

Référence courrier :

CODEP-NAN-2022-056197

CHU de Brest Morvan

2 avenue Foch

29200 Brest

Nantes, le 30 novembre 2022

Objet : Contrôle de la radioprotection
Lettre de suite de l'inspection du 20 octobre 2022 sur le thème : Radioprotection dans le domaine médical - Radiothérapie externe

N° dossier : Inspection n° INSNP-NAN-2022-0749

Références : [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 à 31 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 (ASN) en références concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 20 octobre 2022 dans votre établissement. Cette inspection a été complétée par des échanges à distance avec les praticiens du service entre le 9 et le 15 novembre. Une réunion de synthèse a enfin été réalisée en visioconférence le 25 novembre 2022.

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'ASN.

SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection du 20 octobre a permis de prendre connaissance des conditions d'exercice d'activité de radiothérapie externe réalisée sur votre site Augustin Morvan, de vérifier différents points relatifs à votre autorisation, d'examiner les mesures déjà mises en place pour assurer la radioprotection et d'identifier les axes de progrès. Une attention particulière a été portée lors de l'inspection à votre système d'assurance qualité à la suite de l'arrivée d'une nouvelle ingénieure qualité, ainsi qu'aux facteurs organisationnels et humains. Cette inspection avait également pour but de vérifier la mise en œuvre de vos engagements suite à la dernière inspection de l'ASN qui s'était déroulée en 2019.



Les inspectrices ont effectué une visite du service de radiothérapie. Des entretiens se sont ensuite tenus avec plusieurs manipulateurs en radiologie médicale puis avec des personnes de l'équipe de radiophysique médicale. Les inspectrices ont complété cette journée d'inspection par des échanges avec l'ensemble des radiothérapeutes du service, effectués à distance entre le 9 et le 15 novembre 2022.

À l'issue de cette inspection, il ressort que la nouvelle organisation de la qualité est aujourd'hui opérationnelle. Les améliorations relevées lors de la précédente inspection en 2019 concernant le management des risques et la démarche de retour d'expérience (REX) ont été confirmées. Ainsi les inspectrices soulignent le travail important réalisé pour mettre à jour les documents du système de management de la qualité (SMQ) de façon pluridisciplinaire notamment les habilitations, la formalisation des tâches et les protocoles par localisation pour les nouvelles techniques (réalisation des scanner dosimétriques, planifications dosimétriques). La poursuite de ce travail, son actualisation et l'appropriation de la documentation par l'ensemble des équipes devra se poursuivre, notamment dans le cadre du projet de déménagement. L'établissement s'est doté d'un plan d'action de la qualité, dont la mise en œuvre fait l'objet d'un suivi au travers de comités de pilotage réguliers. La déclaration des événements indésirables a progressé en volume, et des comités de retour d'expérience se tiennent régulièrement mais des freins à la démarche de retour d'expérience persistent (certains événements récurrents ne sont pas déclarés).

Les inspectrices soulignent l'investissement et l'implication de l'ensemble des équipes, et l'attachement global à une dynamique d'amélioration continue. Le service dispose d'une culture de la sécurité médicale forte.

Concernant l'activité clinique, les inspectrices ont constaté que l'organisation définie est robuste, adaptée aux enjeux. Par ailleurs, les inspectrices ont constaté que l'évolution de l'activité clinique, avec une augmentation constante du nombre de patients, le recours à des techniques de radiothérapie plus complexes, s'est effectuée sans augmentation des moyens humains ou matériels. Un recul en équivalent temps-plein en radiothérapeutes est même constaté. Cette situation avait déjà fait l'objet d'une demande lors de l'inspection de 2019 qui n'a pas été suivi des faits en ce qui concerne le poste au scanner dosimétrique.

Plusieurs signaux faibles sont déjà visibles notamment pour le maintien d'un effectif minimum lors des périodes de congés ainsi qu'une récurrence d'événements indésirables associés à l'absence de marge dans les délais de validation et de contrôle. L'activité de recherche clinique est également mise sous forte tension. Ces éléments confirment que si la sécurité des patients n'est pas impactée à ce stade, la situation majore les risques et pourrait à court terme évoluer. Les marges pour la prise en compte de nouveaux aléas n'existent plus.

Une évaluation de l'adéquation des missions et des moyens est à effectuer rapidement afin de prendre les mesures nécessaires au plus tôt.

Ce travail doit ensuite être poursuivi dans le cadre de la démarche de gestion des risques du projet de déménagement qui pourrait avoir lieu à la fin 2023. L'anticipation des modifications organisationnelles, techniques et humaines apparaît comme cruciale pour la réussite de ce projet. Cette démarche mérite d'être menée et partagée au plus tôt avec l'ensemble des acteurs du service. Les inspectrices ont rappelé que les changements, et tout particulièrement avec ce projet de déménagement, mobilisent des ressources humaines importantes en sus de celles de l'activité clinique



classique à poursuivre. L'ASN restera vigilante dans le cadre de l'instruction du dossier de déménagement à ces aspects organisationnels et humains.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

- **Ressources humaines, organisation**

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) recommande, dans son avis sur les conditions de mise en œuvre des « nouvelles techniques et pratiques » en radiothérapie (10/02/2015), une adaptation des moyens humains pour le développement de nouvelles techniques. Le dimensionnement de l'équipe doit s'appuyer sur les dispositions réglementaires, les recommandations et les référentiels existants.

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 non crânienne, l'hypo fractionnement ou le développement de radiothérapie sur de nouvelles localisations. La mise en œuvre de ces techniques s'inscrit dans un contexte d'augmentation globale et constante du nombre de patients traités en radiothérapie. Ces spécificités supposent, pour chacun des métiers, de consacrer du temps à la formation et au développement de ces pratiques dans le respect de règles de sécurité des patients. En effet ces nouvelles techniques nécessitent des temps de validation et de contrôles supplémentaires, ainsi que la mise en œuvre d'actes de contourages et de dosimétries plus complexes afin de garantir la sécurité des patients. L'activité clinique du service de radiothérapie de Brest augmente ainsi donc en volume et en complexité, ce qui se traduit naturellement par une évolution des besoins, appelant à adapter l'organisation en conséquence même si le nombre de séances réalisées augmente peu.

Les inspectrices ont constaté que l'augmentation en volume et en complexité de l'activité clinique s'est effectuée sans augmentation des moyens humains et matériels et avec peu d'évolution dans les outils logiciels employés. D'après les données issues de la base INCA 2021, ces moyens sont aujourd'hui inférieurs à la moyenne des centres français de radiothérapie (activité équivalente en volume et similaire en technique).

La densité du planning de traitements est importante, ce qui est un facteur de désorganisation potentielle, générateur de stress et de tensions. Avec de très faibles, voire pas de marges de manœuvre,



la gestion des imprévus se répercute de façon répétée sur les contrôles et vérifications, ce qui est en partie tracé dans les événements indésirables mais également sur les amplitudes horaires des équipes médicales qui privilégient la prise en charge clinique des patients dans les délais les plus courts à l'ensemble des autres activités.

Malgré un constat lors de l'inspection précédente en 2019, les difficultés observées au niveau du poste de scanner dosimétrique n'ont pas fait l'objet de mesure corrective de la part de l'établissement. Depuis 2019, la situation s'est encore accentuée du fait de l'augmentation du nombre de patient. L'organisation actuelle n'est pas adaptée à la charge de travail effective.

Au-delà de ces éléments, des projets d'amélioration des pratiques, des formations et montées en compétences notamment des MERM, la tenue de réunions en présentiel sont différés, voire annulés.

Les inspectrices ont également noté que les activités de recherche clinique engagées, dont certaines avec des patients déjà inclus dans des protocoles, sont remises en cause par l'absence longue d'un professionnel alors que le CHU de Brest fait partie des centres de référence français pour certains protocoles innovants. En interne, des compétences existent mais ne peuvent être libérées sur une période suffisante du fait de la charge de travail.

Enfin la situation concernant les effectifs médicaux n'est à ce jour pas stabilisée et le départ en janvier 2023 d'un radiothérapeute expérimenté, signifie un report de charge de travail supplémentaire sur les autres radiothérapeutes, pendant une longue période.

Demande I.1 : Réaliser, sous 1 mois, une évaluation de l'adéquation des missions et des moyens au regard des standards de la profession et des activités mises en œuvre au sein du service de radiothérapie, en priorisant votre action sur les équipes de MERMs et de radiothérapeutes. Proposer un plan d'actions pour répondre aux besoins que vous aurez identifiés.

Échéance : 03/01/2023.

Lors de la réunion de synthèse, des premières pistes d'actions ont été annoncées par la direction.

II. AUTRES DEMANDES

- **Ressources humaines, organisation**

Conformément à l'article 1^{er} de la décision 2021-DC-0708, [...] 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, y compris en cas d'intervention de prestataires externes. [...]

Conformément à votre procédure sur l'identification des exigences spécifiées, la présence d'un radiothérapeute et d'un physicien médical pendant toute la durée des traitements fait partie des exigences générales. Les difficultés en termes d'effectif relevées précédemment sont exacerbées pendant certaines périodes (congrés ou absences de professionnels sur site). En effet, même si les professionnels anticipent et organisent dans la mesure du possible leurs activités, du fait de l'évolution de l'effectif médical dans les prochaines semaines, le planning médical pourrait inclure des périodes avec la présence d'un seul radiothérapeute appuyé par le médecin junior au lieu de deux radiothérapeutes seniors ce qui est la pratique actuelle.



Demande II.1 : Indiquer et formaliser les mesures mises en œuvre en cas d'absence non anticipée du radiothérapeute, dans le cas où le service fonctionne avec un seul radiothérapeute sénior.

- **Organisation et gestion des modifications**

Cf. Dispositions de l'article 8 de la décision 2021-DC-0708 présentées en partie I.

Le CHU de Brest est engagé dans un projet de déménagement dans des nouveaux locaux sur le site de la Cavale Blanche, projet incluant également le déménagement conjoint d'un centre privé de radiothérapie. La livraison des bâtiments doit intervenir en juillet 2023.

Les inspectrices ont constaté que la Direction de l'établissement n'avait pas encore communiqué officiellement sur le projet et les décisions prises en termes de choix techniques auprès de l'ensemble des personnels du service. La situation de charge de travail intense des équipes actuellement inquiète de nombreuses personnes quant à leur capacité à faire face aux changements à venir. Les temps à dégager pour construire collectivement le projet, pour former les équipes et organiser la période transitoire puis définitive de prises en charge des patients ne semblent pas disponibles et suscitent des craintes fortes.

L'établissement n'a pas encore défini les référentiels relatifs au déménagement :

- la cartographie des risques relative au déménagement;
- le dimensionnement des équipes n'a pas été réévalué, l'identification des besoins reste en cours ;
- des pistes d'organisation durant la période transitoire d'activité sur les deux sites ont été avancées mais n'ont pas fait l'objet d'échanges pluridisciplinaires et d'information régulière aux équipes.

Les inspectrices rappellent que, outre un changement de lieux, l'installation, la prise en main et la montée en compétence sur de nouveaux dispositifs et systèmes, ainsi que la formation des personnels concernés mobilisent des ressources humaines importantes en sus de celles de l'activité clinique classique à poursuivre et cela pour tous les métiers. Il conviendra également d'adapter au besoin la file active des patients ou de revoir les modalités de prise en charge pour prendre en compte les temps liés au déménagement et à la requalification des machines.

Demande II.2 : Établir la cartographie des risques relative au projet de déménagement en prenant en compte les besoins humains, matériels et organisationnels dès la phase de préparation, de transition et jusqu'à la mise en œuvre des nouveaux dispositifs et équipements prévus.

Prévoir les phases de montée en compétences des acteurs en amont des réalisations et en cohérence avec les activités actuelles.

Transmettre les dispositions retenues concernant le dimensionnement des ressources techniques et humaines aux activités.

- **Système de management de la qualité**

Conformément aux dispositions de l'article 3 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

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.

Les inspectrices ont constaté en étudiant les événements indésirables et dans le cadre des échanges avec les professionnels que lors de la mise en place de nouvelles indications, les protocoles à appliquer pour la réalisation des séances de radiothérapie n'étaient pas systématiquement formalisés dans le système documentaire, ni dans les parcours de formation et d'habilitation des MERMs.

Une vigilance particulière devra être apportée lors de la période du déménagement, pour prendre en compte toutes les modifications de techniques, de traitements ou d'organisation du service qui pourraient avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins dans l'analyse des risques à priori, évaluer leur incidence et formaliser la documentation nécessaire pour assurer la sécurité de la prise en charge des patients.

Demande II.3 : Veiller à définir et formaliser l'ensemble de la documentation nécessaire pour assurer la qualité et la sécurité des soins lors de la mise en place de nouvelles indications, en vous appuyant sur l'analyse des risques a priori que vous aurez réalisée.

- **Démarche 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 inspectrices ont constaté que la déclaration des événements indésirables a progressé, mais au travers des échanges il est apparu que des événements très récurrents n'étaient pas déclarés. Seul un très petit nombre d'entre eux sont sélectionnés pour être analysés lors des comités de retour d'expérience (CREX). Les différents personnels interrogés lors de l'inspection ont indiqué aux inspectrices qu'un nombre significatif d'événements, déclarés ou non, est traité en réunion quotidienne pluridisciplinaire avec une résolution et une réponse immédiate plutôt que dans le cadre du processus



de retour d'expérience. Ces événements doivent cependant être déclarés et analysés en profondeur, notamment pour apprécier et évaluer leur récurrence et pour en dégager les causes profondes. Les inspectrices ont constaté la méconnaissance des professionnels des actions correctives décidées lors des comités de retour d'expérience, bien que la diffusion de ces éléments soit prévue par les procédures. Cette situation limite les enseignements tirés de l'analyse des événements

Demande II.4 : Poursuivre une politique d'incitation à la déclaration des événements indésirables, en particulier en faveur des événements récurrents d'ordre organisationnel et/ou humain et s'assurer de la prise en compte de ce type d'événement dans la démarche de retour expérience. Etablir les critères et les priorités de sélection des événements indésirables à analyser en CREX. Revoir les modalités retenues dans votre système de gestion de la qualité pour informer l'ensemble des professionnels sur les enseignements tirés de l'analyse des événements.

- **Pilotage de la démarche de qualité et indicateurs**

Conformément aux dispositions de l'article 1er de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021, 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.

Conformément aux dispositions de l'article 2 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021, le système de gestion de la qualité est l'ensemble d'éléments corrélés ou interactifs permettant d'établir une politique et des objectifs à travers l'obligation d'assurance de la qualité nécessaire à l'optimisation des doses lors de l'exposition aux rayonnements ionisants à des fins médicales. Le contrôle de qualité fait partie de l'assurance de la qualité.

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.

La revue de direction transmise en amont de l'inspection est datée de juin 2021. L'établissement a confirmé que cette revue était réalisée annuellement.

Demande II.5 : Transmettre la revue de direction effectuée au titre de 2022.

L'établissement n'a pas transmis d'éléments relatifs aux indicateurs mis en place pour apprécier la performance du système de gestion de la qualité et identifier les axes d'amélioration possibles pour l'activité du service de radiothérapie. Un seul indicateur a été présenté lors de l'inspection, correspondant au nombre de réunion CREX réalisée annuellement, qui a été suivi et atteint. Plusieurs autres indicateurs sont mentionnés dans le document formalisant le parcours patient mais il n'a pas été fourni d'éléments indiquant un suivi de ces indicateurs.



Demande II.6 : Définir des indicateurs permettant d'apprécier le niveau de performance du système de gestion de la qualité et mettre en place un suivi de ces indicateurs.

III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE RÉPONSE A L'ASN

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

Conformément aux dispositions de l'article 13 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :

II. - Les documents du système documentaire sont tenus à jour. Ils sont revus périodiquement et lors de toute modification, de nature réglementaire, organisationnelle ou technique, pouvant remettre en cause leur contenu. Leur élaboration et leur diffusion sont contrôlées. Les modalités d'archivage des documents et des enregistrements sont décrites dans le système de gestion de la qualité.

Les inspectrices ont souligné le travail important de formalisation et de mise à jour de la documentation et de son classement. Ce travail est toujours en cours. La lecture des documents transmis en amont montre que certains, parmi les plus anciens, ne sont pas encore à jour, et tous les protocoles relatifs aux nouvelles techniques et localisations n'ont pas encore été formalisés dans le système qualité. Le travail doit donc se poursuivre en tenant compte des projets à courts et moyens termes (nouvelles techniques, localisations et nouvelles installations et accélérateurs). Au vu du volume important de documents qualité existants, les inspectrices soulignent la nécessité de veiller à ne pas multiplier inutilement la documentation mais à poursuivre le travail de mise à jour dans une optique de lisibilité et de complétude.

Observation III.1 : Poursuivre le travail engagé sur votre système documentaire pour le mettre et le garder à jour, en accord avec la temporalité des projets, en veillant à ce qu'il soit opérationnel et maîtrisable.

- **La démarche de gestion des risques a priori**

Les inspectrices ont constaté que conformément aux engagements pris par l'établissement à l'issue de la précédente inspection, une consultation paramédicale était mise en place et proposée au patient. Cette bonne pratique est soulignée.

Plusieurs MERMs ont bénéficié d'une formation dédiée à cet effet, mais l'organisation actuelle liée à la charge de travail ne permet pas à ces professionnels de réaliser ces consultations paramédicales. Ainsi contrairement aux éléments de réponses à la lettre de suite de l'inspection précédente, transmis en 2021 (Cf. fiche de poste MERM), ce sont deux infirmières, qui n'ont pas bénéficié de cette formation, qui proposent aujourd'hui cette consultation à l'aide de supports génériques. L'analyse des événements indésirables a révélé que des difficultés avec des patients, perturbant l'organisation du service, auraient pu être anticipées voire évitées, en systématisant cette consultation paramédicale adaptée. La mise en œuvre de cet engagement est donc limitée par l'organisation du service et la charge de travail.

Observation III.2 : Mettre en cohérence l'organisation réellement mise en œuvre de la consultation paramédicale et la documentation interne.

Evaluer les améliorations à apporter à l'organisation de la consultation paramédicale, en tenant compte du retour d'expérience de la prise en charge des patients.



*
* *

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'ASN (www.asn.fr).

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

La déléguée territoriale

Signé par :

Anne BEAUVAL

Modalités d'envoi à l'ASN

Les envois électroniques sont à privilégier.

Envoi électronique d'une taille totale supérieure à 5 Mo: les documents, regroupés si possible dans une archive (zip, rar...), sont à déposer sur la plateforme de l'ASN à l'adresse <https://postage.asn.fr/> . Le lien de téléchargement qui en résultera, accompagné du mot de passe si vous avez choisi d'en fixer un, doit être envoyé 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 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).