

Référence courrier : CODEP-LYO-2025-007600

SAS MERMOZ CHARCOT Radiothérapie
11, avenue du Maréchal Foch
69110 SAINTE-FOY-LES-LYON

Lyon, le 14 février 2025

Objet : Contrôle de la radioprotection
Lettre de suite de l'inspection du 29 janvier 2025 sur le thème de la radioprotection dans le domaine médical – Radiothérapie externe

N° dossier (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-LYO-2025-0454 - N° SIGIS : M690141

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

Monsieur le directeur général,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR) en références concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 29 janvier 2025 dans votre établissement.

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'ASNR.

SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'ASNR a réalisé le 29 janvier 2025, une inspection du centre de radiothérapie externe de la clinique Charcot situé à Sainte-Foy-lès-Lyon (69). L'objet de cette inspection était principalement d'examiner le respect et la prise en compte des exigences réglementaires relatives à la radioprotection des patients, notamment les obligations d'assurance de la qualité. Certaines exigences relatives à la radioprotection des travailleurs ont également été examinées. Les inspecteurs ont eu des échanges avec les principaux responsables impliqués dans la mise en œuvre de la radioprotection des patients et des obligations d'assurance qualité. Ils ont également pu s'entretenir avec le médecin radiothérapeute coordonnateur, des physiciens médicaux, le conseiller en radioprotection et des manipulateurs en électroradiologie médicale.

Après avoir abordé ces différents thèmes, les inspecteurs ont effectué une visite du service de radiothérapie.

Les inspecteurs ont souligné positivement la réalisation de la démarche d'audit par les pairs dans un des centres du groupe, la prise en compte des constats faits lors de la précédente inspection ainsi qu'une nette amélioration dans le suivi et l'avancement des actions du plan d'action de la qualité qui prend en considération les actions issues de différentes instances (inspections de l'ASNR, résultats des audits internes, certains événements indésirables, etc.). Les indicateurs de la qualité sont suivis et analysés régulièrement mais il sera nécessaire de réévaluer la pertinence de certains indicateurs, notamment l'indicateur relatif à l'imagerie de contrôle et de mener une réflexion sur un indicateur pertinent et mesurable en lien avec l'exigence spécifiée relative à la prescription des traitements. Les inspecteurs ont constaté des progrès en ce qui concerne la déclaration d'événements indésirables suite à la sensibilisation, qui devra cependant être poursuivie afin de concerner tous les corps de métier, ainsi que dans la mise en œuvre du processus d'habilitation des professionnels, qui devra également être poursuivie, notamment par le biais de la campagne de mise à jour des habilitations prévue cette année (bonne pratique). Des améliorations sont cependant attendues dans l'organisation de la qualité afin de pouvoir impliquer tous les professionnels, en ayant, par exemple, des référents par corps de métier avec un temps dédié à la qualité. Il a en effet été constaté que l'analyse a priori des risques n'était pas réalisée de manière collégiale, et que les professionnels de l'établissement n'ont pas participé à sa relecture. Par ailleurs, l'efficacité des barrières identifiées dans cette analyse n'a pas été évaluée. Le processus de retour d'expérience prend maintenant en considération la récurrence de certains événements indésirables mais nécessite d'être amélioré avec des analyses approfondies plus fréquentes et la mise en place d'actions permettant d'évaluer l'efficacité des actions correctives mises en place suite à l'analyse des événements indésirables examinés en comité de retour d'expérience (CREX). Le manuel qualité devra être mis en cohérence avec le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) en ce qui concerne les délégations de tâches des physiciens et une demande de modification de l'autorisation délivrée par l'ASNR devra être réalisée afin d'acter l'arrêt de l'utilisation des faisceaux d'électrons sur un des accélérateurs.

La prise en compte des exigences réglementaires relatives à la radioprotection des travailleurs est globalement satisfaisante. Quelques écarts ont cependant été constatés en ce qui concerne le respect des périodicités réglementaires relatives au suivi médical de deux médecins et à la formation à la radioprotection des travailleurs de deux personnes.

Enfin, il a été rappelé au cours de l'inspection que les traitements ne doivent en aucun cas être délivrés aux patients en l'absence au sein de l'établissement d'un radiothérapeute ou en l'absence d'un physicien médical.

I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

Néant

II. AUTRES DEMANDES

Organisation du système de gestion de la qualité

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

I. – Le système de gestion de la qualité est mis en œuvre en application des principes de justification et d'optimisation définis aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique.

Il est 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.

II. – 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. Il est membre de l'équipe visée au I.

III. – Le système de gestion de la qualité inclut un plan décrivant l'organisation de la physique médicale en application de l'arrêté du 19 novembre 2004 susvisé, ainsi qu'un 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, ainsi que les moyens et les compétences nécessaires à sa réalisation. Ce programme d'action est mis en œuvre par l'équipe visée au I.

IV. – Le système de gestion de la qualité, sa mise en œuvre et son efficacité sont évalués selon une fréquence définie, et au minimum une fois tous les deux ans. Les résultats sont communiqués au responsable de l'activité nucléaire. Le programme d'action visé au III tient compte des conclusions de cette évaluation.

Les inspecteurs ont constaté qu'en dehors des comités de retour d'expérience (CREX), organisés tous les trois mois, et de la revue de direction annuelle, il n'existe pas d'instance réunissant les professionnels, et que les ressources allouées à la qualité peuvent être fragilisées par manque de temps des professionnels qui n'ont pas de temps dédié sur cette thématique.

Demande II.1 : mettre en place une organisation permettant de mettre en œuvre le système de gestion de la qualité en associant les professionnels de chaque corps de métier de votre établissement.

Les inspecteurs ont constaté que l'établissement avait défini un certain nombre d'indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte d'objectifs concernant la sécurisation des soins délivrés aux patients ou concernant les exigences spécifiées mentionnées à l'article 3 de la décision 2021-DC-0708. Cependant, ils ont constaté que l'exigence spécifiée "assurer une bonne tenue du dossier médical" qui comporte un objectif relatif à la prescription de traitement lors de l'arrivée du patient au scanner n'est pas mesurée. Par ailleurs, un indicateur relatif à l'imagerie de contrôle (réalisation du contrôle d'une image de positionnement par semaine) semble biaisé car il comporte deux composantes : la réalisation du contrôle d'une image de positionnement par semaine mais également la réalisation de la consultation de suivi du patient. Les inspecteurs ont relevé la nécessité de définir un indicateur pertinent et mesurable permettant de mesurer l'atteinte de l'objectif de l'exigence spécifiée relative à la prescription ainsi que de réévaluer le contenu de l'indicateur relatif à l'imagerie de contrôle.

Demande II.2 : définir un indicateur pertinent et mesurable permettant de mesurer l'atteinte de l'objectif de l'exigence spécifiée relative à la prescription et réévaluer le contenu de l'indicateur relatif à l'imagerie de contrôle.

Exigences en termes de présence de personnel lors des traitements

L'article D6124-133-2 du code de la santé publique dispose :

Le titulaire de l'autorisation s'assure de la présence sur le site autorisé d'un médecin radiothérapeute disposant des qualifications énumérées à l'article D. 6124-133 et d'un physicien médical pendant la durée de l'application des traitements.

Le radiothérapeute et le physicien médical doivent intervenir à tout moment dans l'unité de radiothérapie dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité pendant la durée d'application des traitements.

Les inspecteurs ont constaté qu'il est arrivé à plusieurs reprises que des traitements puissent être débutés sur des patients en l'absence d'un radiothérapeute (EI 2023-003 du 15/03/2023. EI 2024-048 du 09/04/2024. EI 2024-

047 du 02/04/2024 et 2024-070 du 28/05/2024 pour lesquels les manipulateurs se sont aperçus que le médecin n'était pas présent suite à des difficultés de mise en place) ou d'un physicien (EI 2024-008 du 15/01/2024 - pas de physicien avant 10h alors que les traitements ont commencé à 8h).

Demande II.3 : réaliser une analyse approfondie afin de déterminer les causes de ces événements et définir des barrières (organisationnelles, humaines ou matérielles) afin qu'aucun traitement ni aucun acte d'imagerie de positionnement ne puisse être réalisé sans qu'un médecin et un physicien médical puissent intervenir à tout moment. Vous transmettez cette analyse à l'ASNR et à la direction des événements indésirables de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que le plan d'action associé.

Démarche de retour d'expérience (REX)

Conformément à l'article 11 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

III. - 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. 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° alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 et de l'article R. 1413-68 du code de la santé publique.

IV. - Pour chaque événement sélectionné pour une analyse systémique, l'analyse comprend :

- le nom des professionnels et leur fonction, ayant participé à l'analyse et notamment à la collecte des faits ;*
- la chronologie détaillée de l'événement, dont la date de réalisation de l'acte ;*
- le ou les outils d'analyse utilisés ;*
- 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 ;*
- les actions d'amélioration retenues par les professionnels et leur calendrier de mise en œuvre.*

Lorsque des actions potentielles d'amélioration ne sont pas retenues, les raisons en sont précisées et consignées. Les enseignements issus de l'événement analysé sont intégrés à l'analyse des risques a priori.

V. - Les actions retenues sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 4 de la présente décision et leur efficacité est évaluée.

Les inspecteurs ont constaté que la démarche de retour d'expérience est mise en place. Cependant, les inspecteurs ont relevé que les critères définissant les événements devant faire l'objet d'une analyse systémique limitaient fortement le nombre d'analyses, et que l'efficacité des actions correctives n'était pas évaluée. Une initiative d'évaluation de l'efficacité des actions correctives issues des CREX a été débutée sur un autre site du groupe sous la forme de quiz.

Demande II.4 : mettre en place des actions permettant d'évaluer l'efficacité des actions correctives issues de l'analyse des événements indésirables en CREX.

Analyse des risques a priori encourus par les patients

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

I. – Le système de gestion de la qualité prévoit une analyse a priori des risques encourus par les patients lors de leur prise en charge thérapeutique utilisant les rayonnements ionisants. Cette analyse est conduite par l'équipe visée au I de l'article 4, avec un représentant de chaque catégorie professionnelle concernée. Les risques étudiés portent notamment sur les risques pouvant aboutir à une erreur d'identité, une erreur de volumes irradiés, de médicament radiopharmaceutique, de dose, d'activité administrée ou de modalités d'administration et prennent en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux.

II. – 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. Ne sont pas pris en compte les risques d'effets secondaires éventuels, quel que soit le grade de ces effets, résultant d'une stratégie concertée entre le praticien et le patient au regard des bénéfices escomptés du traitement. 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.

Les inspecteurs ont constaté que l'analyse a priori des risques a été réalisée et fait l'objet d'une réévaluation annuelle, intégrant les enseignements issus de l'analyse des événements indésirables en CREX. Ils ont cependant constaté que cette analyse n'est pas discutée de manière collégiale avec l'ensemble des professionnels listés dans la procédure et que les professionnels du site de Charcot ne participent ni à sa réévaluation, ni à sa relecture. Enfin, les barrières identifiées dans cette analyse n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité. Par ailleurs, les enseignements issus des événements analysés en CREX ne sont pas intégrés au fil de l'eau à l'analyse des risques a priori.

Demande II.5 : mettre en place une organisation afin d'impliquer collégalement des professionnels issus de chaque corps de métier intervenant sur le site de Charcot lors de la réévaluation de l'analyse des risques a priori et mener une réflexion permettant d'évaluer l'efficacité des barrières identifiées dans cette analyse.

Demande II.6 : mettre en place une organisation afin d'intégrer les enseignements issus des événements analysés en CREX à l'analyse des risques a priori.

Formation et habilitation des personnels

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

I. - Le système de gestion de la qualité décrit les modalités de formation des professionnels. Elle porte notamment sur :

- l'utilisation d'un nouveau dispositif médical participant à la préparation et au traitement des patients, ainsi que toute nouvelle pratique, que celle-ci soit mise en œuvre sur un dispositif médical existant ou nouveau. Des références scientifiques ou des recommandations professionnelles de bonnes pratiques pour tous les utilisateurs sont disponibles pour l'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou la mise en œuvre d'une nouvelle pratique ;

- la radioprotection des patients, tel que prévu à l'article R. 1333-69 du code de la santé publique.

II. - 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, ou de la mise en œuvre d'une nouvelle pratique médicale.

Les inspecteurs ont souligné positivement la démarche de réhabilitation des personnels arrivés avant le 17/05/2021 qui a été initiée en début d'année. Ils n'ont pas pu consulter toutes les fiches d'habilitation des personnels arrivés après cette date car elles n'étaient pas disponibles sur place. En ce qui concerne les médecins remplaçants, les inspecteurs ont constaté que la fiche a été renseignée pour l'un d'entre eux uniquement alors que plusieurs médecins remplaçants interviennent régulièrement.

Demande II.7 : poursuivre la démarche d'habilitation des professionnels intervenant dans le processus de prise en charge des patients en radiothérapie, en incluant tous les médecins remplaçants.

Formalisation des responsabilités, autorités et délégations des professionnels

Conformément aux dispositions du II de l'article R. 1333-68 du code de la santé publique, le processus d'optimisation est mis en œuvre par les réalisateurs de l'acte et les manipulateurs d'électroradiologie médicale, en faisant appel à l'expertise des médecins. En radiothérapie, les autres professionnels associés à la mise en œuvre du processus d'optimisation bénéficient d'une formation adaptée à la planification des doses délivrées.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021, le système de gestion de la qualité formalise les responsabilités, les autorités et les délégations des professionnels, y compris en cas d'intervention de prestataires externes. Celles-ci sont communiquées à tous les membres de l'équipe visée au I de l'article 4.

Les inspecteurs ont constaté des incohérences entre le manuel qualité et le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) concernant les délégations de certaines tâches des médecins. En effet, la délégation des médecins aux manipulateurs pour la réalisation du contrôle qualité mensuel du scanner n'est pas mentionnée dans le POPM. De plus, la limitation de la délégation des médecins aux dosimétristes, mentionnée dans le POPM, dans la réalisation des contrôles qualité des accélérateurs en ce qui concerne la mesure du débit de référence (réalisé par les médecins) n'est pas précisée dans le manuel qualité. Enfin, les délégations des médecins aux dosimétristes, relatives à la réalisation des dosimétries, du double calcul et au suivi des interventions sur les machines mentionnées dans le POPM ne sont pas précisées dans le manuel qualité.

Demande II.8 : mettre en cohérence le manuel qualité et le POPM en ce qui concerne les délégations des tâches des médecins.

Suivi de l'état de santé (Suivi Individuel Renforcé)

Conformément à l'article R. 4624-22 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 défini à l'article R. 4624-23, bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé selon des modalités définies par la présente sous-section.

Conformément à 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, à l'issue de l'examen médical d'embauche, 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 que deux médecins classés en catégorie B n'ont pas bénéficié d'un suivi médical renforcé respectant les périodicités prévues par la réglementation.

Demande II.9 : veiller à ce que chaque travailleur classé bénéficie d'un suivi individuel renforcé selon les dispositions réglementaires prévues à l'article R. 4624-28 du code du travail.

Information et formation des travailleurs exposés à la radioprotection

Conformément à l'article R. 4451-58 du code du travail,

I. L'employeur veille à ce que reçoive une information appropriée chaque travailleur :

1° Accédant à des zones délimitées au titre des articles R. 4451-24 et R. 4451-28 [...];

III. Cette information et cette formation portent, notamment, sur :

1° Les caractéristiques des rayonnements ionisants ;

2° Les effets sur la santé pouvant résulter d'une exposition aux rayonnements ionisants, le cas échéant, sur l'incidence du tabagisme lors d'une exposition au radon ;

3° Les effets potentiellement néfastes de l'exposition aux rayonnements ionisants sur l'embryon, en particulier lors du début de la grossesse, et sur l'enfant à naître ainsi que sur la nécessité de déclarer le plus précocement possible un état de grossesse ;

4° Le nom et les coordonnées du conseiller en radioprotection ;

5° Les mesures prises en application du présent chapitre en vue de supprimer ou de réduire les risques liés aux rayonnements ionisants ;

6° Les conditions d'accès aux zones délimitées au titre du présent chapitre ;

7° Les règles particulières établies pour les femmes enceintes ou qui allaitent, les travailleurs de moins de 18 ans, les travailleurs titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les travailleurs temporaires ;

8° Les modalités de surveillance de l'exposition individuelle et d'accès aux résultats dosimétriques ;

9° La conduite à tenir en cas d'accident ou d'incident ;

10° Les règles particulières relatives à une situation d'urgence radiologique ;

11° Le cas échéant, les aspects relatifs à la sûreté et aux conséquences possibles de la perte du contrôle adéquat des sources scellées de haute activité telles que définies à l'annexe 13.7 visée à l'article R. 1333-1 du code de la santé publique.

La date de la dernière formation à la radioprotection des travailleurs de l'infirmière et d'un médecin n'a pas été communiquée aux inspecteurs lors de l'inspection alors que la dernière date de formation connue pour ces personnes datait de plus de trois ans.

Demande II.10 : transmettre à l'ASNR les dates de formation à la radioprotection des travailleurs des personnels pour lesquels cette information n'a pas pu être communiquée pendant l'inspection et, le cas échéant, leur faire bénéficier de cette formation.

Régime administratif

Conformément à l'article R. 1333-138 du code de la santé publique, font l'objet, par le responsable de l'activité nucléaire et préalablement à leur mise en œuvre, d'une information de l'Autorité de sûreté nucléaire :

1° Tout changement du conseiller en radioprotection mentionné à l'article R. 1333-18 du code de la santé publique ou à l'article R. 4451-112 du code du travail ;

2° Toute modification des éléments de la déclaration ou du dossier de demande, d'enregistrement ou d'autorisation autre que celles citées à l'article R. 1333-137.

Après avoir constaté que les contrôles de qualité sur les énergies en électrons n'étaient plus réalisés sur l'accélérateur « Clinac », les inspecteurs ont interrogé les professionnels rencontrés qui leur ont confirmé que ces énergies n'étaient plus utilisées. Afin d'avoir une cohérence avec l'autorisation délivrée par l'ASN le 22 décembre 2022, il est donc nécessaire que déposer une demande de modification de l'autorisation.

Demande II.11 : faire une demande auprès de l'ASNR de modification de l'autorisation précédemment délivrée par l'ASN afin de supprimer les énergies en électrons sur l'accélérateur « Clinac ».

III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE A L'ASNR

Retour d'expérience

Observation III.1 : Je vous invite à vous abonner au flux RSS sur le site internet de l'ASNR en vous rendant à l'adresse internet <https://www.asn.fr/divers/flux-rss>

Ceci vous permettra d'être notamment d'être informé des avis d'incident pour les événements significatifs en radioprotection affectant un patient en radiothérapie, afin d'initier des réflexions sur les barrières que vous avez mis en place pour éviter que ce type d'incident ne survienne au sein de votre établissement. Par ailleurs, je vous invite à vous rendre régulièrement sur le site internet de l'ASNR pour vous informer dernières actualités, notamment les bulletins "la sécurité du patient", les fiches d'information "retour d'expérience", ou les lettres circulaires de l'ASNR.

Observation III.2 : Les inspecteurs ont noté que l'analyse a priori des risques associée au plan de continuité des soins, qui prend en compte les risques liés à une cyberattaque, sera actualisée en 2025, au regard des choix technologiques qui ont été mis en place.

*
* *

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, à l'exception des demandes pour lesquelles un délai plus court a été fixé, 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 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'ASNR (www.asnr.fr).

Je vous prie d'agréer, monsieur le directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

**Le chef du pôle nucléaire de proximité,
Signé**

Modalités d'envoi à l'ASNR

Les envois électroniques sont à privilégier.

Envoi électronique d'une taille totale supérieure à 5 Mo : les documents, regroupés si possible dans une archive (zip, rar...), sont à déposer sur la plateforme de transfert à l'adresse <https://francetransfert.numerique.gouv.fr/> où vous renseignerez l'adresse courriel de votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier, ainsi que l'adresse mail de la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier. Un mail automatique vous sera envoyé ainsi qu'aux deux adresses susmentionnées.

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).

Vos droits et leur modalité d'exercice

Un traitement automatisé de données à caractère personnel est mis en œuvre par l'ASNR en application de l'article L. 592-1 et de l'article L. 592-22 du code de l'environnement. Conformément aux articles 30 à 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne concernée bénéficie d'un droit d'accès et de rectification (le cas échéant) à ses informations à caractère personnel. Ce droit s'exerce auprès de l'entité dont l'adresse figure en entête du courrier ou Contact.DPO@asnr.fr.