

**Référence courrier :**  
CODEP-MRS-2024-007336

**Clinique Saint George**

2 avenue de Rimiez  
06000 NICE

Marseille, le 16 février 2024

- Objet :** Contrôle de la radioprotection
- Lettre de suite de l'inspection du 31 janvier 2024 sur le thème des pratiques interventionnelles radioguidées (blocs opératoires et salles dédiées)
- N° dossier :** Inspection n° INSNP-MRS-2024-0561 / N° SIGIS : M060051  
(à rappeler dans toute correspondance)
- 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° 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
  - [5]** Décision n° 2019-DC-0660 de l'ASN du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants
  - [6]** Arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale
  - [7]** Décision n° 2017-DC-0591 de l'ASN du 13 juin 2017 fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les locaux dans lesquels sont utilisés des appareils électriques émettant des rayonnements X

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 31 janvier 2024 sur le thème des pratiques interventionnelles radioguidées dans les salles de bloc opératoire de votre établissement (bloc G, bloc main et salles dédiées du bloc B5).

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 déclarant de cette activité nucléaire.



## SYNTHÈSE DE L'INSPECTION

L'inspection du 31 janvier 2024 portait 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.

Les inspecteurs de l'ASN ont examiné par sondage les dispositions mises en place pour la formation et l'information des travailleurs, le classement du personnel, l'existence de conseiller en radioprotection (CRP) et de physicien médical, le suivi des vérifications réglementaires et la démarche d'optimisation des doses pour la radioprotection des patients.

Ils ont effectué une visite des salles de l'ensemble des blocs de la clinique (bloc G, bloc B5 et bloc main).

Lors de la visite des locaux, les inspecteurs de l'ASN ont notamment examiné le zonage réglementaire et l'application des procédures de radioprotection des travailleurs. Les inspecteurs ont noté favorablement l'implication de la direction qualité, du conseiller en radioprotection et de la cadre des blocs opératoires ; les radiologues et les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) salariés des radiologues ont démontré une mobilisation notable pour la radioprotection des patients.

Au vu de cet examen non exhaustif, l'ASN considère que la réglementation relative à la radioprotection est prise en compte de façon plutôt satisfaisante, comme relevé lors de l'inspection du 22 janvier 2019. Depuis cette date, certaines des dispositions prises par la clinique ont progressé, comme la conformité des salles de bloc. En revanche, la conformité aux exigences réglementaires concernant la formation à la radioprotection des travailleurs et la formation à la radioprotection des patients est en net recul.

L'ASN en appelle à la vigilance de l'établissement quant à la nécessité de renforcer l'implication des chirurgiens et de leurs salariés pour la radioprotection des travailleurs et des patients dans l'exercice de leurs fonctions au sein de la clinique.

### I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

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

### II. AUTRES DEMANDES

#### **Respect des conditions d'accès en zones délimitées**

L'article R. 4451-33-1 du code du travail prévoit que : « I.- A des fins de surveillance radiologique préventive et d'alerte en cas d'exposition anormale, l'employeur équipe d'un dosimètre opérationnel : 1° Tout travailleur entrant dans une zone contrôlée définie au 1° du I de l'article R. 4451-23 ; [...] ».

L'article R. 4451-58 du même code dispose que : « II.- Les travailleurs disposant d'une surveillance dosimétrique individuelle au sens du I de l'article R. 4451-64 reçoivent une formation en rapport avec les résultats de l'évaluation des risques réalisée conformément à la section 4 du présent chapitre. [...] ».

Les articles R. 4511-5 et R. 4511-6 du code du travail disposent respectivement que : « Le chef de l'entreprise utilisatrice assure la coordination générale des mesures de prévention qu'il prend et de celles que prennent l'ensemble des chefs des entreprises extérieures intervenant dans son établissement. » et que : « Chaque chef d'entreprise est responsable de l'application des mesures de prévention nécessaires à la protection des travailleurs qu'il emploie. ».



Hormis les salles du bloc main délimitées en zones surveillées, l'ensemble des salles des blocs sont délimitées en zones contrôlées (vertes ou jaunes). Par conséquent, leur accès, quel que soit le statut du travailleur, salarié ou libéral, est conditionné notamment au port d'un dosimètre opérationnel et à la formation à la radioprotection des travailleurs.

Les inspecteurs ont relevé qu'aucun des chirurgiens, ni leurs salariés, ne respectaient les conditions d'accès en zone contrôlée, ce qui constitue un recul par rapport à l'inspection de janvier 2019. Plus précisément :

- aucun chirurgien ou salarié des chirurgiens n'est formé à la radioprotection des travailleurs, à l'exception des radiologues et de leurs salariés, tous formés ;
- le port du dosimètre opérationnel est estimé « en cours de reprise » par l'établissement notamment grâce au travail quotidien du cadre de bloc arrivé en 2023, sans pour autant disposer d'indicateur chiffré.

Pour autant, les plans de prévention établis entre la clinique et les praticiens libéraux précisent que le praticien doit être formé à la radioprotection des travailleurs et qu'un dosimètre opérationnel est mis à sa disposition par la clinique. Il a été indiqué aux inspecteurs qu'un projet d'accompagnement des travailleurs libéraux était prévu en matière de radioprotection des travailleurs et des patients. Il a de plus été précisé que parmi les projets de l'établissement figurent une augmentation de l'activité d'urologie.

S'agissant des travailleurs salariés de l'établissement, le taux de formation à la radioprotection des travailleurs est d'environ 60 %. Ce taux, en progrès depuis 2019, reste à améliorer dans la durée.

**Demande II.1. : Déployer un programme d'action adapté pour atteindre un taux de conformité satisfaisant du respect des conditions d'accès en zone contrôlée des travailleurs libéraux et de leurs salariés, au titre de la coordination des moyens de prévention.**

**Poursuivre les efforts en matière de formation à la radioprotection des travailleurs pour les travailleurs salariés de la clinique.**

### **Formation à la radioprotection des patients des praticiens exerçant au sein de la clinique**

L'article R. 1333-68 du code de la santé publique indique que « I.- L'emploi des rayonnements ionisants sur le corps humain est réservé aux médecins et chirurgiens-dentistes justifiant des compétences requises pour réaliser des actes utilisant des rayonnements ionisants et, dans les conditions définies à l'article L. 4351-1, aux manipulateurs d'électroradiologie médicale. Les professionnels de santé qui ont bénéficié d'une formation adaptée à l'utilisation médicale des rayonnements ionisants peuvent être associés aux procédures de réalisation des actes ».

L'article R. 1333-69 du code de la santé publique dispose que « I.- La formation initiale des professionnels de santé qui réalisent des procédures utilisant les rayonnements ionisants ou qui participent à ces procédures, comprend un enseignement relatif à la radioprotection des patients ».

La décision n° 2017-DC-0585 modifiée [4] définit les modalités de formation continue des professionnels à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales.

Hormis pour les radiologues et les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM), tous formés à la radioprotection des patients, le taux de formation des praticiens exerçant au sein de la clinique est extrêmement faible (2 % sur la base des attestations transmises par les professionnels concernés à la

clinique). Il a été indiqué aux inspecteurs que le taux de formation serait *a priori* plus élevé, certains praticiens n'ayant pas retrouvé ou transmis leurs attestations de formation. Une démarche de fiabilisation de ces informations est attendue pour que la clinique dispose d'éléments consolidés. Les inspecteurs ont rappelé que les pratiques interventionnelles radioguidées réalisées par des praticiens non formés à la radioprotection des patients engage leur responsabilité mais également celle de la clinique vis-à-vis de ses patients.

Enfin, sur le contenu des formations, les inspecteurs ont souligné qu'il devait, autant que possible, être illustré par les exemples de la clinique (optimisation en cardiologie notamment).

**Demande II.2. : Consolider les circuits d'information concernant la transmission des attestations de formation des professionnels à la radioprotection des patients et transmettre à l'ASN le taux de formation des praticiens à la formation à la radioprotection des patients à la date de l'inspection.**

**Améliorer significativement le taux de praticiens formés à la radioprotection des patients. Transmettre à l'ASN le plan de formation associé.**

### **Pilotage de la démarche d'optimisation**

L'article 7 de la décision n° 2019-DC-0660 [5] prévoit que : « *La mise en œuvre du principe d'optimisation est formalisée dans les processus, procédures et instructions de travail concernés. En particulier, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité : [...]*

*4° Les modes opératoires, ainsi que les modalités de leur élaboration, pour l'utilisation des dispositifs médicaux [...] 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 ;*

*[...] 6° Les modalités de vérification des dispositifs médicaux après l'essai de réception, avant leur utilisation, mentionné au 1° du II de l'article R. 5212-28 du code de la santé publique ;*

*7° Les modalités de réalisation de la maintenance et du contrôle de la qualité des dispositifs médicaux, y compris lors de changement de version d'un logiciel ayant notamment un impact sur la dose ou la qualité d'images, conformément à l'article R. 5212-28 du code de la santé publique ; [...]. ».*

Les inspecteurs ont relevé que des interventions d'un ingénieur d'application ont été effectuées sur des appareils sans information préalable du physicien médical et, de fait, sans action de ce dernier *a posteriori*, par exemple pour accéder aux rapports d'intervention de l'ingénieur d'application. Cette absence de relai d'information ne permet pas au physicien médical d'anticiper les éventuelles conséquences en matière d'optimisation (modification ou maintien des protocoles par défaut par exemple), ni d'identifier les actions nécessitant un recueil de données et une analyse spécifique de doses ou encore d'information des professionnels.

**Demande II.3. : Coordonner, en lien avec le prestataire externe de physique médicale, et formaliser les modalités d'intervention sur les dispositifs médicaux émettant des rayonnements ionisants susceptibles d'impacter l'optimisation des appareils.**

L'article 3 de la décision n° 2019-DC-0660 [5] dispose que : « *Le responsable de l'activité nucléaire s'assure du respect des exigences de la présente décision et notamment de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité, et de sa bonne articulation avec le plan d'organisation de la physique médicale [...]. ».*

L'article 7 de l'arrêté du 19 novembre 2004 [6] mentionne que « dans les établissements disposant de structures de radiologie interventionnelle, sans préjudice des conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 6124-1 de ce code, le chef d'établissement arrête un plan décrivant l'organisation de la radiophysique médicale au sein de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article 6 du présent arrêté. [...]. Ce plan tient compte des propositions établies par les personnes autorisées à utiliser les rayonnements ionisants en application de l'article R. 1333-24 du code de la santé publique. 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 ».

L'article 7 décision n° 2019-DC-0660 [5] prévoit que : « La mise en œuvre du principe d'optimisation est formalisée dans les processus, procédures et instructions de travail concernés. En particulier, sont formalisés dans le système de gestion de la qualité : [...] 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 [...]. ».

La clinique réalise un nombre important d'actes faisant appel aux rayonnements ionisants dont plus de la moitié sont à fort enjeux (cardiologie coronaire et rythmologique, vasculaire, rachis).

Les inspecteurs ont consulté divers documents (plan d'organisation de la physique médicale, feuille de route 2023, analyses pour les actes relevant des niveaux de référence diagnostique (NRD), niveaux de références locaux (NRL), rapports d'intervention du physicien médical). Dans ces documents se trouvent notamment des recommandations du physicien médical en matière d'optimisation des doses, qui ne figurent pas toutes dans le plan d'action du plan d'organisation de la physique médicale (POPM). Il a été indiqué aux inspecteurs que ces recommandations étaient reprises au moins en partie dans les feuilles de route annuelles de la physique médicale. L'articulation entre ces deux outils nécessite cependant d'être clarifiée afin de consolider le suivi et le pilotage des actions d'optimisation. Plus largement, un outil de pilotage partagé et lisible pourrait contribuer à une clarification du programme d'action et à une priorisation des actions en lien avec les différents professionnels de l'établissement (réfèrent interne de physique médicale, ingénieur biomédical, direction qualité).

Par ailleurs, les modalités de recueil des données nécessaires à l'établissement des NRD ou, pour les actes n'en disposant pas, des NRL, ont été décrites oralement. Elles n'ont toutefois pas fait l'objet de la formalisation prévue à l'article 7 de la décision [5], en particulier la méthodologie retenue par l'établissement (période et durée de recueil, nombre de patients, nombre de praticiens à inclure, etc.). Les inspecteurs ont également relevé au cours d'entretiens (radiologue, MERM, chirurgien, cadre de bloc) que les NRL n'étaient pas connus des professionnels, hormis au bloc B5 au sein duquel des MERM sont présents lors des actes interventionnels radioguidés.

**Demande II.4. : Définir une organisation visant à piloter et prioriser les actions de physique médicale en tenant compte des enjeux de la clinique. Transmettre la feuille de route de physique médicale et le plan d'action du POPM pour l'année 2024.**

**Formaliser dans le système de gestion de la qualité les modalités de mise en œuvre des actions d'optimisation et d'information des professionnels.**

## Démarche d'habilitation

La décision n° 2019-DC-0660 [5] dispose à son article 9 que : « *Les modalités de formation des professionnels sont décrites dans le système de gestion de la qualité. Elles portent notamment sur :*

- *la formation continue à la radioprotection, conformément à la décision du 14 mars 2017 susvisée ;*
- *l'utilisation d'un nouveau dispositif médical ou d'une nouvelle technique, pour tous les utilisateurs, en s'appuyant sur les recommandations professionnelles susvisées. [...]. ».*

La démarche d'habilitation est en cours de déploiement pour les nouveaux arrivants aux blocs opératoires. Pour les professionnels en poste, des actions de formation sont en cours pour la radioprotection des patients ainsi que pour la formation à l'utilisation des appareils par les ingénieurs d'application. Pour ces formations, la clinique a mis en place des professionnels référents pour la formation de leurs pairs n'ayant pu participer aux sessions de formation organisées. Les inspecteurs ont toutefois relevé que les actions d'ores et déjà conduites n'étaient pas formalisées.

**Demande II.5. : Formaliser les modalités d'habilitation des professionnels dans le système d'assurance de la qualité, notamment en précisant les acteurs impliqués dans la démarche et la mise en place de professionnels référents.**

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

### Conformité des salles de bloc

Constat d'écart III.1 : Les salles 2 et 3 du bloc général ne comportent pas la signalisation lumineuse prévue à l'article 9 de la décision n° 2017-DC-0591 [7] pour l'un de leurs accès (accès praticiens) engendrant ainsi une non-conformité pour ces deux salles au titre de la décision précitée. Les rapports techniques de conformité de ces deux salles indiquent que l'accès par ces portes est impossible depuis l'extérieur de la salle, ce qui constitue une information erronée à rectifier.

La configuration de la salle cardio 1 du bloc B5 a été questionnée au cours de l'inspection, compte tenu de l'espacement entre le pupitre, implanté dans la salle et l'accès à la salle lui-même.

Observation III.1 : Il convient de conduire des réflexions sur la faisabilité de cloisonner le pupitre afin de maintenir l'exposition des travailleurs au niveau le plus faible possible.

### Equipements de protection collective

Les salles du bloc B5 comportent plusieurs équipements de protection collective (bas volets, suspensions, etc.) L'un de ces équipements, le « *zero gravity* », a été positionné en salle hybride. Lors d'un entretien, l'un des praticiens a précisé que ce dispositif n'était pas adapté aux spécialités chirurgicales réalisées dans la salle (cardiologie, vasculaire) et qu'un paravent plombé apparaissait plus approprié.

Observation III.2 : Il convient de conduire les réflexions sur les équipements de protection collective (type, emplacement et répartition dans les salles) en lien avec les praticiens concernés.

### **Procédures dépassant régulièrement les seuils HAS**

Pour la procédure d'embolisation d'artère rénale, réalisée peu fréquemment au sein de la clinique (sept fois en 2023), les seuils définis par la Haute autorité de santé ont été dépassés trois fois au total (deux dépassements du seuil de 3 Gy à la peau et un dépassement du seuil de 5 Gy à la peau). Cet enjeu pour la radioprotection des patients a été identifié par l'établissement et le prestataire externe de physique médicale sans que les raisons de ces dépassements n'aient encore été investiguées à ce stade. Le radiologue présent à l'inspection a apporté des premiers éléments explicatifs qu'il conviendra d'approfondir et de compléter notamment pour ce qui concerne l'optimisation des protocoles.

Observation III.3 : Il convient de poursuivre les investigations concernant la procédure d'embolisation d'artère fémorale et de prendre toute disposition nécessaire en matière d'optimisation. Ces dispositions seront à planifier dans la feuille de route 2024 de la physique médicale et dans le plan d'action du plan d'organisation de la physique médicale (cf. demande II.4).

### **Suivi des patients à risque**

Les procédures relatives respectivement à la prise en charge des patients à risque (Pro VIG Radio 006, version 1 de septembre 2023) et à la prise en charge d'un patient lors d'un dépassement de dose (Pro VIG Radio 005, version 1 de septembre 2023) ont été consultées. Il apparaît que celle relative à la prise en charge des patients à risque ne précise pas si elle s'applique uniquement au scanner ou si son champ couvre également les pratiques interventionnelles radioguidées réalisées au sein des blocs opératoires. Par ailleurs, la procédure relative au dépassement de dose apporte des indications sur les protocoles nécessitant des reprises et, par conséquent, des expositions itératives d'un même patient. Il est apparu que ces informations seraient adaptées pour compléter la procédure relative à la prise en charge des patients à risque, en particulier pour les pratiques interventionnelles radioguidées.

Observation III.4 : Il conviendra de compléter la démarche relative au suivi des patients à risque, en tenant compte des remarques ci-dessus.

### **Compte-rendu opératoire**

Sur la base des audits de compte-rendu d'acte opératoire réalisés en 2021 et 2023, les inspecteurs ont relevé que :

- les informations dosimétriques attendues (PDS, temps de scopie, appareil émettant des rayonnements ionisants utilisé) figurent dans les comptes-rendus opératoires pour les actes de cardiologie (coronaire et rythmologique) ;
- pour les autres spécialités, les taux de conformité sont de 80 % pour le vasculaire et de 0 % pour les autres spécialités (urologie, orthopédie, chirurgie digestive), sans évolution depuis 2021.

L'établissement a précisé que plusieurs leviers d'action étaient en réflexion pour améliorer le taux de conformité des comptes rendus opératoires pour les spécialités le nécessitant.

Observation III.5 : Il conviendra de finaliser les réflexions, notamment le projet de faire intervenir des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) au bloc opératoire et la sensibilisation des professionnels, et de conduire les actions retenues *in fine* pour améliorer significativement le taux de conformité des comptes rendus opératoires.

## Coordination des moyens de prévention

Les inspecteurs ont consulté des plans de prévention par sondage. Le taux de signature des plans de prévention est d'environ 50 %. De plus, il est apparu que d'autres entreprises extérieures que celles identifiées par la clinique sont susceptibles d'intervenir aux blocs opératoires lors de l'utilisation d'appareils électriques émettant des rayonnements ionisants, en particulier des laboratoires. Cette incertitude reste à lever, en lien avec le cadre de bloc.

Par ailleurs, plus de 60 entreprises extérieures ont été identifiées par la clinique (chirurgiens, radiologues, organismes réalisant les vérifications au titre du code du travail et les contrôles qualité, etc.). La clinique ne disposait pas d'outil de suivi simple, par exemple de type tableur, pour connaître le taux de plans de prévention en cours de validité.

Observation III.6 : Il convient de consolider la liste des entreprises extérieures susceptibles d'intervenir aux blocs opératoires lors de l'utilisation d'appareils électriques émettant des rayonnements ionisants et de mettre en place un outil pour le suivi des plans de prévention.

Les plans de prévention mentionnent l'obligation de formation des praticiens libéraux à la radioprotection des travailleurs et des patients. Toutefois, les circuits pour le recueil de ces informations en temps voulu et avant le premier accès des professionnels concernés aux salles de bloc n'ont pas encore été instaurés. Au cours de l'inspection, des premières réflexions de la clinique ont pu émerger, en particulier sur l'articulation entre l'élaboration des plans de prévention et la signature du contrat entre le praticien libéral et l'établissement.

Observation III.7 : Il convient d'aboutir sur les premières réflexions engagées sur les modalités de recueil des attestations de formation des praticiens, l'établissement étant responsable de la coordination des moyens de prévention au titre du code du travail et responsable de la prise en charge des patients.

## Vérifications

Le conseiller en radioprotection vérifie le bon fonctionnement des dispositifs d'arrêts d'urgence de chacune des salles des blocs opératoires lors des vérifications périodiques. Toutefois, les rapports de vérification périodique consultés par sondage ne précisaient pas si la vérification portait sur la présence des dispositifs d'arrêt d'urgence ou sur leur bon fonctionnement.

Observation III.8 : Il conviendra de formaliser la vérification réellement effectuée pour les dispositifs d'arrêt d'urgence et de mettre le programme des vérifications en cohérence.

\*

\* \*

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](http://www.asn.fr)).

Je vous prie d'agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

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

Signé par

**Jean FÉRIÈS**

#### **Modalités d'envoi à l'ASN**

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).