

Division de Lyon

Référence courrier : CODEP-LYO-2025-011383

Centre Léon Bérard

Monsieur le Directeur général
28, rue Laennec
69008 LYON

Lyon, le 21 février 2025

Objet : Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 18 février 2025 sur le thème de la radioprotection dans le domaine médical

N° dossier (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-LYO-2025-0484

Références : [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 à 31 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 18 février 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'inspection du 18 février 2025 a porté sur le périmètre des activités de radiothérapie interne vectorisée (RIV) en médecine nucléaire, autorisée par la décision référencée CODEP-LYO-2022-061579. Après avoir abordé les différents thèmes de l'ordre du jour, les inspecteurs ont effectué une visite du secteur RIV, de la radiopharmacie et des locaux de stockage des effluents et déchets contaminés.

Les inspecteurs ont souligné positivement les actions relatives à la radioprotection des travailleurs suivantes :

- la mise en place de dispositions pour la formation et le suivi dosimétrique des personnels des entreprises extérieures chargées du nettoyage et de la restauration ;
- la réalisations de journées dédiées à la communication aux équipes du bilan de la radioprotection par les conseillers en radioprotection (CRP) incluant l'analyse des doses reçues par les travailleurs (comparatif sur plusieurs années) et un point qualité incluant le retour d'expérience issu de l'analyse des événements indésirables (EI) et des résultats des audits internes ;
- l'implication des CRP dans les mesurages des doses reçues par les travailleurs lors de l'utilisation de nouveaux médicaments radiopharmaceutiques (MRP) pour lesquels aucune donnée n'est disponible dans la littérature ;

- les évaluations individuelles de l'exposition des travailleurs et les formations trisannuelles à la radioprotection, faites pour chaque travailleur, y compris pour les travailleurs non classés, et adaptées aux missions de chacun d'entre eux, ainsi que le suivi de leur dosimétrie, en lien avec la médecine du travail ;
- la réalisation d'audits internes, et d'enquêtes de la bonne compréhension des enjeux et consignes de radioprotection ;
- l'actualisation du zonage autant que de besoin ;
- la réalisation des vérifications, incluant la surveillance des canalisations ainsi que des dispositifs d'alarme (détecteurs de fuite et du niveau de remplissage) des cuves de décroissance.

Sur la thématique de la radioprotection des travailleurs, quelques actions d'améliorations sont cependant attendues afin de s'assurer que :

- les dosimètres opérationnels soient en nombre suffisant ;
- les travailleurs classés bénéficient d'un suivi médical ;
- les travailleurs non classés du Centre Léon Bérard et des entreprises extérieures concernées disposent d'une autorisation de leur employeur d'entrer en zone réglementée ;
- le dispositif de ventilation des chambres de RIV soit conforme aux dispositions de la décision de l'ASN n°2014-DC-0463 ;
- les fosses septiques soient entretenues régulièrement ;
- l'autorisation de rejet d'effluents dans le réseau d'assainissement soit actualisée au regard des radionucléides utilisés.

En ce qui concerne la radioprotection des patients, les formations à la radioprotection des patients et les contrôles qualité sont réalisés selon les périodicités réglementaires et les inspecteurs ont apprécié l'implication collégiale des professionnels (médecins nucléaires, physiciens, manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM), CRP, chef d'équipe du secteur RIV) en lien avec la personne en charge de la qualité lors de la mise en place de nouveaux protocoles.

Par ailleurs, des améliorations sont attendues dans la gestion du système de la qualité. Les modalités d'habilitation des professionnels lors de la mise en place de nouvelles pratiques ou d'un nouveau dispositif médical devront être formalisées. Une réflexion devra être menée afin de formaliser les modalités d'évaluation du système de gestion de la qualité et de définir des exigences spécifiques, relatives à la maîtrise des risques associés aux étapes clés de la prise en charge des patients selon vos pratiques, et de veiller à leur suivi, au regard d'objectifs que vous aurez définis, par le biais d'indicateurs pertinents et mesurables. Les analyses a priori des risques devront être révisées collégalement avec tous les professionnels impliqués, afin de se centrer sur la maîtrise des risques associés au parcours du patient et afin d'intégrer le retour d'expérience issu des comités de retour d'expérience (CREX). Enfin, les critères de sélection des événements indésirables (EI) faisant l'objet d'une analyse systémique devront être précisés.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

Pas de demande à traiter prioritairement.

II. AUTRES DEMANDES

Ventilation des locaux de médecine nucléaire in vivo

Conformément à l'article 16 de la décision n° 2014-DC-0463 de l'ASN du 23 octobre 2014, relative aux règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance auxquelles doivent répondre les installations de médecine nucléaire in vivo, l'ensemble des locaux du secteur de médecine nucléaire in vivo doit être ventilé par un système de ventilation indépendant du reste du bâtiment. Le recyclage de l'air extrait des locaux du secteur de médecine nucléaire in vivo est interdit.

Conformément à l'article 18 de la décision précitée, les dispositions de l'article 16 s'appliquent aussi aux chambres de radiothérapie interne vectorisée. Ces chambres sont ventilées en dépression permettant d'assurer le confinement à l'intérieur de la chambre de radiothérapie interne vectorisée pour protéger les personnes et l'environnement du risque de dispersion de la contamination.

Les inspecteurs ont constaté que les cinq chambres de RIV ne sont pas ventilées en dépression et que cet écart réglementaire avait déjà fait l'objet d'une demande de l'ASN, devenue depuis ASNR, lors des inspections du 30 mai 2017 et du 23 septembre 2020. Des contrôles de la contamination atmosphériques sont mis en place en tant que dispositions compensatoires en accord avec l'ASNR ; néanmoins, l'échéancier des travaux de mise en conformité a été repoussé par l'établissement par rapport à l'engagement pris.

Demande II.1 : transmettre à la division de Lyon de l'ASNR un échéancier ferme des travaux de mise en conformité du système de ventilation des chambres de RIV.

Accès des travailleurs non classés aux zones réglementées

Conformément à l'article R. 4451-32, les travailleurs ne faisant pas l'objet d'un classement peuvent accéder à une zone surveillée bleue ou contrôlée verte ainsi qu'à une zone radon ou une zone de sécurité radiologique sous réserve d'y être autorisés par l'employeur sur la base de l'évaluation individuelle du risque dû aux rayonnements ionisants prévue à l'article R. 4451-52.

Conformément à l'article R.4451-58,

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 ;

2° Intervenant lors d'opérations de transport de substances radioactives ; [...]

Les inspecteurs ont constaté que l'autorisation de l'employeur des travailleurs non classés du centre Léon Bérard et d'entreprises extérieures, notamment les entreprises de nettoyage et de restauration, accédant aux zones surveillées, n'a pas été formalisée.

Demande II.2 : formaliser l'autorisation de l'employeur des travailleurs non classé d'accéder aux zones surveillées pour les travailleurs du centre Léon Bérard et veiller à ce que les employeurs des entreprises extérieures dont le personnel non classé intervient en zone surveillée dans votre établissement disposent d'une autorisation de leur employeur.

Surveillance dosimétrique des travailleurs exposés

Conformément à l'article R. 4451-33-1 du code du travail,

I.- A des fins de surveillance radiologique préventive et d'alerte en cas d'exposition anormale, l'employeur équipe d'un dosimètre opérationnel :

1° Tout travailleur entrant dans une zone contrôlée définie au 1° du I de l'article R. 4451-23 ; [...]

Lors de la visite des installations, les inspecteurs ont constaté qu'il ne restait plus de dosimètre opérationnel disponible.

Demande II.3 : évaluer le nombre de dosimètres opérationnels nécessaires pour votre activité et, le cas échéant, prendre les dispositions pour mettre à disposition des travailleurs intervenant en zone réglementée des dosimètres opérationnels en nombre suffisants. Vous transmettez à la division de Lyon de l'ASNR les conclusions de votre analyse ainsi que le plan d'action associé.

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.

Conformément à l'article R. 4451-82 du code du travail, pour un travailleur classé en catégorie A, la visite médicale mentionnée à l'article R. 4624-28 est renouvelée chaque année. La visite intermédiaire mentionnée au même article n'est pas requise.

Les inspecteurs ont constaté qu'une partie du personnel classé en catégorie A (un MERM et un aide-soignant) et en catégorie B (un physicien, dix aides-soignants ou infirmiers de RCB curie nuit, trois équipiers et six aides-soignants hospitaliers du BION) n'a pas bénéficié d'un suivi médical renforcé respectant les périodicités prévues par la réglementation.

Demande II.4 : veiller à ce que chaque travailleur classé bénéficie d'un suivi individuel renforcé selon les dispositions réglementaires prévues aux articles R. 4451-82 et R. 4624-28 du code du travail.

Formation 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 constaté que l'habilitation des médecins, physiciens, radiopharmaciens et des MERM était formalisée et enregistrée dans une base de données. En ce qui concerne le personnel soignant, des dispositions sont mises en place pour leur formation (questionnaires d'évaluation des connaissances, tutorat par des soignants

référents, gazette sur les pratiques à éviter) mais leur habilitation n'est pas formalisée. Par ailleurs, les modalités d'habilitation des professionnels dans le cadre de la mise en place d'un nouveau dispositif médical ou d'une nouvelle pratique n'étaient pas formalisées.

Demande II.5 : valoriser les actions de formation mises en place en formalisant l'habilitation du personnel soignant et formaliser les modalités d'habilitation des professionnels dans le cadre de la mise en place d'un nouveau dispositif médical ou d'une nouvelle technique.

Caractéristiques et modalités d'entretien des fosses septiques

La décision n°2008-DC-0095 de l'ASN du 29 janvier 2008 fixe les règles techniques auxquelles doit satisfaire l'élimination des effluents et des déchets contaminés par les radionucléides. Son article 11 prévoit qu'un plan de gestion des déchets et effluents (PGDE) est établi et mis en œuvre par le titulaire de l'autorisation de médecine nucléaire. Ce plan doit définir notamment les conditions du rejet d'effluents contaminés par des radionucléides et les dispositions de surveillance périodique du réseau.

De plus, la décision n°2014-DC-0463 de l'ASN du 23 octobre 2014 relative aux règles techniques minimales de conception, d'exploitation et de maintenance auxquelles doivent répondre les installations de médecine nucléaire prévoit qu'un « plan des canalisations est formalisé. Il décrit de façon détaillée le circuit de collecte des effluents liquides contaminés ainsi que les moyens d'accès à ces canalisations pour permettre d'assurer leur entretien et leur surveillance ».

Les inspecteurs ont constaté qu'un plan de gestion des déchets et effluents (PGDE) contaminés est élaboré. Cependant, le PGDE ne donne pas d'informations sur les caractéristiques des fosses septiques recevant les fèces des patients hospitalisés en chambre de RIV (dimensionnement, temps de séjour des effluents, modalités d'entretien et de contrôle).

Demande II.6 : compléter votre PGDE afin de préciser les caractéristiques (dimensionnement, temps de séjour des effluents, modalités d'entretien et de contrôle) des fosses septiques recevant les fèces des patients hospitalisés en chambre de RIV. Transmettre à la division de Lyon de l'ASNR le PGDE actualisé ainsi que le justificatif de l'entretien de ces fosses.

Conditions de rejets

Conformément à l'article L. 1331-10 du code de la santé publique, tout déversement d'eaux usées autres que domestiques dans le réseau public de collecte doit être préalablement autorisé par le maire ou, lorsque la compétence en matière de collecte à l'endroit du déversement a été transférée à un établissement public de coopération intercommunale ou à un syndicat mixte, par le président de l'établissement public ou du syndicat mixte, après avis délivré par la personne publique en charge du transport et de l'épuration des eaux usées ainsi que du traitement des boues en aval, si cette collectivité est différente.

Conformément à l'article 5 de la décision n° 2008-DC-0095 du 29 janvier 2008, dans le cas de rejets dans un réseau d'assainissement, les conditions du rejet sont fixées par l'autorisation prévue par l'article L. 1331-10 du code de la santé publique.

Les inspecteurs ont constaté que l'arrêté n°2019-1042 du 10 septembre 2019 de la métropole de Lyon autorisant votre établissement à déverser des eaux usées dans le réseau public d'assainissement pour une durée de 5 ans est arrivé à échéance. Cet arrêté ne mentionnait pas l'ensemble des radionucléides utilisés dans votre établissement et les résultats des mesures réalisées annuellement indiquent des dépassements des valeurs limite fixées dans cet arrêté.

Demande II.7 : vous rapprocher du gestionnaire de réseau pour l'informer de ces dépassements des valeurs limites autorisées, lui demander une nouvelle autorisation de déversement et, le cas échéant, lui

proposer de nouvelles valeurs limites en activité volumique pour l'iode 131, le lutétium 177 et les autres radionucléides. Dans le cas où cette prise de contact aboutirait à une modification de l'autorisation de rejet, un exemplaire de l'arrêté modifié devra être transmis à la division de Lyon de l'ASNR.

Plan d'actions de la qualité

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

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 que les modalités d'évaluation du système de gestion de la qualité n'étaient pas définies. Il s'agit d'évaluer l'efficacité du système de gestion de la qualité par des indicateurs pertinents et mesurables.

Demande II.8 : définir les modalités d'évaluation du système de gestion de la qualité.

Organisation et pilotage de la démarche de qualité – gestion des risques

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

I. - Le système de gestion de la qualité est défini et formalisé au regard de l'importance du risque radiologique pour l'exposition aux rayonnements ionisants du patient.

Ce système a pour finalités de prévenir et gérer les risques liés aux expositions des patients aux rayonnements ionisants. À cette fin, pour tous les actes utilisant des rayonnements ionisants, les processus permettant de mettre en œuvre les principes de justification et d'optimisation prévus aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique sont maîtrisés.

II. - Chaque processus est décliné de façon opérationnelle en procédures et instructions de travail, qui définissent :

- les tâches susceptibles d'avoir un impact sur la radioprotection des patients, y compris leurs interfaces ou leur séquençement ;*
- les risques liés à leur mise en œuvre ;*
- les professionnels concernés : leurs qualifications, les compétences requises et leurs responsabilités ;*
- les moyens matériels et les ressources humaines alloués ;*
- les exigences spécifiées.*

III. - Le système de gestion de la qualité prévoit des conditions de maîtrise par le responsable d'activité des prestations externes permettant le respect des exigences spécifiées et de leurs interactions avec les autres tâches.

Les exigences spécifiées sont définies, à l'article 2 de la cette même décision comme étant l'ensemble des exigences législatives et réglementaires et des exigences particulières internes que l'établissement souhaite satisfaire de manière volontaire. Ces exigences sont exprimées par écrit, avec des critères de conformité définis, mesurables ou vérifiables.

Les inspecteurs ont constaté que des exigences spécifiées avaient été définies. Cependant, ces exigences spécifiées ne sont pas ciblées sur les risques relatifs aux étapes clé de la prise en charge du patient et reprennent uniquement les dispositions de la décision n°2021-DC-0708 de l'ASN.

Demande II.9 : définir des exigences spécifiées, en lien avec le parcours du patient et vos pratiques, et définir, pour chacune d'elles des modalités d'évaluation pertinentes et mesurables ou vérifiables.

Démarche de gestion des risques a priori

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

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 (personnel médical, paramédical, technique et administratif), 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 des analyses a priori des risques avaient été établies pour l'activité de RIV, la radiopharmacie et pour chaque nouveau protocole de traitement. Cependant, ces analyses ne sont pas essentiellement centrées sur les risques encourus par les patients lors de leur prise en charge thérapeutique. De plus, il n'y a pas d'organisation en place pour la révision, avec l'ensemble des professionnels, de ces analyses et les enseignements issus de l'analyse des événements indésirables n'y sont pas toujours intégrés.

Demande II.10 : mettre en place une organisation afin que les analyses a priori des risques soient révisées collégialement avec les professionnels impliqués dans les traitements de RIV et intègrent les risques encourus par les patients lors de leur prise en charge thérapeutique ainsi que les enseignements issus de l'analyse des événements indésirables.

Critères de sélection des événements faisant l'objet d'une analyse approfondie

Conformément à l'article 11 de la décision 2021-DC-0708 de l'ASN :

II. - 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.

Les inspecteurs ont constaté que les critères suivants de sélection des événements indésirables faisant l'objet d'une analyse approfondie ont été définis :

- thématique qui revient fréquemment ;
- fréquence des incidents ;
- gravité des incidents ;
- sujet portant à une analyse approfondie ;
- cas intéressant pour améliorer les pratiques ;
- ESR déclaré à l'ASNR ;
- EIG déclaré à l'ARS.

Cependant, ces critères restent sujets à interprétation et il conviendrait de les préciser.

Demande II.11 : préciser les critères de sélection des événements indésirables faisant l'objet d'une analyse approfondie.

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

Observation III.1 : Les inspecteurs ont relevé que des audits sur le passage effectif des aides-soignants étaient réalisés régulièrement et que les consignes étaient rappelées régulièrement pour que le personnel n'oublie pas de contrôler l'absence de contamination avant de quitter le secteur RIV et vous encouragent à poursuivre cette démarche. Ils ont également pris note de votre intention de changer l'emplacement du contrôleur mains-pieds afin qu'il soit plus accessible pour le personnel.

*
* *

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'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'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

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.