

**Référence courrier :**  
CODEP-LIL-2024-070100

Monsieur le Directeur du Centre  
Nucléaire de Production d'Électricité  
B.P. 149  
**59820 GRAVELINES**

Lille, le 18 décembre 2024

**Objet :** Contrôle des installations nucléaires de base  
CNPE de Gravelines – INB n° 96, 97, 122  
Maîtrise des rejets / application de la norme 17025 par les laboratoires effluents

**N° dossier :** Inspection n° **INSSN-LIL-2024-0350**

**Références :**

- [1] Arrêté du 7 février 2012 fixant les règles générales relatives aux installations nucléaires de base
- [2] Décision n° 2013-DC-0360 du 16 juillet 2013 de l'Autorité de sûreté nucléaire relative à la maîtrise des nuisances et de l'impact sur la santé et l'environnement des installations nucléaires de base, modifiée par la décision n° 2016-DC-0569 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 29 septembre 2016
- [3] Décision n° 2018-DC-0647 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 16 octobre 2018 fixant les prescriptions relatives aux modalités de prélèvement et de consommation d'eau, de rejet d'effluents et de surveillance de l'environnement des installations nucléaires de base n° 96, n° 97 et n° 122 exploitées par Électricité de France (EDF) dans la commune de Gravelines
- [4] Décision n° 2018-DC-0646 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 16 octobre 2018 fixant les valeurs limites de rejet dans l'environnement des effluents des installations nucléaires de base n° 96, n° 97 et n° 122 exploitées par Électricité de France (EDF) dans la commune de Gravelines
- [5] Norme NF EN ISO/CEI 17025 - Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnage et d'essais (version 2017)

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre du contrôle du respect des règles générales de l'arrêté en référence [1], de la maîtrise des nuisances et de l'impact sur la santé et l'environnement de la décision en référence [2], complétées des prescriptions des décisions en références [3] et [4], une inspection a eu lieu le 27 novembre 2024 au centre nucléaire de production d'électricité (CNPE) de Gravelines sur le thème "Laboratoire de contrôle des effluents".

J'ai l'honneur de vous communiquer, ci-dessous, la synthèse de l'inspection ainsi que les principales demandes et observations qui résultent des constatations faites, à cette occasion, par les inspecteurs.

## SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection avait principalement pour objet le contrôle par sondage des dispositions organisationnelles et techniques mises en œuvre sur le CNPE de Gravelines pour que son laboratoire de contrôle des effluents soit conforme aux prescriptions réglementaires et à la norme NF EN ISO/CEI 17025 "Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais" (ou à des dispositions dont l'exploitant démontre l'équivalence). Cette exigence est appelée par l'article 3.1.2 de la décision en référence [2].

Au vu de cet examen, les inspecteurs considèrent que les dispositions mises en œuvre par l'exploitant permettent de respecter une majorité des exigences de la norme vues lors de l'inspection.

Néanmoins, ponctuellement et pour certaines exigences, le CNPE est perfectible ou n'est pas entièrement conforme à la norme [5] ou à l'équivalence de celle-ci. Il s'agit notamment de la maîtrise des documents (conservation d'enregistrement absente, veille normative et impacts écartés), ou encore des exigences en lien avec l'identification et l'affichage in situ, parfois absent ou hétérogène, des équipements du laboratoire (traçabilité métrologique, matériels hors service, inventaires...).

La visite des installations a permis aux inspecteurs de constater la propreté satisfaisante du laboratoire, mais l'ASN attire l'attention du CNPE de Gravelines sur le risque d'encombrement d'échantillons dans les armoires réfrigérées au sein du laboratoire « Effluents ». A terme, en cas de manque d'anticipation, cela peut remettre en cause la fiabilité des analyses en raison des risques potentiels de contamination croisée ou de défauts de conservations des échantillons.

Les inspecteurs sont revenus sur le sujet, communiqué à l'ASN en préalable à l'inspection, de pertes d'échantillons d'effluents lors du transport pour analyses par des laboratoires extérieurs au CNPE. Il convient au laboratoire de retrouver la maîtrise de l'intégrité de ces échantillons et de mettre en œuvre des actions pérennes afin de prévenir le risque de pertes.

D'autres demandes sont en lien avec des exigences réglementaires et leurs déclinaisons dans votre organisation (critère d'indépendance d'un organisme tiers pour une campagne d'inter-comparaison de mesures et analyses nécessaires aux contrôles des rejets d'effluents radioactifs, modalités de contrôles analytiques inadéquates pour la santé et la radioprotection). Enfin, quelques observations ont été émises par les inspecteurs, à prendre en considération, en particulier celle concernant votre suivi des écarts au sens large et des délais de traitement.

## **I. DEMANDES A TRAITER PRIORITAIREMENT**

Sans objet.

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **Campagne d'inter-comparaison pour les mesures et analyses nécessaires aux contrôles des rejets d'effluents radioactifs**

Le paragraphe IV de l'article 4.2.4 de l'arrêté en référence [1] impose qu'« *Au moins une fois par an, l'exploitant participe à une campagne d'intercomparaison avec un organisme tiers mentionné à l'article 9.2 portant sur tout ou partie des mesures et analyses nécessaires aux contrôles des rejets d'effluents radioactifs.* ».

Cet organisme tiers choisi par l'exploitant et mentionné à l'article 9.2 du même arrêté [1] doit offrir des « *garanties suffisantes de qualité et d'indépendance. L'Autorité de sûreté nucléaire peut fixer le niveau de qualité et d'indépendance requis* ».

Les inspecteurs, sur la base du tableau des résultats obtenus aux essais inter laboratoires (EIL) (ou campagne d'inter-comparaison) concernant les cinq dernières années de participation (pour le laboratoire effluents), ont constaté que l'un de ces essais avait été mené par l'organisme « EIL DI Effluents » de 2020 et qu'il portait sur le paramètre des gaz rares radioactifs. Les inspecteurs s'interrogent sur le niveau de garantie d'indépendance apporté par la DI (direction industrielle et aujourd'hui direction technique) qui fait partie du groupe EDF. Cette entité ne semble pas être un organisme tiers au sens l'article 4.2.4 susmentionné ; en effet, la DI élabore des procédures (prélèvements, mesures, validation de méthodes, veille documentaire...) pour le laboratoire « Effluents » du CNPE de Gravelines. Par ailleurs, les inspecteurs constatent que le paramètre des gaz rares radioactifs n'a fait l'objet que d'une campagne d'inter-comparaison sur les 5 dernières années, ce qui semble insuffisant pour respecter l'exigence réglementaire précitée (article 4.2.4 de l'arrêté [1]).

#### **Demande II.1**

**Justifier l'indépendance de la DI pour cette campagne d'inter-comparaison. Dans le cas contraire, mettre en œuvre des actions permettant, d'une part, d'analyser le risque de défaut d'indépendance pour la sélection d'un organisme tiers au sens de l'arrêté en référence [1] et d'autre part, d'intégrer ce paramètre (gaz rares radioactifs), avec une périodicité définie, dans une campagne d'inter-comparaison conformément à l'article 4.2.4 de l'arrêté en référence [1].**

#### **Maîtrise des documents et exigences du 8.3.1 de la norme NF-EN-ISO-CEI 17025 version 2017 (référence [5])**

Le laboratoire « Effluents » du CNPE de Gravelines dispose de la procédure de référence D5130DTPCEDOC0004 indice 20 et intitulée *Maitrise documents et enregistrements*. Dans ce document, il est demandé qu'un contrôle documentaire soit effectué a minima une fois par semestre

afin de vérifier que la documentation utilisée est toujours valide et au bon indice. Il s'agit d'un contrôle exhaustif à partir d'une liste de documents applicables au laboratoire, complété d'une vérification en concordance avec les documents papier présents dans chaque laboratoire. Ce contrôle est enregistré dans le formulaire de référence FORM-PCE-ENV-0061.

Les inspecteurs ont souhaité vérifier l'application de ces contrôles et les enregistrements associés à travers ce formulaire. Les enregistrements ont été vus pour les premiers semestres 2023 et 2024. La traçabilité de ce contrôle pour le second semestre 2023 n'a pas été retrouvée par vos intervenants lors de l'inspection.

## **Demande II.2**

**Transmettre le formulaire FORM-PCE-ENV-0061 renseigné du contrôle du second semestre 2023. En cas d'absence avérée de ce contrôle, traiter cette non-conformité conformément aux exigences du 8.7 de la norme en référence [5].**

En matière de veille normative, c'est la DI (direction industrielle) d'EDF qui assure la mise à jour des normes applicables pour le laboratoire « Effluents ». En cas d'évolution de normes, la DI établit en parallèle une analyse d'impacts sur les activités du laboratoire. Les responsables qualité du laboratoire « Effluents » sont amenés à intégrer les éventuels impacts dans l'organisation du laboratoire (sur les équipements, les gestes d'analyses, les prélèvements...).

A partir du document de référence D2000PNL00030 (*mesure de l'activité beta du tritium – procédure d'étalonnage et de suivi des analyseurs à scintillation liquide dédiés à la surveillance de l'environnement et au contrôle des effluents*), les inspecteurs ont relevé dans la partie « références normatives » que certains documents énumérés ne correspondaient pas aux documents normalement applicables. Pour exemple, dans cette procédure, la norme *NF ISO 19361 – Mesurage de la radioactivité – Détermination de l'activité des radionucléides émetteurs bêta – Méthode d'essai par comptage des scintillations en milieu liquide*, est celle de novembre 2017 alors que la liste des documents applicables indique la même norme à date de février 2020. Les inspecteurs ont demandé à vos intervenants de retrouver l'analyse d'impacts de la DI prenant en compte cette évolution. Cela n'a pas été retrouvé dans le temps imparti de l'inspection. Dans cet exemple, on ne peut exclure le risque d'appliquer une procédure bâtie en partie sur une norme ayant évolué et ayant un impact sur l'activité concernée.

Les inspecteurs ont également demandé si l'organisation du laboratoire intégrait une vérification en chemin inverse, cette fois-ci en partant des références précisées dans les procédures appliquées par le laboratoire vers la liste des documents applicables mise à jour régulièrement. Ainsi en cas d'incohérences détectées, celles-ci seraient confrontées aux analyses d'impacts de la DI pour s'assurer de la bonne application du référentiel exigé (normes, textes réglementaires...). Ce type de vérification n'est pas prévu dans votre organisation.

Pour rappel, la maîtrise des documents (internes et externes) liés au respect des exigences du 8.3 de la norme en référence [5] incombe au laboratoire « Effluents ». A ce jour, ce n'est pas le laboratoire seul qui a la possibilité de les faire évoluer.

### **Demande II.3**

**Transmettre l'analyse d'impacts de la DI confirmant l'absence de conséquence pour l'exemple cité précédemment. En cas d'absence d'analyse avérée, mettre en œuvre des actions pour éliminer la ou les causes de cet écart afin que cela ne se reproduise pas, conformément au 8.7 de la norme en référence [5].**

### **Identification des équipements du laboratoire**

La norme en référence [5] précise dans son paragraphe 6.4.13 que : « *Des **enregistrements** doivent être conservés pour les équipements pouvant avoir une influence sur les activités de laboratoire. Les enregistrements doivent inclure ce qui suit, si applicable :*

- a) l'identité de l'équipement, y compris la **version logicielle et la version « firmware »** ;*
- b) le nom du fabricant, l'identification de type et le numéro de série ou autre identification unique ;*
- c) des preuves des vérifications de la conformité de l'équipement aux exigences spécifiées ;*
- d) l'indication de son emplacement actuel ;*
- e) les dates des étalonnages, les résultats des étalonnages, ajustages, critères d'acceptation et la date prévue du prochain étalonnage ou l'intervalle d'étalonnage ;*
- f) la documentation des matériaux de référence, les résultats, les critères d'acceptation, les dates et la période de validité correspondantes ;*
- g) le plan de maintenance et les informations à jour sur l'entretien effectué, si pertinents pour la performance de l'équipement ;*
- h) des informations détaillées sur tous les éventuels dommages, dysfonctionnements, modifications ou réparations apportées à l'équipement.*

Les inspecteurs ont souhaité examiner les exigences d'identification prévues pour les différents équipements utilisés dans le laboratoire. Il s'avère que pour les appareils de mesures radiochimiques, les fiches de suivi de vérification des versions logiciel et firmware étaient incomplets ou non mises à jour. Les fiches concernant les appareils d'analyses chimiques ne sont, quant à elles, pas établies.

### **Demande II.4**

**Mettre en œuvre des actions correctives afin de respecter les exigences du 6.4.13 de la norme en référence [5] et d'éliminer la ou les causes des écarts constatés, afin qu'ils ne se reproduisent pas, conformément au 8.7 de cette même norme.**

Dans le laboratoire, sous sorbonne, des plaques chauffantes sont utilisées dans la chaîne analytique de mesures radiologiques. Pour ces plaques chauffantes, une cartographie annuelle est réalisée pour s'assurer d'une homogénéité de température pour une consigne donnée. Pour cela, des coupelles vides sont nécessaires et sont réparties sur plusieurs points de la plaque chauffante. Or les inspecteurs ont relevé que sur une des deux plaques, seule une partie de celle-ci était cartographiée (6 points sur 10), vos intervenants arguant que cette partie utilisée était suffisante pour s'assurer de la maîtrise de la température des échantillons. Les inspecteurs s'interrogent sur cette pratique qui

ne permettrait pas de prévenir et détecter une détérioration de la plaque si elle survenait sur la partie non contrôlée.

Ensuite, de manière globale, la plupart des appareils et produits présents dans le laboratoire sont bien identifiés (numéro de série, marque, date de d'étalonnage...). Ponctuellement, les inspecteurs ont toutefois constaté des différences de traçabilité sur quelques étiquettes de vérification, entre les plaques chauffantes citées précédemment par exemple, pour lesquelles il peut y avoir une confusion entre la date d'étalonnage ou de vérification métrologique d'un côté, et la date du prochain contrôle d'étalonnage de l'autre. Ailleurs dans le laboratoire, des micropipettes ne portaient pas d'étiquettes d'identification et de traçabilité métrologique (date de vérification).

Enfin, les inspecteurs ont relevé également un affichage perfectible à certains endroits du laboratoire. Il s'agit par exemple d'affichage sur une enceinte frigorifique (entreposage temporaire d'échantillons déjà analysés ou nature d'échantillons différentes) pour lequel l'inventaire ne correspondait pas à ce qui était présent à l'intérieur. Par ailleurs, dans le laboratoire, les inspecteurs ont noté qu'un tiroir contenait du matériel divers en vrac sans inventaire apposé dessus, ou encore qu'un autre frigo ne comportait pas d'affichage « hors service », alors qu'il était indiqué comme tel dans le plan de localisation des équipements du laboratoire. Enfin, des sorbonnes présentaient des affiches « hors service » avec une indication de se référer à une analyse de risque (ADR) pour pouvoir les utiliser. Après vérification par vos intervenants, seule une sorbonne était réellement hors service et l'ADR mentionnée n'a pas pu être présentée, soit en salle soit in situ dans le laboratoire.

Le point 6.4.9 de la norme [5] précise : « *Un équipement qui a été l'objet d'une surcharge ou d'une mauvaise manutention, qui donne des résultats douteux ou qui s'est révélé défectueux ou hors du cadre des exigences spécifiées, doit être mis hors service. Il doit être isolé afin d'empêcher son utilisation ou être clairement étiqueté ou marqué comme étant hors service jusqu'à ce que son aptitude à fonctionner correctement ait pu être vérifiée* ».

Par conséquent, un travail d'harmonisation est donc nécessaire en plus d'une mise en œuvre des exigences des paragraphes 6.4.9 et 6.14.13 de la norme [5] pour ces constats.

#### **Demande II.5**

- a) **Mettre en œuvre des actions correctives conformément au 8.7 de la norme [5] afin de respecter les exigences du 6.4.13 et du 6.4.9 de cette même norme.**
- b) **S'assurer de l'exhaustivité de l'identification de tous les matériels présents au sein du laboratoire.**
- c) **Transmettre l'analyse de risques susmentionnée, nécessaire à l'utilisation de la sorbonne défaillante.**

## **Armoires réfrigérées de conservation des échantillons et risque d'encombrement du laboratoire** **« Effluents »**

La norme en référence [5] précise : « 8.5.1 Le laboratoire doit tenir compte des risques et des opportunités liés aux activités de laboratoire afin de :

a) donner l'assurance que le système de management atteint les résultats escomptés ; b) accroître les opportunités permettant de réaliser la mission et d'atteindre les objectifs du laboratoire ; c) prévenir ou réduire les effets indésirables et les défaillances potentielles des activités de laboratoire ; et d) s'améliorer.

8.5.2 Le laboratoire doit planifier :

a) les actions à mettre en œuvre face aux risques et opportunités ;

b) comment :

— intégrer et mettre en œuvre ces actions au sein du système de management ;

— évaluer l'efficacité de ces actions.

8.5.3 Les actions mises en œuvre face aux risques et opportunités doivent être proportionnées à l'impact potentiel sur la validité des résultats du laboratoire. »

Lors de l'inspection renforcée environnement de 2023, les inspecteurs de l'ASN avaient constaté, lors de la visite du laboratoire « effluents », que certaines armoires réfrigérées étaient hors service (HS). Dans le cadre de l'inspection de cette année, ces armoires HS sont toujours présentes au sein du laboratoire même si d'autres armoires ont été installées pour les remplacer fonctionnellement. Toutefois, ces dernières sont de dimensions plus petites et sont déjà très chargées d'échantillons. Dans ces armoires, certains échantillons sont de typologies différentes et sont conservés dans les mauvaises armoires ce qui tend à démontrer que l'espace de stockage d'échantillons est insuffisant. De plus, vos intervenants ont indiqué que le déménagement des armoires HS n'était pas techniquement aisé compte tenu de la configuration du laboratoire, en particulier avec des accès restreints (portes trop petites) ou de possibles ruptures de cloisons à prévoir.

Dans le temps imparti de l'inspection, il n'a pas été possible pour les inspecteurs de vérifier si ce risque d'encombrement était pris en compte dans votre organisation.

### **Demande II.6**

**Préciser si le laboratoire a identifié ce risque d'encombrement d'échantillons à entreposer et transmettre l'analyse de risque associée. Dans le cas contraire, mettre en œuvre des actions permettant d'appliquer, face à ce risque, les dispositions des points 8.5.1 à 8.5.3 de la norme en référence [5].**

### **Transport des échantillons**

Quelques semaines avant l'inspection, vos services ont communiqué à la division de Lille de l'ASN une problématique rencontrée par le CNPE de Gravelines concernant le transport d'échantillons d'effluents (KER<sup>1</sup>, SEK<sup>2</sup>) vers des laboratoires extérieurs.

---

<sup>1</sup> KER : Rejets des effluents îlot nucléaire

<sup>2</sup> SEK : Rejets des effluents contaminables du circuit secondaire

Ce sujet a été abordé en inspection pour que les inspecteurs puissent avoir plus de détails sur la compréhension du problème et les démarches entreprises par le CNPE pour y remédier. Des flacons auraient disparu à la réception des colis. Les flacons sont confiés à des transporteurs externes, voyagent dans des glacières non cadenassées et transitent par plusieurs plates-formes en France.

Le CNPE de Gravelines a d'ores et déjà mis en place des actions en lien avec le transporteur (renforcement des colis, surveillance complémentaire, enquête) et a indiqué que ces disparitions n'ont pas empêché le respect des analyses prescrites réglementairement avec l'envoi d'échantillons en doublons.

La norme en référence précise dans son point 7.4.1 que « *Le laboratoire doit avoir une procédure pour le transport, la réception, la manutention, **la protection**, le stockage, la conservation et l'élimination ou le retour d'objets d'essai ou d'étalonnage, y compris toute disposition nécessaire pour **protéger l'intégrité** de l'objet d'essai ou d'étalonnage, ainsi que les intérêts du laboratoire et du client. **Des précautions** doivent être prises pour éviter la détérioration, la contamination, **la perte** ou l'endommagement de l'objet lors de la manutention, du transport, du stockage/de la mise en attente et de la préparation, à des fins d'essais ou d'étalonnage. Les instructions de manutention données avec l'objet doivent être suivies* ».

A ce titre, le laboratoire « Effluents » doit mettre en place des dispositions robustes pour protéger les échantillons face à des vols ou détériorations. Du point de vue des inspecteurs, les glacières utilisées actuellement ne semblent pas adéquates face à ces risques.

### **Demande II.7**

**Mettre en œuvre des actions correctives conformément au 8.7 de la norme en référence [5] afin de respecter les exigences du 7.4.1 de cette même norme.**

L'article 2.6.4 de l'arrêté en référence [1] demande que : « I. — *L'exploitant déclare chaque événement significatif à l'Autorité de sûreté nucléaire dans les meilleurs délais. La déclaration comporte notamment :*

- *la caractérisation de l'événement significatif ;*
- *la description de l'événement et sa chronologie ;*
- *ses conséquences réelles et potentielles vis-à-vis de la protection des intérêts mentionnés à l'article L. 593- 1 du code de l'environnement ;*
- *les mesures déjà prises ou envisagées pour traiter l'événement de manière provisoire ou définitive. »*

Un événement significatif est un écart présentant une importance particulière selon des critères précisés par l'Autorité de sûreté nucléaire (arrêté en référence [1]). Or, les inspecteurs considèrent que cette problématique de transport d'échantillon relèverait potentiellement d'un événement significatif dans le domaine environnement. En effet, le CNPE fait face à des effluents qui ont disparu, alors qu'ils présentent des risques radioactifs ou chimiques.

### **Demande II.8**

**Transmettre votre position sur l'aspect déclaratif de cet événement au regard de l'arrêté en référence [1]. Intégrer dans l'analyse éventuelle de cet écart le cas des flacons disparus en lien avec la surveillance environnementale.**



## **Prescriptions réglementaires et rejets liquides**

Dans la section 3 de la décision en référence [4], il est prescrit au CNPE de Gravelines : « **[EDF- GRA-58]** Les rejets d'effluents liquides ne doivent dégager aucune odeur, ni au moment de leur production, ni après cinq jours d'incubation à 20 °C. ».

Afin de respecter cette prescription, le laboratoire « Effluents » a mis en place des contrôles visuels et olfactifs d'échantillons d'effluents (KER, SEK, SEO<sup>3</sup>) à chaque prélèvement, le jour de celui-ci et 5 jours après incubation à 20°C.

Le contrôle tel que réalisé paraît inapproprié du point de vue de la radioprotection et de la santé des travailleurs car celui est fait en respirant le prélèvement, quotidiennement, y compris sur les effluents radioactifs, de façon systématique. L'ensemble de ces contrôles est tracé dans un registre papier au sein du laboratoire.

Il est à noter que la décision [4] n'impose pas de modalités de contrôles et qu'il n'est pas demandé de procéder à des contrôles systématiques comme c'est le cas actuellement au sein du laboratoire « Effluents ». Ce dernier doit ainsi trouver une alternative à ces pratiques.

## **Demande II.9**

**Mettre en œuvre des moyens appropriés pour respecter la prescription [EDF- GRA-58] de la décision en référence [4], tout en prévenant tout risque vis-à-vis de la radioprotection et de la santé des laborantins.**

## **Autres constatations**

Lors de leur passage dans le laboratoire, les inspecteurs ont constaté les éléments suivants :

- Dans le laboratoire dit « SEO », la fiche locale d'utilisation (FLU) de l'acide sulfurique qui est un document qui permet de retranscrire les préconisations de la Fiche de Données de Sécurité (FDS) de ce produit indique l'usage de gants spécifiques pour sa manipulation. Or, le laboratoire ne disposait que de gants nitrile, nature de gants dont l'usage est explicitement exclu par la FLU.
- Dans un couloir situé dans une partie du laboratoire non concerné par les activités de mesures, les inspecteurs se sont interrogés sur la présence d'une armoire contenant des flexibles servant potentiellement à des prélèvements dans les systèmes TEG<sup>4</sup> et KER. Aucune indication in situ ne permettait de savoir si les risques de contamination et d'irradiation étaient pris en compte.

---

<sup>3</sup> SEO : Egouts - eau perdues

<sup>4</sup> TEG : Traitement des Effluents Gazeux

### **Demande II.10**

- a) **Mettre en œuvre des actions correctives vis-à-vis de ces constats, conformément au 8.7 de la norme en référence [5].**
- b) **Apporter des précisions sur la fonction de l'armoire à flexibles susmentionnée et les dispositions prises face aux risques de contamination et d'irradiation.**

### **III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPOSE A L'ASN**

#### **Procédure de nettoyage du laboratoire**

Après leur passage dans le laboratoire, les inspecteurs considèrent que le niveau de propreté est convenable. Suite au constat contraire fait à l'issue de l'inspection sur le même thème en 2017 (référence INSSN-LIL-2017-0250), les actions mises en place par le CNPE de Gravelines pour maintenir le laboratoire dans un état de propreté satisfaisant montrent leur efficacité. Toutefois, vos services avaient répondu en 2017 qu'une procédure de nettoyage était prévue et qu'elle serait intégrée dans votre référentiel documentaire.

#### **Observation III.1**

Cette procédure n'était pas présente au sein du laboratoire. Il convient de la mettre en place (affichage) et de l'intégrer dans votre référentiel.

#### **Travaux non conformes / écarts / amélioration continue**

Les inspecteurs ont consulté le fichier de suivi des actions en lien avec les travaux non conformes, la gestion des écarts et les pistes d'amélioration continue (recommandations après audit par exemple). Ce fichier est bien tenu et suivi par le laboratoire ; toutefois, plusieurs actions en nombre important ont fait l'objet de reports d'échéances.

#### **Observation III.2**

Il convient au laboratoire de s'interroger sur les échéances fixées initialement, afin d'éviter ces nombreux reports. Une analyse plus approfondie (identification plus fine des ressources matérielles, humaines, des exigences réglementaires...) dès le départ est probablement nécessaire.

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.

Le Chef du Pôle REP,

*Signé par*

Bruno SARDINHA