

Référence courrier :
CODEP-NAN-2022-033978

GIE Centre de médecine nucléaire nazairien
11 boulevard Georges Charpak
44600 Saint-Nazaire

Nantes, le 8 août 2022

Objet : Contrôle de la radioprotection

Lettre de suite de l'inspection du 04/07/2022 sur le thème de médecine nucléaire

N° dossier : Inspection n° INSNP-NAN-2022-0722 N° Sigis : M440087 (à rappeler dans toute correspondance)

Annexe : Références réglementaires

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 4 juillet 2022 dans votre établissement.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent. Ceux relatifs au respect du code du travail relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice tandis que ceux relatifs au respect du code de la santé publique relèvent de la responsabilité du titulaire de l'autorisation délivrée par l'ASN.

SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

L'inspection du 4 juillet 2022 a permis d'examiner la mise en place des engagements pris à l'issue de l'inspection précédente du 21 mai 2021 et de vérifier le respect des dispositions réglementaires en matière de radioprotection des travailleurs, des patients et de l'environnement. À cette fin, les inspecteurs ont procédé à un contrôle documentaire par sondage et à une visite des installations du service de médecine nucléaire.

À l'issue de cette inspection, il ressort que le niveau de radioprotection au sein du service est satisfaisant. Les inspecteurs ont souligné la montée en compétence rapide et la rigueur du nouveau conseiller en radioprotection (CRP). L'établissement met à disposition des moyens de protection adaptés pour ses travailleurs et s'assure par de multiples contrôles de l'absence d'impact sur l'environnement des déchets et des effluents générés. Toutefois, comme sur le site de Laval inspecté



récemment, le site de St-Nazaire a pris du retard en termes de déploiement du système de gestion de la qualité. Sur ce point, l'établissement devra prioritairement cartographier les risques et formaliser les procédures relatives aux étapes de préparation et d'injection pour préciser les barrières de sécurité en place. Il devra également renforcer la culture de déclaration des événements indésirables.

En termes de radioprotection des travailleurs, les inspecteurs ont souligné la mise en place d'une formation à la radioprotection des travailleurs adaptée aux postes de travail pour l'ensemble du personnel et la mise à jour des évaluations prévisionnelles de l'exposition des travailleurs ainsi que de l'analyse des risques pour la définition des zones délimitées. Les inspecteurs ont également souligné le port effectif de la dosimétrie, y compris par le personnel médical, et l'analyse des résultats par le CRP. Toutefois, l'établissement devra renforcer son organisation pour garantir la coordination des mesures de prévention en radioprotection lors de l'intervention de toute entreprise extérieure en zones délimitées.

En termes de radioprotection des patients, les inspecteurs ont rappelé la nécessité de bien séparer les responsabilités entre le physicien médical et les chargés d'affaires du prestataire externe dans le plan d'organisation de la physique médicale (POPM).

L'inspection a permis de constater une bonne maîtrise des activités injectées aux patients au regard des technologies disponibles. Toutefois, l'établissement devra compléter le recueil des doses transmis à l'IRSN pour les actes de scanographie et de pédiatrie concernés. Concernant les actes de scanographie en tomographie à émission monophotonique (TEMP), les inspecteurs ont rappelé la nécessité de poursuivre les actions d'optimisation comme par exemple la mise en place de protocoles scanner dédiés à la pédiatrie. Par ailleurs, l'ensemble des paramètres associés aux protocoles machines (durée, filtration, épaisseurs de reconstruction, collimation, valeur limite des mAs/coupe pour la modulation automatique, kV selon l'indice de masse corporelle, etc.) devront être formalisés et portés à la connaissance des utilisateurs. Enfin, l'établissement devra remettre à chaque patient une information écrite sur le risque des rayonnements ionisants et les instructions nécessaires pour limiter l'exposition des personnes qui seront en contact avec lui.

En matière de gestion des déchets et des effluents, les inspecteurs ont souligné positivement les contrôles trimestriels des activités volumiques à l'émissaire de la clinique. Ils ont toutefois noté l'absence d'utilisation du logiciel CIDDRE pour évaluer l'impact dosimétrique des effluents rejetés.

I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT

Néant

II. AUTRES DEMANDES

Coordination des mesures de prévention en radioprotection

En application des articles R.4451-35 et 36 et R.4451-123 du code du travail, lorsque le chef de l'entreprise utilisatrice fait intervenir une entreprise extérieure ou un travailleur non salarié, il appartient au chef de l'entreprise utilisatrice d'assurer la coordination générale des mesures de prévention.

Chaque chef d'entreprise extérieure est, en revanche, responsable de l'application des mesures de prévention nécessaires à la protection des travailleurs qu'il emploie.

Les inspecteurs ont consulté plusieurs plans de prévention signés. Toutefois, l'établissement n'a pas identifié l'ensemble des entreprises susceptibles d'intervenir en zone délimitée, notamment les sociétés de contrôle de radioprotection, du système de ventilation, de maintenance des appareils, etc. Il manque également plusieurs plans de prévention pour les cardiologues qui interviennent dans le centre. Le cas échéant, il conviendra également de s'assurer que les conventions de stage des étudiants décrivent bien le partage des responsabilités en matière de radioprotection.

Demande II.1 : S'assurer de la formalisation de la coordination des mesures de prévention en radioprotection en amont de l'intervention de toute entreprise extérieure, incluant les stagiaires. Transmettre la liste des entreprises extérieures intervenant dans l'établissement et un suivi des plans de prévention et conventions signés (date de signature).

Optimisation

Conformément à l'article 7 de la décision ASN 2019-DC-0660, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité : [...]

1° Les procédures écrites par type d'actes, ainsi que les modalités de leur élaboration, pour la réalisation des actes effectués de façon courante, conformément à l'article R. 1333-72 du code de la santé publique, ainsi que pour la réalisation des actes particuliers présentant un enjeu de radioprotection pour les personnes exposées; [...]

4° Les modes opératoires, ainsi que les modalités de leur élaboration, pour l'utilisation des dispositifs médicaux ou des sources radioactives non scellées afin de maintenir la dose de rayonnement au niveau le plus faible raisonnablement possible, conformément à l'article R. 1333-57 du code de la santé publique;

5° Les modalités d'évaluation de l'optimisation, en particulier de recueil et d'analyse des doses au regard des niveaux de référence diagnostiques mentionnés à l'article R. 1333-61 du code de la santé publique, ainsi que des doses délivrées lors des pratiques interventionnelles radioguidées;

Les inspecteurs ont pris acte du recours régulier à une imagerie scanner de qualité diagnostique en tomoscintigraphie à émission monophotonique. Bien que des dispositifs automatiques de réduction des doses existent et que les protocoles sélectionnés dépendent de la région anatomique et de l'indice de masse corporelle du patient, le physicien médical n'a pas encore analysé les protocoles implémentés dans les machines. Ainsi, dans un premier temps, il conviendra de faire un état des lieux des doses délivrées en scanographie pour chacune des deux gamma-caméras. Au regard de ces niveaux de doses délivrés actuellement, des actions d'optimisation seront, le cas échéant, proposées. Les paramètres associés à chaque « protocole constructeurs » devront être recueillis par le physicien médical et communiqués à l'établissement. Enfin, il conviendra qu'un protocole pédiatrique soit disponible sur chacun des deux scanners.

En cas d'hétérogénéité des doses selon le médecin nucléaire et/ou les MERM, un travail d'homogénéisation des pratiques devra être mis en œuvre, par la rédaction de procédures écrites pour la réalisation des actes effectués de façon courante.

Demande II.2 : Réaliser le recueil des paramètres associés à chaque « protocole constructeur » pour les scanners couplés aux gamma-caméras et formaliser dans le système de gestion de la qualité les informations pertinentes. Engager, le cas échéant, les actions d'optimisation nécessaires et/ou la rédaction de procédures écrites pour la réalisation des actes de scanographie effectués de façon courante.

Information du patient

Conformément à l'article R1333-64 du code de la santé publique, avant et après un acte de médecine nucléaire à visée diagnostique ou thérapeutique ou un acte de curiethérapie par implants permanents, le réalisateur de l'acte fournit au patient ou à son représentant légal des informations orales et écrites appropriées sur le risque des rayonnements ionisants et les instructions nécessaires pour limiter l'exposition aux rayonnements ionisants des personnes qui seront en contact avec lui.

Conformément à l'article 8 de la décision ASN n° 2019-DC-0660 homologuée par l'arrêté du 8 février 2019, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité:

1° Les modalités d'information des personnes exposées, avant la réalisation de l'acte d'imagerie médicale;

4° Pour les actes de médecine nucléaire, les modalités de délivrance des instructions visées à l'article R. 1333-64 du code de la santé publique

Lors de l'accueil par le secrétariat ou lors de la consultation médicale préalable à l'examen, une information orale est délivrée au patient sur les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Par ailleurs, une feuille d'informations est remise aux brancardiers pour les patients hospitalisés pour les informer sur ces risques. Toutefois, les patients ne reçoivent pas d'information écrite appropriée sur le risque des rayonnements ionisants et les instructions nécessaires pour limiter l'exposition aux rayonnements ionisants des personnes qui seront en contact avec lui.

Demande II.3: Fournir aux patients ou aux représentants légaux, des informations écrites appropriées sur le risque des rayonnements ionisants et les instructions nécessaires pour limiter l'exposition aux rayonnements ionisants des personnes qui seront en contact avec lui.

Management des risques

Conformément à l'article 4 de la décision ASN n° 2019-DC-0660 homologuée par l'arrêté du 8 février 2019 :

- I. – Le système de gestion de la qualité est défini et formalisé au regard de l'importance du risque radiologique pour les personnes exposées, en tenant compte de la cartographie des risques réalisée en application de l'article R. 1333-70 du code de la santé publique. Il s'applique, pour tous les actes relevant des activités nucléaires d'imagerie médicale définies à l'article 1er, aux processus permettant de mettre en oeuvre les principes de justification et d'optimisation définis aux articles L. 1333-2, R. 1333-46 et R. 1333-57 du code de la santé publique.*
- II. – Les procédures et instructions de travail de chaque processus précisent:
 - les professionnels, leurs qualifications et les compétences requises;*
 - les tâches susceptibles d'avoir un impact sur la radioprotection des personnes exposées et leur enchaînement;**



– les moyens matériels et les ressources humaines alloués pour réaliser ces tâches ainsi que, si nécessaire, les documents relatifs à leur réalisation.

Conformément à l'article 9 de la décision ASN n° 2019-DC-0660 homologuée par l'arrêté du 8 février 2019, 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.

Les inspecteurs ont souligné la nomination d'un Manipulateurs d'Électro-Radiologie Médicale (MERM) référent qualité pour l'animation de la démarche d'assurance de la qualité. La formalisation du parcours du nouvel arrivant et les modalités d'habilitation aux postes de travail ont été formalisées et mises en place.

Toutefois, l'établissement n'a pas réalisé la cartographie des risques associés aux soins en médecine nucléaire, notamment au regard du retour d'expérience interne et externe. Pour les principaux risques, les inspecteurs ont rappelé l'obligation de formaliser l'organisation, les moyens humains et matériels alloués aux tâches et leur enchaînement, susceptibles d'avoir un impact sur la radioprotection des personnes exposées. En particulier, les barrières définies pour prévenir et/ou détecter une erreur de préparation ou d'injection n'ont pas été formalisées.

Demande II.4 : Établir la cartographie des principaux risques de radioprotection pour le patient et formaliser pour chacun d'entre eux, les dispositions organisationnelles, les moyens humains et matériels alloués pour les prévenir et/ou les détecter.

Exploitation du retour d'expérience

Conformément à l'article 10 de la décision ASN n° 2019-DC-0660 homologuée par l'arrêté du 8 février 2019 :

I. – Afin de contribuer à l'amélioration prévue à l'article 5, le système de gestion de la qualité inclut le processus de retour d'expérience. Pour les événements de nature matérielle, humaine ou organisationnelle, susceptibles de conduire à une exposition accidentelle ou non intentionnelle des personnes lors d'un acte d'imagerie médicale, le système de gestion de la qualité prévoit la mise en place d'un système d'enregistrement et d'analyse visé à l'article L. 1333-13 du code de la santé publique. Sont enregistrées: – les dates de détection et d'enregistrement de l'événement; – la description de l'événement, les circonstances de sa survenue et ses conséquences; – les modalités d'information de la personne exposée ou de son représentant dès lors que l'événement présente des conséquences potentielles significatives.

II. – La formalisation du processus de retour d'expérience précise notamment la fréquence d'analyse des événements et les modalités de sélection de ceux qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique. Font en particulier l'objet d'une analyse systémique les événements qui doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités compétentes en application du 2e alinéa du I de l'article L. 1333-13, de l'article R. 1333-21 ou de l'article R. 1413-68 du code de la santé publique.

III. – Pour chaque événement faisant l'objet d'une analyse systémique, le système d'enregistrement et d'analyse comprend, en outre: – le nom des professionnels ayant participé à l'analyse et, notamment, à la collecte des faits; – la chronologie détaillée de l'événement; – le ou les outils d'analyse utilisés; – l'identification des causes immédiates et des causes profondes, techniques, humaines et organisationnelles, et des barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné; – les propositions d'action d'amélioration retenues par les professionnels.

IV. – Les propositions d'action ainsi retenues sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 5 de la présente décision.

Conformément à l'article 11 de la décision ASN n° 2019-DC-0660 :

Le système de gestion de la qualité décrit les modalités retenues pour:

- promouvoir et soutenir l'engagement des professionnels dans la démarche de retour d'expérience;
- dispenser une formation adaptée à la détection, à l'enregistrement et au traitement des événements et, le cas échéant, à leur analyse systémique;
- informer l'ensemble des professionnels sur les enseignements tirés de l'analyse des événements.

Les inspecteurs ont pris connaissance de la fiche de déclaration des événements indésirables (EI) et de la procédure associée. Toutefois, les inspecteurs ont constaté l'absence de déclaration interne d'EI, notamment par manque de communication sur la typologie des événements à déclarer. Les inspecteurs ont rappelé que tout événement, qu'il soit d'origine matériel, organisationnel ou humain, doit être déclaré dès lors qu'il augmente la probabilité d'occurrence des risques identifiés (demande II.5). En particulier, toute extravasation, reprise d'examen suite à une panne, toute situation de non-conformité par rapport aux procédures de préparation, de dispensation et d'injection des médicaments radiopharmaceutiques (MRP), doivent faire l'objet d'une déclaration d'événement indésirable.

Demande II.5 : Compléter la procédure de déclaration des événements indésirables pour identifier les types d'événements devant être déclarés.

Demande II.6 : Dispenser une formation adaptée à la détection, à l'enregistrement et au traitement des événements et, le cas échéant, à leur analyse systémique.

Plan d'organisation de la physique médicale

Conformément à l'article R.1333-68 du code de la santé publique, le processus d'optimisation est mis en œuvre par les réalisateurs de l'acte et les manipulateurs d'électroradiologie médicale en faisant appel à l'expertise des médecins médicaux.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 6 décembre 2011 relatif à la formation et aux missions de la personne spécialisée en radiophysique médicale, cette dernière s'assure que les équipements, les données et procédés de calcul utilisés pour déterminer et délivrer les doses et activités administrées au patient dans toute procédure d'exposition aux rayonnements ionisants sont appropriés et utilisés selon les dispositions prévues dans le code de la santé publique. Elle contribue notamment :

- 1° à la mise en œuvre de l'assurance de qualité, y compris le contrôle de qualité des dispositifs médicaux ;
- 2° à l'identification et à la gestion des risques liés à toute procédure d'exposition aux rayonnements ionisants ;
- 3° au développement, au choix et à l'utilisation des techniques et équipements utilisés dans les expositions médicales aux rayonnements ionisants ;
- 4° à l'élaboration des conseils donnés en vue de limiter l'exposition des patients, de leur entourage, du public et les éventuelles atteintes à l'environnement. A ce titre, elle apporte les informations utiles pour estimer la dose délivrée à son entourage et au public par un patient à qui ont été administrés des radionucléides en sources non scellées ou scellées ;



Le guide ASN n°20 relatif à la rédaction du Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM), rappelle que le POPM doit préciser les modes de supervision et de validation par les physiciens médicaux des tâches de physique médicale réalisées par d'autres professionnels.

Les inspecteurs ont pris connaissance de la dernière version du plan d'organisation de la physique médicale (POPM). Il ressort le besoin de formaliser sans équivoque que le physicien médical est responsable de la supervision et de la validation de l'ensemble des tâches de physique médicale. Par ailleurs, il conviendra de prévoir la présence du physicien médical en cas de changement d'appareil afin de garantir l'optimisation des doses avant leur mise en service clinique

Demande II.7 : Compléter le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) en tenant compte des remarques précitées.

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

Niveaux de référence diagnostiques

Constat/Observation III.1 : L'inspection a permis de souligner les niveaux particulièrement faibles des activités injectées, tant en tomoscintigraphie à émission monophotonique (TEMP) qu'en tomoscintigraphie à émission de positons (TEP) au 18FDG. Toutefois, il conviendra de compléter ce recueil afin de transmettre à l'IRSN les doses délivrées pour l'un des actes « scanner » du TEP et pour l'acte le plus courant de pédiatrie.

Renouvellement autorisation à renouveler rapidement

Constat/Observation III.2 : Votre autorisation ASN expire le 30/09/2022 et une demande de renouvellement devra donc être faite à l'ASN dans les meilleurs délais.

Gestion des déchets et reprise de sources

Constat/Observation III.3 : Lors de la visite du local déchets, les inspecteurs ont constaté que les sacs de déchets sont disposés à même le sol et que d'autres éléments dont des cartons, viennent encombrer ce local. Par ailleurs, les inspecteurs ont invité l'établissement à améliorer l'organisation du circuit des déchets, en séparant notamment les déchets issus de l'activité TEP de ceux issus de l'activité TEMP.

Le plan de gestion des déchets et des effluents ne rappelle pas les dispositions mises en place pour la gestion des déchets générés à l'extérieur de l'établissement (service d'hospitalisation, gestion des déchets au bloc opératoire pour les ganglions sentinelles, etc.). Par ailleurs, il conviendra de s'assurer que les consignes de gestion des déchets remises au service d'hospitalisation de la clinique sont respectées.

Les inspecteurs ont également appelé l'attention de l'établissement sur la nécessité de finaliser le processus de reprise des sources de ⁵⁷Co en fin d'utilisation.

Programme des contrôles



Constat/Observation III.4 : Les inspecteurs ont souligné la rigueur du CRP dans la réalisation et l'enregistrement des vérifications internes de radioprotection. Toutefois, ils ont invité l'établissement à veiller à intégrer dans le programme des vérifications les nouvelles exigences réglementaires de l'arrêté du 23/10/2020 et à y ajouter les mesures de non contamination quotidiennes ainsi que les mesures par frottis réalisées sur les colis à leur réception. Par ailleurs, ce programme doit faire référence aux documents existants qui expliquent les modalités de réalisation de certaines vérifications.

Procédure d'identitovigilance et mise en place d'audit

Constat/Observation III.5 : Les inspecteurs ont consulté la procédure d'identitovigilance en cours de signature. Au regard du retour d'expérience national sur les erreurs d'administration, et dans le cadre de la démarche d'amélioration continue imposée par la démarche qualité, je vous invite à réaliser régulièrement des audits sur le respect des barrières mises en place pour prévenir ces erreurs. A titre d'exemple, les inspecteurs ont constaté lors de la visite, la présence de deux seringues dans le passe-plat qui n'étaient pas contenues dans des valisettes plombées ou posées sur un quelconque support.

Test des alarmes de cuves

Constat/Observation III.6 : Les inspecteurs ont pris note de la procédure décrivant l'organisation mise en place en cas de déclenchement d'une alerte de débordement de cuve. En particulier, le PC sécurité et une « garde technique présentent 24h/24 » sont alertés en dehors de heures ouvrables. Les agents du PC sécurité ont été formés par le service de médecine nucléaire notamment pour l'activation de la dosimétrie opérationnelle. Il conviendra toutefois de tester régulièrement l'organisation précitée, notamment en dehors des heures ouvrables.

Organisation de la radioprotection et désignation du CRP

Constat/Observation III.7 : Les inspecteurs ont appelé l'attention de l'établissement sur l'absence actuelle de personnel en capacité de suppléer le conseiller en radioprotection (CRP).

Les inspecteurs ont consulté la lettre de nomination du CRP dans sa version du 02/12/2021. Il conviendra de rappeler les références réglementaires et de compléter les missions qui sont aujourd'hui portées par le CRP (réalisation et mise à jour de l'analyse des risques, des évaluations prévisionnelles de dose des travailleurs exposés, réalisation des vérifications périodiques, etc.)

Convention de rejet des effluents

Constat/Observation III.8 : Les inspecteurs ont souligné la réalisation trimestrielle de mesures de l'activité volumique des effluents à l'émissaire de la clinique. Ils ont également noté la réalisation de mesures, par un organisme externe, de l'activité des effluents contenus dans les cuves avant leur vidange dans le réseau. Ces dispositions sont conformes aux attendus de l'arrêté du 23/08/2008 fixant les règles techniques auxquelles doit satisfaire l'élimination des effluents et des déchets contaminés par les radionucléides, ou susceptibles de l'être du fait d'une activité nucléaire.



La convention de rejets de ces effluents signée avec la clinique fixe une limite d'activité volumique à l'émissaire de 10 Bq/L à ne pas dépasser. Les inspecteurs ont rappelé que cette valeur n'est exigée réglementairement que pour les cuves de rétention des effluents. Pour les autres effluents, l'outil CIDDRE de l'IRSN permet d'évaluer l'impact dosimétrique sur les travailleurs des réseaux de collecte et des stations d'épuration afin de s'assurer que leur exposition reste inférieure à 1mSv/an.



IV. OBSERVATIONS A L'ATTENTION DES AUTRES SERVICES DE L'ETAT

Suivi médical des travailleurs classés

Les inspecteurs ont constaté que plusieurs médecins nucléaires, classés en catégorie B, ne respectent pas la périodicité réglementaire du suivi médical renforcé.

*
* *

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 cheffe de division,

Signé par :

Emilie JAMBU



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).