

**Division de Marseille**

Référence courrier : CODEP-MRS-2026-007406

**Sainte Catherine Institut du Cancer  
Avignon Provence - ICAP**

250 chemin de baigne-pieds  
CS 80005 cedex 9  
84000 Avignon

Marseille, le 11 février 2026

**Objet :** Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 27 janvier 2026 sur le thème de l'assurance de la qualité en radiothérapie externe et curiethérapie

**N° dossier** (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-MRS-2026-0664 / N° SIGIS : M840016 (radiothérapie externe) et M840008 (curiethérapie)

**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] Décision du 28/02/2023 de l'ANSM fixant les modalités du contrôle qualité des installations de radiothérapie externe et de radiochirurgie

[6] Décision n° 2017-DC-0585 de l'ASN du 14 mars 2017 modifiée relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales

Monsieur,

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 27 janvier 2026 dans les services de radiothérapie externe et de curiethérapie de 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 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 27 janvier 2026 avait pour objectif de vérifier la capacité du centre 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 de l'Institut : radiothérapeute, responsable opérationnel de la qualité, physiciens médicaux, dosimétristes et manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM). Ils ont effectué une visite du service (accélérateurs, scanner).

Au vu de cet examen non exhaustif, l'ASNR considère que l'établissement a su consolider les progrès notables relevés lors de la précédente inspection en 2022. A titre d'exemple, l'Institut a maintenu un haut niveau d'exigence en matière d'habilitation des professionnels de tous les corps de métier et la traçabilité associée. Plusieurs bonnes pratiques ont également été relevées comme la conduite d'audits externes (audit par les pairs, audit par le fournisseur des accélérateurs et de l'environnement logiciel) ainsi que plusieurs démarches pour asséoir l'Institut dans son environnement médical et institutionnel, avec la participation de certains professionnels à des groupes de travail régionaux et la contribution active à la charte Unicancer « PACA ». Les professionnels sont investis dans leurs missions, notamment en matière de pilotage transversal et d'assurance de la qualité (processus de retour d'expérience pluriprofessionnels, mise à jour du corpus documentaire, création d'une arborescence opérationnelle de ce corpus matriciel).

Des points d'attention ont néanmoins été relevés, en particulier concernant le déploiement de projets susceptibles d'être prépondérants pour plusieurs catégories professionnelles, comme l'évolution du logiciel de prescription pour l'intégrer dans l'environnement logiciel commun aux autres étapes de prise en charge des patients en radiothérapie externe ou encore la démarche « *paperless* ». Un renforcement des barrières de sécurité relatives aux prescriptions médicales est notamment attendu, les barrières de sécurité actuelles reposant en majorité sur des barrières humaines.

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

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

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **Barrières de sécurité : risques liés aux prescriptions**

L'article 2 de la décision n° 2021-DC-0708 [4] définit la barrière de sécurité comme une : « *barrière matérielle ou immatérielle (organisationnelle ou humaine) destinée à interrompre ou à modifier le scénario d'un accident, de manière à en réduire la probabilité ou les conséquences* ».

Les inspecteurs ont contrôlé par sondage les dispositions en place en matière d'analyse des risques *a priori* et *a posteriori* (retour d'expérience de l'Institut) pour la radiothérapie externe et la curiethérapie. Sur la base du sondage effectué, l'ensemble du dispositif est apparu dynamique, pluriprofessionnel et adapté aux enjeux.

Toutefois, certaines étapes du processus de prise en charge des patients reposent essentiellement sur des barrières de sécurité humaines (vigilance des opérateurs) sans être couplées à d'autres types de barrières de nature technique ou organisationnelle. L'étape relative à la prescription est l'une de celles qui repose essentiellement sur la vigilance humaine, bien qu'elle constitue le point de départ de la prise en charge d'un patient en radiothérapie externe comme en curiethérapie.

Les inspecteurs ont en particulier relevé que :

- la prescription est actuellement effectuée sur un logiciel développé en interne (Onco) puis « figée » (document non modifiable et imprimé dans le dossier patient) et exportée dans l'environnement logiciel utilisé pour l'ensemble des autres étapes du processus de traitement. Il a été précisé aux inspecteurs que cette passerelle entre les deux logiciels limitait le déploiement de certains verrous techniques pour améliorer la sécurité de la prescription tant pour la vérification de la cohérence entre les documents externes et la prescription qu'entre la prescription et le plan de traitement ;

- un outil de type « journal » est utilisé afin d'échanger des informations entre les radiothérapeutes (prescription) et les physiciens médicaux ou dosimétristes (planification) ; toutefois cet outil n'apparaît pas constituer une barrière opérationnelle : certains événements indésirables précisent que le journal peut être complété par l'un ou l'autre des professionnels sans que ceux-ci ne puissent s'assurer que le journal est consulté dans la suite du processus jusqu'à la première séance de traitement ;
- onze événements indésirables concernant des erreurs de prescriptions ont été déclarés entre janvier et novembre 2025 concernant notamment : des modifications de fractionnement non tracés sur l'ensemble de la chaîne malgré la nécessité d'une nouvelle prescription (trois événements indésirables), un volume cible non pris en compte, une erreur de localisation, une prescription pour deux talons en séance unique au lieu d'un seul, des discordances entre la prescription informatique et celle dans le dossier papier. L'ensemble de ces événements indésirables ont été détectés et, sur la base des éléments consultés, aucun n'a conduit à des doses délivrées aux patients supérieures à 5 % en valeur absolue par rapport à la dose prescrite ;
- la majorité de ces événements ont été détectés par les manipulateurs (barrière humaine) ;
- les modalités de contrôle de la prescription par rapport aux documents externes ne sont pas standardisées entre radiothérapeutes (par exemple : nombre minimal de documents externes, document incontournable engendrant une étape de type « go/no-go ») ;
- les rôles et responsabilités des assistants des radiothérapeutes dans le processus de prise en charge des patients et en particulier leurs contributions aux barrières de sécurité sont à préciser.

Il a été indiqué aux inspecteurs que les modalités de prescriptions informatiques allaient évoluer prochainement afin d'intégrer le logiciel de prescription à l'environnement logiciel du centre (évolution notamment issue des conclusions de l'audit externe réalisé à la demande de l'Institut).

Au-delà de cette évolution programmée, il apparaît nécessaire de mettre en place des barrières de sécurité complémentaires :

- au niveau de l'équipe de radiothérapeutes pour s'assurer de la cohérence entre la prescription et les autres éléments du dossier patient en amont d'un début de traitement. A titre d'exemple, l'événement significatif en radioprotection déclaré la veille de l'inspection concerne une erreur de prescription par rapport à l'objectif thérapeutique recherché : la localisation inscrite sur la prescription (thorax) ne correspond pas à la zone à traiter (localisation intra-crânienne). Cette erreur de prescription a été détectée par les MERM après la réalisation du premier simulo-scanner (vigilance humaine) ;
- au niveau du « journal » qui constitue un outil d'échanges d'information entre la prescription et la planification, en étudiant la faisabilité d'ajout d'une barrière technique ou organisationnelle (par exemple : workflow, système de « go/no-go » en cas d'absence de consultation du journal, audit éventuel, autre outil de communication)

**Demande II.1. : Mettre en place des barrières de sécurité techniques ou organisationnelles en complément des barrières humaines existantes au niveau :**

- des étapes réalisées par les radiothérapeutes et leurs assistants, afin de vous assurer de la cohérence d'une part des prescriptions médicales par rapport à l'intérêt thérapeutique recherché et d'autre part de la prescription par rapport à la conformité du contourage avant la réalisation de la dosimétrie ;
- de l'outil d'échanges entre radiothérapeutes, physiciens et dosimétristes entre les étapes de prescription et de planification (« journal »).

**Les responsabilités des professionnels en lien avec ces barrières, les points de contrôle et les modalités de traçabilité de la mise en œuvre de ces barrières devront être définies et formalisés.**

**Demande II.2. : Conduire une réflexion sur la pertinence d'une standardisation des modalités de vérification de la cohérence des prescriptions vis-à-vis des documents préalables à l'établissement de cette prescription (comptes rendus issus des réunions de concertation pluridisciplinaire, comptes rendus d'examens paramédicaux, etc.) en définissant par exemple un contenu minimal permettant la réalisation de la prescription.**

## Barrières de sécurité : risques liés aux antécédents de radiothérapie

Le II de l'article 8 de la décision n° 2021-DC-0708 [4] dispose : « *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* ».

De la même manière que pour la demande II.2, la standardisation des modalités de vérification d'antécédents de radiothérapie pour les patients est à considérer, tout comme le rôle et les responsabilités des professionnels concernés, en particulier les radiothérapeutes et, le cas échéant, leurs assistants ainsi que la traçabilité de la vérification de ces antécédents pour s'assurer qu'ils sont pris en compte lors de l'étape de planification.

Par ailleurs, l'intégration du logiciel de prescription dans l'environnement logiciel utilisé pour les autres étapes de prise en charge en radiothérapie externe prévu prochainement va conduire à un accès aux antécédents de radiothérapie sur une période plus courte que celle disponible dans le logiciel de prescription interne actuellement utilisé. Il conviendra de prendre en compte ce point comme un risque à part entière dans le processus d'évaluation *a priori* des risques d'une part et d'autre part, comme point de vigilance à l'attention des radiothérapeutes, chargés lors de la prescription de prendre en compte tout éventuel antécédent de radiothérapie au sein de l'Institut ou dans d'autres centres de radiothérapie.

Enfin, un événement indésirable survenu en 2025 concernant les antécédents de radiothérapie a été présenté en CREX la semaine précédent l'inspection. L'analyse, consultée brièvement en inspection, sera à transmettre.

**Demande II.3. : Conduire une réflexion sur la systématisation des modalités de prise en compte des antécédents de radiothérapie (standardisation éventuelle des modalités de vérification et des points de contrôle associés, traçabilité des points de contrôle, responsabilités des professionnels).**

**Définir les barrières techniques ou organisationnelles pour compenser la perte d'accessibilité d'une partie des informations d'antécédents dans le cadre de l'évolution logicielle prévue pour l'étape de prescription. Actualiser votre analyse des risques *a priori* en conséquence conformément au II de l'article 8 de la décision [4].**

**Transmettre l'analyse réalisée en CREX et présentée lors de l'inspection concernant un événement indésirable d'antécédent de radiothérapie et informer l'ASNR des suites données.**

## Exigences spécifiées

L'article 1<sup>er</sup> de la décision n° 2021-DC-0708 [4] dispose que : « [...] Le responsable de l'activité nucléaire établit et s'assure qu'un système de gestion de la qualité est mis en œuvre conformément aux exigences de la présente décision. Ce système de gestion de la qualité permet le respect des exigences spécifiées [...] ».

L'article 2 de cette même décision définit les exigences spécifiées comme étant l'ensemble « [...] des exigences législatives et réglementaires et des exigences particulières internes que l'établissement souhaite satisfaire de manière volontaire. Ces exigences sont exprimées par écrit, avec des critères de conformité définis, mesurables ou vérifiables [...] ».

L'Institut a défini des exigences spécifiées pour la radiothérapie externe et la curiethérapie et les a formalisé (manuel qualité et procédure « Exigences spécifiées à satisfaire en radiothérapie et curiethérapie, V6 de décembre 2025). Les inspecteurs ont relevé que :

- certaines exigences spécifiées ne sont pas mesurables en l'état, comme par exemple, l'exigence n°1 portant sur la prescription (« *en cas de non-conformité, la prise en charge du cas est mise en attente, l'oncologue radiothérapeute est averti* ») ;
- pour les critères de conformités mesurables, les modalités de contrôle ne sont pas définies : en particulier la temporalité du contrôle (*a priori* ou *a posteriori*) n'est pas identifiée et les modalités ne sont pas précisées en particulier si le contrôle est à effectuer systématiquement ou par échantillonnage ;
- l'exigence spécifiée n° 8 relative à la conduite des changements prévoit la notion de « *Go/no-go* » validé par le pilote du projet sans que cette notion soit reprise dans la procédure relative à la conduite des changements (cohérence des attendus).

**Demande II.4. : Revoir la pertinence et la formulation des exigences spécifiées. S'assurer du caractère mesurable ou vérifiable de chacun des indicateurs associés aux exigences spécifiées et établir une méthodologie adaptée pour mesurer ou vérifier les critères de conformité définis visant à mettre en place les actions d'amélioration nécessaires si les exigences n'atteignent pas le critère de conformité attendu.**

#### **Analyse *a priori* des risques**

L'article 8 de la décision fixant les obligations d'assurance de la qualité en thérapie [4] prévoit que : « *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. »*

Il a été indiqué aux inspecteurs que le dernier changement de version du logiciel de contourage automatique a conduit à une baisse de performance notable du contourage de plusieurs organes à risques par rapport à la version précédente. Concrètement, cette évolution a nécessité un investissement important des professionnels réalisant les dosimétries (physiciens médicaux et dosimétristes) pour revenir à un niveau optimal. Cette conséquence n'avait pas été identifiée en amont du changement de version.

**Demande II.5. : S'assurer que les risques liés aux mises à jour logicielles sont pris en compte conformément aux exigences fixées à l'article 8 de la décision [4].**  
**S'assurer de la robustesse des dispositions prévues pour maîtriser les risques liés aux changements planifiés de version du logiciel de contourage.**

#### **Formalisation de l'organisation des MERM et des médecins radiothérapeutes**

Le processus d'habilitation des MERM a été présenté au cours de l'inspection et fiches d'habilitations renseignées ont été consultées. Celles-ci sont étayées et le champ des habilitations pour ces professionnels varié. Des référents et experts sont également désignés au sein de l'équipe de MERM. L'Institut a également décrit l'organisation en place pour ces professionnels (journées de dix heures pour l'ensemble des MERM avec des prises de poste en décalé), qui doit également tenir compte de l'adéquation entre les différentes habilitations des MERM et le type de traitements réalisés (radiothérapie adaptative par exemple) pour établir les plannings. Cette organisation, issue d'une évolution du fonctionnement de l'équipe en 2024, n'a pas été formalisée.

Les inspecteurs ont également relevé que l'organisation des médecins radiothérapeutes n'était pas non plus formalisée dans son ensemble.

**Demande II.6. : Formaliser le mode de fonctionnement dans les conditions nominales et en mode dégradé pour les équipes de manipulateurs en électroradiologie médicale et de radiothérapeutes.**

#### **Mesures quotidiennes de la dose (TOP)**

Le paragraphe 2A.3 de la décision de l'ANSM fixant notamment les modalités du contrôle qualité des accélérateurs [5] définit les modalités du contrôle du débit de dose absorbée et de la stabilité de l'étalonnage ainsi que les critères d'acceptabilité associés. Le tableau 2A de cette même décision prévoit que le « *contrôle du débit de dose absorbée et de la stabilité de l'étalonnage* » s'effectue, pour le contrôle de constance, selon une périodicité quotidienne.

Cinq événements indésirables ont été déclarés entre avril et novembre 2025 concernant les fluctuations de températures dans les bunkers D et G : ces variations impactent les mesures de doses quotidiennes dans l'air

(TOP). La dérive du TOP au-delà des tolérances fixées par la décision de l'ANSM précitée constitue un critère pour étalonner l'accélérateur. Il a été précisé aux inspecteurs que :

- des actions correctives transitoires ont été prises pour s'assurer de la constance des doses avec la réalisation de mesures de référence dans l'eau par un physicien médical ;
- un chiffrage des travaux nécessaires a été réalisé pour remédier à la situation de façon durable.

**Demande II.7. : Rendre compte à l'ASNR des actions engagées, et du calendrier associé, pour remédier aux variations de températures des bunkers précités en vue de revenir à une organisation nominale pour la mesure quotidienne des doses avant la première séance quotidienne (mesures dans l'air). Dans cette attente, maintenir les mesures visant à s'assurer de la constance des doses délivrées.**

#### **Formation à la radioprotection des patients**

L'article 8 de la décision relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des patients [6] dispose que « *Sous réserve du second alinéa, la durée de validité de la formation est de dix ans. Elle est de sept ans pour la radiothérapie externe, la curiethérapie, [...].* ».

Lors du contrôle du respect de la périodicité de la formation à la radioprotection des patients (cf. constat d'écart III.2), les inspecteurs ont relevé que les mêmes règles de gestion et d'habilitation ont été appliquées pour un médecin radiothérapeute étranger. Toutefois, l'Institut n'a pas vérifié si la formation à la radioprotection des patients était incluse dans son cursus initial de formation, comme c'est le cas pour le diplôme national en France.

**Demande II.8. : S'assurer que la formation à la radioprotection des patients des médecins étrangers est incluse dans leur formation initiale. Dans le cas contraire, faire réaliser cette formation pour le radiothérapeute concerné.**

#### **Compte-rendu d'actes**

Les inspecteurs ont consulté les résultats du dernier audit des comptes rendus d'actes en curiethérapie faisant notamment état d'un taux de conformité de 70 % concernant la mention des doses délivrées.

**Demande II.9. : Rendre compte à l'ASNR des suites données à l'audit de conformité en curiethérapie.**

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

#### **Contrôles qualité**

Constat d'écart III.1 : Les inspecteurs ont relevé que le contrôle qualité externe du scanner dédié à la radiothérapie a été réalisé en 2024 selon les modalités d'un scanner diagnostique.

Observation III.1 : Par ailleurs, ce même contrôle qualité prévoyait une contre-visite à quatre mois qui n'a pas été identifiée. Par conséquent, aucune des options possibles n'a été réalisée (réalisation de la contre-visite ou justification de l'absence de sa réalisation compte-tenu du champ non adapté du contrôle qualité externe concerné (cf. constat d'écart III.1) ou encore réalisation d'un contrôle qualité selon les modalités adaptées).

#### **Formation à la radioprotection des patients**

L'article 8 de la décision relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des patients [6] dispose que « *Sous réserve du second alinéa, la durée de validité de la formation est de dix ans. Elle est de sept ans pour la radiothérapie externe, la curiethérapie, [...].* ».

Constat d'écart III.2 : Deux professionnels concernés par l'obligation de formation à la radioprotection des patients ont dépassé la périodicité de renouvellement (un technicien biomédical et un radiothérapeute). Il a été précisé aux inspecteurs que les formations de ces deux professionnels étaient programmées au premier trimestre 2026.

### **Impacts du projet « *paperless* »**

Le projet « *paperless* », dont le déploiement est prévu à moyen terme, conduit à supprimer un support « papier » pour les manipulateurs au scanner et aux pupitres des accélérateurs. Lors des différents entretiens conduits au cours de l'inspection, ces professionnels sont apparus dans la chaîne du processus de prise en charge des patients comme la dernière barrière (vigilance humaine en particulier).

Parallèlement, l'Institut prévoit la mise en place d'un nouveau logiciel de prescription, notamment pour renforcer les barrières de sécurité techniques, pour réduire le risque d'incohérence entre la prescription, la planification et la mise en traitement.

Observation III.2 : La vigilance de l'Institut a été appelée au sujet de la conduite du projet « *paperless* » et du changement de logiciel de prescription, pour lesquels une mise en œuvre concomitante pourrait obérer leur réussite ou mettre en difficulté les équipes de MERM.

### **Responsable d'activité nucléaire**

Observation III.3 : Les inspecteurs ont pris note du changement de responsable d'activité nucléaire prévu courant 2026 (directeur général de l'Institut au lieu du président du conseil d'administration).

\*  
\* \* \*

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.

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, 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](mailto:DPO@asnr.fr)