

**Division de Caen**  
**Référence courrier : CODEP-CAE-2025-079474**

**Monsieur le Directeur**  
**du CNPE de Penly**  
BP854  
76370 NEUVILLE-LES-DIEPPE

A Caen, le 23 décembre 2025

**Objet :** Contrôle des installations nucléaires de base – Centrale nucléaire de Penly – INB 136 et 140  
Lettre de suite de l'inspection des 6 et 7 novembre 2025 sur le thème de l'agrément du laboratoire de surveillance de l'environnement

**N° dossier** (à rappeler dans toute correspondance) : Inspection n° INSNP-CAE-2025-0170

**Références :** [1] Code de l'environnement, notamment son chapitre VI du titre IX du livre V  
[2] Code de l'environnement, notamment son chapitre VII du titre V du livre V  
[3] Décision n°2008-DC-0099 de l'ASNR du 29 avril 2008 modifiée portant organisation du réseau national de mesures de la radioactivité de l'environnement et fixant les modalités d'agrément des laboratoires  
[4] Norme NF EN ISO/IEC 17025 « Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais », version 2017

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR) en références concernant le contrôle des installations nucléaires de base, une inspection a eu lieu les 6 et 7 novembre 2025 sur le CNPE (Centre Nucléaire de Production d'Electricité) de Penly sur le thème de l'agrément du laboratoire de surveillance de l'environnement.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent.

## **SYNTHESE DE L'INSPECTION**

L'inspection 6 et 7 novembre 2025 concernait l'agrément du laboratoire de surveillance de l'environnement du CNPE de Penly. Elle consistait en une visite de contrôle de la conformité du laboratoire à la norme [4] en ce qui concerne les agréments délivrés par l'ASNR dans le cadre de la décision [3].

Les inspecteurs, accompagnés d'un expert technique, ont procédé à un examen du référentiel documentaire et à un contrôle sur pièce des éléments démontrant le respect des exigences définies. Ils ont également procédé à l'observation de prélèvements de filtres aérosols sur une station de surveillance atmosphérique et à la visite du laboratoire.

Au vu de cet examen par sondage, les inspecteurs considèrent que l'organisation définie et mise en œuvre par le laboratoire pour assurer la conformité à la norme [4] est globalement satisfaisante. En particulier :

- les installations du laboratoire sont en bon état ;
- le référentiel qualité décline correctement les principales exigences de la norme [4] ;
- les livrables permettant l'amélioration continue (audit interne, revue de direction) sont réalisés au bon niveau et à la fréquence définie ;
- l'analyse des risques apparaît étoffée et robuste ;
- la gestion des anomalies via l'outil Caméléon semble rigoureuse ;
- les compétences du personnel sont fortes ;
- les résultats des essais de comparaison inter-laboratoire sont satisfaisants ;
- les résultats d'analyses sont régulièrement versés au réseau national de mesures de la radioactivité dans l'environnement ;
- les conditions ambiantes au laboratoire sont majoritairement suivies ;
- le suivi de la tournée de prélèvements n'appelle pas d'observation quant à la maîtrise technique.

Toutefois, les inspecteurs ont relevé différentes observations et axes d'amélioration qui mériteraient d'être pris en compte pour consolider la robustesse de l'organisation mise en place. Cela concerne notamment la gestion des reports d'échéances pour les actions d'amélioration, mais aussi la confidentialité des données, avec un accès aux locaux laissé à une personne qui ne fait plus partie des effectifs du laboratoire ainsi qu'à du personnel extérieur au CNPE chargé de l'entretien des locaux. Il s'agit également du respect des conditions ambiantes, définies par le laboratoire, qui font l'objet de dépassements ou d'un paramètre qui n'est pas suivi. Enfin, la gestion des fournitures critiques par d'autres services du CNPE apparaît perfectible dans la mesure où ces services ne semblent pas avoir connaissance du caractère critique des fournitures qu'ils gèrent et des risques associés.

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

Sans objet

## **II. AUTRES DEMANDES**

### **Gestion des actions d'amélioration**

L'article 8.6.1 de la norme [4] dispose : « *Le laboratoire doit identifier et sélectionner les opportunités d'amélioration et entreprendre toutes les actions nécessaires* ».

L'article 7.10.1 de la norme [4] dispose également : « *Le laboratoire doit avoir une procédure qui doit être mise en œuvre lorsqu'un aspect quelconque de ses travaux, ou le résultat de ces travaux, n'est pas conforme à ses propres procédures ou aux exigences convenues du client (par exemple lorsque l'état de l'équipement ou les conditions ambiantes sont hors des limites spécifiées, ou que les résultats de suivi ne répondent pas aux critères spécifiés)* ».

Il ressort des échanges avec le laboratoire que toute anomalie, écart ou opportunité détecté par un agent est enregistré en tant que constat dans l'outil Caméléon. Les inspecteurs ont relevé que le laboratoire ouvre ainsi une centaine de constats par an. Ces constats concernent l'ensemble des activités du laboratoire et il n'est pas possible d'extraire uniquement les constats en lien avec la partie « environnement » du laboratoire. Ces constats font généralement l'objet d'actions curatives, correctives ou d'amélioration. Les conclusions des dernières revues de direction, confirmées par les examens des inspecteurs, identifient un nombre important de reports des échéances des actions définies, qui se traduit par un objectif interne non atteint. Cela représentait environ 30% des actions en 2023 et 2024, et s'orientait vers le même ordre de grandeur pour 2025. Ces reports peuvent avoir des origines diverses. Le laboratoire a identifié cette difficulté, mais ne parvient pas, jusqu'à présent, à améliorer cette gestion. Il conviendra d'identifier les causes exactes de ces reports et de définir les actions permettant d'y remédier durablement.

**Demande II.1 : Identifier les causes des différents reports des actions et définir les moyens permettant d'y remédier durablement.**

### **Confidentialité**

L'article 4.2.1 de la norme [4] dispose : « *Dans le cadre d'accords juridiquement exécutoires, le laboratoire doit être responsable de la gestion de toutes les informations obtenues ou générées au cours de ses activités. Le laboratoire doit indiquer au client, à l'avance, les informations qu'il a l'intention de rendre publiques. À l'exception des informations rendues publiques par le client, ou des cas convenus entre le laboratoire et le client (par exemple dans le but de répondre à des réclamations), toutes les autres informations sont considérées comme exclusives et doivent être traitées comme confidentielles* ».

L'article 4.2.4 de la norme [4] dispose également : « *Le personnel, dont tous les membres des comités, les contractants, le personnel d'organismes externes ou les personnes agissant pour le compte du laboratoire, doit préserver la confidentialité de toutes les informations obtenues ou générées au cours des activités du laboratoire, à l'exception de ce qui est exigé par la loi* ».

Le laboratoire a traduit ces exigences dans son système qualité, en s'imposant notamment les éléments suivants : « *Le Laboratoire est fermé par une serrure à badge. Une ouverture avec une clé reste possible en cas de défaillance du lecteur de badge. Son ouverture est sous la responsabilité des agents de l'Équipe Laboratoire. En cas de défaillance de la serrure, les agents ont une clé. Le MPL, le MPLd ou le Préparateur Référent donnent ou retirent les accès et les clés aux agents. Une liste des agents ayant accès (par badge ou clef) au laboratoire est disponible [...] au Laboratoire. Le personnel de ménage accède au laboratoire avec un pass en présence du personnel du Laboratoire. Les agents ayant accès au laboratoire doivent avoir signé l'engagement de confidentialité et d'impartialité* ».

Les inspecteurs ont examiné la liste des personnels ayant accès au laboratoire. Il ressort de cet examen qu'une personne ne faisant plus partie des effectifs du laboratoire possède encore un accès. Par ailleurs, le personnel de ménage n'apparaît pas dans cette liste. Les échanges ont également mis en évidence que le personnel de ménage n'était pas systématiquement accompagné de personnel du laboratoire pour y accéder, alors que les exigences internes le prévoient. Cette situation est en écart aux exigences définies par le laboratoire.

**Demande II.2 : Prendre les dispositions nécessaires au respect des exigences définies par le laboratoire en ce qui concerne la confidentialité.**

### Gestion des filtres aérosols

L'article 6.3 de la norme [4] dispose :« 6.3.1 Les installations et les conditions ambiantes doivent être adaptées aux activités de laboratoire et ne doivent pas compromettre la validité des résultats.

*NOTE Les influences susceptibles de compromettre la validité des résultats peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, la contamination biologique, la poussière, les perturbations électromagnétiques, les rayonnements, l'humidité, l'alimentation électrique, la température, ainsi que le bruit et les vibrations.*

6.3.2 Les exigences relatives aux installations et aux conditions ambiantes nécessaires à l'exécution des activités de laboratoire doivent être documentées.

6.3.3 Le laboratoire doit surveiller, maîtriser et enregistrer les conditions ambiantes conformément aux spécifications, méthodes et procédures pertinentes, ou lorsqu'elles ont une influence sur la validité des résultats ».

Les inspecteurs ont participé à une partie de la tournée de prélèvements dans l'environnement, en particulier celle relative au prélèvement d'air ambiant sur filtre aérosol au niveau de la station de prélèvement « AS3 ». Si le prélèvement en lui-même n'a pas fait l'objet de remarque de la part des inspecteurs, ils se sont toutefois interrogés sur les modalités de gestion des filtres aérosols utilisés pour le prélèvement. En effet, lorsque ces derniers sont stockés au laboratoire, leurs conditions de stockage apparaissent globalement maîtrisées. Cependant, il est apparu, lors de la tournée, que quelques filtres étaient préparés à l'avance, mis dans des pochettes en plastique puis déposés directement au niveau de la station de prélèvement. De ce fait, les filtres se retrouvent entreposés quelques jours, à l'extérieur du laboratoire, dans des conditions de température et d'humidité non maîtrisées.

Sans préjuger de l'impact que peut avoir cette organisation logistique sur la qualité des prélèvements, il ressort que l'impact potentiel de cette disposition n'a pas fait l'objet d'une analyse formelle de la part du laboratoire tel que mentionné à l'article 6.3 de la norme [4].

**Demande II.3 : Analyser l'impact potentiel, sur la validité des résultats, de l'entreposage des filtres aérosol au niveau des stations de prélèvement « AS ».**

### Gestion des fournitures critiques

L'article 6.6.1 de la norme [4] dispose « le laboratoire doit s'assurer qu'il n'utilise que des produits et services adaptés, lorsqu'ils sont fournis par des prestataires externes et ont une influence sur les activités de laboratoire, et lorsque ces produits et services sont : [...]

c) utilisés pour contribuer au fonctionnement du laboratoire. »

Les inspecteurs ont consulté la liste des fournitures critiques du laboratoire en cours de validité le jour de l'inspection : « Inventaire des fournitures critiques - indice 18 - DMT 14.02.25 - Annexe 02 fiche 1 - D5039 - GTST16L08 » ainsi que celle des fournisseurs critiques : « Inventaire des fournisseurs et prestataires critiques - indice 09 - LCN 16.06.2025 - Annexe 02 fiche 2 - D5039 - GTST16L08 ».

La liste précise que les pots barboteurs en plastique ont une durée de vie maximale de 10 ans. Or, le laboratoire n'utilise plus de pots en plastique, mais uniquement en verre. Les inspecteurs ont pu le vérifier dans les armoires du laboratoire.

La liste indique par ailleurs que les bouteilles de gaz argon-méthane font partie des fournitures critiques. Le fournisseur direct du laboratoire est le service gestionnaire du parc à gaz du site, qui est donc en charge de gérer

les stocks. Les inspecteurs ont constaté que le stock est surveillé de manière satisfaisante : les bouteilles en place le jour de l'inspection indiquaient des niveaux permettant de s'assurer que les deux appareils ne tomberaient pas à cours de gaz en même temps. Toutefois, le service du parc à gaz n'est pas informé du fait que ces bouteilles constituent une fourniture critique pour le laboratoire, et leur gestion ne prend donc pas en compte ce risque.

Enfin, les inspecteurs ont constaté qu'il subsiste une incohérence entre la liste des fournitures critiques et la liste des fournisseurs critiques : le fournisseur ST KDE, interne au site, est identifié comme critique pour l'eau déminéralisée, mais celle-ci n'est pas reportée sur la liste des fournitures critiques.

**Demande II.4 : Identifier les services internes de la centrale en charge de la gestion de fournitures critiques du laboratoire et s'assurer que ces services sont bien informés du statut de ces fournitures et des risques associés à la gestion de leurs stocks.**

**Demande II.5 : Mettre en cohérence les listes des fournitures critiques et des fournisseurs critiques, si les deux doivent être maintenues.**

Les inspecteurs ont également vérifié la gestion des fournitures critiques suivantes : eau de référence, liquide scintillant, agent quenchant, eau déminéralisée. Cette gestion est apparue satisfaisante.

### **III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE REPONSE A L'ASNR**

#### **Observation III.1 : Maîtrise de la documentation**

Le laboratoire s'impose un contrôle régulier de la documentation présente au sein des installations afin de s'assurer que le personnel utilise les bons documents, aux bons indices. Les inspecteurs ont examiné par sondage les documents présents au sein du laboratoire. Une liste des documents était également présente. Il ressort de ce contrôle une incohérence entre cette liste et les documents réellement présents dans le laboratoire. Certains documents identifiés dans la liste n'étaient pas présents dans le laboratoire et d'autres documents présents dans le laboratoire n'apparaissaient pas dans la liste. Il convient de mettre en cohérence la liste des documents devant être présents au sein du laboratoire et les documents réellement présents.

Le laboratoire s'impose un réexamen périodique de ses documents qualité afin de se questionner sur la nécessité de modification, d'annulation ou de maintien en l'état des documents. La périodicité de ce réexamen a été fixée à 5 ans. Il ressort du contrôle par sondage fait par les inspecteurs qu'un document n'avait pas été mis à jour depuis plus de 5 ans et que le CNPE n'a pas été en mesure de fournir la preuve de son réexamen.

### **Observation III.2 : Identification des risques et opportunités**

En application de l'article 8.5 de la norme [4], relatif aux risques et opportunités, le laboratoire a réalisé une analyse de risque globale pour le laboratoire. Chaque risque fait l'objet d'une évaluation de sa probabilité et de son impact sur l'activité du laboratoire. Le laboratoire identifie ensuite, en face de chaque risque, les dispositions mises en œuvre pour limiter ce risque. Si certaines probabilités peuvent faire l'objet de discussions, cette analyse apparaît étoffée et détaillée. Le laboratoire a fait le choix de découper cette analyse par type de mesures. Toutefois, au jour de l'inspection, le laboratoire a reconnu que cette analyse ne prenait pas en compte la mesure dosimétrique gamma ambiant. Les inspecteurs ont noté que cette mesure serait ajoutée à l'analyse de risque du laboratoire.

### **Observation III.3 : Habilitation et compétences du personnel**

Les inspecteurs se sont intéressés à l'habilitation et aux compétences du personnel du laboratoire. Les éléments contrôlés par sondage concernant les formations initiales, leur maintien dans le temps, le compagnonnage, la gestion des compétences des personnels intérimaires, le renouvellement des compétences pour les personnels absents plus de six mois ou les observations en situation de travail, n'ont révélé aucun écart aux dispositions définies par le laboratoire. Si les compétences du personnel apparaissent comme un point fort, les inspecteurs ont toutefois constaté que certaines missions clés reposaient sur un nombre limité de personnes au jour de l'inspection, ce qui représente une fragilité potentielle pour le laboratoire.

### **Observation III.4 : Gestion des conditions ambiantes**

Les inspecteurs ont examiné la gestion des conditions ambiantes. Les conditions ambiantes définies par le laboratoire sont suivies, à l'exception d'un paramètre concernant la fluctuation d'alimentation secteur des plaques chauffantes. Il appartient au laboratoire d'analyser la pertinence du suivi de ce paramètre et de suivre l'ensemble des conditions ambiantes définies ayant un impact sur la validité des résultats.

Il ressort également de cet examen que le paramètre lié à l'hygrométrie au sein du laboratoire fait l'objet de dépassements réguliers. Le laboratoire estime que ces dépassements n'ont pas d'impact sur la validité des résultats. Ce paramètre étant identifié comme ayant un impact potentiel sur la validité des résultats, il convient de formaliser cette analyse d'absence d'impact.

### **Observation III.5 : Intégrité des données – Gestion des données dans le logiciel SIRENE**

Après l'analyse des échantillons sur les scintillateurs liquides, un fichier de résultats est généré. Ce fichier est importé par un technicien dans le logiciel SIRENE d'EDF qui gère les données et leur cycle de vie. Ainsi, les résultats des analyses sont directement repris des analyseurs, évitant des erreurs de retranscription. Néanmoins, les inspecteurs ont constaté qu'après l'import des données, celles-ci restent immédiatement modifiables par la personne ayant réalisé l'import. Vous avez informé les inspecteurs que l'objectif est, en cas de problème d'import, par exemple si le fichier d'import est corrompu, de pouvoir remplir les données à la main dans SIRENE. Dès lors, les données ne sont pas labellisées « importées ». Cependant, si les données sont importées et en partie modifiées, elles gardent leur statut « importées ». Il n'est alors pas possible, en dehors d'une validation, de voir si les données sont bien originales. De plus, la réalisation des analyses sur les scintillateurs n'est pas liée à un utilisateur : les identifiants sur les scintillateurs sont génériques. Ces dispositions représentent une faiblesse dans l'intégrité des données.

\*  
\*      \*

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 et répondre aux demandes. 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'ASNR ([www.asnr.fr](http://www.asnr.fr)).

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

L'adjoint au Chef de Division

Signé

**Jean-François BARBOT**