

Division de Nantes

Référence courrier : CODEP-NAN-2025-008221

M  
Centre Hospitalier Départemental Vendée  
Boulevard Stéphane Moreau  
85000 La Roche-sur-Yon

Nantes, le 13 février 2025

**Objet :** Contrôle de la radioprotection  
Lettre de suite de l'inspection du 4 février 2025 – médecine nucléaire – Thérapie

**N° dossier :** Inspection n° INSNP-NAN-2025-711 N° Sigis : M850022 (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° 2021-DC-0708 de l'ASN 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

M

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 4 février 2025 dans votre établissement.

L'inspection du 4 février 2025 a permis de prendre connaissance des activités de thérapie réalisées dans le service de médecine nucléaire, d'examiner, par sondage, les mesures déjà mises en place pour assurer la radioprotection et d'identifier les axes de progrès. Elle avait également pour objectif de vérifier la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, au regard des exigences réglementaires relatives aux obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique des patients dans le cadre de la radiothérapie interne vectorisée. Enfin, l'inspection a permis d'échanger sur votre projet de mise en œuvre d'une nouvelle activité de thérapie à base de Lutetium 177 pour laquelle vous avez déposé une demande de modification de votre autorisation auprès de l'ASNR.

Après avoir abordé ces différents thèmes, les inspecteurs ont effectué une visite des lieux où vous projetez cette nouvelle activité et des locaux dans lesquels pourrait être réalisée une extension du service et une mise en conformité en matière de gestion des effluents radioactifs.

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.

## SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

Les inspecteurs ont noté le fort investissement de l'ensemble des professionnels rencontrés dans leurs missions respectives relatives à la radioprotection.

Le service de médecine nucléaire a maintenu le bon niveau de radioprotection des travailleurs qui avait déjà été constaté lors de l'inspection réalisée en 2021. Les vérifications sont réalisées selon les périodicités réglementaires. La traçabilité des actions correctives est cependant perfectible, notamment pour les vérifications réalisées par la personne compétente en radioprotection ; il convient également de veiller à ce que les mesures réalisées soient conclusives au regard du zonage.

Le suivi des résultats dosimétriques est rigoureux et le service est doté d'équipements permettant de limiter l'exposition des travailleurs (tabliers plombés de différents modèles et tailles, lève malade limitant la proximité entre le manipulateur en électroradiologie médicale et le patient etc...).

Les formations à la radioprotection des travailleurs et des patients font l'objet d'un bon suivi et d'un renouvellement régulier : tous les travailleurs classés sont formés à la radioprotection des travailleurs et, en matière de formation à la radioprotection des patients, seules 2 attestations, concernant des personnels récemment arrivés, étaient manquantes. Une attention particulière devra cependant être apportée sur l'information des travailleurs non classés des services d'hospitalisation qui reçoivent des patients ayant reçu un traitement par des radionucléides : une information a été faite mais il convient de s'assurer que l'ensemble des personnels concernés, y compris les nouveaux arrivants, bénéficient de cette information et qu'elle reste à disposition des agents dans le service concerné.

En ce qui concerne la radioprotection des patients, les inspecteurs ont constaté que les protocoles sont formalisés et disponibles au poste de travail. Ils ont également noté la bonne culture de déclaration des événements indésirables au sein du service de médecine nucléaire et la tenue régulière de réunion de retour d'expérience (CREX) pluridisciplinaire. En l'absence du radiophysicien, l'organisation de la physique médicale et l'implication du physicien dans le domaine thérapeutique n'a pu être examiné.

Des axes d'amélioration ont été identifiés en matière d'organisation et de déploiement effectif de la démarche qualité, telle que prévue par la décision ASN 2019-DC- 0708, visée en référence en particulier :

- Absence de temps dédié à la qualité et de formation à la qualité pour la cadre de santé, nommée responsable opérationnelle de la qualité, et pour les 2 référentes qualité du service de médecine nucléaire, en lien avec un soutien opérationnel insuffisant de la direction qualité ;
- Analyse des risques *a priori* qui datait de 2019 et qui vient d'être mise à jour, mais sans organisation définie pour sa mise à jour. Cette nouvelle version présentée en séance n'a pas pu être examinée de façon approfondie par les inspecteurs ;
- Absence de formalisation des exigences spécifiées pour les actes de thérapie. Les inspecteurs ont cependant noté que les protocoles de prise en charge pour les traitements de radioembolisation à l'Yttrium et les traitements au radium ont bien été rédigés. Ils sont par ailleurs disponibles au poste de travail et la traçabilité des actions est assurée ;
- Absence d'audits qualité internes et de revue de direction ;
- Processus CREX en place mais manque de formation à l'analyse approfondie des événements indésirables par les personnels et absence de suivi des actions correctives décidées ;
- Processus d'habilitation bien engagé pour les manipulateurs en électroradiologie médicale, mais pas pour les autres professionnels impliqués dans les actes de thérapie (médecins nucléaires et radiologues interventionnels concernés, radiopharmaciens, physiciens...). En outre, la traçabilité de certaines actions de formation est perfectible.

Enfin, les inspecteurs ont pris note de l'absence de convention de rejet des effluents entre le CHD et la ville de la Roche-sur-Yon.

## I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

Sans objet

## II. AUTRES DEMANDES

### II.1. FORMALISATION DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE GESTION DE LA QUALITE

*Conformément aux dispositions de l'article 4 de la décision ASN 2021-DC-0708,*

*I. - Le système de gestion de la qualité 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, 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.*

Les inspecteurs ont constaté que l'organisation en vue du déploiement de la démarche qualité n'est pas formalisée, notamment en termes de temps dédié et de formation du responsable opérationnel de la qualité (ROQ) et des référents qualité du service de médecine nucléaire. La fonction de ROQ est portée par la cadre qui exerce à 80 % dans le service de médecine nucléaire et 20% dans le service de radiothérapie. En outre, l'articulation de ses fonctions avec les missions de la direction qualité et les différentes catégories de personnel impliquées dans la mise en œuvre de la démarche qualité au sein du service n'est pas définie.

Les inspecteurs ont également noté que la fonction de coordination pour les prises en charge thérapeutique n'est pas formalisée, alors qu'il s'agit d'une fonction importante qui nécessite du temps dédié et des compétences, surtout dans le cadre d'un projet de développement des actes de thérapie (cf. demande de modification d'autorisation adressée à l'ASNR, en cours d'instruction).

En outre, il n'y a pas eu à ce jour d'audits des pratiques, ni de revue de direction régulière au sein du service de médecine nucléaire.

**Demande II.1.1 : Formaliser l'organisation du système de gestion de la qualité, notamment en termes d'articulation entre le service de médecine nucléaire et la direction qualité et adresser à l'ASNR la note d'organisation.**

**Demande II.1.2 : Analyser les besoins en termes d'effectifs et de formation dédiés à la qualité au sein du service de médecine nucléaire, notamment au regard des missions à effectuer et des projets de développement de nouvelles techniques en thérapie. Adresser à l'ASNR les informations correspondantes, notamment la mise à jour des désignations du ROQ et des référents qualité du service de médecine nucléaire. Ce point sera examiné notamment au regard des besoins spécifiques liés à la mise en œuvre des traitements au Lutetium.**

### II.2. ANALYSE A PRIORI DES RISQUES

*Conformément aux dispositions de l'article 6 relatif à l'analyse a priori des risques encourus par les patients lors des processus de prise en charge thérapeutique utilisant les rayonnements ionisants de la décision n°2021-DC-0708 de l'ASN [5],*

*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.*

Lors de l'inspection, les inspecteurs ont pris connaissance de la nouvelle analyse des risques qui vient d'être réalisée alors que la cartographie précédente, adressée à l'ASNR à titre préparatoire dataient de 2019. Ce document, présenté en séance, n'a pas pu être examiné de façon approfondie. Au-delà de sa mise à jour récente, il conviendra de veiller à actualiser de façon régulière cette analyse, en particulier en intégrant les risques liés aux changements de matériel, aux nouveaux radionucléides, aux évolutions d'activité, aux événements indésirables et retour d'expérience externe... Une méthodologie appropriée doit être définie à cet effet, en lien avec la direction qualité de l'établissement.

Par ailleurs, il convient de s'assurer que des barrières de sécurité d'ordre matériel, humain ou organisationnel sont effectivement définies, notamment pour les actes à visée thérapeutique, afin de mettre en place des actions appropriées pour réduire leur probabilité ou leurs conséquences.

**Demande II.2.1 : poursuivre la démarche d'analyse a priori des risques encourus par les patients lors des actes thérapeutiques de médecine nucléaire et définir une organisation adaptée pour la mise à jour régulière de l'analyse.**

**Demande II.2.2 : définir, pour chaque risque identifié, des barrières de sécurité d'ordre matériel, humain ou organisationnel.**

**Demande II.2.3 : intégrer les actions retenues dans le plan d'action qualité (PAQ) et réaliser des audits internes sur les points identifiés comme critiques.**

**Demande II.2.4 : adresser à l'ASNR les modalités et le planning de déploiement des demandes susvisées, ainsi que les actions prévues en vue de la mise en œuvre de traitements au Lutetium 177.**

### **II.3. DEMARCHE REX**

*Conformément aux dispositions de l'article 11 de la décision n° 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :*

*II. - Pour les événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle, entraînant ou susceptibles d'entraîner une exposition significative et non prévue d'une personne lors d'un acte utilisant les rayonnements ionisants à des fins de prise en charge thérapeutique, le système de gestion de la qualité décrit le système d'enregistrement et d'analyse prévu à l'article L. 1333-13 du code de la santé publique.*

*Conformément à l'article 12 de la décision n° 2021-DC-0708 du 6 avril 2021, le système de gestion de la qualité décrit les modalités retenues pour :*

*1° promouvoir et soutenir l'engagement des professionnels dans la démarche de retour d'expérience ;*

*2° dispenser une formation adaptée à la détection, à l'enregistrement et au traitement des événements et, le cas échéant, à leur analyse systémique ;*

*3° informer l'ensemble des professionnels sur les enseignements tirés de l'analyse des événements.*

Les inspecteurs ont pris bonne note de la réalisation en décembre 2023 d'une formation à la déclaration des événements indésirables à laquelle a participé la grande majorité des personnels du service de médecine

nucléaire, notamment les MERM. Il conviendra de veiller à ce que l'ensemble des catégories professionnelles bénéficient de cette formation : secrétaires, préparateurs etc... Les inspecteurs ont également souligné la bonne dynamique de déclaration des événements indésirables (EI) au cours des 3 dernières années. Ils ont noté que la procédure relative au retour d'expérience (CREX) prévoit que tous les EI soient passés en revue lors des séances de CREX, qui sont tenues de façon régulière.

Cependant, ils ont constaté que la procédure ne prévoit pas une analyse systématique approfondie des événements significatifs de radioprotection. Les 2 derniers comptes-rendus d'événements significatifs adressés à l'ASNR étaient succincts et n'analysaient pas les causes profondes, notamment organisationnelles et humaines ayant pu contribuer à la survenue de ces événements. Les personnes rencontrées lors de l'inspection participant aux CREX ont indiqué ne pas avoir reçu de formation à l'analyse approfondie. Il a également été indiqué aux inspecteurs que les actions décidées en CREX ne faisaient pas l'objet d'un suivi formalisé. Il convient d'intégrer ces actions au PAQ (cf supra II.2.3).

**Demande II.3 : Veiller à analyser de façon approfondie tous les ESR et à formaliser le suivi des actions correctives.**

## **II.4. GESTION DES COMPETENCES - HABILITATION DES TRAVAILLEURS**

*Conformément aux dispositions de l'article 7 de la décision n° 2021-DC-0708 du 6 avril 2021, 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.*

*Le système de gestion de la qualité décrit 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 qu'un parcours d'habilitation a été mis en place pour les MERM, notamment pour la partie diagnostique. Il a été indiqué aux inspecteurs qu'une formation, réalisée préalablement à la mise en œuvre des traitements au radium, ainsi qu'un processus de compagnonnage, a été mis en place, ce qui constitue une bonne pratique ; cependant cette formation n'a pas été formalisée, ni tracée.

Les inspecteurs ont noté que les MERM sont polyvalents (intervention dans les domaines du diagnostic et de la thérapie) mais qu'il n'existe pas de processus d'habilitation pour la thérapie. La question du maintien de la compétence n'est pas prise en compte (absence de longue durée, maintien de la compétence au regard du faible nombre de traitements annuels etc...).

Par ailleurs, le processus d'habilitation n'a pas été décliné pour les autres professionnels impliqués : médecins, pharmaciens... alors que la radioembolisation par exemple n'est pratiquée que par deux médecins nucléaires de l'équipe.

Dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement, une procédure globale décrivant le processus et les objectifs de l'habilitation serait pertinente, avec une déclinaison opérationnelle pour les différentes activités et métiers concernés et des précisions sur les conditions d'actualisation et de maintien de l'habilitation (nouvelle technique, absence prolongée du professionnel, etc.).

**Demande II.4 : Compléter le processus d'habilitation en le déclinant pour chaque activité (thérapie notamment) et chaque catégorie professionnelle concernée et adresser à l'ASNR le planning de déploiement du dispositif. Indiquer de façon spécifique les modalités prévues en vue de la mise en œuvre de traitements au Lutetium**

## II.5 CONDITIONS DE REJETS DES EFFLUENTS RADIOACTIFS

*Conformément à l'article L1331-10 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. Pour formuler un avis, celle-ci dispose d'un délai de deux mois, prorogé d'un mois si elle sollicite des informations complémentaires. A défaut d'avis rendu dans le délai imparti, celui-ci est réputé favorable.*

*L'absence de réponse à la demande d'autorisation plus de quatre mois après la date de réception de cette demande vaut rejet de celle-ci.*

*L'autorisation prévue au premier alinéa fixe notamment sa durée, les caractéristiques que doivent présenter les eaux usées pour être déversées et les conditions de surveillance du déversement.*

*Toute modification ultérieure dans la nature ou la quantité des eaux usées déversées dans le réseau est autorisée dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa.*

*Conformément à l'article 20 de la décision n° 2008-DC-0095 du 29 janvier 2008, les effluents liquides contaminés sont dirigés vers un système de cuves d'entreposage avant leur rejet dans un réseau d'assainissement ou vers tout dispositif évitant un rejet direct dans le réseau d'assainissement.*

*Une lettre circulaire datée du 12 juin 2020 a été adressée aux services de médecine nucléaire au sujet de l'évolution des conditions d'autorisation des services de médecine nucléaire par l'ASN pour la détention et l'utilisation du lutétium-177 et référencée CODEP-DIS-2020-025925.*

Lors de l'inspection, il a été indiqué aux inspecteurs que le CHD ne dispose pas de convention de rejet de ses effluents dans le réseau communal concernant, notamment, les rejets d'effluents radioactifs. Ce document est une pièce à fournir dans le cadre des demandes d'autorisation d'activité nucléaire ayant des rejets d'effluents (autorisation initiale, renouvellement ou modification importante des rejets).

### **Demande II.5.1 : Etablir une convention avec le gestionnaire d'eaux usées et l'adresser à l'ASNR**

En outre, le service de médecine nucléaire sollicite une autorisation de détention et d'utilisation de lutétium-177. Il ne dispose pas actuellement de cuves de décroissance telles qu'exigées par la décision ASN n° 2008-DC-0095 portant sur l'élimination des effluents et des déchets contaminés par des radionucléides et précisées dans la circulaire du 12 juin 2020 précitée pour les effluents contenant du lutetium177. Afin de justifier cette demande dans le cadre du dispositif transitoire, il convient :

- d'actualiser le plan de gestion des déchets et effluents et d'évaluer l'impact sur l'environnement, notamment en cas de présence de lutétium-177 métastable dans les rejets, par exemple à l'aide de l'outil CIDDRE ;
- de proposer les mesures envisagées pour la mise aux normes des installations dans des délais courts, accompagnées d'un planning de réalisation des travaux.

**Demande II.5.2 : adresser à l'ASNR le plan de gestion des déchets et effluents actualisé.**

**Demande II.5.3 : indiquer les mesures et délais de mise aux normes des installations.**

## III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE

### III.1 VERIFICATION DES CONTRINDICATIONS

Dans les protocoles de prise en charge des patients en vue d'une radioembolisation à l'Yttrium 90, la recherche d'un état de grossesse n'est pas mentionnée et ne figure pas dans la liste des analyses prescrites, alors qu'il s'agit d'une contrindication à la mise en œuvre du traitement. Il convient de compléter le protocole en conséquence.

### III.2 EXTRAVASATION LORS DE TRAITEMENT AU RADIUM 223

Les inspecteurs ont constaté qu'un protocole détaillé et connu concernant la conduite à tenir en cas d'extravasation lors de l'injection de radium 223 est rédigé et disponible à la console d'imagerie et dans le logiciel de gestion documentaire. Cependant, le document n'est pas disponible dans le box de traitement, le logigramme est ambigu quant à l'enchaînement des étapes de prise en charge et les poches chaudes ne sont pas disponibles dans le box au moment du traitement. Je vous engage à clarifier votre mode opératoire et à mettre à disposition dans le box le protocole et l'ensemble du matériel pour qu'ils soient disponibles immédiatement en cas d'extravasation.

### III.3 INFORMATION ET FORMATION DES TRAVAILLEURS EXPOSES A LA RADIOPROTECTION

Les inspecteurs ont constaté que l'ensemble des travailleurs classés du service de médecine nucléaire ont bénéficié d'une formation à la radioprotection des travailleurs dans le délai réglementaire.

Cependant, en ce qui concerne les personnels des services d'hospitalisation, notamment d'hépatogastro-entérologie, dans lesquels sont hospitalisés les patients à l'occasion de leur traitement à l'Yttrium 90, une information a été délivrée mais il n'y a pas de suivi permettant de garantir que l'ensemble des personnels de ce service bénéficie bien d'une information avant la prise en charge de patients, en particulier en cas de recours à des intérimaires ou de nouvelles affectations dans le service. Il convient de mettre en place, en lien avec le cadre du service concerné, des modalités permettant à chaque agent de disposer d'une information adaptée concernant la prise en charge de ces patients

### III.4. PHYSIQUE MEDICALE

En l'absence de radiophysicien lors de l'inspection, l'organisation de la physique médicale et son implication dans le domaine thérapeutique n'a pu être examinée. Les inspecteurs ont indiqué que le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) devra être actualisé pour tenir compte des projets en cours (lutetium et changement d'une gammacámara). Le POPM actualisé, accompagné du bilan 2024 et du plan d'action 2025 de la physique médicale devra être joint au dossier de demande de modification de l'autorisation.

### III.5. EVALUATION DE L'EXPOSITION INDIVIDUELLE DES TRAVAILLEURS

Les inspecteurs ont noté que les évaluations individuelles de l'exposition des travailleurs font l'objet d'un suivi rigoureux et d'une analyse des doses par la PCR, qui se base sur ces données pour établir les fiches individuelles d'exposition. Cependant, celles-ci ne sont pas transmises au médecin du travail. Il convient de transmettre ces fiches au médecin du travail.

Par ailleurs, dans le cadre de la demande de modification de l'autorisation en vue de la mise en œuvre de traitement au Lu177, une analyse prévisionnelle de dose devra être réalisée pour chacune des catégories de travailleurs qui seront impliqués dans le processus de traitement, de décontamination et de nettoyage, en prenant en compte les incidents raisonnablement prévisibles. Les fiches d'exposition devront ensuite être mises à jour en conséquence.

\*  
\*   \*   \*

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, et **selon les modalités d'envois figurant ci-dessous**, de vos remarques et observations, ainsi que des dispositions que vous prendrez pour remédier aux constatations susmentionnées. 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 (<https://www.asnr.fr/>).

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

La cheffe de la division de Nantes

**Signé par**

Emilie JAMBU

#### **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 le site internet [France transfert](#) 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.

\* \* \*

#### **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](mailto:Contact.DPO@asnr.fr).