

Référence courrier :
CODEP-MRS-2022-058865

Centre Antoine Lacassagne
Département de radiothérapie et curiethérapie
33 Avenue de Valombrose
06189 Nice Cedex 2

Marseille, le 16 décembre 2022

- Objet :** Contrôle de la radioprotection
- Lettre de suite de l'inspection du 29 novembre 2022 sur le thème de la radiothérapie (site Ouest de centre Antoine Lacassagne)
- N° dossier :** Inspection n° INSNP-MRS-2022-0610 / N° SIGIS : M060053
(à rappeler dans toute correspondance)
- Références :**
- [1]** Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-30 et R. 1333-166
 - [2]** Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie
 - [3]** 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
 - [4]** Arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale
 - [5]** Lettre circulaire du 19 mai 2016 référencée CODEP-DIS-2016-020226 portant sur les recommandations afin de prévenir la survenue d'événements de radioprotection en radiothérapie liés aux conditions de détermination de la dose absorbée, pour des faisceaux de photons et d'électrons

Monsieur le directeur,

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 29 novembre 2022 sur le site Ouest du service de radiothérapie de votre établissement.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent, rédigés selon le **nouveau formalisme** adopté par l'ASN pour renforcer son approche graduée du contrôle. 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.

SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

L'inspection du 29 novembre 2022 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 [3]. 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 le processus de management des risques (pilotage, processus de retour d'expérience, étude des risques encourus par les patients) et la gestion des compétences (management des professionnels intervenants pour assurer la radioprotection des patients et responsabilités associées).

En s'appuyant sur les documents du système de gestion de la qualité, les inspecteurs ont conduit des entretiens collectifs avec :

- des professionnels du service de radiothérapie (des radiothérapeutes dont un assurant la fonction de médecin coordonnateur, des physiciens médicaux, des manipulateurs en électroradiologie médicale, un cadre de santé) ;
- des acteurs clé du système de gestion de la qualité (les responsables opérationnels du système au sein du service et des membres de la direction qualité de l'établissement).

Les inspecteurs ont effectué une visite des locaux du site Ouest du service de radiothérapie.

Au vu de cet examen non exhaustif, l'ASN considère que des efforts considérables ont été réalisés par le centre Antoine Lacassagne afin de mettre sur pied une organisation plus opérationnelle en matière d'assurance de la qualité au service des professionnels et *in fine* dans le cadre de la prise en charge des patients. Au regard des précédentes inspections de l'ASN du département de radiothérapie et de curiethérapie, plusieurs points d'amélioration ont été constatés lors de l'inspection objet du présent courrier, notamment :

- l'interaction entre le département de radiothérapie et de curiethérapie avec la direction qualité de l'établissement, ce qui est bénéfique sur plusieurs plans ;
- une meilleure communication entre les deux sites de radiothérapie et une volonté d'homogénéisation de certaines pratiques ;
- une meilleure répartition des compétences des physiciens médicaux sur le site Ouest ;
- la formation des professionnels référents de la qualité selon un format qui leur a permis de travailler pluridisciplinairement sur des sujets précis ;
- l'unicité du système de remontée des événements indésirables au travers des fiches d'événements indésirables ;
- l'accroissement du nombre d'événements indésirables déclarés et ce, dans l'ensemble des catégories professionnelles, ce qui permet d'avoir un retour d'expérience plus exploitable.

À ce stade, l'enjeu sera de poursuivre les efforts collectifs pour instaurer la nouvelle organisation et sa déclinaison dans la durée, tout en la maintenant dynamique. Des marges de progrès demeurent sur certains points ; certaines exigences doivent donc être consolidées, instaurées ou formalisées (cf. demandes et observations ci-dessous sur les audits cliniques, l'habilitation, la gestion documentaire, la prise en compte du retour d'expérience national, etc.).



Au regard de la diversité des techniques complexes déployées sur votre centre et de la multiplicité des appareils utilisés, l'ASN fait appel à votre vigilance quant aux différents projets que vous pourriez avoir. En effet, tout projet doit faire l'objet en amont d'une démarche de gestion de projet (cf. article 8 de la décision n° 2021-DC-0708 [3]) en veillant à inclure tout élément susceptible d'impacter la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Ainsi, il faudra être particulièrement attentif aux effectifs (cf. demande II.4.), prendre en considération dans le processus décisionnel les atouts et contraintes mises en avant par chaque corps de métier et accompagner chaque métier lors des transformations engendrées par les nouveaux projets.

I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

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

II. AUTRES DEMANDES

Audit clinique par les pairs

L'article R. 1333-70 du code de la santé publique indique que « I.-Le système d'assurance de la qualité prévu à l'article L. 1333-19 correspond à l'ensemble des actions qui vise à garantir la qualité et la sécurité des actes médicaux utilisant des rayonnements ionisants à visée diagnostique ou thérapeutique. Ce système inclut : [...] 3° Des audits cliniques réalisés par les pairs ; [...] ».

La décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN définit l'audit clinique comme « la méthode d'évaluation qui permet, au regard de critères déterminés par le référentiel d'assurance de la qualité, de garantir au patient la compétence de l'équipe médicale et soignante, la qualité des soins et la sécurité des actes, qui comprend la radioprotection des patients ».

L'article 9 de cette même décision précise ainsi que « le système de gestion de la qualité décrit les conditions dans lesquelles sont conduits les audits cliniques prévus à l'article R. 1333-70 du code de la santé publique. Ces audits par les pairs sont réalisés au regard de critères déterminés par le référentiel d'assurance de la qualité prévu au II du même article ».

Au vu des spécificités de la radiothérapie du site Ouest et plus particulièrement des appareils de protonthérapie, le sujet de l'audit clinique avait été abordé lors de la précédente inspection menée par l'ASN en 2019 (cf. point C1 de la lettre de suite référencée CODEP-MRS-2019-009920 du 18 mars 2019). Cette obligation, introduite par la réforme du code de la santé publique en 2018, a été par la suite entérinée en 2021 dans la décision n° 2021-DC-0708 [3] de l'ASN. À ce jour, l'ASN note favorablement qu'il existe des échanges réguliers entre les physiciens du centre Antoine Lacassagne et les deux autres centres de protonthérapie de France. Plusieurs physiciens du site Ouest sont par ailleurs impliqués dans des groupes de travail portant sur la protonthérapie (aux niveaux national et européen). Néanmoins, l'ASN appelle votre attention sur le fait que cette démarche doit faire l'objet d'une structuration décrite dans le référentiel d'assurance de la qualité et concerner tous les corps de métier.

Demande II.1. : Mettre en place, en premier lieu pour la protonthérapie, une démarche d'audit clinique par les pairs. Structurer cette démarche au travers du référentiel d'assurance de la qualité en veillant à décrire les critères d'évaluation dans le champ d'application de la décision n° 2021-DC-0708 [3] de l'ASN (compétence de l'équipe médicale et soignante, qualité des soins et sécurité des actes, comprenant la radioprotection des patients).

Habilitations

La décision n° 2021-DC-0708 [3] de l'ASN définit l'habilitation comme une « reconnaissance formalisée par le responsable de l'activité nucléaire de la maîtrise des tâches à réaliser par chaque professionnel concerné, en prenant en compte les exigences réglementaires (diplôme initial et formation continue) et l'expérience de ce professionnel ».

L'article 7 de la décision susmentionnée précise que « 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 ».

Vous avez informé l'ASN de la réalisation d'une formation à la qualité spécifique à la radiothérapie destinée aux principaux acteurs de la qualité du département (responsables opérationnels de la qualité, médecins et manipulateurs référents de la qualité) et des professionnels de la direction qualité de l'établissement. Cette formation de dix jours vous a notamment permis de définir les premiers contours de la démarche d'habilitation qui ont été présentés à l'ASN. Les inspecteurs vous ont indiqué qu'il était nécessaire de prendre en considération les éléments suivants :

- définir les critères requis pour la validation de la maîtrise des tâches et le maintien dans le temps des habilitations ;
- articuler l'habilitation avec les notions de référent technique et suppléant ;
- intégrer d'ores et déjà dans la démarche certains professionnels qui ne sont pas de nouveaux arrivants mais dont les postes peuvent présenter des particularités qui nécessitent une reconnaissance formalisée des tâches à maîtriser (cas des physiciens médicaux inter-sites, dosimétristes sur le site Est pour les interactions avec les dosimétries dites complexes, etc.).

Demande II.2. : Prendre en considération les éléments susmentionnés dans la démarche d'habilitation et tenir l'ASN informée de la mise en œuvre de cette démarche.

Maîtrise du système documentaire

L'article 3 de la décision n° 2021-DC-0708 [3] de l'ASN indique que « 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 par ailleurs une 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) » et une procédure comme étant une « manière spécifiée d'effectuer une action, pouvant faire ou non l'objet de documents ».

L'article 13 de la décision précise enfin que « I. - Le système de gestion de la qualité prévoit la mise en place d'un système documentaire, sous forme papier ou numérique. Outre les éléments relatifs aux actions prévues aux articles 5 à 12, le système documentaire contient notamment :

- les modalités de mise en œuvre des contrôles de qualité pour les dispositifs médicaux prévus à l'article R. 5212-25 du code de la santé publique ;

- pour chaque dispositif médical, les éléments de traçabilité prévus à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique et pour chaque médicament radiopharmaceutique, ceux prévus par l'arrêté du 6 avril 2011 susvisé.

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 ».

L'élaboration et la gestion des documents de la qualité qui viennent constituer le socle documentaire de référence pour les professionnels de votre établissement sont cadrées au travers d'une procédure (procédure Q/GD/QR/GDQ/03 « *Elaboration et gestion des documents qualité* », version 15 du 12 octobre 2021). Cependant, malgré cette organisation, les inspecteurs ont relevé plusieurs difficultés en matière de gestion documentaire :

- le département de radiothérapie et curiethérapie comptabilise un nombre conséquent de documents (364 documents), ce qui pose question en matière de capacité à entretenir et faire vivre le système documentaire ;
- certains documents ont été présentés comme obsolètes ou non pertinents mais contribuent toutefois à alourdir le système ;
- l'organisation définie pour la gestion documentaire n'a pas été respectée et la moitié de la documentation n'est pas à jour alors même qu'elle est censée servir de référence pour les professionnels notamment pour l'accomplissement de leurs tâches ;
- le logiciel de gestion documentaire actuel apparaît comme limitant pour rechercher certains documents dont le référencement n'est pas optimal ; vous nous avez cependant informés du changement de logiciel qui est prévu pour 2024 ;
- la structure des procédures varie selon les appareils, ce qui ne simplifie pas l'appréhension du sujet et la vérification de l'exhaustivité des informations utiles pour l'ensemble des techniques ;
- il n'a pas été démontré que les différents contrôles qualité étaient définis dans des procédures *ad hoc*.

Demande II.3. : Définir un plan d'action visant à disposer d'un socle documentaire robuste, permettant aux professionnels de s'y référer. En premier lieu, il sera nécessaire d'évaluer la pertinence des documents et dans un second temps, de les réviser à des fins de simplification, mise à jour et standardisation. Il sera également important de vérifier l'exhaustivité des documents nécessaires, notamment en matière de réalisation des contrôles qualité.

Ressources humaines

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

Deux responsables opérationnels de la qualité ont été nommés : un physicien sur le site Est (0,1 ETP) et un dosimétriste sur le site Ouest (0,2 ETP). Ces ressources sont complétées par la collaboration d'un qualiteux à hauteur de 0,4 ETP. L'ASN a pu observer les progrès réalisés par le département de

radiothérapie et de curiethérapie. Ils résultent notamment du travail considérable réalisé par les professionnels référents en assurance de la qualité, qu'ils soient du département médical ou de la direction qualité. Il est à noter que pour atteindre ce niveau d'amélioration, chaque professionnel y a consacré un temps bien supérieur à celui qui est normalement prévu dans les fiches de poste et que ces ressources vont être prochainement pleinement mobilisées pour mener à bien les actions déjà identifiées puis pour maintenir une organisation robuste lorsqu'elle sera pérennisée.

Par ailleurs, l'article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004 modifié [4] précise que « *dans les établissements mettant en œuvre des installations soumises à autorisation [...] le chef d'établissement arrête un plan décrivant l'organisation de la radiophysique médicale (POPM) au sein de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article 6 du présent arrêté. [...] Il détermine l'organisation et les moyens nécessaires en personnel et tient compte notamment des pratiques médicales réalisées dans l'établissement, du nombre de patients accueillis ou susceptibles de l'être, des contraintes, notamment en temps de travail, découlant de techniques particulières ou complexes, des compétences existantes en matière de dosimétrie et des moyens mis en œuvre pour la maintenance et le contrôle de qualité interne et externe des dispositifs mentionnés à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique* ».

Les inspecteurs ont consulté la dernière version du POPM en vigueur (novembre 2022). Celui-ci fait apparaître un déficit en considérant les équivalents temps plein (ETP) même si l'équipe de physiciens et dosimétristes est au complet en termes de nombre, soit :

- pour le site Est, un déficit de 0,3 ETP de physicien et 0,5 ETP de dosimétriste en 2022 ;
- pour le site Ouest, un déficit de 0,95 ETP de physicien et 0,3 ETP de dosimétriste en 2022, sachant que la première projection faite pour 2023 montre que le déficit sera toujours présent (l'effectif cible de physicien restera déficitaire de 0,6 ETP et celui de dosimétriste de 0,3 ETP, soit un total de 0,9 ETP).

Dans un contexte de complexification des techniques et de projets de changements d'accélérateurs, cette situation n'est pas sans impact. Ont également été évoqués les effectifs de manipulateurs pour lesquels les ETP réels sont en-dessous de l'effectif cible.

Demande II.4. : Prendre en considération les ETP réels pour l'ajustement des effectifs ou des missions dans la politique de recrutement de l'établissement dans les secteurs et catégories professionnelles susmentionnées.

Prise en compte du retour d'expérience

Les inspecteurs ont pu observer que les modalités de gestion du retour d'expérience ont évolué depuis 2022. Désormais, il n'existe plus qu'un seul moyen pour remonter les anomalies via les fiches d'événements indésirables (abandon des signalements faits uniquement dans Mosaiq® qui ne permettait pas de générer des alertes ou des informations en cascade auprès des personnes concernées). De plus, le département travaille étroitement avec la direction qualité de l'établissement qui apporte son concours au traitement des dysfonctionnements. À ce jour, et également suite aux formations et sensibilisations des professionnels du département, le nombre d'événements indésirables remontés augmente dans l'ensemble des catégories professionnelles, ce qui permet d'avoir un retour d'expérience plus exploitable. Il est important que cette dynamique se poursuive dans une logique d'amélioration continue et à des fins de pérennisation de cette démarche partagée dans l'établissement. Un bilan de cette mise en œuvre sera effectué lors de la prochaine inspection.

Concernant le retour d'expérience national, l'ASN effectue des publications régulières à destination des professionnels pour restituer les enseignements des événements significatifs en radioprotection (ESR) déclarés à l'ASN sous forme de :

- bulletins « *la sécurité du patient* », qui proposent un décryptage thématique, des bonnes pratiques des services et des recommandations élaborées par les sociétés savantes de la discipline concernée et les institutions de la santé et de la radioprotection (<https://www.asn.fr/espace-professionnels/retour-d-experience/bulletin-la-securite-du-patient>) ;
- fiches d'informations « *retour d'expérience* » dont l'objectif est d'informer rapidement sur un événement donné et de susciter une réflexion dans le cadre de l'analyse des risques des centres (<https://www.asn.fr/espace-professionnels/retour-d-experience/fiches-retour-d-experience-radiotherapie>) ;
- lettres circulaires (<https://www.asn.fr/espace-professionnels/activites-medicales/radiotherapie/lettres-circulaires-en-radiotherapie>).

Quelques professionnels (radiothérapeutes, médecins médicaux) ont indiqué lire ponctuellement ces publications destinées à prévenir des ESR. Néanmoins, il est apparu que cela restait ponctuel et qu'il n'y avait pas d'analyse partagée de ces retours d'expérience afin de déterminer si le centre Antoine Lacassagne pouvait être ou non concerné et si des barrières complémentaires de sécurité ou des vérifications étaient nécessaires pour prévenir ou limiter les effets de ces événements. Parallèlement, cela vous permettrait aussi d'identifier les facteurs organisationnels ou humains qui ont été identifiés par d'autres centres de radiothérapie comme des éléments contributifs de la survenue d'ESR. Par ailleurs, ils vous permettraient de conforter certaines dispositions mises en œuvre au centre Antoine Lacassagne qui méritent ainsi d'être pérennisées (cas de la réalisation des contrôles qualité sur les créneaux classiques d'une journée de travail, ce qui a pu être observé lors de la visite sur le Cyberknife ; cf. fiche « *retour d'expérience* » d'avril 2022 sur une erreur d'étalonnage d'un accélérateur).

Demande II.5. : Instaurer une analyse systématique et partagée entre les différents corps professionnels des publications nationales précitées afin de prendre en considération le retour d'expérience national.

Démarrer cette démarche pour les bulletins « *sécurité du patient* » et fiches « *retour d'expérience* » établies depuis 2018 liés à la radiothérapie et curiethérapie ainsi que pour la lettre circulaire de l'ASN du 19 mai 2016 [5].

Les éventuelles actions mises en œuvre à l'issue de ces analyses devront être intégrées au plan d'action.

Exigences spécifiées

La décision n° 2021-DC-0708 [3] de l'ASN définit les exigences spécifiées comme « *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'article 1 de la décision indique 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, y compris en cas d'intervention de prestataires externes* ».

À la suite de la précédente inspection de radiothérapie sur le site Est le 6 octobre 2020, les exigences spécifiées ont été révisées. Le dernier bilan de ces exigences n'a pas pu être présenté lors de



l'inspection. L'ASN vous rappelle que les exigences spécifiées doivent faire l'objet de critères de conformité mesurables ou vérifiables. Par ailleurs, il conviendrait de faire un point sur les exigences en regard des indicateurs qualité, notamment pour examiner si certains éléments ne sont pas redondants.

Demande II.6. : Transmettre le dernier bilan des exigences spécifiées et réaliser un point sur les exigences en regard des indicateurs qualité.

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

Évaluation de l'efficacité des actions correctives

Observation III.1 : Lors de l'inspection de curiethérapie réalisée la veille sur le site Est, les inspecteurs ont noté que vous aviez effectué une séance de préparation de l'inspection avec une mise en situation. Cela vous a conduit à faire quelques ajustements ajoutés au plan d'action. Cela constitue une bonne pratique que l'ASN vous invite à pérenniser. En effet, la démarche de mises en situation ou audits lors du déploiement d'actions correctives vous permet d'évaluer concrètement l'efficacité de ces actions. Il vous est rappelé que toute action d'amélioration doit voir son efficacité évaluée, sous la forme précitée ou une autre, et que cela ne saurait reposer sur l'absence de survenue de l'événement indésirable à l'origine de l'action.

Conduite des changements

Observation III.2 : En 2022, vous avez fait le choix d'uniformiser le logiciel de planification de traitement, ce qui a été présenté comme un aspect positif puisque limitant les risques d'erreurs, facilitant les échanges et l'apprentissage entre professionnels sur les différentes machines. Vous avez indiqué avoir comme projet à court terme le changement d'accélérateurs avec potentiellement la réintroduction de nouveaux logiciels alors même que vous étiez entrés dans une logique d'uniformisation. Vous avez indiqué que l'utilisation de ces nouveaux logiciels impliquerait des recopies manuelles chronophages qui mobiliseraient du personnel. L'ASN vous invite à considérer ces paramètres dans le cadre de la gestion de projet qui doit être instaurée préalablement à la mise en place de tout nouvel accélérateur.

*

* *

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'ASN (www.asn.fr).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le chef de la division de Marseille de l'ASN

Signé par

Bastien LAURAS

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