



<b>Domaine 18</b>	<b>Installations électriques</b>	<b>Q18</b>
	<b>COMPTE RENDU DE VERIFICATION PERIODIQUE</b>	

<b>Organisme</b> Nous, soussignés, organisme de vérification d'installations électrique autorisé* par CNPP Cert sous le n°028/18. Nom (ou raison sociale) BUREAU VERITAS <input checked="" type="checkbox"/> 26 rue de l'eau blanche 29200 BREST	
--	---

<b>Etablissement objet de la vérification</b> Nom (ou raison sociale) UNION GROUPEMENTS D ACHATS PUBLICS <input checked="" type="checkbox"/> ME UFR MEDECINE-ODONTOLOGIE ME UFR MEDECINE-ODONTOLOGIE 22 AV C DESMOULIN 29200 BREST Nature de l'activité : Faculté de médecine Lorsqu'il y a plusieurs bâtiments, préciser la référence du (des) bâtiment(s) concerné(s) : Copie BATIMENT C Nous déclarons avoir reçu de l'exploitant ou son représentant : ► la désignation des locaux à risque d'incendie (par défaut, l'organisme se réfère au guide UTE C 15103) <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non ► le document relatif à la protection contre les explosions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Sans Objet
--

<b>Vérification des installations électriques réalisée</b> Nous déclarons avoir procédé le du 28/02/2025 au 03/03/2025 à une vérification des installations électriques conformément au chapitre 2 du référentiel APSAD D18. La vérification a consisté en : <input checked="" type="checkbox"/> une vérification complète des installations électriques de l'établissement <input type="checkbox"/> une vérification partielle des installations électriques désignées ci-dessous (lieu et motif) Une coupure totale a été autorisée par l'exploitant <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de vérification : <input type="checkbox"/> première vérification effectuée par l'organisme <input checked="" type="checkbox"/> vérification périodique annuelle Date de la précédente visite : 25/06/2020
---

<b>Conclusion</b> Nous déclarons que l'installation électrique <input checked="" type="checkbox"/> peut entraîner des risques d'incendie et d'explosion <input type="checkbox"/> ne peut pas entraîner des risques d'incendie et d'explosion
---

La vérification a été effectuée par Marc QUILLEVERE en présence de : M. QUARTANA, Electricien	A BREST le 03/03/2025 Cachet de l'organisme de vérification  Ce document a été validé par son auteur
---	--



\* Autorisation délivrée par CNPP Cert., organisme certificateur reconnu par les professionnels de la sécurité et de l'assurance  
 Route de la Chapelle Réanville. CS 22265. F 27950 Saint-Marcel. www.cnpp.com

Constatations <sup>1</sup>	Absence de danger constaté	Danger signalé pour la 1ere fois <sup>2</sup>	Danger déjà signalé
1 - Présence de trace d'échauffement anormal d'une canalisation et/ou d'un matériel électrique	X		
2 - Absence des moyens de protection des transformateurs (HT/BT, BT/HT, HT/HT).	X		
3 - Absence ou inadaptation des dispositifs de protection contre les surintensités.	X		
4 - Dysfonctionnement des dispositifs différentiels à courant résiduel.		X	
5 - Présence de poussière déposée ou de substances de nature à provoquer un danger dans les armoires	X		
6 - Inadéquation des matériels ou des canalisations électriques dans les locaux à risques d'incendie et/ou zones à risques d'explosion.	SO		
7 - Défaut de continuité du conducteur de protection dans les locaux à risques d'incendie et/ou zones à risques d'explosion.	SO		
8 - Existence de locaux à risques d'incendie et/ou zones à risque d'explosion pour lesquels l'installation ne répond à aucune des deux conditions suivantes : - présence, bonne adaptation, bon fonctionnement du ou des dispositifs assurant la signalisation ou la coupure au 1 <sup>er</sup> défaut d'isolement - protection des circuits alimentant ces locaux ou zones par dispositifs à courant différentiel résiduel de seuil égal à 300 mA	SO		

<sup>1</sup> Indiquer à l'aide d'une croix dans les colonnes de droite s'il y a ou non constat de danger.  
La mention SO signifie « sans objet ». La mention NV signifie « non vérifié » et doit être motivée : vérification partielle et/ou coupure totale non autorisée.

<sup>2</sup> Dans le cas d'une première vérification réalisée par l'organisme, les constats de danger sont mentionnés dans cette colonne.

**Événements déclarés depuis la vérification précédente**

Modifications de l'installation : Sans objet

Incidents : Aucun incidents déclarés depuis la vérification précédentes.

Dispositions pour améliorer les conditions de sécurité : Sans Objet

**Points de non-conformité ou anomalies constatés et préconisations associées**

*Rappeler le cas échéant, la date à laquelle ils ont été signalés pour la première fois*

Voir en annexe le récapitulatif des observations détaillées, extrait de notre rapport de la vérification N° 8192502.36.9

**Commentaires**

*Préciser notamment à titre informatif si un compte rendu Q19 a été délivré, la présence de procédés photovoltaïques sur le bâtiment, le schéma de liaison à la terre de l'installation électrique (BT)*

Schéma de liaison à la terre : TN

Doc. Réf. Q18 – 01/2014 – Modèle et marque Q18® déposés par le CNPP

Ce compte rendu doit être transmis dans un délai de 5 semaines à l'exploitant en 2 exemplaires, l'un destiné à son assureur, l'autre conservé par lui sur le site où la vérification a été effectuée. Ce délai peut être porté à 2 mois lorsque l'installation ne peut pas entraîner de risque d'incendie ou d'explosion.

# Liste récapitulative des observations issues de la vérification

Périmètre vérifié dans le rapport | ME UFR MEDECINE-ODONTOLOGIE

## COPIE BATIMENT C (UFR MEDECINE ODONTOLOGIE)

### INSTALLATIONS BASSE ET TRES BASSE TENSION

Faculté de médecine

↳ Bâtiment C

↳ Rez-de-chaussée haut

↳ **Salle C 002**

Point vérifié	N°	Observation(s)
---------------	----	----------------

#### Coffret C 002

Coffrets et armoires électriques	1	Remplacer le dispositif différentiel défectueux afin d'assurer la protection des personnes contre les risques d'électrocution.( FLUO 2)
----------------------------------	---	---

Code Obs. :  
MQ/280225/094952/0

Date de 1<sup>er</sup> signalement :  
03/03/2025 **NOUVEAU**

Art. Réf. :  
CDT R.4226-5-R.4226-7 NF C 15-100 Art.612.6



Faculté de médecine

↳ Bâtiment C

↳ Rez-de-chaussée haut

↳ **Salle C 009**

Point vérifié	N°	Observation(s)
---------------	----	----------------

#### Coffret C 009

Coffrets et armoires électriques	2	Remplacer le dispositif différentiel défectueux afin d'assurer la protection des personnes contre les risques d'électrocution.
----------------------------------	---	--

Code Obs. :  
MQ/280225/094952/1

Date de 1<sup>er</sup> signalement :  
03/03/2025 **NOUVEAU**

Art. Réf. :  
CDT R.4226-5-R.4226-7 NF C 15-100 Art.612.6



**Nota** : Les différentes préconisations formulées ci-dessus permettent de répondre aux exigences du(des) texte(s) de référence. Nous attirons toutefois votre attention sur le fait que ces préconisations n'intègrent pas les conditions d'exploitation. Il appartient donc au chef d'établissement d'établir la pertinence de la solution proposée vis-à-vis des contraintes d'exploitation.