan du local de travail concerné comportant les informations mentionnées à l'annexe 2 de la présente décision ;*
- 2° *Les conditions d'utilisation des appareils électriques émettant des rayonnements X dans le local concerné,*
- 3° *La description des protections biologiques, des moyens de sécurité et de signalisation prévus aux titres II et III ;*
- 4° *Le cas échéant, la méthode utilisée, les hypothèses retenues et les résultats associés pour le dimensionnement des protections biologiques du local de travail ;*
- 5° *Les résultats des mesures réalisées en application des vérifications techniques imposées par le code du travail.*

En tant que de besoin et notamment après toute modification susceptible d'affecter la santé ou la sécurité des travailleurs, ou après tout incident ou accident, ce rapport est actualisé. »

Les rapports techniques de conformité des salles de bloc ont été consultés par sondage. Les inspecteurs ont relevé que les rapports techniques :

- ne décrivent pas le fonctionnement des signalisations lumineuses, en particulier la notion de dispositifs mobiles dédiés et appairés chacun avec un arceau spécifique ;
- ne précisent pas les résultats de la vérification du bon fonctionnement des signalisations lumineuses ;
- ne précisent pas non plus les résultats de la vérification du bon fonctionnement des dispositifs d'arrêt d'urgence, après plusieurs années de dysfonctionnement de ces dispositifs tracé dans les rapports de vérifications périodiques de 2022 et 2023, ni si de tels dispositifs étaient présents sur les appareils.

Demande II.4. : Compléter les rapports techniques de conformité pour l'application de l'article 13 de la décision n° 2017-DC-0591 [4]. Ces documents constituent des pièces nécessaires pour l'instruction de la demande d'enregistrement initial déposée par la clinique à l'ASN le 29/03/2024.

Démarche d'optimisation des doses délivrées aux patients

L'article 7 de la décision n° 2019-DC-0660 [5] prévoit que : « *La mise en œuvre du principe d'optimisation est formalisée dans les processus, procédures et instructions de travail concernés. En particulier, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité :*

[...] 5° *Les modalités d'évaluation de l'optimisation, en particulier de recueil et d'analyse des doses au regard des niveaux de référence diagnostiques mentionnés à l'article R. 1333-61 du code de la santé publique, ainsi que des doses délivrées lors des pratiques interventionnelles radioguidées ; [...]*



8° *Les modalités d'élaboration des actions d'optimisation, des actions d'évaluation de leur efficacité et des actions d'information des professionnels qui sont impliqués dans la réalisation de l'acte. »*

Les recommandations du physicien médical figurant dans ses rapports d'intervention ou de réception (rapports du physicien médical en date du 23/08/2022 et du 22/05/2024) ont été mises en œuvre au second trimestre 2024, notamment par l'intervention d'un ingénieur d'application. Une nouvelle campagne de recueil dosimétrique pour la pose de port-à-cath (PAC) a été réalisée après l'intervention de l'ingénieur d'application, pour mesurer l'efficacité de cette action d'optimisation.

Les résultats de l'étude indiquent une baisse d'environ 30 % de la dose délivrée aux patients pour cette procédure par rapport à l'étude précédente conduite en 2023. Des disparités existent entre praticiens (durée de scopie en particulier) et restent à investiguer pour poursuivre la démarche d'optimisation.

Les résultats de ces deux études dosimétriques conduites n'ont pas été diffusés aux professionnels : cette action reste à conduire dans le cadre de la démarche d'optimisation et plus largement pour la culture de radioprotection de l'établissement.

Demande II.5. : Formaliser dans le système de gestion de la qualité de la clinique les modalités d'évaluation de l'efficacité des actions d'optimisation. Définir et mettre en œuvre les modalités d'information des professionnels sur les actions d'optimisation.

Radon

La commune d'Alès est située dans une zone à potentiel radon 3. Les codes de la santé publique et du travail, respectivement, prévoient et recommandent, que des mesurages de radon soient réalisés.

Il a été indiqué aux inspecteurs que des mesurages de radon avaient été réalisés au sein de la clinique, sans que n'ait été précisé le type de mesurage ni la date de leur réalisation.

Le programme des vérifications, établi au titre du code du travail, mentionne la nécessité de réaliser des mesurages de radon. L'étude de zonage établie par l'organisme compétent en radioprotection consultée lors de l'inspection intègre les résultats des mesurages précités réalisés par la clinique.

Les autres documents susceptibles d'être impactés n'ont toutefois pas été actualisés (programme des vérifications, évaluation individuelle des expositions aux rayonnements ionisants, document unique d'évaluation des risques professionnels).

Demande II.6. : Consolider les données dont dispose la clinique concernant les résultats de mesurage du radon, en particulier le type de mesurage réalisé, soit au titre du code du travail, soit au titre du code de la santé publique. Mettre à jour les documents précités en conséquence.

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

Dosimètres à lecture différée

Le paragraphe 1.2 Modalités de port du dosimètre de l'annexe 1 de l'arrêté du 26 juin 2019 [6] prévoit que : « *Hors du temps de port, le dosimètre est entreposé selon les conditions définies par l'organisme de dosimétrie accrédité. Dans un établissement, chaque emplacement d'entreposage comporte en permanence un dosimètre témoin, identifié comme tel, non destiné aux travailleurs et qui fait l'objet de la même procédure*

d'exploitation que les autres dosimètres. ». Le § 1.4 de la même annexe rappelle que : « Les résultats de la surveillance dosimétrique individuelle sont exprimés après déduction de l'exposition ambiante mesurée par le dosimètre témoin correspondant ».

Constat d'écart III.1 : Lors de la visite des salles de bloc, les inspecteurs ont relevé que plusieurs dosimètres à lecture différée étaient manquants sur le tableau d'entreposage. Il a été précisé aux inspecteurs qu'ils étaient probablement entreposés dans les casiers des travailleurs salariés concernés et non pas sur l'emplacement d'entreposage à proximité du dosimètre témoin.

Habilitation

L'article 9 de la décision n° 2019-DC-0660 [5] dispose que : « *Sont décrites dans le système de gestion de la qualité les modalités d'habilitation au poste de travail, pour tous les nouveaux arrivants ou lors d'un changement de poste ou de dispositif médical.* »

Constat d'écart III.2 : La clinique a mis en place une démarche d'habilitation des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE). Cette démarche est en cours de mise en œuvre. Elle ne concerne pas à ce stade les praticiens libéraux exerçant au sein du bloc opératoire.

Gestion des événements indésirables

L'article 10 de la décision n° 2019-DC-0660 [4] prévoit notamment que : « *II. - La formalisation du processus de retour d'expérience précise notamment la fréquence d'analyse des événements et les modalités de sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique. Font en particulier l'objet d'une analyse systémique les événements qui doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes en application du 2^e alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 ou de l'article R. 1413-68 du code de la santé publique. [...].* ».

Dans le cadre de la démarche de gestion des événements indésirables, la clinique a établi :

- une procédure relative aux événements significatifs en radioprotection (« *Radiovigilance : conduite à tenir en cas d'événements significatifs en radioprotection* » référencée 318-PROC-MQR-V1 du 01/02/2024),
- un mode opératoire relatif aux événements indésirables (« *Signalement et traitement des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG)* » référencé GRD-MO-009-V2 du 11/08/2023).

Constat d'écart III.3 : Le mode opératoire précise notamment qu'un comité d'analyse des événements indésirables analyse chaque événement indésirable déclaré. Le document ne précise toutefois pas la fréquence d'analyse de ces événements ni ceux devant faire l'objet d'une analyse systémique. La procédure précitée portant sur les événements significatifs en radioprotection ne le précise pas non plus.

Protocoles

L'article 7 de la décision n° 2019-DC-0660 [5] dispose que : « *La mise en œuvre du principe d'optimisation est formalisée dans les processus, procédures et instructions de travail concernés. En particulier, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité : 1° Les procédures écrites par type d'actes, ainsi que les modalités de leur élaboration, pour la réalisation des actes effectués de façon courante, conformément à l'article R. 1333-72 du code de la santé publique, [...].* ».

Constat d'écart III.4 : Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE), en lien avec le cadre du bloc opératoire présidant le comité de radioprotection et le responsable d'assurance de la qualité, ont établi plusieurs protocoles, validés par le physicien médical. Ces protocoles sont disponibles dans la gestion documentaire, accessible à tous les professionnels, et sur les arceaux de bloc concernés par les procédures. Au jour de l'inspection 55 % des protocoles restaient à établir.

La méthodologie retenue par la clinique pour établir ces protocoles ne prévoit pas l'implication des praticiens. Au cours de l'inspection, la clinique a envisagé d'en associer au moins un par spécialité.

Observation III.1 : Il conviendra d'établir les modalités d'association des praticiens à la démarche d'élaboration des protocoles.

Comptes rendus opératoires

Deux audits des comptes rendus opératoires ont été réalisés en 2022 et 2023. Les résultats étaient respectivement les suivants :

- 5 comptes rendus conformes sur 50,
- 1 compte rendu conforme sur 26.

Le résultat de l'audit 2023 a été transmis par le directeur de la clinique aux praticiens par courrier du 29/02/2024 en rappelant les obligations prévues par l'arrêté du 22 septembre 2006 [7]. Il a été précisé aux inspecteurs que des modèles de compte rendu opératoire ont été transmis aux praticiens et que l'efficacité de cette action serait mesurée lors du prochain audit des comptes rendus opératoires.

Observation III.2 : Il convient de poursuivre les démarches visant à améliorer efficacement et durablement la conformité des comptes rendus opératoires.

Conformité des locaux

Il a été indiqué aux inspecteurs que la solution technique retenue par la clinique concernant les dispositifs lumineux à l'accès des salles de bloc n'était pas pleinement satisfaisante, notamment parce que leurs systèmes de fixation sont régulièrement endommagés, ce qui ne permet pas leur fonctionnement systématique lors de l'utilisation des appareils émettant des rayonnements ionisants. Un mode dégradé a été établi par la clinique avec un système d'affiche apposée sur la porte des salles de bloc, afin que la zone puisse être délimitée en zone contrôlée sans intermittence dans cette situation.



Des réflexions sont en cours pour identifier une solution plus fiable et, en complément, une éventuelle priorisation de l'utilisation des appareils dans un nombre limité de salles de bloc.

Observation III.3 : Il convient de finaliser les réflexions en cours sur les solutions techniques de signalisation lumineuse, notamment en lien avec d'autres établissements du groupe pour bénéficier de leurs retours d'expérience sur les avantages et inconvénients des diverses solutions techniques disponibles. Les rapports techniques seront à actualiser en conséquence, le cas échéant.

Equipements de protection individuelle

L'inventaire des équipements de protection individuelle (EPI) réalisé par l'organisme compétent en radioprotection le 05/05/2023 et consulté lors de l'inspection, précise que parmi les 32 EPI mis à disposition des professionnels au bloc opératoire :

- 14 étaient non adaptés,
- 3 étaient à mettre au rebut,
- aucun EPI de petite taille n'était disponible, contrairement aux besoins d'une partie des professionnels exerçant au bloc opératoire.

Lors de la visite, les inspecteurs ont relevé que ce sujet a été pris en charge par la clinique depuis mai 2023, avec l'achat d'un portant adapté pour l'entreposage des EPI, la mise au rebut de ceux le nécessitant et le renouvellement de deux EPI avec une taille adaptée aux professionnels.

Observation III.4 : Il conviendra de finaliser le travail de tri des EPI en retirant ceux ne pouvant plus être utilisés et en complétant les tailles correspondant aux besoins des professionnels. Vous veillerez à faire un état des lieux préalable de vos besoins, en ce qui concerne le nombre d'EPI nécessaires et les tailles.

Organisation de la radioprotection

La clinique a mis en place un comité de pilotage de la radioprotection en février 2024, présidé par le cadre du bloc opératoire désigné comme référent interne pour la radioprotection, qui se réunit environ tous les quinze jours. Les participants de ce comité sont : le responsable de la qualité et, autant que de besoin le directeur des soins, le responsable technique et logistique et un membre des ressources humaines (volet formation) et le médecin coordonnateur. La mise en place de ce comité constitue une bonne pratique, qui traduit la dynamique de radioprotection instaurée par l'établissement depuis fin 2023.

L'ASN a pris note de la volonté de l'établissement de maintenir la périodicité actuelle des réunions du comité au-delà de 2024 et de poursuivre certaines démarches conduites (audits de port des dosimètres et auto-évaluation des connaissances en radioprotection des IDE et IBODE). Par ailleurs, des réflexions sont en cours concernant les différents professionnels susceptibles de participer et contribuer aux travaux de ce comité.

Observation III.5 : Il conviendra de poursuivre les réflexions sur la composition du comité, à terme, notamment concernant la participation de professionnels du bloc opératoire et du responsable RH.

Périodicité des vérifications et des contrôles qualité

Les inspecteurs ont relevé le non-respect de la réalisation de certains contrôles ou le non-respect de la périodicité de ceux-ci :

- la vérification initiale au titre du code du travail pour trois des huit salles de bloc (salles 2, 9 et 10) n'a été réalisée qu'en mai 2024 contrairement aux cinq autres salles (2021) ;
- le contrôle qualité externe pour les deux arceaux mis en service en 2022 et en 2023 n'a pas été réalisé dans les deux mois suivant leur mise en service ;
- la périodicité du contrôle qualité externe de l'orthoscan n'a pas été respectée entre 2022 et 2023 ;
- les contrôles qualité interne n'ont pas été réalisés en 2023 pour deux des appareils utilisés.

Il a été précisé aux inspecteurs que le suivi de ces vérifications et contrôles n'avait pas ou peu été assuré entre 2021 et 2023.

Les inspecteurs ont consulté l'outil mis en place par la clinique en 2024 pour la programmation des contrôles qualité et des vérifications ainsi que l'outil de suivi des non conformités éventuellement relevées.

Observation III.6 : Il convient de pérenniser les modalités de programmation et de suivi de la périodicité des vérifications réalisées au titre du code du travail, des contrôles qualité internes et externes ainsi que des non conformités éventuellement relevées dans le cadre de ces contrôles.

Endommagement de l'un des arceaux

Parmi les événements indésirables déclarés en 2024 figure la constatation d'une vitre fendue sur l'un des arceaux (événement déclaré le 09/04/2024). Dans son analyse, la clinique a indiqué le besoin de revoir l'organisation et le champ d'intervention de l'ingénieur biomédical (prestataire externe). Elle a également tracé la confirmation du prestataire externe de physique médicale concernant l'absence de risque de sécurité à l'usage de cet arceau. Par ailleurs, les résultats du contrôle qualité externe réalisé le 23/05/2024 ne mentionnent pas de non-conformité pour cet appareil.

Les inspecteurs ont toutefois relevé que le fournisseur n'avait pas été interrogé sur les conséquences éventuelles de cet incident ni sur la nécessité d'une éventuelle maintenance.

Observation III.7 : Il conviendra d'interroger le fournisseur pour confirmer la possibilité de poursuivre l'utilisation de cet appareil.

Plan d'organisation de la physique médicale

Observation III.8 : Mettre à jour les données relatives aux activités de la clinique (cf. demande II.3) et dater le plan d'action pour contribuer au suivi des indicateurs définis comme critères d'évaluation périodique du plan d'organisation de la physique médicale.

*

* *



Vous voudrez bien me faire part, **sous trois mois**, et **selon les modalités d'envoi figurant ci-dessous**, de vos remarques et observations, ainsi que des dispositions que vous prendrez pour remédier aux constatations susmentionnées. Pour les engagements que vous prendriez, je vous demande de les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation.

Je vous rappelle par ailleurs qu'il est de votre responsabilité de traiter l'intégralité des constatations effectuées par les inspecteurs, y compris celles n'ayant pas fait l'objet de demandes formelles.

Enfin, conformément à la démarche de transparence et d'information du public instituée par les dispositions de l'article L. 125-13 du code de l'environnement, je vous informe que le présent courrier sera mis en ligne sur le site Internet de l'ASN (www.asn.fr).

Je vous prie d'agréer, Madame, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef de la division de Marseille de l'ASN

Signé par

Mathieu RASSON

Modalités d'envoi à l'ASN

Les envois électroniques sont à privilégier.

Envoi électronique d'une taille totale supérieure à 5 Mo : les documents sont à déposer sur la plateforme « France transfert » à l'adresse <https://francetransfert.numerique.gouv.fr>, en utilisant la fonction « courriel ». Les destinataires sont votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier ainsi que la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier.

Envoi électronique d'une taille totale inférieure à 5 Mo : à adresser à l'adresse courriel de votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier, ainsi qu'à la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier.

Envoi postal : à adresser à l'adresse indiquée au pied de la première page de ce courrier, à l'attention de votre interlocuteur (figurant en en-tête de la première page).