

Division de Nantes

CHRU BREST HOPITAL CAVALE BLANCHE

Référence courrier : CODEP-NAN-2025-044646

Boulevard Tanguy Prigent  
29200 Brest

Nantes, le 30 juillet 2025

**Objet :** Contrôle de la radioprotection  
Lettre de suite de l'inspection du 23 juin 2025 sur le domaine de la radiothérapie adaptative

**N° dossier** (à rappeler dans toute correspondance) :  
Inspection n° INSNP-NAN-2025-0755 - N° Sigis : M290066

**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

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 inopinée a eu lieu le 23 juin 2025 après-midi au sein du service de radiothérapie 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.

## SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

L'inspection inopinée du 23 juin 2025 a permis de vérifier différents points relatifs à votre autorisation et à l'organisation mise en place pour la réalisation des actes de radiothérapie adaptative au sein de du service de radiothérapie. En effet à l'issue du déménagement des activités de radiothérapie sur le site de l'institut de cancérologie et d'imagerie de Brest en 2024, une demande de modification de votre autorisation a été déposée auprès de l'ASNR début 2025 par vos soins, aboutissant à la délivrance d'une nouvelle autorisation pour la mise en œuvre de traitement adaptatif. Lors de l'instruction de ce dossier, des dispositions organisationnelles ont été présentées et les inspecteurs se sont attachés lors de l'inspection à vérifier notamment ces éléments.

Les inspecteurs de la radioprotection ont réalisé des entretiens avec les différents professionnels du service ainsi qu'une visite du poste de traitement de l'accélérateur Ethos permettant la réalisation des actes de radiothérapie adaptative.

À l'issue de cette inspection, il ressort qu'après une période intense liée au déménagement en 2024, les équipes ont dû gérer des pannes récurrentes des accélérateurs pendant plusieurs mois. Les projets au sein du service ont également continué avec la mise en place de traitement adaptatif mais également la mise en œuvre de la curiethérapie interstitielle conduisant à des besoins en effectif accrus sur ces activités. Dans le même temps, une baisse des effectifs présents a eu lieu avec le départ d'un dosimétriste et des absences sur plusieurs mois de manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM). Il est également à noter, depuis la dernière inspection en mai 2024, le départ du responsable opérationnel de la qualité avec la mise en place d'une organisation provisoire le temps de son remplacement début mars 2025.

Ainsi les inspecteurs ont constaté que l'adéquation missions/moyens réalisée en janvier 2025 pour les MERM et l'équipe de physique médicale est toujours le document de référence du service alors que l'activité de curiethérapie a augmenté. Le jour de l'inspection, les effectifs présents étaient :

- 19 MERM au sein du service de radiothérapie pour un effectif cible à 20,2 ETPT avec 22 personnes défini pour un fonctionnement normal du service. 3 MERM sont en cours de recrutement et devront suivre les formations et habilitations. Cela occasionne des difficultés en termes de planification ;
- 2,8 ETPT dosimétristes, 5,5 ETPT de physiciens médicaux et 0,7 ETPT technicien en mesure physique alors que l'adéquation missions/moyens prévoit : 3,9 ETPT dosimétristes, 6,9 ETPT de physiciens médicaux et 1,3 ETPT technicien en mesure physique. Le recrutement d'un dosimétriste est en cours et en septembre le temps de mesure physique devrait passer à 1 ETPT ;
- 5 secrétaires médicales présentes avec le départ annoncé d'une secrétaire ;
- 8 médecins seniors (avec des activités universitaires) et une mobilité d'un an à venir d'un médecin senior, 1 docteur junior et 5 internes.

Il n'existe pas d'évaluation de l'adéquation missions/moyens pour les médecins ou les secrétaires, ce qu'il conviendrait de réaliser. Dans les autres métiers si des recrutements sont prévus, la cible n'est pas atteinte à l'heure actuelle. Il conviendra de s'assurer de disposer de marges suffisantes pour permettre la gestion de vos différents projets et des aléas qui pourraient se présenter.

Cette situation a de fait des répercussions sur l'organisation et la sérénité au sein du service. Ainsi certaines exigences réglementaires ou internes définies notamment en réponse aux dispositions de la décision n°2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique, n'ont pas été respectées, et notamment:

- La mise à jour lors de tout nouveau projet de l'analyse *a priori* des risques ;
- La mise en place et le suivi régulier d'indicateurs permettant d'objectiver l'activité et de s'assurer du bon respect des exigences spécifiées ;
- Le respect du processus d'habilitation des nouveaux arrivants ;
- La désignation officielle du responsable opérationnel de la qualité en mentionnant le temps dédié au service de radiothérapie ;

Par ailleurs il conviendra de respecter l'organisation définie comme la présence de 2 MERM au poste scanner et de veiller à la bonne déclaration des événements indésirables qui demeure un des piliers de la démarche qualité.

Dans le cadre de l'inspection programmée en fin d'année 2025, l'ASNR s'assurera de la bonne mise en œuvre des actions correctives prises à l'issue de cette inspection et approfondira l'examen de l'ensemble des exigences réglementaires.

## I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

### Adéquation missions et moyens au sein du service de radiothérapie

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la décision 2021-DC-0708 :

*I. - Le système de gestion de la qualité décrit le processus à suivre pour maîtriser tout changement planifié de dispositif médical, de système d'information, de locaux, de pratique de traitement, ou de toute autre modification, susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.*

*II. - L'analyse des risques a priori est utilisée pour évaluer si les changements planifiés ont une incidence sur la sécurité de prise en charge des patients. Le système de gestion de la qualité est mis à jour en tant que de besoin sur la documentation, la recette et le contrôle qualité des équipements et des dispositifs médicaux, la formation et l'habilitation du personnel et tout autre élément susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.*

*Le Groupe Permanent d'Experts en radioprotection des professionnels de santé, du public et des patients, pour les applications médicales et médico-légales des rayonnements ionisants (GPMED) a publié en novembre 2014 ses recommandations sur les conditions de mise en œuvre des « nouvelles techniques et pratiques » en radiothérapie. Le GPMED recommande que les centres identifient les prérequis nécessaires, et qu'ils mettent en place une gestion de projet rigoureuse et robuste incluant l'aspect médico-économique. Cette gestion doit être pluridisciplinaire.*

Le service de radiothérapie du CHU de Brest se distingue par son ancrage universitaire, que ce soit en termes de recherche ou d'implication dans la formation des futurs radiothérapeutes, et une activité clinique qui inclut la mise en œuvre de techniques complexes telles que la stéréotaxie extra-crânienne, l'hypofractionnement, le développement de la radiothérapie adaptative ou la prise en charge de nouvelles localisations. L'activité clinique du service de radiothérapie de Brest reste très soutenue et semble stable par rapport à l'année passée.

Au regard des effectifs présents le jour de l'inspection, les moyens sont inférieurs aux cibles définies par l'établissement dans les adéquations missions moyens réalisées pour les MERM et l'équipe de physique médicale et à la moyenne des centres français de radiothérapie ( pour une activité équivalente en volume et similaire en technique), d'après les données issues de la base INCa 2023.

La densité du planning de traitements reste très importante et les absences de personnels entraînent une mise à jour quotidienne des plannings ce qui est générateur de stress et de tensions.

A l'issue des inspections du 21 novembre 2019 et du 20 octobre 2022, il avait été indiqué que compte tenu du nombre de patients pris en charge au scanner, de l'amplitude horaire importante de ce poste, la tenue de ce poste par un seul MERM constituait une situation susceptible de générer des risques d'erreurs. L'adéquation missions/moyens présentée en janvier 2025, à l'appui de votre dossier de demande d'autorisation prévoit la présence de 2 MERM à ce poste.

Le jour de l'inspection il a été constaté qu'un seul MERM était présent à ce poste de travail et le planning prévoyait cette situation pour 3 jours de la semaine, en raison du manque de personnel.

De plus, malgré la réduction des types d'actes réalisés au scanner, les inspecteurs ont constaté la prise en charge dans l'urgence d'un patient devant faire l'objet d'un nouveau scanner dosimétrique en raison d'évolution importante de la zone à traiter.

**Demande I.1 : Actualiser ou réaliser, au regard des activités réalisées, l'évaluation de l'adéquation missions moyens pour toutes les catégories professionnelles (médecins, secrétaires, MERM, physique médicale) et mettre en place un plan d'actions pour atteindre les cibles définies.**

**Demande I.2 : Respecter les exigences internes définies et reprises dans vos dossiers de demande d'autorisation notamment la présence de 2 MERM au poste scanner.**

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **La 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.*

*Conformément à l'article 8 de la décision 2021-DC-0708 :*

*I. - Le système de gestion de la qualité décrit le processus à suivre pour maîtriser tout changement planifié de dispositif médical, de système d'information, de locaux, de pratique de traitement, ou de toute autre modification, susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.*

*II. - L'analyse des risques a priori est utilisée pour évaluer si les changements planifiés ont une incidence sur la sécurité de prise en charge des patients. Le système de gestion de la qualité est mis à jour en tant que de besoin sur la documentation, la recette et le contrôle qualité des équipements et des dispositifs médicaux, la formation et l'habilitation du personnel et tout autre élément susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. 7*

Une étude des risques *a priori* a été établie en amont de la mise en place de la radiologie adaptative. Néanmoins, les inspecteurs ont noté que ce travail d'analyse n'a pas été conduit en amont de la mise en œuvre de la curiethérapie interstitielle.

Plusieurs modifications ou projets sont en cours de réflexion ou bien avancés au sein du service comme la montée de version sur votre appareil Ethos, le projet de stéréotaxie cardiaque ou encore l'HyperArc.

Cette analyse des risques *a priori* doit tenir compte de l'organisation en place et des effectifs disponibles.

**Demande II.1 : Réviser régulièrement votre analyse des risques notamment en amont de chaque projet pour vous assurer de la bonne prise en compte de l'ensemble des enjeux de radioprotection.**

### **Amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

*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. [...]*

*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 indicateurs qui avaient été définis et suivis au premier semestre 2024 n'ont pas été actualisés depuis le début de l'année 2025. La tenue de certains indicateurs nécessite la mise en place de relevés manuel sur des échantillons de dossiers.

Lors des échanges avec les équipes, les personnes du service indiquent à titre d'exemple que les temps pour la réalisation et la validation des dosimétries sont plus courts ainsi que des informations contradictoires certains pensant que les prises en charges sont plus longues et d'autres les indiquant comme plus courtes.... Toutefois en l'absence d'indicateurs ces éléments ne peuvent pas être objectivés.

De plus il ressort que les actes réalisés au sein du service se complexifient par rapport aux années précédentes avec une augmentation de la mise en œuvre d'actes de radiothérapie stéréotaxique, des réirradiations plus nombreuses, la mise en place de l'hypofractionnement, ... Il est toutefois difficile de connaître précisément ces évolutions à ce stade car les indicateurs d'activités ne sont pas suffisamment détaillés.

**Demande II.2 : mettre en place des indicateurs permettant de suivre :**

- l'activité réalisée au sein du centre ;
- les délais entre les différentes étapes clés de la préparation, de la réalisation et du suivi du traitement d'un patient ;
- l'évaluation du système qualité et de l'efficacité des actions mises en œuvre.

**Communiquer régulièrement sur ces indicateurs auprès des équipes du service de radiothérapie.**

### **Déclaration interne des dysfonctionnements ou situations indésirables**

*Conformément aux dispositions de l'article L. 1333-13 du code de la santé publique, le responsable d'une activité nucléaire met en place un système d'enregistrement et d'analyse des événements pouvant conduire à une exposition accidentelle ou non intentionnelle des personnes aux rayonnements ionisants. Ce système est proportionné à la nature et à l'importance des risques encourus. Ces événements, lorsqu'ils sont susceptibles de porter une atteinte significative aux intérêts mentionnés à l'article L. 1333-7, sont déclarés au représentant de l'Etat dans le département et à l'Autorité de sûreté nucléaire.*

*Conformément aux dispositions de l'article 11 de la décision 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. (...)*

Les inspecteurs ont observé une baisse importante des déclarations d'événements indésirables (EI). En effet lors du CREX bimensuel de début mars, le nombre d'événements déclarés était de 76 alors que le CREX du mois de mai n'en relève que 15.

Il est rappelé, à l'ensemble des professionnels, l'importance de déclarer tout événement indésirable, quelle que soit sa gravité. En effet, les événements indésirables sont une source de désorganisation qui accroît les risques

et peut ainsi nuire à la sécurité des soins. Les inspecteurs ont souligné l'importance de déclarer ces événements afin qu'ils puissent être analysés et que des barrières matérielles, organisationnelles et humaines puissent être mises en place et que la sécurité des soins délivrés aux patients puisse être améliorée.

Par ailleurs, il convient dans le cadre du changement du logiciel de déclaration au mois de juin d'accompagner cette transition auprès des équipes du service.

Enfin des retours sur les actions mises en place à la suite des déclarations et analyses des événements indésirables doivent être mis en œuvre afin d'assurer une bonne dynamique de déclaration et de permettre l'amélioration continue.

**Demande II.3.1 : Identifier les causes de la limitation des déclarations internes d'événements indésirables. Examiner s'il est nécessaire de mettre en place un plan d'action, notamment une formation au nouveau logiciel mis en place au sein du CHU de Brest et au processus de retour d'expérience.**

**Demande II.3.2 : Transmettre la liste des événements indésirables déclarés depuis le début de l'année 2025.**

### **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 lors de la visite que contrairement à votre procédure d'habilitation, une nouvelle recrue MERM n'avait pas de tuteur pour l'accompagner dans sa montée en compétence.

Au regard des effectifs en tension, l'habilitation des MERM est prévue en une quinzaine de jours.

Par ailleurs, en raison des difficultés pour disposer systématiquement de 2 MERM formés et habilités au poste de traitement pendant les séances de radiothérapie adaptative, le service envisage de passer de 7 à 12 MERM habilités à cette pratique.

**Demande II.4 : Veiller au respect de votre processus d'habilitation au poste de travail pour tous les nouveaux arrivants et vous assurer de disposer des compétences pour chaque poste de travail.**

### **Responsable opérationnel**

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

*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.*

Les inspecteurs ont constaté que si le responsable opérationnel du système de management de la qualité et de la sécurité des soins est connu pour le service de radiothérapie. La part de son temps de travail consacré à cette

mission n'est pas définie à ce jour. Par ailleurs, il a été évoqué un temps consacré à la radiothérapie de l'ordre de 20 à 30 % alors que le prédécesseur avait un temps dédié de 50% avec des appuis au sein du service.

Compte tenu du travail restant à effectuer pour assurer la mise à jour du système de management de la qualité (SMQ), la définition et le suivi des indicateurs, des exigences spécifiées, le suivi des événements indésirables, la réalisation ou l'accompagnement des audits, l'actualisation de la cartographie des risques et des analyses *a priori* des risques des projets..., l'organisation de la qualité au sein du service doit être bien définie et permettre d'assurer l'ensemble des missions pour répondre aux exigences de la décision susmentionnée.

**Demande II.5.1 : Transmettre la lettre de désignation du responsable opérationnel de la qualité en radiothérapie en indiquant le temps dédié à ses missions au sein du service.**

**Demande II.5.2 : Définir et transmettre l'organisation qualité générale au sein du service de radiothérapie.**

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

*Conformément aux dispositions à l'alinéa III de l'article 4 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021, 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.*

*Conformément aux dispositions à l'alinéa IV de ce même article, 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.*

Lors de l'inspection, il a été mentionné la réalisation d'un retour d'expérience sur la mise en place du traitement de radiothérapie adaptative sur les 3 premiers patients le lendemain de l'inspection. Les inspecteurs soulignent positivement la tenue de ce type de réunion.

Par ailleurs, la démarche d'audits internes se poursuit et les inspecteurs ont relevé que la réalisation d'un nouvel audit sur le contournage est prévu. Il conviendra de prendre en compte les événements significatifs externes liés à l'utilisation des logiciels d'intelligence artificielle pour s'assurer de la robustesse des barrières mises en place.

**Demande II.6 : Transmettre le compte-rendu de l'audit sur les contourages réalisé en 2025 et le compte-rendu du retour d'expérience sur la mise en œuvre de l'adaptatif.**

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

### **Réunion de service**

**Action corrective III.1 :** Depuis le début de l'année 2025, aucune réunion de service réunissant l'ensemble des personnels du service de radiothérapie n'a eu lieu. La réunion de staff du matin qui permet de partager l'ensemble des informations sur les patients ne réunit pas tous les professionnels et ne permet pas, à elle seule, d'être le vecteur du partage d'informations.

**Je vous engage à mettre en œuvre des moyens de communication réguliers (réunions de service, note d'information synthétique hebdomadaire...) permettant le partage d'information entre les différents personnels du service de radiothérapie.**

**Organisation spatiale du service**

**Observation III.2** : L'organisation du service dans les nouveaux locaux a éloigné les postes de traitement des bureaux des médecins et des équipes de physiques médicales. Cette organisation conduit à une moindre interaction entre les professionnels.

\*  
\*   \*

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 ASNR de Nantes  
Signée 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.

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 [DPO@asnr.fr](mailto:DPO@asnr.fr).