

Division de Marseille

Référence courrier : CODEP-MRS-2025-023739

CHICAS

1 place Auguste Muret
05000 Gap

Marseille, le 14 avril 2025

Objet : Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 4 mars 2025 sur le thème de la radiothérapie

N° dossier (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-MRS-2025-0568 / N° SIGIS : M050006

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
- [5] Lettre de suite de l'ASN n° CODEP-MRS- CODEP-MRS-2024-052817 du 7 octobre 2024 (inspection du 23 septembre 2024)
- [6] Lettre de réponse de l'IPC du 5 décembre 2024
- [7] Courrier de l'ASNR n° CODEP-MRS-2025-007594 du 7 février 2025

Monsieur le directeur,

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 mars 2025 dans le service de radiothérapie situé au sein du CHICAS à Gap.

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 du 4 mars 2025 avait pour objectif de vérifier la capacité du service de radiothérapie à gérer les risques pour la sécurité des soins et la radioprotection des patients sur la base des exigences opposables, notamment celles relatives à l'assurance de la qualité en radiothérapie exigées par la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021 citée en référence [4]. Elle portait également sur le respect des dispositions fixées par le code de la santé publique et le code du travail ainsi que leurs arrêtés d'application en matière de radioprotection.

L'inspection s'est focalisée sur la démarche de gestion des risques (pilotage, gestion *a priori* des risques et prise en compte du retour d'expérience, interne à l'établissement et national), à la gestion des effectifs et compétences et à la maîtrise des équipements.

En s'appuyant sur les documents du système de gestion de la qualité, les inspecteurs ont conduit des entretiens individuels et collectifs avec des professionnels du service de radiothérapie et des acteurs clé du système de gestion de la qualité.

Les éléments de réponse de l'IPC du 5 décembre 2024 [6] relatifs à l'inspection de l'ASN du 23 septembre 2024 [5] sur le site de Marseille et les engagements pris ont par ailleurs été considérés.

Les inspecteurs ont effectué une visite du service de radiothérapie.

Au vu de cet examen non exhaustif, l'ASN considère que le respect des exigences réglementaires précitées est pris en considération de manière globalement satisfaisante. Les axes de progrès identifiés lors de l'inspection du 23 septembre 2024 sur le site de Marseille ont pour la plupart bénéficié au site de Gap. Les interactions entre les professionnels des deux sites de radiothérapie ont été relevées. Néanmoins, il existe une marge d'amélioration en matière d'identification précise des barrières de sécurité et, pour certaines, de leur mise en œuvre, ainsi qu'en matière de transmission des informations entre les deux sites de radiothérapie, une perte d'informations de Marseille vers Gap ayant été relevée, et de déclinaison opérationnelle. Le processus de retour d'expérience, qui débute avec l'identification et la déclaration des événements, nécessite par ailleurs d'être redynamisé. Il apparaît ainsi nécessaire de mettre en place de nouveaux modes d'animation et de coordination au niveau de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité.

Vous trouverez ci-après les demandes, constats et observations de l'ASNR sur les sujets qui doivent faire l'objet d'axes de progrès en regard des points examinés lors de l'inspection.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

Cette inspection n'a pas donné lieu à des demandes à traiter prioritairement.

II. AUTRES DEMANDES

Analyse *a priori* des risques – barrières de sécurité

L'article 6 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN [4] indique que « *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 ».

L'article 11 de la décision précise que « *Les enseignements issus de l'événement analysé sont intégrés à l'analyse des risques a priori ».*

Une analyse *a priori* des risques spécifique à Gap a été créée en septembre 2020. Sa version 3 du 9 janvier 2025 a été communiquée à l'ASNR. Celle-ci prend en considération les fiches d'événements indésirables de 2024 ainsi que les publications de l'ASN sur le retour d'expérience (notamment les erreurs d'étalonnage, les interruptions de traitement, l'identification des vertèbres et les erreurs de côté). Certains risques ont ainsi été ajoutés. Toutefois, concernant la méthode de révision, il a été relevé que les modalités n'étaient pas clairement définies. En l'état, l'outil apparaît peu vivant au regard du retour d'expérience analysé par le département. De plus, la révision en 2025 a été réalisée avec le concours de radiothérapeutes et physiciens et n'a ainsi pas associé un représentant de chaque catégorie professionnelle concernée.

Demande II.1. : Définir les modalités de révision de l'analyse *a priori* des risques, en prévoyant la participation d'un représentant de chaque catégorie professionnelle concernée.

Par ailleurs, les inspecteurs ont émis les remarques suivantes sur l'analyse *a priori* des risques :

- sur le fond, il a été discuté durant l'inspection de l'opportunité de distinguer les actions de maîtrise du risque des moyens de détection afin de clarifier l'analyse ; celle-ci pourrait également être simplifiée car certains éléments cités comme des actions de maîtrise du risque ou des moyens de détection n'en sont pas (par exemple, la déclaration à l'ASNR et l'ARS) ;
- l'analyse mentionne la stéréotaxie alors que le service de Gap n'en réalise pas ;
- l'analyse ne considère pas suffisamment les risques liés au fait de ne pas avoir de scanner dédié (utilisation du scanner du service de radiologie du CHICAS) et plus précisément les risques liés à une erreur de retranscription des données de positionnement à partir de la fiche de liaison ; aucune mesure n'est ainsi proposée en réponse au sujet de la connectivité des locaux employés pour la simulation au réseau du service de radiothérapie ;
- pour le risque d'erreur de latéralité, l'analyse indique en action de maîtrise « *vérification par MEM + med + check RT-Flow bloquant* » ; toutefois, cette barrière n'est dans les faits pas mise en œuvre (cf. demande II.4) ; l'ASNR porte par ailleurs à votre connaissance que le bulletin sécurité du patient n° 6 de l'ASN de mai 2014 « *Les erreurs de côté* » relate comme action d'amélioration mise en œuvre par les centres, l'interrogation du patient à toutes les étapes de son traitement par les manipulateurs ; à Gap, le patient ne fait par exemple pas l'objet d'une interrogation lors de la première séance ;
- pour le sujet des réirradiations, la barrière de sécurité décidée en 2023/2024 suite à un événement significatif en radioprotection survenu sur le site de Marseille et qui consiste en la validation du dossier par le radiothérapeute avec un physicien (sauf dans le cas où l'ancienne irradiation est située à distance de la nouvelle localisation traitée) n'est pas explicitement indiquée ;
- d'autres barrières de sécurité sont mises en place mais n'ont pas été intégrées à l'analyse ; par exemple, pas de tenue de la visite médicale pour un nouveau patient si les éléments du dossier médical ne sont pas tous présents, pas de simulation si le compte-rendu de consultation médicale n'est pas réalisé, obligation de copier-coller les informations du patient figurant dans HM dans l'onglet médical de Mosaïq, etc.) ; ces barrières doivent être mises en exergue et valorisées dans l'analyse des risques ;
- les barrières de sécurité devraient être plus explicites au niveau des acteurs et des modalités (qui est responsable de l'action, sur quoi porte-t-elle, quand la réaliser, comment ?), en s'assurant que cela est décrit dans le corpus documentaire qui vient supporter l'organisation ; par ailleurs, aucun élément écrit n'a été présenté cadrant le contenu minimal du dossier médical du patient.

Demande II.2. : Revoir l'analyse *a priori* des risques en considérant chacun des points précédemment énoncés. Pour les barrières de sécurité, vérifier que les modalités de mise en œuvre sont suffisamment décrites dans le référentiel documentaire. Préciser le contenu minimal du dossier médical du patient.

Formalisation des responsabilités – référentiel documentaire – mise en œuvre effective

L'article 3 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN [4] dispose que « 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 ».

La décision précitée définit l'instruction de travail comme un « document à caractère opérationnel, intégré au système documentaire, décrivant comment doit être effectuée une tâche donnée, à un poste déterminé (sous forme par exemple de logigramme, de note technique, de vidéo, de listes de vérification) ».

L'article 5 de la décision prévoit par ailleurs que « le système de gestion de la qualité formalise les responsabilités, les autorités et les délégations des professionnels, y compris en cas d'intervention de prestataires externes. Celles-ci sont communiquées à tous les membres de l'équipe visée au I de l'article 4 ».

Les inspecteurs ont consulté la procédure « Organisation générale de la prise en charge d'un patient en radiothérapie » (version 19 du 20 février 2025). Celle-ci indique (page 9) que « Cas particulier : quand le médecin radiothérapeute le juge nécessaire, l'irradiation peut avoir lieu dès la première séance », ce qui induit que la séance à blanc est généralisée. Or, dans les faits, il a été indiqué que la séance à blanc était le cas particulier. Le référentiel documentaire et plus précisément la procédure précitée doivent être mis en cohérence avec les actions déclinées sur le terrain.

Demande II.3. : Mettre en cohérence le référentiel documentaire avec les instructions de travail effectivement mises en œuvre, notamment sur le sujet de la séance à blanc.

Lors de l'inspection de l'IPC le 23 septembre dernier, il avait été demandé de formaliser dans le système documentaire l'organisation des binômes de MERM au poste de traitement car celle-ci n'était pas définie (demande II.4 de la lettre de suite [5]). Il était en effet apparu nécessaire de mener une réflexion sur les tâches respectives de chaque professionnel et les rôles endossés afin d'éclaircir les responsabilités vis-à-vis des tâches à réaliser et s'assurer que celles-ci l'étaient de manière exhaustive. Cela avait ainsi été spécifié dans la procédure « Prise en charge du patient à l'accélérateur » (version 17 du 4 décembre 2024). Cependant, il n'a pas été confirmé que l'organisation du binôme à Gap était mise en œuvre telle que décrite dans le référentiel, ni que la répartition des tâches était clairement établie, y compris dans le cadre des changements d'équipe. Il était attendu que les éléments discutés sur le site de Marseille se répercutent sur le site de Gap.

Par ailleurs, la procédure « Organisation générale de la prise en charge d'un patient en radiothérapie » (version 19 du 20 février 2025) indique dans le paragraphe « Scanner de simulation/centrage pour Gap : simulation virtuelle » que « Le manipulateur vérifie avec le patient le côté à traiter et les antécédents ; retranscrit dans RTFLow et informe le médecin s'il est présent ». Cette barrière de sécurité complémentaire a été mise en place récemment à l'IPC à Marseille suite à la prise en compte du retour d'expérience. Elle est inscrite dans l'analyse a priori des risques de votre service. Cependant, celle-ci n'a pas encore été mise en place à Gap et peut être prise également comme exemple de la marge de progression qu'il existe en matière de transmission des informations entre les deux sites et de déclinaison opérationnelle. Cette barrière de sécurité devra être mise en œuvre à Gap, comme décidé par le département de radiothérapie.

Demande II.4. : Déployer sur le site de Gap les décisions prises par le département de radiothérapie, en matière d'organisation (binôme de MERM au poste de traitement) et de barrières de

sécurité (vérification de la latéralité et des antécédents au scanner par le MERM, avec traçabilité dans RT-Flow).

Mise en œuvre du système de gestion de la qualité – animation et coordination

L'article 4 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN [4] dispose que « I. - Le système de gestion de la qualité est mis en œuvre en application des principes de justification et d'optimisation définis aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique. Il est mis en œuvre par les membres d'une équipe associant toutes les composantes professionnelles, composée, notamment, de personnel médical, paramédical, technique et administratif, qui bénéficie des moyens nécessaires.

II. - L'animation et la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité sont confiées à un responsable opérationnel de la qualité. Celui-ci a la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité et la responsabilité, et dispose du temps et des ressources nécessaires pour gérer le système mis en place. Il est membre de l'équipe visée au I ».

En matière de communication, l'article 12 prévoit que « Le système de gestion de la qualité décrit les modalités retenues pour : [...] 3° informer l'ensemble des professionnels sur les enseignements tirés de l'analyse des événements ».

Il a été observé qu'il existait des interactions entre les professionnels des sites de Marseille et Gap, avec l'inclusion de certains agents de Gap dans des réunions métier organisées par Marseille (cadre de santé, médecins, radiothérapeutes notamment) ou encore la venue régulière sur le site de Gap du chef de département et du responsable de physique médicale notamment. Le responsable opérationnel de la qualité étant sur le site de Marseille, le relais est assuré en local par le cadre de santé. Des professionnels de Gap participent par ailleurs systématiquement aux comités de retour d'expérience qui sont communs entre les deux sites. Malgré cette organisation, il a été observé qu'il y avait une perte en ligne de certaines informations et décisions qui concernaient en premier lieu le site de Marseille mais également le site de Gap et ce, potentiellement sur des aspects liés à la sécurité des traitements (cf. exemples évoqués à la demande II.4 et à l'observation III.4).

Par ailleurs, le suivi des déclarations d'événements indésirables indique qu'il y a de manière assez certaine une sous-déclaration au vu du faible nombre (sept déclarations en 2023, 19 en 2024) et des périodes de quasi-interruption de déclarations (par exemple, quatre déclarations entre février et juillet 2024). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce fait, notamment la formation (cf. constat d'écart III.2) et la dynamique liée au système de gestion de la qualité qui doit être relancée sur le site de Gap.

Il apparaît ainsi nécessaire de mettre en place de nouveaux modes d'animation et de coordination au niveau de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité afin que, de manière très opérationnelle, le système soit pleinement utilisé et vivant, notamment au niveau des interactions entre les deux sites.

Demande II.5. : Mettre en place de nouveaux modes d'animation et de coordination au niveau de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité, visant à assurer pleinement le transfert d'informations du site de Marseille vers Gap et à redynamiser le système de retour d'expérience à Gap.

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

Respect des fréquences des contrôles qualité externes du scanner

La décision du 22 novembre 2007 de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) fixant les modalités du contrôle de qualité des scanographes prévoit un contrôle qualité externe annuel. Le dernier contrôle qualité externe du scanner a été réalisé le 3 mars 2025, soit plus de douze mois après le précédent, effectué le 30 janvier 2024. Il avait été identifié que le contrôle de l'année 2024 n'avait pas porté sur les éléments relatifs aux scanners de radiothérapie, ce qui a amené à un second contrôle le 13 mai 2024 sur ces points spécifiques, ce qui n'était pas de nature à décaler la fréquence annuelle.

Constat d'écart III.1 : La fréquence de réalisation des contrôles qualité externes du scanner, annuelle, doit être strictement respectée.

Formation à la détection et à l'enregistrement des événements

L'article 12 de la décision n° 2021-DC-0708 [4] de l'ASN prévoit que « *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 [...] ».*

Vous avez indiqué qu'une formation avait été réalisée à l'attention du personnel, incluant une démonstration du système de déclaration des événements. Toutefois, cette formation, réglementaire, n'a pas fait l'objet d'une traçabilité. Lors de l'inspection, il a été indiqué qu'une formation sous forme de webinaire serait organisée le 17 mars 2025 par l'IPC sur le thème de l'identification et la déclaration des événements indésirables. Au jour de l'inspection, aucun professionnel du CHICAS n'était inscrit au webinaire et, de manière générale, l'information ne semblait pas avoir été reçue à Gap.

Constat d'écart III.2 : Compte tenu de l'absence de traçabilité et des éléments recueillis en inspection quant aux déclarations, les formations relatives à la détection et à l'enregistrement des événements devront être reprises et tracées. Il serait opportun qu'une information systématique des professionnels de Gap soit réalisée quant aux formations initiées par l'IPC afin qu'ils puissent également en bénéficier.

Formation à l'analyse systémique des événements

L'IPC a une politique de formation d'un pool d'analystes des événements au regard de l'article précité, ce qui constitue une bonne pratique. A ce jour, deux dosimétristes de Gap ont été formés. Le jour de l'inspection, vous avez indiqué qu'une session de formation de deux jours avec AFM42 était prévu en avril-mai 2025 et que deux places étaient réservées pour les professionnels de Gap. Ces derniers n'étaient pas encore identifiés.

Observation III.1 : Il serait pertinent de faire participer deux professionnels de corps de métier différents afin de diversifier les profils du pool d'analystes des événements.

Habilitations au poste de travail

Il a été indiqué que la démarche d'habilitation était en cours de mise en place. Si l'on se réfère à l'un des derniers changements qui a eu lieu en 2023 avec la mise en œuvre de l'inspiration profonde en apnée (DIBH) pour les radiothérapies sur le sein gauche, il a bien été noté que des MERM référents avaient été désignés et formés initialement à l'IPC à Marseille et que ces formations étaient périodiquement mises en place pour d'autres agents.

Observation III.2 : Les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle pratique, qui est en pleine montée en puissance en 2025, nécessiteraient d'être intégrées au processus d'habilitation et décrites (désignation des référents, réalisation du compagnonnage interne, etc.).

Déclinaison d'indicateurs relatifs à l'activité

Plusieurs remarques avaient été émises par l'ASNR lors de l'inspection de l'IPC du 23 septembre 2024 [5]. Cela avait donné lieu à la mise en place de nouveaux indicateurs, notamment relatifs au sujet des réirradiations (taux de dossiers ayant eu une dosimétrie cumulée, taux de conformité de double validation sur les dosimétries cumulées). Il a été observé que ces derniers n'avaient pas été déployés sur le site de Gap. Par ailleurs, les inspecteurs vous ont questionnés au sujet de l'indicateur « *délai médian entre la simulation et le début de traitement toutes localisations confondues* » pour lequel il n'était pas précisé dans le tableau de suivi s'il s'agissait de Marseille, Gap ou les deux sites confondus. *In fine*, il a été conclu que cet indicateur ne concernait que le site de l'IPC à Marseille.

Observation III.3 : Compte tenu du fait qu'il s'agit d'un seul et unique département de radiothérapie, il est attendu que les indicateurs de l'IPC à Marseille soient dupliqués pour le site de Gap.

Observation III.4 : Concernant l'indicateur « *décalé médian entre la simulation et le début de traitement toutes localisations confondues* », celui-ci peut ne pas être représentatif de l'activité du point de vue de la physique médicale et des MERM. Le suivi du nombre de dossiers non prêts à J0 ou J-1 pourrait donner des informations complémentaires.

Manuel d'assurance de la qualité

Plusieurs imprécisions ont été relevées dans le manuel d'assurance de la qualité (version 16 du 20 janvier 2025), notamment :

- le sujet de la délégation de tâche, qui doit différer de la délégation de responsabilité (page 14) ;
- la prise en considération de l'ancienne décision d'assurance de la qualité de l'ASN (décision n° 2008-DC-0103 du 1^{er} juillet 2008 fixant les obligations d'assurance de la qualité en radiothérapie).

Par ailleurs, comme indiqué par l'ASNR dans son courrier du 7 février 2025 [7], les modalités et périodicités d'évaluation des agents de l'unité de physique médicale doivent être décrites dans le manuel qualité, comme cela est le cas pour les radiothérapeutes et les MERM.

Observation III.5 : Ces éléments devront être corrigés ou intégrés lors de la prochaine révision du manuel d'assurance de la qualité.

Organisation médicale du département de radiothérapie

L'organigramme du département de radiothérapie et curiethérapie (version 29 du 19 février 2025) a été transmis aux inspecteurs. Il a été observé que l'organisation médicale mise en place, avec un référent médical sur le site de Gap compte tenu de l'éloignement géographique des deux sites, n'était pas celle retranscrite sur l'organigramme officiel.

Observation III.6 : Il serait opportun d'asseoir officiellement le positionnement du référent médical sur le site de Gap compte tenu du rôle à endosser et des objectifs à atteindre en termes de dynamique vis-à-vis du système de gestion de la qualité (cf. demande II.5) et plus particulièrement le système de déclaration des événements.

Vérification de l'efficacité des barrières de sécurité

Le département a mis comme barrière de sécurité l'obligation de copier-coller les informations du patient figurant dans HM dans l'onglet médical de Mosaiq, ceci afin d'éliminer les erreurs de recopie.

Observation III.7 : Il pourrait être opportun de vérifier par échantillonnage avec un audit de dossiers si cette disposition est strictement respectée. Celle-ci pourrait par ailleurs être identifiée comme une exigence spécifiée, tout comme le contenu minimal du dossier médical du patient.

Visites médicales des radiothérapeutes de Gap

L'ASNR avait relevé que des efforts avaient été fournis suite à l'inspection de l'IPC du 23 septembre 2024 [5] quant à la programmation et la réalisation des visites médicales.

Observation III.8 : Toutefois, l'inspection du site de Gap a mis en évidence que des dispositions complémentaires pourraient être prises afin de faciliter l'organisation des visites médicales des radiothérapeutes de Gap, actuellement réalisées sur le site de l'IPC à Marseille. L'ASNR a bien noté qu'une recherche de solutions était en cours.

*
* *

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, et **selon les modalités d'envoi figurant ci-dessous**, de vos remarques et observations, ainsi que des dispositions que vous prendrez pour remédier aux constatations susmentionnées. 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. Les demandes génériques qui concernent également le site de Marseille devront être prises en considération et déclinées.

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, l'assurance de ma considération distinguée.

L'adjoint au chef de la division de Marseille de
l'ASNR

Signé par

Jean FÉRIÈS

Modalités d'envoi à l'ASNR

Les envois électroniques sont à privilégier.

Envoi électronique d'une taille totale supérieure à 5 Mo : les documents sont à déposer sur la plateforme « France transfert » à l'adresse <https://francetransfert.numerique.gouv.fr>, en utilisant la fonction « courriel ». Les destinataires sont votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier ainsi que la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier.

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