

Division de Nantes

Référence courrier : CODEP-NAN-2025-063875

Centre Eugène Marquis

M.

Avenue de la Bataille Flandres Dunkerque  
Pontchaillou - CS 44229  
35000 Rennes

Nantes, le 14 novembre 2025

**Objet :** Contrôle de la radioprotection  
Lettre de suite de l'inspection du 14 octobre 2025 sur le thème de la radioprotection dans le domaine médical (radiothérapie)

**N° dossier :** Inspection n° INSNP-NAN-2025-0736

**Références :** [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.  
[2] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.  
[3] Arrêté du 17 mai 2021 portant homologation de la décision no 2021-DC-0708 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique

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 14 octobre 2025 au sein de votre service de radiothérapie. Cette inspection était dédiée à la vérification de la protection des travailleurs et des patients contre les risques dus aux rayonnements ionisants en application du code du travail et du code de la santé publique. 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 14 octobre 2025 avait pour objectif principal de vérifier le respect de la réglementation en matière de qualité et sécurité des traitements de radiothérapie et le respect des engagements pris à l'issue de la dernière inspection. Les inspecteurs ont procédé à un contrôle par sondage des enregistrements issus des différents processus de préparation et de mise en œuvre des traitements de radiothérapie, en particulier l'exploitation du retour d'expérience et le respect des exigences spécifiées. Ils se sont également entretenus avec plusieurs professionnels intervenant dans ces processus.

À l'issue de cette inspection, il ressort que la qualité et la sécurité des traitements de radiothérapie est très satisfaisante. Les inspecteurs ont notamment souligné l'implication collective des professionnels dans la dynamique d'amélioration continue du système de management de la qualité, reposant notamment sur une excellente culture de déclaration et d'analyse des événements indésirables. Ils ont également noté le rôle central de la responsable opérationnelle de la qualité dans la coordination et l'animation de la démarche qualité, qui bénéficie de relais importants et clairement identifiés au sein du service, ainsi que d'appuis institutionnels forts notamment de la part de la direction qualité de l'établissement.

Le système de management de la qualité est évalué au moins une fois par an à l'occasion d'une revue de direction pluridisciplinaire lors de laquelle un bilan des indicateurs qualité est dressé. L'établissement a mis en place de nombreuses instances pluridisciplinaires pour construire collectivement le système qualité, telles qu'une réunion hebdomadaire de la cellule qualité, un comité de retour d'expérience mensuel, des réunions régulières des référents par localisation, la mise en place de groupes de travail pour les nouveaux projets etc. La performance du processus de préparation est actuellement évaluée par le suivi de l'évolution des délais moyens de chacune des étapes de préparation pour l'ensemble des localisations. Il ressort que les délais cibles de préparation des traitements de radiothérapie sont respectés malgré la complexification croissante des techniques mise en œuvre. Toutefois, le suivi de ces délais, basé sur une moyenne, ne permet pas d'identifier la fréquence des situations dégradées comme le nombre événements indésirables concernant les dossiers non prêts 24 heures avant le début du traitement, le nombre de report du début de traitement etc.

Par ailleurs, les inspecteurs ont noté que certains indicateurs qualité ont évolué négativement depuis la dernière inspection, comme la mise en œuvre dans les délais prévus des actions d'amélioration issues des différents processus, la baisse du nombre d'audits internes et les difficultés à faire évoluer le système documentaire, notamment pour l'identification des exigences spécifiées ainsi que pour la simplification de l'analyse des risques. Cette inflexion de la dynamique qualité est en partie liée à l'inadéquation persistante entre les missions et les moyens humains au sein de la direction qualité. A ce titre, les inspecteurs ont noté les difficultés de l'établissement à recruter une personne supplémentaire, dont le profil réponde à la fois aux besoins du Centre Eugène Marquis et à ceux de l'Institut de Cancérologie Radiothérapie Breillien (ICRB), ce poste étant partagé entre ces deux entités. Par ailleurs, les inspecteurs ont constaté que la situation des effectifs médicaux est actuellement fragile alors même que le déploiement des traitements adaptatifs requiert plus de temps médical. Ces éléments contextuels sont susceptibles de freiner l'implication du corps médical dans la démarche qualité.

En termes d'évaluation des compétences, les inspecteurs ont noté avec intérêt la formalisation récente des grilles d'habilitation pour les médecins médicaux et pour les radiothérapeutes, qui viennent compléter celles déjà existantes pour les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) et pour les dosimétristes. Ils ont également noté le progrès du taux de formation à la radioprotection des patients et le maintien d'une offre de formation interne et externe permettant un développement continu des compétences.

En matière de management des risques, les inspecteurs ont relevé comme bonne pratique la mise en place récente de réunions pluridisciplinaires quotidiennes (staff) lors desquelles la majorité des dossiers du scanner du jour sont passés en revue, avec un enregistrement des éléments vérifiés. Ce staff est notamment mis à profit pour vérifier la latéralité des traitements du sein en ouvrant deux documents extérieurs au processus de radiothérapie. Il conviendra toutefois que ce type de vérifications s'étende aux autres localisations qui présentent également un risque d'erreur de latéralité (traitement ORL, poumon etc.). La bonne prise en compte d'éventuels antécédents d'irradiation est également vérifiée lors de ce staff, sans pour autant que des documents extérieurs soient réouverts. Au regard du retour d'expérience national, il conviendra de s'assurer que les mesures mises en place au staff permettent de détecter de manière robuste tout oubli d'une irradiation antérieure, surtout si cette dernière a eu lieu dans un autre établissement. On notera qu'à ces barrières s'ajoute l'implication systématique du patient dans sa sécurité par un questionnement oral de ce dernier mais également le renseignement par le patient d'un questionnaire écrit dans lequel la latéralité et d'éventuels antécédents d'irradiation sont demandés et vérifiés par les MERM du scanner. Pour sécuriser l'étape de validation de la dosimétrie par la physique

médicale, un programme informatique a également été développé (script) pour regrouper sur un même écran l'ensemble des informations du patients.

Parmi les autres éléments sécuritaires relevés positivement par les inspecteurs, on retrouve :

- l'affectation de 3 MERM au poste scanner (dont un est en charge de la confection des prothèses) ;
- l'affectation quotidienne de 1 MERM pour la réalisation de la programmation ce qui, en complément de la réunion de staff médical, permet de veiller au respect des délais précités ;
- la proposition d'une consultation paramédicale d'accompagnement, à tous les patients qui le souhaitent ;
- les mesures en place visant à limiter les interruptions de tâches au poste de traitement ;
- la création d'un fichier html qui permet aux personnels de la physique médicale d'accéder rapidement aux protocoles médicaux et documents qualité afférents.

En matière de qualité de prise en charge, les inspecteurs ont relevé favorablement :

- la réalisation des traitements du sein en 15 séances (et non 25 séances) ;
- la mise en place, dès que possible, d'un traitement en inspiration profonde (technique DIBH) pour le traitement du sein, permettant de réduire fortement l'irradiation du cœur ;
- la mise en place récente de la technique de « gating » sur l'IRM-Linac, qui diminue significativement le volume irradié de tissus sains ;
- le repositionnement du patient par un système de reconnaissance surfacique (limitant le nombre de points de tatouage) et facilitant la mise en place de la technique DIBH précitée.

En matière de réalisation et suivi des contrôles de qualité, l'inspection n'a pas identifié lors de l'inspection réalisée par sondage d'écart au regard des exigences réglementaires. L'ensemble des résultats des contrôles de qualité sont centralisés et vérifiés par l'équipe de physique médicale. Les quelques non-conformités relevées lors du dernier audit externe des contrôles de qualité internes ont été corrigées. Les inspecteurs ont également noté avec intérêt l'approche graduée dans la réalisation des « contrôles de qualité patient », en ciblant les traitements pour lesquels la probabilité de non-conformité est la plus élevée.

## **I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT**

**Sans objet**

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **• Coordination et animation de la démarche qualité - Adéquation mission-moyens**

*Conformément au II de l'article 4 de l'arrêté en référence [3], 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 du même article.*

*Conformément à l'article 5 de l'arrêté en référence [3], le système de gestion de la qualité formalise les responsabilités, les autorités et les délégations des professionnels.*

L'inspection a permis de constater une dégradation de certains processus qualité, notamment dans le suivi des actions d'amélioration, la dynamique de mise à jour et d'allègement du système documentaire ou encore la mise en place d'audits internes (aucun audit en 2025) ou externes (report de l'audit par les pairs prévu initialement en 2025). Les inspecteurs ont noté que l'établissement avait renforcé en 2024 et 2025 les effectifs de la direction qualité par un temps plein partagé d'ingénieur qualité avec l'ICRB dans le cadre d'un financement par l'Agence régionale de santé. Toutefois, les candidats retenus ne sont restés que quelques mois et le poste est à ce jour vacant. L'une des difficultés est de trouver un profil de candidat qui réponde à la fois aux besoins du Centre

Eugène Marquis et à ceux de l'ICRB. Les inspecteurs ont noté que des discussions sont en cours avec l'ICRB pour que ce poste soit durablement pourvu. Par ailleurs, la fiche de poste du responsable opérationnel de la qualité (ROQ) transmise en réponse à la dernière inspection, indiquant la quotité de temps allouée à la radiothérapie et celle allouée aux autres domaines, n'a toujours pas été validée par la direction qualité. Par ailleurs, la lettre de désignation du ROQ n'a pas été mise à jour depuis 2012.

**Demande II.1 : Assurer l'adéquation entre les moyens et les missions qualité en radiothérapie. Mettre à jour la lettre de désignation du ROQ et valider la fiche de poste associée. Communiquer les résultats issus des actions engagées concernant l'adéquation mission-moyen dans le domaine de la qualité et transmettre la lettre de désignation et la fiche du poste ROQ.**

• **Suivi des actions d'amélioration et mesure de leur efficacité**

*Conformément au III de l'article 4 de l'arrêté en référence [3], le système de gestion de la qualité inclut 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. de ce même article.*

*Conformément au IV de l'article 4 de l'arrêté en référence [3], le programme d'action précité tient compte des conclusions de l'évaluation régulière (a minima tous les deux ans) du système de gestion de la qualité, sa mise en œuvre et son efficacité.*

*Conformément à l'article 6 de l'arrêté en référence [3], les actions qui sont retenues à l'issue de l'analyse a priori des risques sont intégrées au programme d'action prévu à l'article 4 précité. Leur mise en œuvre est priorisée en fonction des risques associés, issue de l'analyse effectuée.*

*Conformément au V de l'article 11 de l'arrêté en référence [3], les actions retenues à l'issue des analyses systémique des événements sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 4 précité et leur efficacité est évaluée.*

Les inspecteurs ont souligné l'excellente dynamique de déclaration des événements indésirables (EI) et la réalisation régulière d'analyse systémique. Les actions d'amélioration issues de ce processus sont directement suivies *via* le logiciel de gestion documentaire (création de fiche actions). Le manuel d'assurance de la qualité indique que ce plan d'actions issu de l'analyse des EI fait l'objet d'un suivi mensuel lors des comités de retour d'expérience (CREX) et que les actions nécessitant une mesure d'efficacité sont identifiées et suivies grâce à des audits internes, des enquêtes ou des indicateurs prédéfinis. Or, malgré des relances automatiques régulières pour la mise en œuvre de ces actions, l'établissement éprouve des difficultés à les mettre en œuvre dans les délais définis et à en évaluer l'efficacité. Le nombre d'actions enregistrées apparaît également important au regard des ressources disponibles et nécessite d'engager une réflexion sur des modalités de priorisation.

Pour les actions issues des autres processus (analyses des risques, évaluation *via* les revues de direction et les audits etc.), les modalités de leur suivi ne sont pas clairement précisées. En effet, les comptes rendus de réunion qualité hebdomadaire listent quelques actions mais de manière non rigoureuse (pas de pilote, ni d'échéance).

Il ressort donc le besoin de rationaliser le nombre d'actions d'amélioration retenues en établissant les critères de priorisation et d'harmoniser les modalités de leur suivi pour disposer d'une vision de l'ensemble des actions et afin d'améliorer le taux de mise en œuvre des actions prioritaires.

En matière d'évaluation de l'efficacité des actions, les inspecteurs ont également noté une baisse du temps consacré par la cellule qualité en raison d'un manque de ressource (cf. demande II.1). En particulier, l'établissement n'est actuellement pas en capacité de maintenir un programme d'audits conformément à ses engagements formalisés dans le manuel d'assurance de la qualité. Ainsi, il n'y pas eu, en 2024 et 2025, d'audit de dossiers patients, ni d'audit sur la prise en charge ou encore d'audit sur les pratiques professionnelles. L'audit

sur la validation médicale des images réalisés en 2024 a mis en évidence des marges d'amélioration qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Enfin, l'établissement n'est plus en mesure, faute de temps, de mettre à jour l'analyse des risques en évaluant la récurrence des événements indésirables internes. En effet, le travail de simplification de l'analyse des risques pour faciliter sa mise à jour au regard du retour d'expérience n'a pas été engagé depuis la dernière inspection. Par conséquent, la vérification de l'efficacité des actions par le suivi de la récurrence des événements indésirables n'est actuellement plus effective.

#### **Demande II.2 :**

**Poursuivre le travail de mise à jour de l'analyse des risques.**

**Définir dans le système de management de la qualité, la stratégie retenue pour :**

- **sélectionner les actions prioritaires pour lesquelles un suivi et une mesure de l'efficacité est nécessaire ;**
- **harmoniser les modalités de suivi des actions d'amélioration quel que soit le processus (REX, analyse des risques, évaluation etc.) ;**
- **suivre l'efficacité de chacune des actions prioritaires retenues, notamment en relançant le programme d'audit et le suivi de la récurrence des événements indésirables.**

#### **• Management des risques d'erreur de latéralité et de non prise en compte d'une irradiation antérieure**

*Conformément au II de l'article 6 de l'arrêté en référence [3], 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 inspecteurs ont vérifié par sondage les barrières en place pour réduire le risque d'erreur de latéralité et de non prise en compte d'antécédents d'irradiation.

Pour prévenir ou détecter ces erreurs, les inspecteurs ont relevé les barrières suivantes :

- L'utilisation par les médecins d'une trame commune pour structurer les comptes rendus de consultation médicale d'annonce. Toutefois, les éléments de latéralité et d'antécédent d'irradiation sont intégrés dans le corps du compte rendu ce qui ne facilite pas la recherche de ces éléments pour les barrières de vérification. L'individualisation des déterminants de sécurité (localisation/latéralité à traiter en radiothérapie, antécédents de radiothérapie, présence d'un pacemaker etc.) à un endroit sanctuarisé du compte rendu apparaît particulièrement pertinent puisque plusieurs barrières ultérieures s'appuient sur ce document ;
- Le renseignement par le médecin d'un document nommé « fiche de liaison » dans lequel est renseignée la localisation selon une taxonomie prédéfinie (latéralité non renseignée) et le cas échéant la présence d'une irradiation antérieure ;
- L'utilisation par tous les médecins d'un seul support de prescription dans le logiciel d'enregistrement et de vérification des données du patient (Logiciel R&V). Ce support identifie clairement les déterminants de sécurité précités ;
- Le modèle de présentation utilisé pour le staff quotidien prévoit l'insertion des comptes rendus venant de deux documents extérieurs (imagerie, repérage, biopsie, chirurgie etc.) justifiant la latéralité en cas d'organes pairs. Dans le compte rendu issu du staff, les deux documents utilisés pour vérifier la latéralité sont enregistrés dans le logiciel de R&V. Cette vérification permet de sécuriser les données de latéralité renseignées. Toutefois, les inspecteurs ont relevé que ces modalités de vérification de la latéralité ne sont effectives que pour la localisation « Sein » et que les autres organes pairs ne bénéficient pas d'une telle vérification (ORL, poumon etc.). En matière de vérification des antécédents d'irradiation, la présentation précitée contient les informations du compte rendu de

consultation médicale d'annonce et de la prescription informatique. Toutefois, en l'absence d'une retranscription harmonisée des informations d'antécédents d'irradiation dans le compte rendu médical d'annonce tel que susmentionné, la robustesse de cette barrière reste fragile étant entendu que pour les irradiations dans un établissement extérieur la physique médicale ne pourra pas les détecter ;

- Le renseignement par le patient d'un questionnaire écrit, remis au scanner, dans lequel il lui est demandé de mentionner la localisation de son traitement mais également s'il a déjà eu un traitement de radiothérapie par le passé ;
- L'interrogation orale du patient par l'équipe de MERM sur la latéralité lors du scanner et lors de sa première séance de traitement ;
- A l'issue du scanner, l'équipe de MERM renseigne dans une grille de vérification enregistrée dans le logiciel R&V l'ensemble des informations issues du scanner dont les informations de latéralité le cas échéant. Toutefois, la réponse du patient sur les antécédents d'irradiation n'est pas reportée dans cette grille ;
- L'élaboration d'un programme informatique (script) par l'équipe de physique médicale qui permet de regrouper sur un même écran l'ensemble des informations et images nécessaires à la vérification de la dosimétrie (compte rendu de la 1<sup>ère</sup> consultation médicale, prescription, éléments de dosimétrie, antécédents d'irradiation etc.). En particulier, la latéralité figurant dans la prescription, l'intitulé du plan de traitement, dans le compte rendu médical d'annonce (copié dans un onglet du dossier patient dans le R&V) sont surlignés, ce qui permet d'identifier rapidement la cohérence de ce critère entre les documents internes. Par ailleurs, cette même page renferme les images contourées permettant de détecter une éventuelle erreur de contourage. Toutefois, la grille de vérification enregistrée dans le R&V ne mentionne pas la nécessité de vérifier la cohérence de la latéralité entre le contourage et les documents internes.

L'ensemble des barrières précitées doivent être considérées par l'établissement comme des exigences spécifiées internes au regard de leur importance pour la qualité et la sécurité des traitements. Il conviendra donc de mettre à jour le document référencé DO-RT-01 en ce sens et de veiller à leur respect. De même, l'analyse des risques devra être mise à jour en conséquence.

Enfin, les inspecteurs ont constaté que les points à vérifier lors de la validation médicale du contourage et de la dosimétrie ne sont pas formalisés.

**Demande II.3.1 : Analyser et renforcer le cas échéant la stratégie de prévention et de détection du risque d'erreur de latéralité et de non prise en compte d'antécédent d'irradiation, en tenant compte des constats précités. Transmettre les résultats de cette analyse.**

**Demande II.3.2 : Finaliser et transmettre les éléments de formalisation de l'ensemble des étapes de vérification et validation des plans de traitement (qui, quoi, quand et comment) et les intégrer à la liste des exigences spécifiées internes.**

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

#### **• Événements génériques**

**Observation III.1 :** A l'issue du passage en revue des événements indésirables déclarés depuis la dernière inspection, les inspecteurs ont rappelé que tout événement lié à une erreur systématique ayant conduit pour plusieurs patients à la délivrance d'une dose physique différente de la dose totale prescrite, quelle que soit la valeur de l'erreur de dose, doit être déclaré à l'ASNR.



#### • Analyse des risques

**Observation III.2 :** L'établissement présente la particularité de disposer d'un parc machines et logiciels issus de plusieurs fabricants (3 fabricants différents pour les accélérateurs, 3 logiciels de calcul de la dose issus de fabricants différents, deux logiciels de R&V dont un principal et un lié aux appareils Halcyon). Lors de la révision de l'analyse des risques, il conviendra de tenir compte des éventuels risques associés à des difficultés d'interfaçage, notamment en cas de ressaisie manuelle de données importantes pour la sécurité des traitements.

#### • Adéquation mission-moyen pour le corps médical

**Observation III.3 :** Les effectifs médicaux disponibles pour l'activité clinique de radiothérapie sont actuellement de 7.3 ETP et passeront prochainement à 6.4 ETP suite à un congé planifié. Selon les chiffres recueillis par l'ASNR auprès des centres de radiothérapie français pour l'année 2025 et considérant les données d'activité du Centre Eugène Marquis, les ressources moyennes en effectif médical sont de l'ordre de 9 ETP pour des établissements équivalents (regroupement CLCC, CHU et CHR faisant plus 20% de stéréotaxie, soit 21 établissements). Avec 7.3 ETP disponibles actuellement, les effectifs médicaux du centre sont mêmes inférieurs au 25<sup>ème</sup> centile de ce même échantillon (7.8 ETP). Il convient que le centre prenne en compte et adapte ses pratiques et activités le cas échéant au vu de cette situation ponctuelle de fragilité des effectifs médicaux, conjuguée à une augmentation des besoins en ressources humaines pour les traitements adaptatifs sur l'IRM-Linac.

#### • Habilitations

**Observation III.4 :** Les inspecteurs ont souligné positivement la mise en place d'un parcours de montée en compétence progressif pour les MERM, avec un socle commun de compétences et de nombreuses habilitations selon les postes occupés ou les techniques mises en œuvre. Le processus d'évaluation des compétences et d'habilitation est également en place depuis plusieurs années pour les dosimétristes. Le processus d'habilitation des physiciens médicaux et des radiothérapeutes a bien avancé depuis la dernière inspection (grille d'habilitation finalisée et en cours de renseignement) et doit être finalisé avec en particulier la signature de ces nouvelles grilles.

#### • Indicateurs qualité

**Observation III.5 :** L'établissement suit annuellement les délais moyens de chacune des étapes du processus de préparation des traitements, localisation par localisation, et les comparent aux délais cibles. Il ressort que l'établissement, malgré la complexification des techniques, respecte chacune de ces cibles, notamment grâce à un travail important d'optimisation du circuit des tâches et à la réduction du temps inhérent au contourage suite à l'acquisition d'un logiciel de contourage automatique.

Toutefois, un nombre non négligeable d'événements indésirables est lié à une vérification des dossiers et/ou la réalisation des contrôles de qualité patient le jour même de la prise en charge du patient pouvant parfois conduire à un report de la date de début de traitement. Les inspecteurs ont rappelé que la fréquence de ce type d'événements est un indicateur intéressant à suivre dans le temps pour détecter une éventuelle situation chronique de surcharge de travail.

\*  
\* \*

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois pour les autres demandes, 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. 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'ASNR ([www.asnr.fr](http://www.asnr.fr)).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération distinguée.

**L'adjointe à la cheffe de la division**

**Signé par**

**Marine COLIN**

#### **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 l'ASNR à l'adresse <https://francetransfert.numerique.gouv.fr/upload>, 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).

---

Un traitement automatisé de données à caractère personnel est mis en œuvre par l'ASNR. 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 à ses informations à caractère personnel. Ce droit s'exerce auprès de l'entité dont l'adresse figure en bas de la première page.