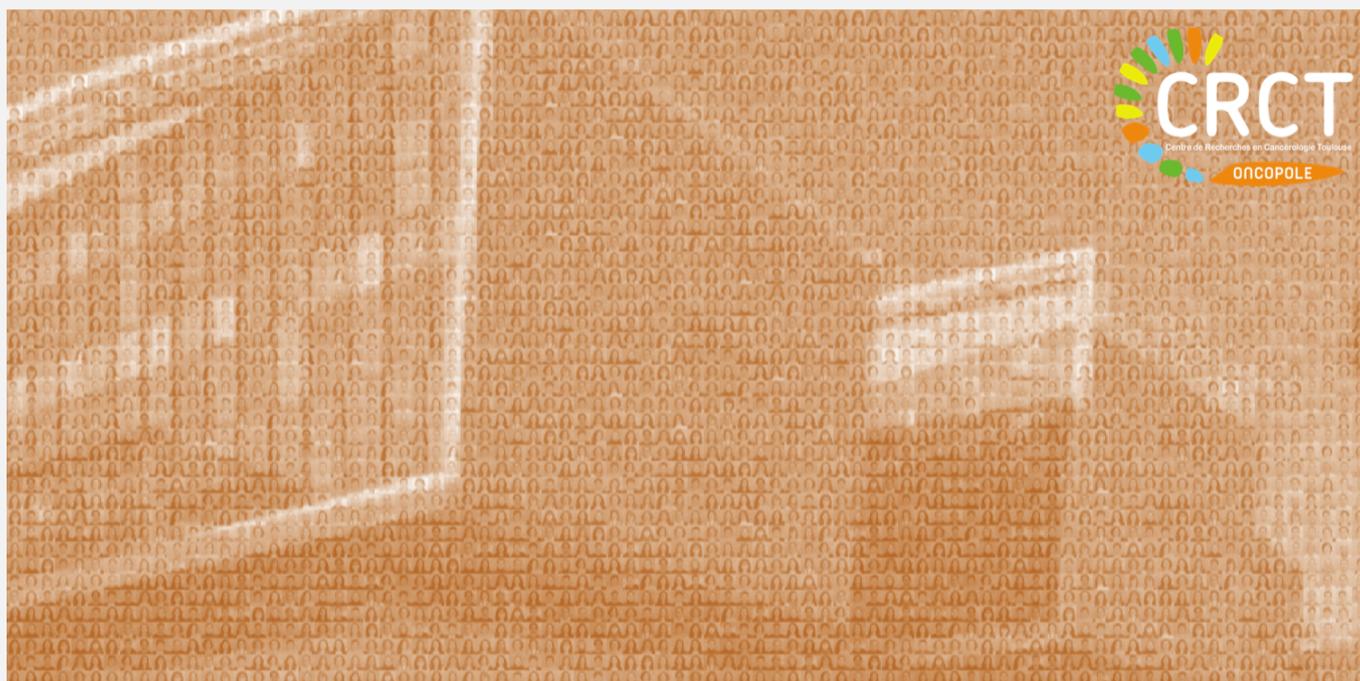


CENTRE DE RECHERCHES EN CANCEROLOGIE DE TOULOUSE

UMR 1037 Inserm / Université Toulouse III Paul Sabatier
ERL 5294 CNRS

Règlement intérieur



Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse
UMR 1037 Inserm / Université Toulouse III Paul Sabatier
ERL 5294 CNRS
2 avenue Hubert Curien
CS 53717
31037 Toulouse Cedex 1 – France

Règlement Intérieur

Voté par le Conseil de Laboratoire le 27 juin 2012¹

Sommaire

1. Préambule	3
2. Composition du CRCT	3
3. La Direction du CRCT	4
4. Le Conseil Stratégique du CRCT	6
5. Le Conseil de Pilotage du CRCT	7
6. Le Conseil Scientifique Externe (<i>Scientific Advisory Board, SAB</i>) du CRCT	8
7. Le Conseil de Laboratoire du CRCT	9
8. Les Comités affiliés	11
9. Gestion et répartition de la dotation récurrente et des contrats	12
10. Les personnels.....	13
11. Les équipes.....	16
12. Les plateaux techniques, le Pôle Technologique.....	20
13. Les services supports.....	22
14. Hygiène, sécurité, législation et organisation du travail	22
15. La formation continue des personnels.....	31
16. Visibilité du Centre, de ses tutelles et diffusion des résultats scientifiques	31
ANNEXES	34

¹ Version mise à jour et validée par le Conseil de Laboratoire du CRCT le 22/12/2017

1. Préambule

Le présent règlement intérieur détermine les modalités de fonctionnement du Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse (UMR1037), ci-après désigné « CRCT », « Centre » ou « Unité », et a pour but de définir l'organisation et les règles de gouvernance et de gestion de ce dernier.

Toute modification de ce règlement intérieur doit être proposée par le Directeur du CRCT et validée par le Conseil de Laboratoire de l'Unité.

Le Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse (UMR1037) est un laboratoire de recherche public qui occupe une partie du bâtiment de l'Inserm sis sur le site de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole. Ce bâtiment désigné héberge à ce jour les équipes de recherche publique, les plateformes regroupées en Pôle Technologique, et services supports de l'UMR1037, ainsi que les services de l'UMS006 Centre Régional d'Exploration Fonctionnelle et de Ressources Expérimentales (CREFRE).

2. Composition du CRCT

Le CRCT est composé de 19 équipes de recherche :

- Équipe 01: Pr. Maha Ayyoub - *Anti-cancer immunity and immunotherapy: overcoming resistance*
- Équipe 02: Dr. Jean-Sébastien Hoffmann – *Regulation of DNA replication and genetic instability in cancers.*
- Équipe 03: Pr. Gilles Favre – *Rho GTPases in tumor progression.*
- Équipe 04: Pr. Thierry Levade & Dr. Nathalie Andrieu – *Sphingolipids metabolism, cell death and tumor progression.*
- Équipe 05: Dr. Stefania Millevoi – *RNA-binding proteins and post-transcriptional regulation in cancer.*
- Équipe 06: Dr. Stéphane Pyronnet & Dr. Corinne Bousquet – *Protein synthesis and secretion in carcinogenesis.*
- Équipe 07: Pr. Pierre Brousset – *RNA biology in hematological cancers.*
- Équipe 08: Dr. Stéphane Manenti – *Cell cycle and cancer.*
- Équipe 09: Dr. Jean-Jacques Fournié – *Innovating strategies for lymphoma therapies.*
- Équipe 10: Dr. Pierre Cordelier – *Epigenetics and translational research in pancreatic diseases.*
- Équipe 11: Pr. Elisabeth Cohen-Jonathan Moyal & Dr. Christine Toulas – *Glioblastoma radioresistance: from signaling pathways to clinical trials.*
- Équipe 12: Dr. Marc Poirot & Dr. Sandrine Silvente-Poirot – *Cholesterol metabolism and therapeutic innovation.*
- Équipe 13: Pr. Hervé Avet-Loiseau & Dr. Ludovic Martinet – *Oncogenomics and immunology of myeloma.*
- Équipe 14: Pr. Etienne Chatelut – *Dose individualisation in anticancer drugs.*
- Équipe 15: Dr. Manuel Bardiès – *Multiresolution dosimetry for radiotherapy optimization.*

- Équipe 16: Pr. Eric Delabesse – *Alteration of transcription factors in acute leukemias.*
- Équipe 17 : Dr. Julie Guillermet-Guibert & Pr. Jean-Pierre Delord – *PI3K isoforms, signaling and cancerogenesis.*
- Équipe 18: Dr. Jean-Emmanuel Sarry – *RESIST@ML: drug resistance, stem cells and oncometabolism in Acute Myeloid Leukemia.*
- Équipe 19: Dr. Frédéric Chibon – *ONCOSARC: Oncogenesis of sarcomas*
- Équipe 20: Dr. Salvatore Valitutti – *Molecular dynamics of lymphocyte interactions*
- Equipe 21 : Dr. Vera Pancaldi – *Epigenomics and network modelling of heterogeneity in immune-oncology*

Le CRCT est une Unité Mixte de Recherche (UMR) Inserm/Université Toulouse III-Paul Sabatier. Cette UMR est identifiée comme l'UMR 1037.

Les équipes 02, 03, 08 et 09 constituent une « Equipe de Recherche Labellisée » (ERL) du CNRS². Cette ERL est identifiée comme l'ERL 5294 intitulée « Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse ».

3. La Direction du CRCT

- I. ELECTION, NOMINATION ET DUREE DU MANDAT DU DIRECTEUR.
 - i. Le Conseil de Laboratoire du CRCT élit un Directeur-candidat. Le Comité de Direction du CRCT a la charge de l'organisation des élections.
 - ii. Le Directeur-candidat est proposé aux tutelles de l'Unité pour nomination.
 - iii. Tout candidat au poste de Directeur est proposé par le Conseil Stratégique de l'Unité.
 - iv. Le Directeur doit être inscrit au profil du CRCT pendant toute la durée de son mandat. Le poste de Directeur n'est pas incompatible avec la fonction de responsable d'équipe. Le Directeur a le droit de postuler en tant que responsable d'équipe à des appels à projets.
 - v. La durée du mandat du Directeur est définie dans la limite de la durée de la convention portant création du Centre. Le mandat du Directeur est renouvelable une fois.
 - vi. En cas d'indisponibilité prolongée (au-delà de 3 mois) du Directeur ou à sa demande, le Directeur Adjoint assume la Direction du Centre jusqu'à la nomination d'un nouveau Directeur. Le Conseil Stratégique du CRCT doit alors recenser les candidatures au poste de Directeur du CRCT et mettre en place le processus électoral correspondant dans un délai de 1 mois.
- II. ROLE DU DIRECTEUR
 - i. Le Directeur du CRCT assure la direction générale du Centre, sa représentation ainsi que la présidence de ses différentes instances constitutives: Conseil de Laboratoire, Conseil de Pilotage et Conseil Stratégique.
 - ii. Le Directeur est responsable de l'organisation interne du Centre. Il est garant de la mise en place, du rôle et du fonctionnement des différentes instances de gouvernance du Centre : Conseil de Laboratoire, Conseil de Pilotage et Conseil Stratégique.
 - iii. Dans le cadre de la délégation de gestion Inserm, le Directeur peut signer au nom du Délégué régional Midi-Pyrénées Limousin de l'Inserm, pris en sa qualité d'ordonnateur

² Voir Annexe 2 : Composition de l'ERL5294

secondaire, et dans la limite des crédits disponibles de l'Unité et dans la limite du plafond de 144 000 € HT :

- les commandes de fournitures et services relevant du référentiel inter-EPST (à l'exception de ceux relatifs aux travaux) dont le montant est inférieur à 144 000 € HT,
 - les attestations de frais de réception,
 - les décisions de versement pour gratifications de stages et remboursement de frais de transport.
- iv. Le Directeur a la responsabilité des services supports du Centre.
 - v. Il est garant du respect de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de respect des conditions de travail au sein du Centre.
 - vi. Le Directeur définit les orientations et programmes scientifiques du Centre. Il est responsable de la dynamique scientifique, de la valorisation et de la communication des activités du Centre.
 - vii. Le Directeur en exercice élabore et présente le bilan d'activité du Centre au terme de son mandat quinquennal. En concertation avec le Directeur en exercice, le candidat proposé au poste de Directeur du CRCT pour le mandat quinquennal suivant élabore et présente le projet du Centre. Les bilans et projets quinquennaux du Centre sont présentés aux tutelles et instances d'évaluation dans le cadre des processus de renouvellement de mandat du Centre.
 - viii. Le Directeur décide et est responsable de l'implantation et du développement de nouvelles équipes au sein du CRCT conformément aux modalités s'y référant et définies dans le présent règlement.
 - ix. Le Directeur décide et est responsable de l'implantation et du développement de nouvelles plateformes au sein du Pôle Technologique du CRCT conformément aux modalités s'y référant et définies dans le présent règlement.
 - x. Le Directeur est décisionnaire pour les affaires du Centre. Sa direction repose sur les différentes instances de gouvernance du CRCT (Conseil de Laboratoire, Conseil Stratégique et Conseil de Pilotage) dont les prérogatives respectives sont définies dans le présent règlement.
 - xi. Le Directeur fixe le budget du Centre conformément aux procédures définies par le présent règlement et est garant de son exécution.
 - xii. Le Directeur du CRCT réunit une Assemblée Générale annuelle de tous les personnels du CRCT dans l'objectif d'établir un bilan de l'année écoulée et des perspectives de l'année à venir.

III. LE DIRECTEUR ADJOINT DU CENTRE.

- i. Le Directeur Adjoint du Centre assiste le Directeur dans l'exercice de sa mission.
- ii. Le Directeur Adjoint représente le Directeur à sa demande ou en cas de nécessité.
- iii. En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur, le Directeur adjoint, et le Directeur Administratif, possèdent délégation de signature du Directeur pour tous les actes, décisions et engagements relevant de leurs attributions et suivant leurs périmètres fonctionnels respectifs.
- iv. En cas d'indisponibilité prolongée (au-delà de 3 mois) du Directeur ou à sa demande, le Directeur Adjoint assume les fonctions de direction et les responsabilités

administratives du Centre jusqu'à la nomination d'un nouveau Directeur selon la procédure définie par le présent règlement.

- v. Le Directeur Adjoint doit être inscrit au profil d'une des structures scientifiques du CRCT pendant toute la durée de son mandat. Le poste de Directeur Adjoint n'est pas incompatible avec la fonction de responsable d'équipe.
 - vi. La durée du mandat du Directeur Adjoint est définie dans la limite de la durée de la convention portant création du Centre. Son mandat est renouvelable une fois.
 - vii. Le Directeur Adjoint du Centre est élu selon les mêmes modalités que le Directeur.
- IV. LE DIRECTEUR ADMINISTRATIF DU CRCT.
- i. Le Directeur Administratif agit par délégation du Directeur et le représente si besoin pour les décisions d'organisation, d'administration et de gestion du Centre.
 - ii. Il assiste le Directeur et coordonne la gestion administrative et financière du Centre. Il assure la liaison avec les organismes de tutelle du Centre. Il assure la responsabilité et la supervision des services supports du CRCT. Il veille au respect des réglementations applicables au Centre et met en place les modalités de leur application.
 - iii. En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur, le Directeur administratif, et le Directeur adjoint, possèdent délégation de signature du Directeur pour tous les actes, décisions et engagements relevant de leurs attributions et suivant leurs périmètres fonctionnels respectifs.
 - iv. Le Directeur Administratif prépare le budget annuel du Centre et en rend compte, sous la responsabilité du Directeur, en fin d'exercice auprès du Conseil de Laboratoire.
 - v. Le Directeur Administratif est prévenu de toutes les demandes de financement et de toutes les ressources externes obtenues par les équipes, quel que soit l'organisme gestionnaire de ces ressources. Il rend compte au Directeur, au Conseil de Pilotage et au Conseil Stratégique du CRCT de ces informations.
- V. LE COMITE DE DIRECTION DU CRCT.
- i. Le Comité de Direction du CRCT est composé du Directeur, du Directeur Adjoint et du Directeur Administratif.
 - ii. Le Directeur Adjoint et le Directeur Administratif assistent le Directeur dans sa mission de direction du Centre. A cette fin et sous son autorité, Directeur Adjoint et Directeur Administratif possèdent délégation de signature de l'ordonnateur secondaire de l'Inserm, gestionnaire du CRCT et peuvent représenter le Directeur à sa demande.
 - iii. Le Comité de Direction du CRCT rédige les bilans de mandat et prépare les projets des nouveaux mandats quinquennaux. Pour cela, il s'appuie sur les rapports d'activités et projets des équipes, du Pôle Technologique et services supports ainsi que sur l'avis des instances constitutives du Centre.
 - iv. Le Comité de Direction propose au Conseil de Laboratoire la répartition des subventions d'Etat attribuées par les tutelles. Il arrête les procédures budgétaires internes de nature à garantir le respect des principes budgétaires et financiers définis par les tutelles administratives du CRCT.

4. Le Conseil Stratégique du CRCT

I. COMPOSITION DU CONSEIL STRATEGIQUE.

- i. Le Conseil Stratégique est présidé par le Directeur. Il est composé de chacun des responsables d'équipes du CRCT, du Directeur du Pôle Technologique, des animateurs des axes de recherche et programmes médico-scientifiques de l'Unité et du Directeur de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole.
 - ii. Pour les équipes co-dirigées, en cas d'absence du responsable titulaire, le co-responsable d'équipe peut participer aux réunions du Conseil Stratégique.
 - iii. En cas d'absence de l'un des membres du Conseil Stratégique, ce dernier peut se faire représenter par un membre statutaire/permanent de son équipe. Ce périmètre équipe du représentant est impératif.
 - iv. La durée du mandat des membres du Conseil Stratégique est définie dans la limite du mandat du Centre.
- II. RÔLE DU CONSEIL STRATÉGIQUE.
- i. Le Conseil Stratégique du CRCT conseille le Directeur sur toutes les questions intéressant la stratégie et l'organisation scientifique globale du Centre. Le Directeur peut consulter par vote l'avis du Conseil Stratégique
 - ii. Le Conseil Stratégique est en charge de la procédure d'appel à candidatures pour le recrutement de nouvelles équipes et de leur sélection. Il évalue l'ensemble des candidatures reçues en réponse à des appels à candidature ou suite à une candidature spontanée. Il présélectionne les candidats à auditionner par le Conseil Scientifique International de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse (CSI). Il participe mais ne vote pas au jury du CSI.
 - iii. Le Conseil Stratégique prépare toutes les questions qui sont portées à l'ordre du jour du Conseil de Laboratoire.
- III. MODALITÉS DE VOTE DU CONSEIL STRATÉGIQUE.
- i. Lorsqu'une proposition est soumise au vote du Conseil Stratégique, chacun de ses membres possède une voix. Il n'est pas défini de formalisme systématique pour le vote, le Directeur prenant avis du Conseil Stratégique avant chaque vote pour déterminer si ce dernier est souhaité secret.
 - ii. Un quorum de 50% est requis pour qu'un vote soit déclaré valide.

5. Le Conseil de Pilotage du CRCT

- I. COMPOSITION DU CONSEIL DE PILOTAGE.
- i. Le Conseil de Pilotage est présidé par le Directeur. Il est composé de chargés de missions s'étant vu chacun confier une mission sur un champ spécifique intéressant l'organisation et le développement de l'Unité :
 - Programmes scientifiques, programmes doctorants et post-doctorants
 - Recrutement équipes, projets structurants, relations institutionnelles
 - Equipes émergentes
 - Transdisciplinarité
 - Relations externes
 - Valorisation
 - Structuration du Transfert
 - Développement technologique
 - Administration et finances

- ii. Les membres du Conseil de Pilotage sont nommés par le Directeur et reçoivent une lettre de mission.
 - iii. En cas d'absence ou d'indisponibilité, les membres du Conseil de Pilotage ne peuvent pas se faire représenter.
 - iv. Sauf mention contraire dans la lettre de mission qui leur est remise par le Directeur, la durée du mandat des membres du Conseil de Pilotage est définie dans la limite du mandat du Centre.
- II. RÔLE DU CONSEIL DE PILOTAGE.
- i. Les membres du Conseil de Pilotage conseillent le Directeur spécifiquement sur les questions relevant du champ d'expertise qui leur est confié ou, à la demande du Directeur, sur toute question intéressant l'organisation et le développement de l'Unité.
 - ii. Le Conseil de Pilotage prépare toutes les questions qui sont soumises à l'ordre du jour du Conseil Stratégique et du Conseil de Laboratoire.

6. Le Conseil Scientifique Externe (*Scientific Advisory Board, SAB*) du CRCT

- I. COMPOSITION DU SAB.
- i. Le SAB est constitué de membres composant le Conseil Scientifique International de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-OncoPole (CSI IUCT-O).
 - ii. Au besoin et à la demande du Directeur, le SAB peut être élargi à des membres *ad hoc* sollicités en raison de leur expertise scientifique spécifique. Il n'est pas déterminé de ratio particulier entre membres du SAB issus du CSI IUCT-O et membres du SAB sollicités *ad hoc*.
 - iii. L'activité de chaque membre du SAB relève du consulting privé. Ils doivent signer un accord de confidentialité et indiquer tout potentiel conflit d'intérêt. A défaut de possibilités alternatives, la mission de chaque membre du SAB est prise en charge par le Centre sur ses frais généraux.
- II. RÔLE DU SAB
- i. Le SAB se réunit à la demande du Directeur et au-moins une fois par mandat. Son rôle est de donner un avis 1/ sur la stratégie scientifique du Centre, 2/ sur les activités et projets des équipes de recherche dans le cadre du renouvellement du mandat du Centre (ii), 3/ sur les candidatures d'équipes postulantes suite à appel à candidatures ou suite à candidature spontanée (iii).
 - ii. Dans le cadre du renouvellement du mandat du Centre, le rôle du SAB est :
 - d'expertiser l'activité scientifique du Centre et de ses équipes, sur production d'un rapport d'activité et sur audition du porteur du projet d'équipe. Afin d'optimiser chaque évaluation du Centre par les instances nationales de tutelle, le SAB sera préférentiellement réuni dans les 18 mois précédant cette évaluation.
 - de rédiger un rapport d'évaluation et de conseil où il formule des avis et suggestions destinés au Directeur et au Conseil Stratégique. Ce rapport est un outil de conseil interne au CRCT, il peut rester confidentiel à la demande d'au-moins 1 membre du Conseil Stratégique. Le rapport du SAB doit notamment donner une recommandation spécifique sur la poursuite de l'activité scientifique de chaque équipe au cours du mandat suivant (projet à faire évaluer pour création/renouvellement ou pas).

- iii. Dans le cadre de candidatures d'équipes suite à appel à candidatures ou suite à une candidature spontanée, le rôle du SAB, consécutivement au pré-examen effectué par le Conseil Stratégique, est :
 - d'évaluer les candidatures proposées sur la production d'un projet et d'une audition de son porteur.
 - de rédiger un rapport d'évaluation et de conseil où il formule des avis et suggestions destinés au Directeur et au Conseil Stratégique. Ce rapport doit notamment préciser s'il conseille au Directeur la création de l'équipe sur la base du projet et porteur évalués. Le processus complet d'accueil de nouvelles équipes est décrit en 11.VIII.

7. Le Conseil de Laboratoire du CRCT

I. COMPOSITION DU CONSEIL DE LABORATOIRE

- i. Le Conseil de Laboratoire est présidé par le Directeur ou, le cas échéant, par le Directeur Adjoint ou le Directeur Administratif. Il est composé de membres de droit et de membres élus.
- ii. Les membres de droit du Conseil de Laboratoire sont :
 - Le Directeur
 - Le Directeur Adjoint
 - Le Directeur Administratif
 - Le Directeur du Pôle Technologique du CRCT
 - Le Chargé de Prévention du CRCT
 - L'Ingénieur Radioprotection du CRCT
 - Le Responsable Achats/Marchés du CRCT
- iii. Les membres élus du Conseil de Laboratoire sont :
 - 1 représentant par équipe de recherche, permanent, élu en interne à l'équipe par l'ensemble des personnels hors stagiaires qui y sont rattachés.
 - 4 représentants des chercheurs et enseignants-chercheurs (dont au-moins 2 de rang B)
 - 3 représentants des ingénieurs et techniciens équipes et Pôle Technologique
 - 1 représentant des ingénieurs et techniciens des services supports
 - 1 représentant des étudiants doctorants
 - 1 représentant des chercheurs post-doctorants

Le nombre de membres élus au Conseil de Laboratoire pourra évoluer suivant l'évolution du nombre de personnels inscrits au profil du Centre.

- iv. Des personnes extérieures au Conseil de Laboratoire du CRCT et au Centre peuvent être invitées à participer aux réunions en raison de leur expertise.
- v. Seuls les membres du Conseil de Laboratoire ou les personnes extérieures invitées peuvent participer aux réunions du Conseil de Laboratoire.

II. MANDAT DES MEMBRES DU CONSEIL DE LABORATOIRE

- i. Le mandat des membres de droit du Conseil de Laboratoire n'a de limite de durée que celle de l'exercice de leur fonction au sein du CRCT et celle du mandat de l'Unité.
- ii. Le mandat des membres élus du Conseil de Laboratoire est renouvelable.

- iii. Les membres élus du Conseil de Laboratoire sont élus exclusivement par la catégorie de personnels qu'ils représentent. La liste des électeurs par catégorie de personnels est fixée par le Comité de Direction conformément à la liste des personnels affiliés au CRCT à la date de publication de cette dernière. La liste des électeurs par catégorie est rendue publique par diffusion par voie électronique préalablement à la date des élections des nouveaux membres à élire.
 - iv. Lorsqu'un membre du Conseil de Laboratoire ne peut pas participer à une réunion ni prendre part à un vote, il peut se faire représenter par un membre de son choix sous réserve que la personne déléguée appartienne au CRCT.
- III. MODALITES DE REUNION DU CONSEIL DE LABORATOIRE ET DE COMPTE RENDU DES SEANCES.
- i. Le Conseil de Laboratoire se réunit autant que nécessaire et au-moins une fois par trimestre pendant les heures de service, sur convocation du Directeur, soit à son initiative, soit à la demande de la majorité de ses membres.
 - ii. Les dates de réunion du Conseil de Laboratoire devront être prévues au-moins 15 jours à l'avance sauf conditions exceptionnelles (justifiées par le Directeur lors de la réunion suivante).
 - iii. L'ordre du jour sera transmis au moyen de la liste de diffusion dédiée du Conseil de Laboratoire au-moins 15 jours avant la réunion.
 - iv. Un compte rendu provisoire sera mis à disposition sur le serveur de fichiers communs de l'Unité dans un délai de 15 jours suivant chaque réunion. Si ce compte rendu n'appelle aucune modification de la part des membres du Conseil de Laboratoire, il sera réputé validé dans un délai des 15 jours. Si des modifications sont souhaitées, le compte rendu devra être validé au plus tard lors de la réunion suivante.
 - v. Le compte rendu du Conseil de Laboratoire est un document à usage interne du Centre et ne doit pas être diffusé, que ce soit en totalité ou en partie, à l'extérieur sans l'autorisation écrite du Directeur de l'Unité.
- IV. MODALITES DE VOTE
- i. Tous les membres du Conseil de Laboratoire, qu'ils soient membres de droit ou membres élus, possèdent une voix égale.
 - ii. Tout membre empêché peut donner procuration de vote à l'un des autres membres, quel que soit sa catégorie, du Conseil de Laboratoire ou à toute autre personne le représentant. La Direction doit préalablement être informée, de préférence par message électronique, par le membre empêché de l'identité du membre qui votera en ses lieu et place.
 - iii. En dehors des procurations, chaque membre du Conseil de Laboratoire ne peut exprimer qu'une seule voix en cas de vote.
 - iv. Un quorum de 50% est requis pour qu'un vote soit déclaré valide.
 - v. Le scrutin peut être soit public, soit secret à la demande du Directeur ou d'un des membres du Conseil de Laboratoire.
 - vi. En cas d'égalité de vote, la voix du Directeur sera prépondérante.
 - vii. Les éventuels invités extérieurs au Conseil de Laboratoire ne peuvent participer au vote
- V. ROLE DU CONSEIL DE LABORATOIRE.
- i. Le Conseil de Laboratoire élit le Directeur et le Directeur Adjoint du Centre parmi les candidatures proposées par le Conseil Stratégique.

- ii. Le Conseil de Laboratoire traite et peut se saisir, à l'initiative de l'un de ses membres, de toutes les questions scientifiques, administratives, de gestion et d'organisation du Centre. Il conseille le Directeur du CRCT sur les décisions à prendre.
- iii. Le Conseil de Laboratoire donne un avis par vote sur budget annuel du Centre (dotations récurrentes reçues des tutelles) proposé de la Direction.
- iv. Le Conseil de Laboratoire vote toute proposition de modification du Règlement intérieur du Centre soumise par la Direction ou par l'un des membres du Conseil de Laboratoire.
- v. D'une façon générale et en application de la décision du Président-Directeur Général de l'Inserm relative aux Unités de recherche et autres formations de l'Inserm, l'avis du Conseil de Laboratoire est obligatoirement requis dans les matières suivantes :
 - Rédaction des rapports d'activité de l'Unité
 - Politique scientifique et budgétaire et répartition des moyens de l'Unité
 - Composition et organisation interne de l'Unité
 - Propositions de recrutement des personnels permanents et non permanents
 - Propositions de titularisation des fonctionnaires nouvellement recrutés, au terme de leur période de stage
 - Evolution de l'Unité au terme de sa durée de vie
 - Projets de regroupement avec d'autres formations de recherche
 - Choix en matière de valorisation, d'information ou de formation
 - Propositions en matière de formation continue
 - Questions relatives aux conditions de travail, à la santé et à la sécurité au travail
 - Application des règles de déontologie et d'intégrité et des règles collectives de discipline
 - Remplacement ou renouvellement du Directeur d'Unité au cours de la durée de vie de l'Unité

8. Les Comités affiliés

Outre les équipes de recherche, Pôle Technologique et services supports, le CRCT intègre dans sa composition un certain nombre de comités spécialisés listés ci-dessous et dont les descriptions, chartes, règles et/ou modalités de fonctionnement sont disponibles sur les pages dédiées du site Internet du CRCT :

- Comité d'Animation Scientifique :
- Comité Scientifique et Veille Technologique du Pôle Technologique
- Comités fonctionnels : Comité des Assistants de Prévention, Comité des Responsables de Laboratoires L2, Comité des Assistants radioprotection, Comité des Utilisateurs du service Laverie/Stérilisation.

La liste pré-citée des Comités n'est pas figée. Toute demande de création de Comité sera librement présentée devant le Conseil de Laboratoire par l'agent du CRCT en souhaitant la création. La création d'un nouveau Comité sera prononcée par le Directeur du CRCT sur avis du Conseil de Laboratoire.

9. Gestion et répartition de la dotation récurrente et des contrats

I. PRINCIPES DE REPARTITION.

La répartition de la dotation récurrente reçue par le CRCT de la part de ses tutelles (Inserm, CNRS, Université Toulouse III Paul Sabatier) est proposée par la Direction du CRCT au Conseil de Laboratoire. Ce dernier, après examen et modifications éventuelles, vote la répartition des dotations récurrentes qui constitueront ainsi le budget annuel général de fonctionnement du Centre.

II. MODALITES DE REPARTITION.

Les dotations annuelles sont affectées autour de grands postes budgétaires qui sont définis par le Conseil de Laboratoire sur proposition de la Direction, selon les priorités et les besoins, en début d'année, lorsque les montants de ces dotations sont connus. Ces grands postes budgétaires sont notamment :

- Prestations de site : accueil, gestion de parc informatique et telecom, vacations services supports.
- Frais généraux : blanchisserie pour blouses blanches de laboratoire, courrier, site Internet CRCT, hébergement réseau REMIP, location fontaines à eau, téléphonie, location et maintenance des copieurs/scanners, frais de mission du Comité de Direction, divers/imprévus
- Gestion des déchets et contrôles réglementaires : bacs de recyclage, maintenance/entretien/contrôles réglementaires des équipements de sécurité, DIB/ordures ménagères, DASRI, déchets chimiques, déchets radioactifs, contrôle annuel de la boîte à gants pour manipulation des radioéléments, contrôle annuel des instruments de mesure de la radioactivité, contrôle externe des équipements de radioactivité, prise en charge de la dosimétrie pour radioéléments, contrôle annuel des autoclaves de la laverie commune du CRCT
- Gestion des fluides : azote (réservoir et bouteilles), dioxyde de carbone (bouteilles), gaz divers
- Dotations de services supports et associés : magasin, Comité d'Animation Scientifique, Pôle Technologique
- Consommables services supports et associés : papeterie et bureautique services supports, consommables pour gestion risques biologique et chimique et radioprotection, consommables pour équipements de production d'eau ultra-pure
- Maintenance / jouvence des équipements supports et mutualisés : contrat de maintenance préventive des équipements de laverie commune, maintenance curative des équipements de laverie commune, entretien et réparation des petits équipements scientifiques mutualisés

III. PARTS EQUIPES.

Une fois les grands postes budgétaires affectés, le reliquat de dotation récurrente pourra être réparti directement aux équipes selon la modalité de calcul suivante : la part que chaque

équipe reçoit dépend pour 50% de son nombre d'ETP³ et pour 50% d'une part fixe correspondant à une fraction du nombre total d'équipes composant le Centre.

IV. PRELEVEMENTS SUR CONTRATS INDUSTRIELS D'EQUIPES.

Des frais correspondant à 4% du total demandé seront prélevés sur la tranche fonctionnement des contrats industriels dont le montant total est supérieur à cent mille (100 000) euros et obtenus par les équipes et plateaux affiliés au CRCT. Ces 4% de frais prélevés par le Centre devront impérativement être intégrés par le porteur de projet dans sa demande financière. Ces 4% prélevés sont indépendants des autres prélèvements effectués par les établissements gestionnaires des contrats obtenus.

En dehors des 4% de prélèvements sur les contrats industriels, aucun autre prélèvement ne sera effectué par le Centre sur les ressources propres des équipes de recherche.

V. PRINCIPES DE GESTION DES RESSOURCES CONTRACTUELLES

Toutes les ressources contractuelles, publiques ou privées, industrielles ou caritatives, obtenues par les équipes de recherche sont utilisées par celles-ci dans le respect des principes budgétaires et financiers définis par les financeurs et les établissements gestionnaires.

Le règlement des intérêts moratoires sera à la charge des équipes et plateaux dans la mesure de leur responsabilité dans le retard de paiement.

Les remboursements au titre de dépenses inéligibles seront également à la charge des équipes et plateaux dans la mesure de la responsabilité du chef d'équipe dans son rôle de contrôle de l'utilisation des crédits.

VI. MODALITES DES DEMANDES DE FINANCEMENTS CONTRACTUELS.

La Direction du CRCT ainsi que les services financiers de la Délégation régionale de l'Inserm Midi-Pyrénées Limousin, en tant qu'établissement gestionnaire des contrats de l'Unité, doivent être informés préalablement de toute demande de financement externe afin de pouvoir effectuer les vérifications règlementaires d'usage. La saisie de la Direction du CRCT et des services financiers de la DR Inserm doit être effectuée suffisamment tôt, a minima deux semaines avant la clôture de la demande de financement, afin de pouvoir instruire et valider la demande. Aucune garantie de validation ne pourra être donnée pour des demandes soumises en-dehors de ce délai, la Délégation régionale de l'Inserm se réservant la possibilité de rejeter toute demande soumise tardivement à sa validation.

10. Les personnels

I. OBLIGATIONS GENERALES DES PERSONNELS.

Tous les personnels inscrits au profil de l'Unité sont, quel que soit leur statut, tenus à un certain nombre d'obligations. Outre la courtoisie réciproque et le respect mutuel, ils doivent faire preuve de neutralité. Ils sont également tenus à un devoir de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans le cadre de leur activité.

Obligation de confidentialité : chaque personnel du CRCT doit protéger personnellement la confidentialité des informations non publiques qui peuvent lui être communiquées dans l'exercice des fonctions au sein de l'Unité.

Le Directeur d'Unité est responsable de l'application des règles collectives de discipline.

³ Voir Annexe 1 : tableau de correspondance des ETP applicable pour le calcul de la part reçue par chaque équipe sur le montant annuel des dotations récurrentes.

II. LES CHERCHEURS STATUTAIRES ET ENSEIGNANTS-CHERCHEURS STATUTAIRES.

- i. Recrutement par concours de nouveaux chercheurs et enseignants-chercheurs. Les responsables d'équipes informent en début de chaque année le Directeur des candidatures qu'ils souhaitent proposer au recrutement par concours externe au sein des Etablissements Publics. Le Directeur peut effectuer une audition des candidats.
- ii. Accueil par mobilité de chercheurs et enseignants-chercheurs statutaires. Les responsables d'équipes informent dans un délai de trois mois minimum le Directeur des candidatures de chercheurs statutaires en mobilité qu'ils souhaitent accueillir dans leur équipe. Les chercheurs statutaires en mobilité présentent au Directeur leur projet d'intégration au sein de l'équipe d'accueil. Le Directeur émet un avis sur chacune de ces mobilités.
- iii. Le Directeur donne son accord pour l'affectation de tout nouveau chercheur ou enseignant-chercheur au sein des équipes du CRCT.

III. LES INGENIEURS, TECHNICIENS ET ADMINISTRATIFS (ITA) STATUTAIRES.

Les ITA sont placés directement sous la responsabilité hiérarchique du Directeur dans le cadre du règlement de leurs employeurs. Le Directeur est le garant de la bonne connaissance par tous des réglementations applicables à la gestion des personnels ITA du Centre. Le Directeur veille à leur respect et délègue aux responsables des équipes, du Pôle Technologique ou des services supports dans lesquels les ITA sont mis à disposition le soin de les appliquer.

- i. Rattachement et évaluation des ITA. Les ITA affectés au Centre sont affectés aux équipes, aux services supports ou au Pôle Technologique par le Directeur. Chaque ITA relève de son établissement d'appartenance pour ce qui concerne la gestion de la carrière (rémunération, primes, avancement et droit à la formation notamment). Les propositions d'avancement et de répartition de primes sont formulées au Directeur par le supérieur hiérarchique direct sur la base des critères définis (suivant les mêmes critères que ceux définis au point v.) par les établissements employeurs des ITA concernés.
- ii. Mobilité des ITA statutaires.
 - *Mobilité interne.* La mobilité interne des ITA statutaires au sein du CRCT est organisée sur la base du volontariat de ces derniers. L'accord des responsables hiérarchiques, actuel et futur, est souhaité. Après accord des responsables hiérarchiques, tout ITA statuaire sollicitant une mobilité interne en fait la demande auprès du Directeur qui pourra valider ou non la mobilité interne. En cas de désaccord entre les responsables hiérarchiques, tout ITA statuaire souhaitant poursuivre sa démarche de mobilité interne pourra solliciter le Directeur qui, après audition du projet de mobilité présenté par l'ITA et audition des responsables hiérarchiques, émettra un arbitrage. Chaque projet de mobilité interne devra recevoir l'accord final de l'employeur de l'agent concerné.
 - *Mobilité externe.* La mobilité externe est gérée selon les règles en vigueur dans l'organisme employeur concerné.
- iii. Evaluation et appréciation de l'activité des ITA. D'un point de vue fonctionnel, le Directeur délègue aux responsables hiérarchiques directs (responsables d'équipes, Directeur Pôle Technologique, Directeur Administratif, autre personnel statuaire de l'équipe sur validation du Responsable d'équipe) les opérations d'évaluation des ITA,

- en conformité avec les prescriptions, formes et calendriers des établissements d'appartenance de ces derniers. Cette évaluation est au minimum annuelle.
- iv. Les critères de promotion et d'attribution de primes reposent sur la qualité de l'activité professionnelle réalisée dans le profil de poste. En outre, seront pris en considération les critères suivants : prise de responsabilités collectives au bénéfice du Centre, implication dans l'animation scientifique, technique et opérationnelle du Centre, implication dans la mise en place des grands projets du Centre, mise en place et développement des plateaux, optimisation des services supports du Centre. Par principe, les propositions de promotions et d'attributions de primes, pour les agents qui sont éligibles et selon les modalités prévues par les organismes employeurs de ces derniers, sont débattues au cours de réunions regroupant le Directeur et l'ensemble des responsables hiérarchiques des agents concernés. La présence des responsables hiérarchiques à ces réunions d'interclassement et de propositions est obligatoire. En cas d'absence justifiée du responsable hiérarchique, ce dernier devra se faire représenter par une personne de son choix issue de la même équipe (ou Pôle Technologique ou services supports). A l'issue de cette réunion, le Directeur arbitrera et décidera des promotions et primes proposées et transmettra ses décisions auprès des services compétents des employeurs des agents proposés. Les responsables hiérarchiques seront en charge de faire un compte rendu auprès de leurs agents sur les arbitrages les concernant individuellement.
 - v. Demandes de création de postes ITA. Les demandes de création de postes ITA auprès des tutelles de l'Unité sont établies par la Direction du CRCT après avis du Conseil de Laboratoire, en fonction des besoins exprimés par les services supports, par le Pôle Technologique et par les équipes. Priorité sera donnée aux demandes consécutives à un départ définitif d'agent. Les demandes de postes d'ITA pour les équipes seront prioritairement destinées à celles ne bénéficiant d'aucun poste d'ITA statutaire au moment de la demande.
 - vi. Principes d'affectation des postes ITA statutaires sur les campagnes de mobilité. Le Directeur du CRCT désigne l'équipe, plateau ou service d'affectation de tout nouvel ITA statutaire arrivant sur une démarche de mobilité. Afin de faire prévaloir un principe d'équilibre et d'équité entre chacune des équipes du CRCT, priorité sera donnée par principe aux équipes ne bénéficiant d'aucun poste de ce type. Le choix définitif de l'équipe, plateau ou service support de l'agent arrivant se fera sur négociation entre l'agent concerné, la Direction et le ou les responsables des équipes potentiellement concernées.
 - vii. Les ITA membres d'une équipe non renouvelée au profil du CRCT seront réaffectés au sein des différentes équipes, Pôle Technologique et services supports du CRCT sur la base du souhait des agents ITA et de l'adéquation de leur profil aux différentes affectations possibles au sein du Centre. Le Directeur du CRCT décide de ces réaffectations en lien étroit avec les établissements tutelles de l'Unité.
- IV. LES ETUDIANTS ET STAGIAIRES.
- i. Les équipes du CRCT accueillent des stagiaires, des étudiants en Master et des Doctorants si elles sont en mesure de leur assurer un encadrement scientifique et un financement correspondant aux normes nationales en vigueur. Les Doctorants intègrent les équipes selon les règles de l'Ecole Doctorale dont ils relèvent. Chaque

responsable d'équipe doit veiller à la qualité de l'encadrement des étudiants et stagiaires au sein de son équipe. En cas de conflit étudiant/encadrant, l'étudiant devra contacter directement son Ecole Doctorale ou la structure d'enseignement dont il dépend qui désignera un médiateur au sein du Centre afin d'essayer de régler le conflit.

- ii. Dès leur arrivée au CRCT, tous les étudiants et stagiaires du Centre se font enregistrer auprès du secrétariat Général. Les responsables d'équipe ou responsables de stage doivent informer leur gestionnaire compétente au-moins 1 mois avant l'arrivée effective de l'étudiant ou du stagiaire dans les locaux afin de mettre en place la convention requise par l'établissement de tutelle. L'accueil de l'étudiant ou du stagiaire donne donc lieu à la signature d'une convention et d'un engagement de confidentialité. L'activité des étudiants et stagiaires est obligatoirement couverte par une assurance de responsabilité civile. Les cahiers de laboratoire remis aux étudiants lors de leur arrivée au Centre demeurent la propriété inaliénable de la tutelle principale du CRCT. Lors de son départ, chaque étudiant ou stagiaire devra remettre au responsable d'équipe ou à la personne concernée (agent d'accueil ou gestionnaire) tout le matériel administratif (badges, etc...) et scientifique (cahiers de laboratoires, données numériques, réactifs biologiques, etc...) qui lui ont été remis pour l'exécution de son projet au sein du Centre. Tout manquement à la restitution complète de ces matériels au terme du contrat pourra faire l'objet de poursuites de la part de l'institution dont dépend le CRCT.

V. LES PERSONNELS CONTRACTUELS.

Les personnels contractuels sont recrutés sous la responsabilité du Directeur ou des responsables d'équipes, du Pôle Technologique ou des services supports. Leur rémunération est financée par les budgets obtenus pour des projets précis et gérés par les établissements partenaires dont ils suivent les réglementations. Ils sont soumis aux règles de fonctionnement en vigueur dans le CRCT.

11. Les équipes

I. DEFINITION.

- i. La structure globale du CRCT repose sur un ensemble d'équipes de recherche partageant un objectif commun : l'avancement, la transmission et la valorisation des connaissances fondamentales et translationnelles en cancérologie. La thématique de recherche de toute équipe du Centre doit être en cohérence avec l'objectif du CRCT et se réalise sous la responsabilité et avec l'accord du Directeur du Centre.
- ii. Le Chef d'équipe définit le projet de son équipe et en dirige l'activité. A sa demande, ce rôle peut être assuré par deux personnes, étant entendu que la tutelle Inserm ne reconnaît qu'un seul Chef d'équipe. Le Chef d'équipe rend compte de l'activité de son équipe auprès du Directeur du Centre.
- iii. Les équipes sont constituées de personnels scientifiques : chercheurs, enseignants-chercheurs, praticiens hospitaliers ; de personnels techniques : ITA ; et de personnels post-doctorants, étudiants et stagiaires. Des personnels extérieurs à ces catégories et à l'Unité peuvent être accueillis au sein d'une équipe ; ils devront se conformer aux règles de fonctionnement en vigueur au CRCT.

- iv. Toute équipe au profil du CRCT est créée dans les limites temporelles du mandat en cours. L'organisation des équipes est définie par le ou les responsables d'équipes qui ont la charge d'en produire l'organigramme.

II. TYPOLOGIE DES EQUIPES DE RECHERCHE

Le CRCT ne reconnaît à son profil que deux types d'équipes : les équipes labellisées par la tutelle principale Inserm et les équipes émergentes. Ces deux types d'équipes apparaissent à l'organigramme du Centre et fonctionnent à l'identique.

- i. Les équipes sont labellisées par la tutelle principale Inserm à l'occasion de l'évaluation quinquennale du Centre et de ses équipes. Ces équipes peuvent être labellisées soit dans le cadre d'une création soit d'un renouvellement.
- ii. La création d'équipes émergentes est proposée par le Directeur sur avis du Conseil Stratégique, soit à l'issue du processus d'évaluation de mandat du Centre et de ses équipes, soit en cours de mandat (voir VIII.). La labellisation d'équipe émergente est temporaire et limitée au mandat en cours. La labellisation d'équipe émergente est reconnue par l'Université Toulouse III Paul Sabatier conformément à la *Charte d'existence et de fonctionnement d'une « équipe émergente » au sein d'une structure mixte de recherche* définie par l'Université Toulouse III Paul Sabatier et l'Inserm (voir modèle en annexe 8). Pour être reconnue, une équipe émergente doit :
 - a. avoir un porteur de projet identifié comme personnel scientifique
 - b. avoir un programme scientifique relevant des missions et objectifs du CRCT
 - c. être composée d'au moins deux personnels permanents et consacrer un équivalent temps plein de recherche au projet scientifique qu'elle porte. Elle doit être constituée de personnels engagés dans ce même projet scientifique.
 - d. avoir complété favorablement le processus d'évaluation interne du Centre, avec un pré-examen de candidature par le Conseil Stratégique et une évaluation par le SAB (voir VIII.).
 - e. disposer d'un financement contractuel suffisant pour mener à bien ses projets.
 - f. être rattachée à une Ecole Doctorale de l'UPS

III. EVALUATION DES EQUIPES DE RECHERCHE

- i. Les équipes de recherche sont évaluées périodiquement et validées par les instances statutaires des organismes de tutelle. Le SAB du CRCT évalue l'activité des équipes du Centre au moins une fois par mandat. Préférentiellement, cette évaluation par le SAB a lieu dix-huit mois avant l'évaluation institutionnelle de fin de mandat.
- ii. Le rapport d'évaluation des équipes par le SAB propose au Directeur un avis sur la candidature des équipes pour création par les tutelles. L'avis du SAB est consultatif, le Directeur ayant décision finale sur la présentation ou non des équipes aux évaluations institutionnelles.
 - a. En cas d'arbitrage favorable par le Directeur, l'équipe sera présentée pour création ou renouvellement par les tutelles au mandat suivant.
 - b. En cas d'arbitrage défavorable du Directeur, l'équipe ne pourra pas déposer un projet pour le futur mandat, et aura jusqu'au terme du mandat en cours pour procéder à :
 - 1) soit la dissolution de l'équipe, la réaffectation de ses locaux et le redéploiement des personnels et matériels au sein du CRCT

- 2) soit la sortie du CRCT pour une nouvelle affectation hors du Centre.
Ce processus sera discuté avec les tutelles du CRCT en temps utiles.

IV. LES LOCAUX DES EQUIPES DE RECHERCHE.

Le Directeur est seul décisionnaire pour l'affectation des modules du CRCT et surfaces associées. Au sein du CRCT, il ne sera pas fait de dérogation au principe « 1 équipe = 1 module maximum ». La Direction du CRCT veille à informer la Délégation régionale de l'Inserm de tout mouvement d'équipe au sein des locaux.

Aucune affectation d'un module à une équipe n'est définitive.

L'affectation d'un module est strictement conditionnée à l'appartenance de l'équipe au profil du Centre. Le Centre peut réserver à tout moment, selon ses capacités, un ou plusieurs modules non-affectés pour son attractivité vis-à-vis de nouvelles équipes.

Aménagement des modules de recherche : tout module comprend des aménagements primaires et secondaires. L'aménagement primaire est apporté par les tutelles et le Centre dont il demeure la propriété inaliénable. Il est défini par son existence dans le module avant l'affectation de celui-ci. L'aménagement secondaire, financé par chacune des équipes sur ses propres ressources contractuelles, est apporté par les équipes dont il demeure la propriété inaliénable. Toute nouvelle équipe a la charge de l'aménagement secondaire du module ou demi-module qui lui est alloué.

V. LE RESPONSABLE D'EQUIPE.

Le responsable d'équipe, désigné « Chef d'équipe », est responsable scientifique de l'élaboration, de la mise en œuvre du projet, ainsi que de la production et la valorisation de son équipe. Il est garant des résultats obtenus par celle-ci, pour qu'ils puissent être reconnus au sein de la communauté scientifique, auprès des partenaires institutionnels et du grand public.

Le responsable d'équipe agit par délégation du Directeur pour l'encadrement des personnels affectés au profil de l'équipe et pour l'utilisation réglementaire des crédits liés à ses contrats de recherche.

Le responsable d'équipe veille au bon déroulement des activités de recherche dans le respect des réglementations en vigueur, des bonnes pratiques de laboratoire et des règles de déontologie applicables à l'activité de son équipe, notamment en ce qui concerne l'hygiène et la sécurité, l'expérimentation animale, la recherche biomédicale sur des personnes, l'utilisation d'organismes génétiquement modifiés, les achats publics et l'engagement des dépenses.

Le responsable d'équipe a la responsabilité de veiller à l'intégrité des travaux et résultats scientifiques présentés par son équipe. En cas de fraude constatée, il a l'obligation d'en référer auprès du Directeur pour décider des suites à donner.

VI. ORGANISATION GENERALE INTRA-EQUIPES DE RECHERCHE.

Le responsable d'équipe décide de l'organisation collective du travail au sein de son équipe et gère les moyens mis à disposition de l'équipe, en conformité avec les réglementations des organismes de tutelle du CRCT. Le responsable d'équipe est responsable de la rédaction et de la soumission des demandes de financement contractuelles. Il décide de l'utilisation des crédits qui lui sont alloués et des ressources contractuelles obtenues par l'équipe en conformité avec les réglementations applicables des tutelles gestionnaires et en conformité avec les réglementations prescrites par les organismes financeurs. Il tient la Direction du CRCT informée des demandes de budget contractuel qu'il formule et des financements qu'il reçoit.

Le responsable d'équipe a la responsabilité de la formation des étudiants en Master et des Doctorants accueillis par son équipe. Chaque fois qu'une personne, quel que soit son statut, intègre ou quitte son équipe, le responsable doit en informer le Directeur Administratif ou sa gestionnaire. Le responsable d'équipe contribue à l'organisation des partenariats (institutionnels, industriels, locaux, nationaux et internationaux) venant en soutien des projets de recherche de son équipe. Dans son domaine de compétences, le responsable d'équipe représente son équipe et peut être amené à représenter le Centre vis-à-vis de la communauté scientifique et des partenaires extérieurs.

VII. PROCEDURE D'ACCUEIL D'UNE NOUVELLE EQUIPE DE RECHERCHE

La procédure décrite ci-dessous vise à définir les modalités applicables pour l'accueil de nouvelles équipes de recherche et leur intégration au profil de l'UMR1037 Inserm / Université Toulouse III Paul Sabatier.

Il est rappelé que toute nouvelle équipe de recherche n'ayant pas à la date de son intégration au Centre de reconnaissance institutionnelle par l'Inserm intégrera l'UMR1037 avec un statut d'équipe « émergente » selon les conditions définies dans la Charte d'existence et de fonctionnement d'une « équipe émergente » au sein d'une structure mixte de recherche de l'Université Toulouse III Paul Sabatier et de l'Inserm (voir annexe 5).

Deux voies sont définies pour l'accueil de nouvelles équipes de recherche au périmètre de l'UMR1037 CRCT : l'accueil de nouvelles équipes sur appel à projets (voie 1) et l'accueil de nouvelles équipes hors appel à projets (voie 2)

i. L'accueil de nouvelles équipes de recherche sur appel à projets (AAP) (voie 1)

Cette voie concerne tous les porteurs de projets souhaitant installer et développer une équipe de recherche au sein de l'UMR1037 en réponse à l'ouverture d'un AAP par le CRCT.

Il est précisé que cette voie est également celle qui doit être suivie par tout porteur déjà inscrit au profil du CRCT au moment de l'ouverture de l'AAP et souhaitant individualiser son projet de celui de son équipe d'affectation au CRCT.

Pour qu'une candidature soit éligible, son porteur doit justifier et garantir l'autonomie financière sur ressources propres de son projet pour une période d'au-moins deux ans.

Tout porteur lauréat se verra proposer a minima par le CRCT l'accès à un demi-module de recherche bénéficiant des aménagements primaires propres à l'accueil de toute nouvelle équipe, ainsi qu'une dotation d'équipe versée par l'Unité sur ses Subventions d'Etat et dont le montant sera préalablement fixé par négociation entre le lauréat et la Direction du CRCT.

Les étapes définies pour l'accueil de toute nouvelle équipe sur AAP sont les suivantes :

- Ouverture et publication de l'AAP par le CRCT. Le délai ainsi que les conditions et modalités de candidature seront précisés pour chacun des AAP ouverts.
- Présélection sur dossier, par le Conseil Stratégique du CRCT, des candidatures pour lesquelles l'audition des porteurs est souhaitée.
- Présentation, par les porteurs candidats, de leurs travaux de recherche devant l'ensemble des personnels du CRCT réunis en conférence plénière. Consécutivement, présentation par les porteurs candidats de leurs programmes d'équipe devant un jury composé du Conseil Stratégique du CRCT ainsi que de membres du SAB. Le nombre de SAB mobilisés conjointement avec le Conseil Stratégique pour l'audition des projets des porteurs candidats sera fixé préalablement au démarrage de la procédure d'AAP ; ces membres seront sollicités parmi ceux composant le SAB au moment de l'AAP ou, si besoin et selon

leur thématique scientifique, parmi des externes qui auront vocation à intégrer ultérieurement le SAB.

- Classement des candidatures par les membres du SAB présents à l'audition des porteurs de projet.
- Proclamation des résultats et diffusion de la liste des porteurs lauréats par le Directeur du CRCT, conformément au classement établi par les membres du SAB ayant participé à l'audition des porteurs candidats.
- L'avis du SAB est consultatif, la décision d'intégrer ou non une nouvelle équipe au profil du CRCT relève de la décision finale du Directeur.

ii. L'accueil de nouvelles équipes hors appel à projets (voie 2)

Cette voie concerne les opérations ponctuelles et opportunités identifiées hors AAP.

De façon similaire à l'accueil de nouvelles équipes sur AAP, tout porteur de projet candidat à la création d'une équipe hors AAP devra justifier de la soutenabilité financière de son projet sur une période de deux ans. La justification de cette soutenabilité financière intégrera les ressources dont le porteur candidat dispose préalablement et éligibles dans le cadre d'un transfert de laboratoire, mais également les ressources mises à disposition par le CRCT (après négociation entre la Direction et le porteur candidat) et/ou éventuellement d'autres partenaires financeurs du projet candidat.

Les étapes définies pour l'accueil de toute nouvelle équipe hors AAP sont les suivantes :

- Présentation, par le porteur candidat, de ses travaux de recherche devant l'ensemble des personnels du CRCT réunis en conférence plénière. Consécutivement, présentation par le porteur candidat de son programme d'équipe devant le Conseil Stratégique du CRCT. Consécutivement à la présentation de son projet par le porteur candidat, le Conseil Stratégique peut s'autoriser un délai de réflexion qui ne pourra excéder 1 mois.
- En cas d'évaluation favorable par le Conseil Stratégique, le porteur candidat présentera son programme d'équipe devant le SAB. Le Directeur du CRCT ainsi que les membres du Conseil Stratégique pourront assister à cette présentation, sans possibilité d'intervention ni de participation à la prise de décision finale.
- L'avis du SAB est consultatif, la décision d'intégrer ou non une nouvelle équipe au profil du CRCT relève de la décision finale du Directeur.

VIII. SORTIE DES EQUIPES.

Pour les équipes et les chercheurs souhaitant quitter l'Institut volontairement, les représentants des tutelles doivent être sollicités pour accompagner ces départs. La mobilité externe des personnels de soutien à la recherche doit être traitée par leurs employeurs respectifs et une répartition des matériels reflétant l'apport des différentes parties doit être proposée aux tutelles. La mobilité des doctorants est soumise aux règles de l'Ecole Doctorale.

12. Les plateaux techniques du Pôle Technologique

I. PRINCIPES GENERAUX DE CREATION ET DE FONCTIONNEMENT.

Des plateaux techniques peuvent être mis en place par le Directeur après avis du Conseil Stratégique et du Conseil de Laboratoire du CRCT. Un plateau technique a pour vocation de

fournir une prestation technologique. Il est ouvert à l'ensemble de la communauté scientifique locale et nationale, publique ou privée. Son activité est tarifée sur la base d'une grille fournie par le plateau. Tout plateau technique est implanté dans des locaux spécifiques et adéquats, qui doivent être identifiés avant sa création. Tout plateau technique est constitué de personnels qualifiés et spécifiquement affectés à son profil.

II. ORGANISATION DES PLATEAUX TECHNIQUES.

Les plateaux techniques sont partie intégrante du Pôle Technologique et organisés puis régis par une charte de fonctionnement, disponible sur le site Internet du CRCT⁴, validée par le Directeur du CRCT sur proposition du Directeur du Pôle Technologique. L'organisation des plateaux techniques du CRCT est susceptible d'évoluer en fonction des besoins du Centre et des moyens humains et matériels qui lui sont octroyés.

III. LE RESPONSABLE DE PLATEAU TECHNIQUE.

Par décision du Directeur du Centre après avis du Directeur du Pôle Technologique, la responsabilité technique de chaque plateau est assurée par un personnel statutaire. Outre l'expertise, l'assistance technique et la formation des utilisateurs, le responsable du plateau a la charge :

- d'élaborer le Règlement intérieur du plateau dont il a la responsabilité.
- de préparer le plan de charge et le bilan annuel et quadriennal de l'activité du plateau.
- de suivre la maintenance et d'assurer la veille technologique.
- de préparer le budget du plateau et d'en suivre les recettes et les dépenses.
- de superviser l'activité du plateau et des personnels qui y sont affectés.
- de veiller au respect de la charte de fonctionnement, des règles d'hygiène et sécurité, et des bonnes pratiques à mettre en œuvre par les personnels du plateau ainsi que des utilisateurs.

IV. PRINCIPE DE MUTUALISATION AVEC L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DU CANCER DE TOULOUSE – ONCOPOLE (IUCT-O).

Le CRCT et l'IUCT-O ont pour objectif de mutualiser l'intégralité des plateformes des parties soin et recherche du site. La Direction du CRCT a pour mission de créer des plateaux techniques nécessaires à son activité de recherche et de mettre en place leur mutualisation en concertation avec la Direction médicale du site.

V. LE DIRECTEUR DU POLE TECHNOLOGIQUE.

La coordination générale de tous les plateaux techniques du CRCT est confiée à un Directeur nommé par le Directeur du CRCT après avis du Conseil Stratégique et du Conseil de Laboratoire. Le Directeur des plateaux techniques composant ainsi le Pôle Technologique est membre de droit du Conseil de Laboratoire, du Conseil Stratégique et du Conseil de Pilotage. Le Directeur du Pôle Technologique aura pour mission de :

- proposer les améliorations technologiques de ces plateaux,
- coordonner l'établissement de la charte commune de leur fonctionnement,
- d'assurer la supervision générale des moyens matériels et humains affectés aux plateaux du Pôle,
- d'assurer la visibilité nationale et internationale du Pôle Technologique et de ses plateaux,

⁴ <https://www.crct-insERM.fr/presentation-generale-technologie/>

- rechercher des financements propres en réponse à des appels d'offres ciblés.

13. Les services supports

I. RESPONSABILITE.

Le Directeur du Centre a la responsabilité des services supports dont il délègue l'organisation et la supervision au Directeur Administratif.

II. MODALITES ET FONCTIONNEMENT

Les services supports du CRCT travaillent pour l'ensemble des équipes, plateformes et autres services rattachés au CRCT, et pour l'ensemble des agents inscrits au profil du Centre. Quel que soit l'employeur des agents, leur statut, leur rattachement institutionnel, l'ensemble des services supports du CRCT est placé sous la responsabilité du Directeur du CRCT qui en délègue la responsabilité opérationnelle auprès du Directeur administratif.

Pour l'exercice de leurs missions, les services supports du CRCT appliquent et font appliquer à leurs domaines d'activités la réglementation Inserm. Il est de la responsabilité de chacun des agents du CRCT d'observer impérativement le respect de ces différentes réglementations.

14. Hygiène, sécurité, législation et organisation du travail

I. LA LEGISLATION ET LE REGLEMENT INTERIEUR

L'article L1311-2 du Code du Travail impose un règlement intérieur dans l'établissement ici défini par le Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse. Dans la Fonction Publique, et donc dans les Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST), les différentes obligations en matière d'hygiène et sécurité qui sont mentionnées dans le règlement intérieur font référence au décret n°82-453 du 28 Mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale. La mise en œuvre des dispositions de ce décret a fait l'objet de décrets modifiés de manière permanente (décret n°2011-74 du 28 Juin 2011) portant sur les règles relatives à l'hygiène et la sécurité et le contrôle de leur application, sur la formation en matière d'hygiène et sécurité, sur la médecine de prévention et sur l'instruction générale pour la santé et la sécurité au travail à l'Inserm (disponible sur le site Internet du CRCT).

II. LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE, DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL

- Règles générales. Tout membre de l'Unité doit contribuer activement à assurer sa propre sécurité, celle de ses collègues et de son environnement. Suivant les dispositions légales et réglementaires en vigueur, le personnel est tenu de se soumettre aux visites médicales obligatoires périodiques ainsi qu'aux visites médicales d'embauche et/ou reprise. Le refus d'un agent de se soumettre aux prescriptions relatives à la sécurité et aux visites médicales peut entraîner l'une des sanctions prévues par la réglementation.

En application de la décision du Président-Directeur Général de l'Inserm relative aux Unités de recherche et autres formations de l'Inserm, il incombe au Directeur d'Unité de protéger la santé physique et mentale des personnels et d'assurer la sécurité des biens et installations. A cet effet, il est responsable de l'application au sein de l'Unité de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail et veille à ce que les personnels disposent des moyens de protection requis par leur activité. Il est garant

de l'évaluation des risques de l'Unité et de sa transcription dans un document unique d'évaluation des risques (DUER), et veille à la mise en œuvre du plan d'action en découlant.

En tant que de besoin, le Directeur d'Unité est assisté par un Chargé de Prévention et par une Personne Compétente en Radioprotection (PCR).

- ii. Rappel des obligations de protection légale individuelle. Chaque personnel du CRCT doit disposer d'une couverture sociale, assurance accident et maladie professionnelle ainsi que d'une assurance en responsabilité civile.
- iii. Le CRCT est un établissement non-fumeur. En application de l'article L3511-7 du Code de la Santé Publique, et notamment l'interdiction de fumer sur les lieux définis par le décret de 1992 comme étant des lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, le CRCT est un établissement non-fumeur. En application de la note référencée TD n° 41 du 12 novembre 2014 (annexe 4), cette interdiction est étendue à la cigarette électronique.
- iv. Restauration dans les locaux du CRCT. Il est interdit aux personnels de manger sur leur lieu de travail en dehors des locaux expressément mis à leur disposition à cet effet.
- v. Accueil et formation des nouveaux entrants.
 Dans le mois qui précède leur arrivée au Centre, les nouveaux entrants devront suivre la formation à la prévention *Néo* en didacticiel. Une attestation sera alors délivrée nécessaire pour la remise du badge d'accès au bâtiment.
 A leur arrivée dans les locaux du Centre, et sur présentation de l'attestation pré-citée, les nouveaux entrants recevront une fiche d'enregistrement du personnel à renseigner et à remettre auprès de la Direction administrative du Centre.
 Ils recevront également un livret d'accueil et de prévention des risques professionnels ainsi qu'un passeport « formation renforcée au poste de travail ». Ce passeport devra être renseigné pour les différents risques auxquels le nouvel entrant pourra être exposé dans son environnement de travail. Pour chacun des risques, il devra suivre une formation qui sera validée par le référent du risque (responsable L2, Assistant de Prévention HS, IRad, ...). Le passeport sera ensuite signé par l'encadrant, le Directeur Administratif ainsi que le Chargé de Prévention, qui en conservera une copie. De plus, une formation collective à l'hygiène et la sécurité sera organisée par l'équipe de prévention du CRCT (Chargé de Prévention, AP HS, IRad), à l'issue de laquelle un certificat de formation sera remis à l'intéressé.
- vi. Registres santé et sécurité au travail. Les registres sont disponibles et consultables au niveau de chaque étage (N0 zone logistique/magasin, N1 vers passerelle IUCT-O, N2/N3/N4 près des ascenseurs du bâtiment B). Tout incident ou accident, ainsi que les observations et/ou suggestions des agents relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, sont consignés dans ces registres. Ces registres, sous la responsabilité du Directeur d'Unité, sont gérés par le Chargé de Prévention et mis à disposition de l'ensemble des personnels de l'Unité et des inspecteurs de santé et de sécurité au travail. Ces registres font l'objet d'un examen périodique par le Comité Spécial d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CSHSCT) de l'Inserm Midi-Pyrénées Limousin.

III. LA COORDINATION HYGIENE-SECURITE (HS)

i. Le Chargé de Prévention

Le Chargé de Prévention conseille le Directeur d'Unité, anime et coordonne le réseau des Assistants de Prévention (AP), le réseau des Responsables L2 ainsi que les groupes de travail HS notamment dans les domaines suivants :

- la mise en place d'une politique de prévention des risques,
 - la mise en œuvre, en concertation avec la Conseillère de Prévention et le médecin de prévention, des règles de sécurité et d'hygiène au travail visant à l'amélioration des conditions de travail des personnels,
 - l'accueil des nouveaux arrivants et leur formation à la prévention des risques au poste de travail.
 - l'analyse des accidents et incidents et la mise en œuvre d'actions correctives et/ou préventives.
- ii. Le réseau des Assistants de Prévention et réseau des responsables L2. Ces réseaux sont constitués d'un représentant par équipe/plateaux et se réunissent au minimum une fois par an à la demande du Chargé de Prévention.
- Leurs missions principales sont :
- d'analyser, d'améliorer et de valider les propositions faites par le Chargé de Prévention sur l'organisation fonctionnelle de la prévention des risques (risque biologique pour les responsables L2) et des conditions de travail,
 - d'organiser le travail en équipes et plateaux afin de pouvoir mettre en application les règles de préventions validées,
 - de veiller au bon fonctionnement des procédures et au besoin de signaler au Chargé de Prévention tout dysfonctionnement.
- iii. Le Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail
- Un Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail existe au sein du CRCT. Son organisation globale, ses missions ainsi que ses modalités de réunion sont précisées en annexe 7.

IV. RESPONSABILITES DE L'INGENIEUR RADIOPROTECTION (IRAD)

L'IRad est chargé de veiller au respect de la réglementation et des principes de radioprotection. L'IRad s'appuie dans l'exercice de ses fonctions sur un réseau de PCR-relais (liste disponible sur le site Internet du CRCT)

V. ACCES AUX ZONES SENSIBLES DU BATIMENT

i. Conditions d'accès à la pièce radioactivité du CRCT.

- La pièce radioactivité du 1^{er} étage du CRCT est classée zone surveillée pour l'utilisation de radioéléments, conformément à l'arrêté zonage du 15 mai 2006.
- En conséquence, l'accès à cette pièce est réglementé. Cet accès est géré par le Service Compétent en Radioprotection (SCR) qui délivre une autorisation d'accès nominative.
- L'accès à cette zone est réservé uniquement aux personnes ayant suivi au préalable une formation assurée par une PCR (Personne Compétente en Radioprotection). Cette formation obligatoire réglementairement et renouvelée tous les 3 ans a pour objectif principal d'informer les utilisateurs sur les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants, leur transmettre

les règles de prévention et les former aux procédures de travail dans la pièce radioactivité ainsi qu'à la conduite à tenir en cas d'incident ou d'accident.

- Les utilisateurs doivent prendre connaissance et respecter le règlement interne de radioprotection.
- Pour obtenir une autorisation d'accès à la pièce radioactivité les utilisateurs doivent fournir au SCR un certificat médical de non contre-indication à l'exposition aux rayonnements ionisants délivré par le médecin de prévention de l'organisme dont ils dépendent.
- L'accès à la pièce radioactivité se fait uniquement sur réservation *via* le site de réservation et au minimum une semaine avant la date prévue.
- L'accès à la pièce radioactivité est interdit en dehors des heures ouvrables et ce, sans dérogation possible, le travail isolé étant strictement interdit en zone surveillée.
- Les stagiaires de courte durée ne sont pas autorisés à manipuler la radioactivité, ils ne peuvent donc avoir accès à cette zone que sous la responsabilité d'un encadrant autorisé et à condition d'en faire la demande au SCR qui jugera des possibilités d'accès en fonction de l'occupation de la zone.

ii. Conditions d'accès à la zone déchets radioactifs du CRCT.

- La zone de stockage des déchets radioactifs au rez-de-chaussée du bâtiment est une zone réglementée conformément à l'arrêté zonage du 15 mai 2006.
- En conséquence l'accès à cette zone est réglementé. Seuls les membres du SCR et les membres du service technique ont accès à cette zone.
- La gestion des déchets radioactifs est coordonnée par l'ingénieur radioprotection (IRad) conformément à la réglementation en vigueur.

iii. Conditions d'accès à la zone confinée L3 du CRCT.

- L'accès à la zone confinée L3 du CRCT est réglementé. Cet accès est géré par le plateau de vectorologie qui délivre une autorisation d'accès nominative.
- L'accès à cette zone est réservé uniquement aux personnes ayant suivi au préalable une formation assurée par un personnel permanent du plateau de vectorologie. Cette formation a pour objectif principal de former les utilisateurs aux procédures de travail en zone confinée de niveau 3 et de connaître la conduite à tenir en situation d'urgence ou en cas d'accident.
- Les utilisateurs doivent prendre connaissance et respecter le règlement intérieur spécifique au plateau de vectorologie. Ils doivent retourner une copie signée au responsable du plateau avant leur première utilisation en autonomie de la zone confinée.
- Les utilisateurs s'engagent à suivre scrupuleusement l'ensemble des procédures établies et, ce, quelle que soit la nature de l'OGM manipulé.
- Les utilisateurs doivent fournir au responsable du plateau la déclaration HCB et toutes les mises à jours ultérieures qui concerne les OGM manipulés en zone L3 ainsi que le numéro d'agrément de l'équipe, et ce avant la manipulation en zone confinée des OGM concernés.

- L'accès à la zone confinée se fait uniquement sur réservation *via* le site de réservation et au minimum une semaine avant la date prévue. Les utilisateurs doivent impérativement respecter leurs horaires de réservation. Dans le cas de retards répétés, l'autorisation d'accès à la zone confinée de la personne concernée pourra être suspendue momentanément ou définitivement.
- L'accès à la zone confinée est interdit en dehors des heures ouvrables et ce, sans dérogation possible, le travail isolé étant strictement interdit en confinement L3.
- L'accès à la zone confinée est autorisé pour les stagiaires de courte durée uniquement s'ils sont accompagnés d'un encadrant qui possède une autorisation d'accès à cette zone. Les stagiaires de courte durée n'ont, en aucun cas, l'autorisation de manipuler en zone L3.
- Lors de la première utilisation, les utilisateurs doivent fournir un certificat médical d'aptitude délivré par le médecin de prévention de l'organisme dont ils dépendent. Les utilisateurs réguliers de la zone L3 doivent avoir un suivi médical annuel.

iv. Conditions d'accès aux zones confinées L2 du CRCT

Le CRCT dispose de plusieurs zones de confinement L2 (1 Zone L2 dans chaque module de recherche et 2 zones L2 à l'étage des plateaux techniques 1^{er} étage). L'accès des zones de confinement L2 est réglementé :

- Les utilisateurs doivent fournir, avant toute manipulation au responsable L2 et Chargé de Prévention, la liste des agents biologiques et techniques utilisés en zone L2 ainsi que les numéros et déclaration d'agrément à jour s'ils manipulent des OGM
- Les utilisateurs devront suivre avec les responsables L2 de la zone concernée, une formation lui permettant d'acquiescer les procédures de travail et de connaître la conduite à tenir en situation d'urgence ou en cas d'accident. Cette formation sera renseignée et validée dans le passeport de formation.

Les utilisateurs s'engagent à suivre scrupuleusement l'ensemble des procédures établies. En cas de non-respect, l'utilisateur pourra se voir refuser l'accès en zone L2.

VI. ACCES AUX ZONES DE STATIONNEMENT ET LOGISTIQUE.

i. Le parking

Le bâtiment Inserm possède une zone de stationnement sous-terrain. Cette zone de stationnement prévoit des places réservées aux personnels du CRCT, aux personnels du CREFRE, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux visiteurs extérieurs.

L'accès au parking du CRCT est soumis à autorisation.

- L'accès au parking pour les personnels du CRCT

L'accès au parking pour un personnel de l'Unité est conditionné à l'autorisation obtenue par le responsable hiérarchique sur le quota de place qui est attribué à chaque équipe. Ce quota, déterminé au début de chaque année en Conseil de Laboratoire, est fonction du nombre d'ETP de chaque équipe et du nombre de places de parking disponible. En dehors de la priorité qui doit être donnée pour les personnes à mobilité réduite titulaires d'une carte de stationnement dédiée, il n'est pas déterminé au niveau du Centre de critères particuliers pour l'attribution des places de parking, chacun des responsables d'équipes ayant la responsabilité de

déterminer ses critères d'arbitrage. Les personnels de l'Unité n'ayant pas d'accès au parking sous-terrain du bâtiment pourront stationner leur véhicule sur le parking public de l'IUCT-O. Tout personnel s'étant vu attribuer par son responsable d'équipe un accès au parking pourra y accéder au moyen de son badge personnel qui sera spécifiquement paramétré. Les badges étant nominatifs et personnels, il est formellement interdit de les échanger entre agents, même en cas d'absence du titulaire. Tout personnel titulaire d'une autorisation d'accès au parking et utilisant son badge pour permettre l'accès à un tiers non autorisé se verra retirer son accès au parking, l'équipe de rattachement perdant par là même sa place jusqu'à la fin de l'année en cours. Egalement, tout personnel titulaire d'un accès parking et stationnant son véhicule sur une place non autorisée (CREFRE, visiteurs, personne à mobilité réduite) se verra retirer son accès.

- L'accès aux places de parking visiteurs pour les personnes extérieures à l'Unité L'accès aux places de parking visiteurs pour les personnes extérieures à l'Unité est soumise à demande préalable d'accès à solliciter suffisamment tôt auprès de la Direction du CRCT. Cette demande préalable est à soumettre par le visiteur ou par le personnel de l'Unité recevant le visiteur. Les places visiteurs sont strictement réservées aux extérieurs, il est interdit aux agents de l'Unité d'y stationner leurs véhicules.

Les places visiteurs sont strictement dédiées aux extérieurs ayant des charges lourdes et volumineuses à transporter : le détail de ces charges devra impérativement être spécifié lors de la demande d'autorisation d'accès auprès de la Direction. Les visiteurs extérieurs n'ayant pas de charges répondant à cette typologie devront stationner sur le parking public de l'IUCT-O.

- L'accès aux places réservées aux personnes à mobilité réduite (PMR) L'accès aux places spécifiquement réservées aux personnes à mobilité réduite est strictement réservé aux personnes titulaires de la carte de stationnement PMR. Tout personnel de l'Unité titulaire de cette carte de stationnement se verra automatiquement attribuer par la Direction une autorisation d'accès pour les places matérialisées PMR. Dans le cas où le nombre de places PMR serait insuffisant, la Direction pourra demander au responsable de l'équipe de rattachement du titulaire de la carte de stationnement de réserver un accès sur le quota de places attribuées à l'équipe.

Tout agent CRCT titulaire d'un accès au parking mais ne bénéficiant pas d'une carte de stationnement PMR et stationnant son véhicule sur une place PMR se verra retirer son accès parking, l'équipe de rattachement perdant par là même sa place jusqu'à la fin de l'année en cours.

ii. La zone logistique

La zone logistique du bâtiment, accessible par l'accès contrôlé à la voie pompiers de l'IUCT-O (voie pompiers dont les règles d'utilisation doivent être strictement respectées, notamment l'interdiction formelle d'y stationner), est strictement dédiée aux activités logistiques du CRCT et du CREFRE. Toute utilisation de cette zone logistique pour le stationnement des véhicules autres que les véhicules de livraison, de service, de techniciens de maintenance ou de commerciaux effectuant une livraison et commerciaux est interdite.

iii. Stationnement devant le Centre

Le stationnement devant le Centre sur l'avenue Hubert Curien et principalement sur les passages piétons et piste cyclable est strictement interdit (arrêt ou stationnement dangereux, gênant ou abusif, article R417 du Code de la Route).

VII. LES HORAIRES DE TRAVAIL.

Le règlement intérieur fixe les modalités de mise en œuvre de certaines dispositions relatives à l'aménagement et à la réduction du temps de travail. Il a également pour objet de fixer les modalités d'accès et de fonctionnement du Centre.

- i. Champ d'application. Ces modalités s'appliquent à l'ensemble des personnels conformément au statut prévu par leur employeur. Pour les personnels non Inserm, les modalités de l'établissement de rattachement seront observées.
- ii. Durée hebdomadaire du travail. La durée hebdomadaire du travail effectif est égale à :
 - 38 heures 30 minutes pour les personnels Inserm
 - 35 heures pour les agents UPS
 - 38 heures 30 minutes pour les agents CNRS
 - 35 heures pour les agents CHU Toulouse
 - 35 heures annualisées pour les agents ICR

L'aménagement du temps de travail est soumis à autorisation du responsable d'équipe ou du Pôle Technologique ou des services supports et à déclaration auprès des services administratifs du Centre et de l'organisme de rattachement. L'aménagement du temps de travail est fonction des impératifs de service et des modalités des organismes de rattachement.

- iii. Durée journalière et horaires de travail. La durée quotidienne de travail ne peut excéder 10 heures. Une pause méridienne dont la durée doit être comprise entre 45 minutes et 2 heures est obligatoire. Les horaires de fonctionnement de l'Unité sont de 7h30 à 19h30 les jours ouvrables.
- iv. Travail en dehors des horaires et jours ouvrables. Le travail en horaires décalés est, par principe, interdit. En fonction des activités particulières liées à la recherche, les agents peuvent être amenés à travailler en dehors des horaires et jours ouvrables définis dans le présent règlement. Toute activité pratiquée en dehors des horaires de fonctionnement doit faire l'objet d'une autorisation préalable, écrite, motivée, nominale et limitée dans le temps, délivrée par la Direction. Toute personne autorisée à venir travailler en horaires décalés devra obligatoirement s'inscrire sur le registre de sécurité de l'Unité. Seuls les personnels statutaires, les personnels contractuels (doctorants, chercheurs, ingénieurs, techniciens) peuvent être autorisés exceptionnellement à réaliser un travail en horaires décalés. Les stagiaires, de quelques niveaux qu'ils soient, ne peuvent venir travailler en horaires décalés qu'accompagnés de leur maître de stage autorisé de l'équipe. Dans tous les cas, les personnels exceptionnellement autorisés à travailler en horaires décalés doivent respecter les consignes d'hygiène et de sécurité de l'Unité.
- v. Travail isolé. La réglementation interdit le travail isolé pour les activités s'inscrivant dans la liste des travaux dangereux comme la manipulation des radioéléments et la mise en œuvre de micro-organismes à risque infectieux.
- vi. Gestion des congés. La gestion des congés annuels et des jours d'ARTT s'inscrit dans le cadre d'une organisation collective de travail applicable à l'ensemble des agents de

l'unité de travail concernée. Tous les agents, quelles que soient les modalités particulières de leur établissement de rattachement, doivent préalablement déclarer leurs congés auprès de leur supérieur hiérarchique (responsable d'équipe, Directeur Pôle Technologique, Directeur administratif) qui validera la demande en fonction des besoins de service ou de l'équipe et sera en mesure d'en assurer un suivi tout au long de l'année.

vii. Missions et déplacements.

- Déplacements dans la résidence administrative (Toulouse). Les déplacements du personnel à l'intérieur de la résidence administrative ne nécessitent pas l'établissement d'un ordre de mission. Cependant, l'agent, pour tout déplacement dans la résidence administrative au titre de son activité principale de recherche, et afin d'être couvert en cas d'incident ou d'accident, doit le signaler par courrier électronique à son supérieur hiérarchique ou par défaut au Directeur Administratif. En l'absence de réponse négative de la part du supérieur hiérarchique, la demande est considérée comme acceptée. En cas d'accident corporel, si le supérieur hiérarchique a autorisé ou ne s'est pas opposé au déplacement, l'accident sera considéré comme accident de service dont la prise en charge pourra être assurée après déclaration auprès de l'organisme employeur de l'agent.

Pour les déplacements dans la résidence administrative, les transports en commun sont à privilégier : leur utilisation peut ouvrir droit à un remboursement des frais sur présentation des preuves de transport et d'un état de frais récapitulatif. Les agents sont néanmoins autorisés, pour leurs déplacements dans la résidence administrative, à utiliser leur véhicule personnel. En cas d'accident, le CRCT et ses organismes de tutelle ne couvrent pas les dommages matériels que pourrait subir le véhicule personnel de l'agent autorisé à se déplacer. Il est donc conseillé à l'agent de souscrire, dans l'assurance personnelle de son véhicule, une couverture pour les déplacements domicile et trajets travail.

- Tout agent en déplacement hors de la résidence administrative (Toulouse) pour l'exercice de ses fonctions doit être en possession d'un ordre de mission établi préalablement au déroulement de la mission. L'ordre de mission est obligatoire administrativement et juridiquement puisqu'il assure la couverture de l'agent au regard de la réglementation sur les accidents de service. L'établissement préalable de l'ordre de mission permettra également le remboursement des frais éligibles contractés par l'agent lors de son déplacement selon les modalités prévues par la réglementation applicable en la matière. Préalablement à leur départ en mission, les agents sont tenus de s'informer auprès de leur gestionnaire de la nature des frais éligibles au remboursement dans le cadre de leur mission. La situation politique et sécuritaire dans certains pays comporte des risques d'atteinte à la sécurité des individus. Il est rappelé à tous les personnels ayant prévu des déplacements à l'étranger pour des raisons professionnelles d'observer les recommandations élémentaires de prudence qui leur sont dispensées par les autorités et sur le site Internet du Ministère des Affaires Etrangères. Dans tous les cas les

personnels doivent se conformer aux instructions et procédures émises par le Fonctionnaire Sécurité Défense de l'Inserm et de leur organisme employeur.

VIII. RESPECT DE LA CHARTE DE LA LAÏCITE DANS LES SERVICES PUBLICS.

- i. La circulaire du premier Ministre n°5209 du 13 avril 2007 précise le contenu de la Charte de la laïcité dans les services publics. Le principe républicain de laïcité doit être respecté dans les services publics qui en assurent donc la garantie et en appliquent les obligations. Concernant les agents publics, la Charte précise :
 - « *Tout agent public a un devoir de stricte neutralité. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.*
 - *Le fait pour un agent public de manifester ses convictions religieuses dans l'exercice de ses fonctions constitue un manquement à ses obligations.*
 - *Il appartient aux responsables des services publics de faire respecter l'application du principe de laïcité dans l'enceinte de ses services.*
 - *La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service. »*
- ii. Le respect des principes de laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics impose donc aux agents publics de ne pas extérioriser, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, leurs convictions religieuses. De fait, toute manifestation de conviction religieuse dans le cadre du service est interdite et le port de signes religieux revêtant un caractère ostentatoire ou revendicatif l'est aussi.
- iii. Conformément à la législation en vigueur, sont considérés comme agents publics : tous les personnels du Centre, fonctionnaires, contractuels, étudiants et stagiaires, dont les contrats sont établis par un organisme public.

IX. CONDITIONS D'UTILISATION DES LISTES DE DIFFUSION ELECTRONIQUES DU CRCT ET DE SES ETABLISSEMENTS DE TUTELLE.

- i. Dispositions générales. Les listes de diffusion électroniques liste.crct@inserm.fr et les listes spécifiques liste.crct-...@inserm.fr sont soumises à la législation française en vigueur régissant notamment :
 - la protection de la propriété intellectuelle,
 - la protection des droits de la personnalité et le respect de la vie privée,
 - le droit de la presse et de la communication,
 - la protection des données nominatives (loi informatique et libertés),
 - le respect de la dignité humaine, des bonnes mœurs, des valeurs démocratiques,
 - la neutralité.
- ii. Responsabilités. La responsabilité de l'utilisateur est engagée lorsqu'une liste de diffusion électronique du CRCT est utilisée pour publier et transmettre des informations. Tout utilisateur d'une liste de diffusion électronique du CRCT ne doit pas perdre de vue le caractère public des messages adressés à cette liste. Le fait de poster un message dans une liste de diffusion électronique du CRCT constitue une autorisation explicite de diffusion et de reproduction de son contenu et engage la responsabilité de l'utilisateur ayant posté et diffusé le message. Tout usage non professionnel de type commercial, publicitaire, politique, syndical ou religieux des listes de diffusion électroniques du CRCT est interdit. La responsabilité civile et pénale

de tout utilisateur contrevenant à ces règles peut être engagée en cas de diffusion de messages illicites.

X. RESPECT DE LA CHARTE DE L'UTILISATEUR DES RESSOURCES INFORMATIQUES ET DES SERVICES INTERNET DE L'INSERM.

Outre les dispositions rappelées ci-dessus (11-VI), tous les personnels du CRCT doivent se conformer aux dispositions de la charte de l'utilisateur des ressources informatiques et des services Internet de l'Inserm qui figure en annexe 5 du présent Règlement Intérieur.

15. La formation continue des personnels

I. ENGAGEMENT DU CENTRE.

La formation de toutes les catégories de personnels du Centre est encouragée, afin de permettre à ses membres de bénéficier de toutes les évolutions conceptuelles, méthodologiques et technologiques utiles à leurs travaux ou leur promotion personnelle.

II. MODALITES D'INSCRIPTIONS AUX ACTIONS DE FORMATION.

Toutes les demandes de formation sont visées par le Directeur ou par le responsable hiérarchique de l'agent demandeur à qui le Directeur a délégué sa signature après avis du responsable d'équipe, du Pôle technologique ou des services supports. Les demandes sont obligatoirement transmises et validées par le bureau / service de la formation dont relèvent les agents.

16. Visibilité du Centre, de ses tutelles et diffusion des résultats scientifiques

I. VISIBILITE.

Tous les supports de communication impliquant le Centre (papier à lettres, courriels professionnels, plaquettes, contacts extérieurs, communication avec les médias, etc...) doivent obligatoirement mentionner le Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse ainsi que ses organismes de tutelle. Les éléments relatifs à la charte graphique du Centre sont fournis sur le site Internet du CRCT.

II. DIFFUSION DES RESULTATS SCIENTIFIQUES.

Chacun est tenu de respecter la confidentialité des travaux qui lui sont confiés ainsi que ceux de ses collègues. Chacun est tenu de respecter la confidentialité des travaux menés au sein du Centre et dont il est amené à prendre connaissance au cours des réunions scientifiques du CRCT. L'autorisation écrite du responsable scientifique direct est obligatoire pour toute présentation et diffusion des activités scientifiques du Centre à l'extérieur.

III. MENTIONS ET DENOMINATION DU CENTRE ET DE SES TUTELLES.

Les publications impliquant des travaux menés au sein du Centre ou par des agents du Centre en collaboration extérieure doivent obligatoirement mentionner le CRCT ainsi que ses organismes de tutelle. Les instructions à suivre pour la signature des publications scientifiques sont précisées dans la Charte des publications AVIESAN dont l'extrait figure en annexe 9 du présent Règlement.

IV. RAPPEL DES REGLES INTERNATIONALES⁵ SUR LA DEFINITION DE LA QUALITE D'AUTEUR ET SUR L'ORDRE DES AUTEURS PARMIS LES SIGNATAIRES DE L'ARTICLE.

⁵ Références des règles internationales reconnues par AVIESAN :

- Définition de la qualité d'auteur. Un auteur doit remplir les conditions suivantes :
 1. Avoir joué un rôle substantiel dans la conception du projet et du protocole expérimental, l'acquisition des résultats ou l'analyse et l'interprétation des résultats
 2. Avoir écrit la première version de l'article ou participé à la révision critique du contenu intellectuel
 3. Approuver la version finale publiée et assumer la responsabilité du contenu.

L'acquisition des financements du projet, la mise à disposition de locaux, la Direction de l'Unité de recherche ne justifient pas en elles-mêmes la qualité d'auteur. La contribution au travail sous forme d'exécution de tâches définies purement techniques, d'aide à la rédaction, de collecte de données, de don de matériel, de soutien financier, doit être reconnue dans les remerciements. Le rôle des personnes remerciées doit être précisé et les auteurs sont responsables de l'obtention de l'autorisation écrite de ces personnes qui peuvent être amenées à signer les formulaires de soumission des articles.
- Ordre des auteurs parmi les signataires de l'article. L'ordre des auteurs doit refléter l'importance de la contribution de chacun. L'ordre des signatures doit être une décision commune de tous les auteurs qui doivent pouvoir l'expliquer. Le premier auteur doit être celui dont la contribution a été la plus importante et le dernier auteur doit être celui qui a guidé le projet.

V. LE CAHIER DE LABORATOIRE.

Tous les personnels de recherche du Centre doivent tenir un cahier de laboratoire fourni par la tutelle principale du Centre. Le CRCT ayant 3 tutelles administratives, les cahiers de laboratoire des personnels du CRCT appartiennent en copropriété à l'Inserm, l'Université Toulouse III-Paul Sabatier et le CNRS (pour les équipes labellisées ERL5294). Tous les personnels de recherche du Centre ont la responsabilité de leurs cahiers de laboratoire dans lesquels ils rapportent la totalité des travaux menés ainsi que leurs résultats. Le cahier de laboratoire garantit le suivi et la protection des résultats qui y sont consignés. Le Responsable d'équipe est responsable de la tenue et du suivi des cahiers de laboratoire de son équipe ; le Directeur du CRCT est responsable de la conservation par l'Unité de tous les cahiers de laboratoire.

La copie pour l'usage personnel des rédacteurs du cahier de laboratoire est autorisée. La reproduction de tout ou partie du cahier de laboratoire pour toute autre personne que le rédacteur ne peut se faire qu'avec l'autorisation écrite du Directeur du CRCT.

VI. RESTITUTION DU CAHIER DE LABORATOIRE.

Tout agent quittant le Centre doit obligatoirement remettre ses cahiers de laboratoire à son Chef d'équipe ou responsable direct. Tout Chef d'équipe amené à quitter le Centre pour rejoindre un autre établissement de recherche de même tutelle principale que le CRCT conserve ses cahiers de laboratoire. Tout Responsable d'équipe amené à quitter le Centre pour

-
- Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals : Writing and Editing for Biomedical Publication
 - World Association of Medical Editors
 - European Association of Science Editors
 - Committee on Publication Ethics
 - Council of Science Editors

rejoindre un autre établissement de recherche de tutelle principale différente du CRCT remet ses cahiers de laboratoire au Directeur du Centre. Dans ce cas présent, le Directeur du Centre peut, à la demande du Chef d'équipe et après accord de la tutelle principale du Centre, laisser les cahiers de laboratoire à la disposition du Responsable d'équipe partant.

ANNEXES

Table des annexes :

1/ Tableau de correspondance des ETP applicable pour les recensements et statistiques du CRCT.....	35
2/Composition de l'ERL 5294 CNRS.....	36
3/ Organigramme du CRCT.....	37
4/ Charte pour l'usage de ressources informatiques et de services internet.....	39
5/ Charte d'existence et de fonctionnement d'une « équipe émergente » au sein d'une structure mixte de recherche.....	43
6/ Extrait de la Charte AVIESAN pour la signature (adresses et affiliations) des publications scientifiques.....	46
7/ Charte du Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail.....	48
8/ Principes pour la mise en place du télétravail au CRCT.....	51

❖ **Annexe 1 : Tableau de correspondance des Equivalents Temps Plein (ETP) applicable pour les recensements et statistiques du CRCT**

Type de personnel	ETP
Chercheur statutaire : DR, CR	1
Enseignants-Chercheurs : PU, MCU et autres « ...U... »	0,5
Praticiens hospitaliers : PH, PU-PH, MCU-PH et autres « ...H... » et « ...U-PH »	0,3
Enseignant-Chercheur / Praticien hospitalier exerçant les responsabilités de responsable d'équipe	0,7
Ingénieurs et techniciens	1
Post-Doctorants	1
Doctorants	1
Stagiaires	0

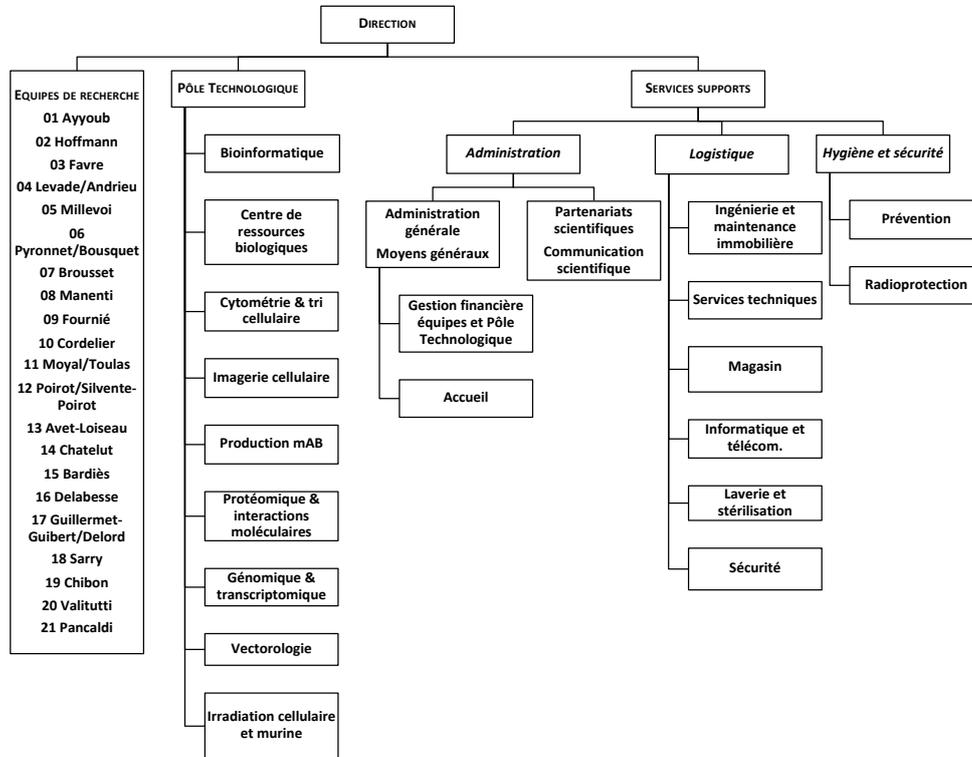
❖ **Annexe 2 : Composition de l'ERL 5294 (Equipe de Recherche Labellisée, CNRS)**

- Equipe 02 J.-S. Hoffmann
- Equipe 03 G. Favre
- Equipe 08 S. Manenti
- Equipe 09 J.-J. Fournié

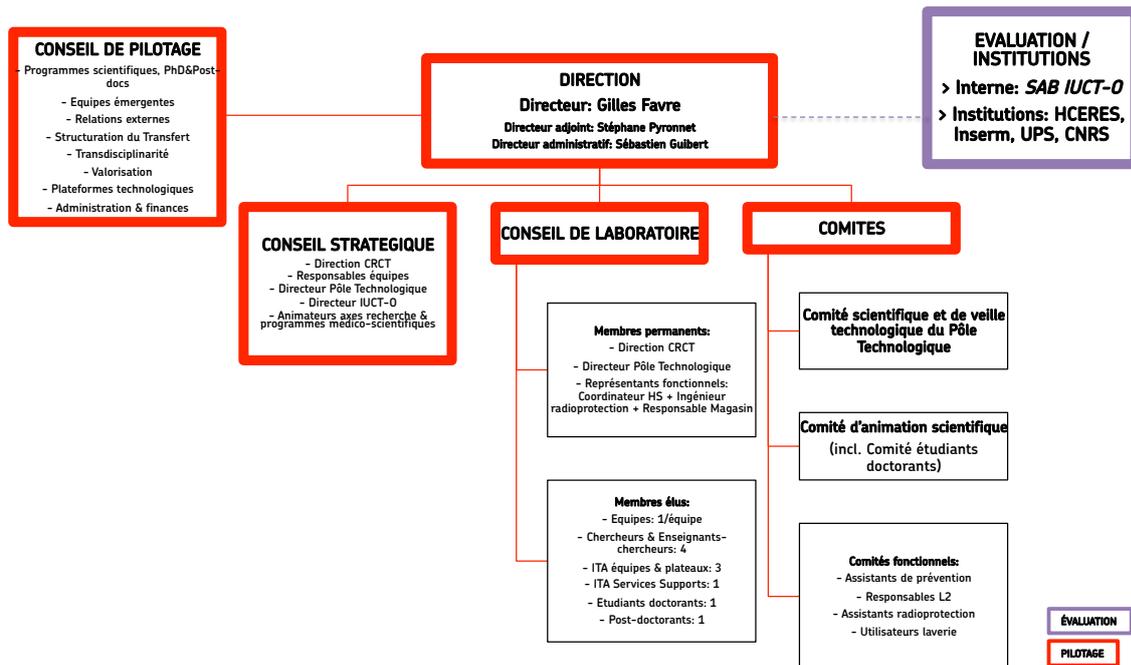
❖ Annexe 3 : Organigramme du CRCT

3.1 : organigramme structurel du CRCT

ORGANIGRAMME STRUCTUREL



3.2 : organigramme décisionnel du CRCT



❖ Annexe 4 : Charte pour l'usage de ressources informatiques et de services internet

Ce texte, associé au règlement intérieur des entités, a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs en accord avec la législation, afin d'instaurer un usage conforme des ressources informatiques et des services Internet relevant de l'Inserm et le cas échéant d'autres établissements. Ces ressources et services constituent un élément important du patrimoine scientifique et technique de l'Inserm.

Le bon fonctionnement du système d'information suppose le respect des dispositions législatives et réglementaires qui s'imposent et notamment la sécurité, la performance des traitements et la conservation des données professionnelles.

1. Définitions

On désignera de façon générale sous le terme « *ressources informatiques* » : les réseaux, les moyens informatiques de calcul ou de gestion locaux, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau de l'entité, les logiciels, les applications, les bases de données...

On désignera par « *services Internet* » : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses : web, messagerie, forum, téléphonie IP (Internet Protocol), visioconférence...

On désignera sous le terme « *utilisateur* » : la personne ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et services Internet quel que soit son statut.

On désignera sous le terme « *entité* » : toutes les entités créées par l'Inserm pour l'accomplissement de ses missions, notamment telles que les Unités de recherche propres ou mixtes ainsi que les services et directions administratives.

2. Accès aux ressources informatiques et services Internet

L'utilisation des ressources informatiques et l'usage des services Internet ainsi que du réseau pour y accéder sont destinés à l'activité professionnelle des utilisateurs conformément à la législation en vigueur. L'activité professionnelle doit être entendue comme celle définie par les textes spécifiant les missions de l'Inserm.

L'utilisation des ressources informatiques partagées de l'entité et la connexion d'un équipement privé et extérieur (tels qu'un ordinateur, commutateur, modem, borne d'accès sans fil...) sur le réseau sont soumises à autorisation du responsable de l'entité et aux règles de sécurité de l'entité. Ces autorisations sont strictement personnelles et ne peuvent en aucun cas être cédées, même temporairement, à un tiers. Elles peuvent être retirées à tout moment. Toute autorisation prend fin lors de la cessation de l'activité professionnelle qui l'a justifiée.

L'entité peut en outre prévoir des restrictions d'accès spécifiques à son organisation (certificats électroniques, cartes à puce d'accès ou d'authentification, filtrage d'accès sécurisé,...).

3. Règles d'utilisation et de sécurité

Tout utilisateur est responsable de l'usage des ressources informatiques auxquelles il a accès.

L'utilisation de ces ressources doit être rationnelle et loyale afin d'en éviter la saturation ou leur détournement à des fins personnelles. En particulier :

3.1 Règles de sécurité

- il doit appliquer les recommandations de sécurité de l'entité à laquelle il appartient et notamment se conformer aux dispositifs mis en place par l'entité pour lutter contre les virus et les attaques par programmes informatiques,
- il lui appartient de protéger ses données en utilisant différents moyens de sauvegarde individuels ou mis à sa disposition,
- il doit assurer la protection de ses informations et plus particulièrement celles considérées comme sensibles au sens de la politique de sécurité des systèmes d'informations (PSSI de l'Inserm). En particulier, il ne doit pas transporter sans protection (telle qu'un chiffrement) des données sensibles sur des supports non fiabilisés tels que ordinateurs portables, clés USB, disques externes, etc... Ces supports qualifiés d'« informatique nomade » introduisent une vulnérabilité des ressources informatiques et comme tels doivent être soumis aux règles de sécurité de l'entité et à une utilisation conforme aux dispositions de la présente charte,
- il doit garantir l'accès à tout moment à ses données professionnelles dans le cadre de la politique de recouvrement⁶ de données mise en œuvre au sein de l'entité,
- il ne doit pas quitter son poste de travail ni ceux en libre-service en laissant des ressources ou services accessibles.

3.2 Règles d'utilisation

⁶ Le recouvrement est le dispositif de secours permettant à une personne habilitée d'accéder à des données lorsque le mécanisme principal n'est plus utilisable (perte ou destruction de clé, oubli de mot de passe,...) ou en cas d'empêchement de l'agent détenteur.

- Toute information est professionnelle à l'exclusion des données explicitement désignées par l'utilisateur comme relevant de sa vie privée. Ainsi, il appartient à l'utilisateur de procéder au stockage éventuel de ses données à caractère privé dans des répertoires explicitement prévus à cet effet et intitulés « privé ». La protection et la sauvegarde régulière des données de ces dossiers incombent à l'utilisateur, la responsabilité de l'entité ne pouvant être engagée quant à la conservation de cet espace,
- il doit suivre les règles en vigueur au sein de l'entité pour toute installation de logiciel et ne pas télécharger ou utiliser de logiciels ou progiciels sur le matériel de l'entité sans autorisation explicite. Notamment, il ne doit pas installer de logiciels à caractère ludique, ni contourner les restrictions d'utilisation d'un logiciel. Les logiciels doivent être utilisés dans les conditions des licences souscrites,
- il doit veiller à la protection des différents moyens d'authentification personnels. En particulier, il doit choisir des mots de passe sûrs, gardés secrets et en aucun cas il ne doit les communiquer à des tiers. Si pour des raisons exceptionnelles et ponctuelles, un utilisateur se trouve dans l'obligation de communiquer son mot de passe, il devra veiller dès que possible au changement de ce dernier.
- il doit signaler toute tentative de violation de son compte et, de façon générale, toute anomalie qu'il peut constater,
- il s'engage à ne pas mettre à la disposition d'utilisateur(s) non autorisé(s) un accès aux ressources informatiques ou aux services internet, à travers des matériels dont il a l'usage,
- il ne doit pas utiliser ou essayer d'utiliser des comptes autres que le sien ou masquer son identité,
- il ne doit pas accéder aux informations et documents conservés sur les ressources informatiques autres que ceux qui lui sont propres, et ceux qui sont publics ou partagés. Il ne doit pas tenter de les lire, modifier, copier ou détruire, même si l'accès est techniquement possible.

4. Respect de la loi informatique et libertés

Si, dans l'accomplissement de son travail, l'utilisateur est amené à constituer des fichiers soumis aux dispositions de la loi informatique et libertés, il doit accomplir les formalités requises par la CNIL par l'intermédiaire de la direction des systèmes d'information de l'Inserm en concertation avec le directeur de son entité et veiller à un traitement des données conforme aux dispositions légales. Il est rappelé que cette procédure n'est valable que pour le traitement défini dans la demande et pas pour le fichier lui-même.

5. Respect de la propriété intellectuelle

L'utilisateur ne doit pas reproduire, télécharger, copier, diffuser, modifier ou utiliser les logiciels, bases de données, pages web, images, photographies ou autres créations protégées par le droit d'auteur ou un droit privatif, sans avoir obtenu préalablement l'autorisation des titulaires de ces droits.

6. Préservation de l'intégrité des ressources informatiques

L'utilisateur s'engage à ne pas apporter volontairement des perturbations au bon fonctionnement des ressources informatiques et des réseaux que ce soit par des manipulations anormales du matériel, ou par l'introduction de logiciels parasites connus sous le nom générique de virus, chevaux de Troie, bombes logiques...

Tout travail de recherche ou autre, risquant de conduire à la violation de la règle définie dans le paragraphe précédent, ne pourra être accompli qu'avec l'autorisation du responsable de l'entité et dans le strict respect des règles qui auront alors été définies.

7. Usage des services Internet (web, messagerie, forum, téléphonie IP...)

7.1 Internet

Internet est un outil de travail ouvert à des usages professionnels dont l'utilisation doit respecter des principes généraux et des règles propres aux divers sites qui les proposent, ainsi que dans le respect de la législation en vigueur.

En particulier, l'utilisateur :

- ne doit pas se connecter ou essayer de se connecter sur un serveur autrement que par les dispositions prévues par ce serveur ou sans y être autorisé par les responsables habilités,
- ne doit pas se livrer à des actions mettant sciemment en péril la sécurité ou le bon fonctionnement des serveurs auxquels il accède,
- ne doit pas usurper l'identité d'une autre personne et il ne doit pas intercepter de communications entre tiers,
- ne doit pas utiliser ces services pour proposer ou rendre accessibles aux tiers des données et informations confidentielles ou contraires à la législation en vigueur,
- ne doit pas déposer des données sur un serveur interne ou ouvert au grand public (google, free, orange, ...) ou sur le poste de travail d'un autre utilisateur sans y être autorisé par les responsables habilités,
- doit faire preuve de la plus grande correction à l'égard de ses interlocuteurs dans les échanges électroniques par courrier, forums de discussions...,

- n'émettra pas d'opinions personnelles étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice à l'Inserm,
- doit s'imposer le respect des lois et notamment celles relatives aux publications à caractère injurieux, raciste, pornographique, diffamatoire.

L'entité ne pourra être tenue pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé à ces règles.

7.2 Messagerie électronique

La messagerie électronique est un outil de travail ouvert à des usages professionnels.

- Tout message sera réputé professionnel sauf s'il comporte une mention particulière et explicitée dans son objet indiquant son caractère privé ou s'il est stocké dans un espace privé de données.
- Chaque utilisateur doit organiser et mettre en œuvre les moyens nécessaires à la conservation des messages pouvant être indispensables ou simplement utiles en tant qu'éléments de preuve.
- La transmission de données classifiées⁷ est interdite sauf dispositif spécifique agréé et la transmission de données dites sensibles doit être évitée ou effectuée sous forme chiffrée.
- L'utilisateur doit veiller à ce que la diffusion des messages soit limitée aux seuls destinataires concernés afin d'éviter les diffusions de messages de masse, l'encombrement inutile de la messagerie ainsi qu'une dégradation du service.

L'évolution permanente des technologies de l'informatique met à disposition des utilisateurs de nouveaux services qui peuvent être accessibles depuis le réseau de leur entité.

Ces nouvelles technologies, qui peuvent présenter un risque de vulnérabilité particulier, ne peuvent être utilisées qu'après accord préalable du responsable de l'entité et dans le strict respect de la politique de sécurité des systèmes d'information.

8. Analyse et contrôle de l'utilisation des ressources

Pour des nécessités de maintenance et de gestion technique, de contrôle à des fins statistiques, de traçabilité, d'optimisation, de sécurité ou de détection des abus, l'utilisation des ressources informatiques et des services internet, ainsi que les échanges via le réseau peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable et notamment de la loi sur l'informatique et des libertés.

L'utilisateur dont le poste fait l'objet d'une maintenance à distance doit être préalablement informé.

Les personnels en charge des opérations de contrôle sont soumis à une obligation de confidentialité. Ils ne peuvent donc divulguer les informations qu'ils sont amenés à connaître dans le cadre de leur fonction, en particulier lorsqu'elles sont couvertes par les secrets des correspondances ou relèvent de la vie privée de l'utilisateur, dès lors que ces informations ne remettent en cause ni le bon fonctionnement technique des applications, ni leur sécurité, ni l'intérêt du service.

9. Traçabilité

L'Inserm est dans l'obligation légale de mettre en place un système de journalisation des accès Internet, de la messagerie et des données échangées.

Par conséquent des outils de traçabilité sont mis en place sur tous les systèmes d'information.

L'Inserm a procédé auprès de la CNIL à une déclaration qui mentionne notamment la durée de conservation des traces et durée de connexion, en application de la loi en vigueur.

10. Rappel des principales dispositions légales

Il est rappelé que l'ensemble des agents Inserm quel que soit leur statut est soumis à la législation française en vigueur et notamment :

- la loi du 29 juillet 1881 modifiée sur la liberté de la presse,
- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- la législation relative aux atteintes aux systèmes de traitement automatisé de données (art. L 323-1 et suivants du code pénal),
- la loi n° 94-665 du 4 août 1994 modifiée relative à l'emploi de la langue française,
- la loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique,
- les dispositions du code de propriété intellectuelle relative à la propriété littéraire et artistique.

11. Application

⁷ Il s'agit des données classifiées de défense qui couvrent le « confidentiel défense », le « secret défense » et le « très secret défense ».

La présente charte s'applique à l'ensemble des agents des entités de l'Inserm quel que soit leur statut, et plus généralement à l'ensemble des personnes, permanents ou temporaires qui utilisent, à quelque titre que ce soit, les ressources informatiques et services internet de l'entité, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance directement ou en cascade à partir du réseau de l'entité.

La charte doit être portée à la connaissance des personnes visées à l'alinéa précédent par tous moyens et notamment :

- par envoi sur messagerie lorsqu'un compte est ouvert pour un utilisateur, celui-ci devant déclarer avoir pris connaissance de la présente charte,
- par voie d'affichage dans les locaux de l'entité,
- par voie d'annexe au règlement intérieur de l'entité,
- ou par remise d'un exemplaire papier de la charte.

La charte peut être annexée aux contrats de travail et aux conventions de marché public dont l'exécution implique l'accès aux ressources informatiques et services internet de l'Inserm.

La présente charte est disponible en anglais. Seule la version française fait foi.

❖ **Annexe 5 : Charte d'existence et de fonctionnement d'une « équipe émergente » au sein d'une structure mixte de recherche.**

Direction du Soutien aux Laboratoires

Service

Affaire suivie par

Nadine Aymon
Tél. : + 33 5 61 55 84 41
Fax. : + 33 5 61 55 73 13
secrecherche@adm.ups-tlse.fr

Références
AV/CD/NA/2015-056



Note à l'attention de...

**Charte d'existence et de fonctionnement d'une « équipe émergente »
au sein d'une structure mixte de recherche**

Toulouse, le 30 septembre 2015

Est considérée comme « équipe émergente » une équipe de recherche non reconnue ou labellisée par un organisme national de recherche. Elle est constituée de chercheurs ou enseignants-chercheurs, ITA/BIATSS et étudiants engagés dans un même projet scientifique. Elle doit être composée d'au moins deux personnels permanents et consacrer un équivalent temps plein de recherche au projet scientifique qu'elle porte. Elle est obligatoirement rattachée à une structure mixte de recherche, et éventuellement à un département de recherche selon la constitution de la structure de recherche.

Il revient au Comité de Direction de discuter la légitimité de la création d'équipes émergentes et de leur évolution après avis du Conseil des chefs d'équipes et du Conseil de Laboratoire. Pour être créée une équipe devra :

1. avoir un programme scientifique et un porteur de projet identifié,
2. s'être présentée devant le conseil de chefs d'équipe pour évaluation,
3. disposer d'un financement contractuel suffisant pour mener à bien ses projets.

Peuvent être considérées comme « équipe émergente », une équipe externe accueillie dans la structure de recherche ou une équipe interne en émergence. L'équipe émergente sera accompagnée par la Direction pour constituer en cinq ans maximum une équipe de plein exercice de la structure de recherche. Le Directeur garantit à chaque équipe son indépendance scientifique.

L'« équipe émergente » doit être rattachée à une école doctorale de l'Université Paul Sabatier. Ce rattachement permettra d'accueillir des étudiants et de répondre aux appels d'offre pour les demandes de financement nécessitant une reconnaissance des équipes par les tutelles. L'organisation interne des équipes est laissée à l'initiative des chefs d'équipe, en accord avec l'ensemble de ses membres dans le respect des règles communes de la structure de recherche.

L'attribution de locaux et leur jouissance sera déterminée après avis du Conseil des chefs d'équipes et du comité de direction sur la base des règles décrites dans le règlement intérieur. Les tutelles en seront informées. L'équipe bénéficiera de l'ensemble des plateaux techniques de la structure ou du centre de recherche et aura accès aux locaux d'usage communautaires au même tarif et dans les mêmes conditions que les équipes labellisées.

Université Toulouse III - Paul Sabatier
bâtiment courrier
118 Route de Narbonne
31062 TOULOUSE CEDEX 9
www.univ-tlse3.fr



L'équipe émergente aura un budget distinct attribué par la structure de recherche suivant les règles décrites dans le règlement intérieur. Le budget récurrent de l'équipe émergente ainsi que ses financements extérieurs seront complètement indépendants et traités ainsi par la cellule de gestion de l'unité de recherche. L'équipe émergente sera soumise aux mêmes règles de prélèvements obligatoires que les autres équipes de la structure de recherche.

Chaque équipe est responsable de la rédaction et de la soumission de ses demandes de financements contractuels, toutefois, une stratégie de coordination en réponse à différents appels d'offres sera établie par la Direction après avis du conseil des chefs d'équipes.

La direction de l'unité doit, dans le cas des demandes de financements contractuels, impérativement recevoir une copie des projets scientifiques, être informée de l'issue de la demande et du suivi de la gestion des ressources et par son intermédiaire le Comité de Direction.

L'équipe sera évaluée à mi-parcours (2 ans) sur la base de la qualité de son activité et de la pertinence de son projet scientifique. Elle est donc intégralement responsable de la justification de son activité et de la présentation de ses résultats. Le comité d'évaluation pourra être composé de représentants des instances d'évaluation nationale des organismes de recherche, de représentants de la commission recherche du conseil académique de l'Université Paul Sabatier, de membres du conseil scientifique externe de l'unité (Scientific Advisory board s'il existe) et du conseil des chefs d'équipes de la structure de recherche.

Dans le cas d'une évaluation positive, l'équipe émergente présentera, devant les instances d'évaluation, une demande de création pour le mandat suivant. Dans le cas d'une évaluation négative, l'équipe émergente ne pourra pas déposer un projet de création dans le cadre du futur mandat et aura deux possibilités : (1) la dissolution de l'équipe et le redéploiement des personnels au sein de l'Institut sur la base de critères scientifiques et des besoins de l'ensemble des équipes, après avis des tutelles, (2) la sortie de l'Institut pour trouver une nouvelle affectation à l'extérieur à la fin du mandat en cours.

Le porteur de projet de l'équipe émergente pourra assister au Conseil des chefs d'équipe mais ne pourra prendre part à un vote.

La création de l'équipe émergente est soumise à la signature de cette charte par le porteur du projet et par la direction de la structure de recherche.

Armelle BARELLI

Alexis VALENTIN

Déléguée Régionale
Inserm Midi-Pyrénées, Limousin

Vice-Président
Délégué à la Recherche

XXX

Mme ou M.

Directrice/Directeur de ... UMR ...

Responsable de l'équipe

- ❖ Annexe 6 : extrait de la Charte AVIESAN pour la signature (adresses et affiliations) des publications scientifiques.

aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé



Charte des publications (Adresses – Affiliations)

2016



aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé



**Charte des publications
(Adresses – Affiliations)**

Pour tous les laboratoires mixtes avec l'université et/ou d'autres institutions, chacune des institutions (Université, EPST, EPIC,...) doit être identifiée dans les publications par une affiliation homogène.

Intitulé des institutions

Abrégé	Développé
CEA	COMMISSARIAT A L'ENERGIE ATOMIQUE ET AUX ENERGIES ALTERNATIVES
CNRS	CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
INRIA	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE EN INFORMATIQUE ET EN AUTOMATIQUE
INRA	INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE AGRONOMIQUE
INSERM	INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
IRD	INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT
	INSTITUT PASTEUR
	UNIVERSITE (suivre les recommandations de chaque université)
	COMUE (suivre les recommandations de chaque COMUE)
	CHRU (suivre les recommandations des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires)

Utiliser de préférence le mono-ligne avec la « virgule » comme séparateur de chaque institution.

COMUE, Université, Institution 1, Institution 2, intitulé du laboratoire ou du Centre, ville, pays

ou, par exemple :

Nom du laboratoire, Tutelle 1, Tutelle 2,..., Université Paris-Saclay, ville, pays

Les intitulés d'organismes ne doivent pas être traduits en anglais, l'ordre hiérarchique peut être descendant ou montant selon les éditeurs ou les recommandations de chaque ComUE. Si l'éditeur n'accepte pas d'abréviation, utiliser l'intitulé développé **unique** comme indiqué dans le tableau précédent.

A titre d'exemples :

Structure mixte CEA, INSERM et Université Paris Sud dans la COMUE Paris-Saclay :

Auteur X₁,

₁ Imagerie et Psychiatrie, Université Paris Sud, INSERM, CEA, Université Paris-Saclay, Orsay, France

Structure mixte Institut Pasteur et Inserm :

Auteur X₁,

₁ Institut Pasteur, INSERM, Unite Defense Innee & Inflammation, Paris, France

Structure mixte CNRS, INSERM et Université :

Auteur X₁,

₁ Université de Strasbourg, CNRS, INSERM, Inst Genet & Biol Mol & Cellulaire, Illkirch Graffenstaden, France

Structure mixte INRA, Etablissement National d'Enseignement Supérieur Agronomique et Université :

Auteur X₁,

₁ Université de Bourgogne, ENESA, INRA, Unité Flaveur, vision et comportement du consommateur, Dijon, France

❖ Annexe 7 : Charte du Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail.

L'Inserm a mis en place dans chacune de ses circonscriptions, un comité spécial d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CSHSCT)

Le comité spécial d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CSHSCT) a pour mission d'analyser les risques et de proposer des actions de prévention des risques professionnels, ce qui implique un rôle de prévention des risques, de surveillance et de contrôle du respect de la réglementation.

Le décret n°2011-774 du 28 mai 2011 sur l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique et sa circulaire d'application du 8 août 2011, étend les compétences des anciens CHS aux conditions de travail en appliquant les dispositions du code du travail, dans le respect des spécificités de la Fonction Publique.

Afin de mener à bien sa mission, le CSHSCT, par le biais des informations qui lui sont communiquées ou qui sont mises à sa disposition (cf. fiche n°9 du guide de fonctionnement du CSHSCT : Information générale du CSHSCT), recueille l'ensemble des éléments lui permettant d'engager une réflexion relative à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, chaque fois que cela est nécessaire.

Dans ce cadre, le CSHSCT peut émettre des avis sur les projets relevant de sa compétence inscrits à l'ordre du jour. Il est notamment associé aux actions de prévention et de formation mises en place à destination des agents de l'Inserm.

Dans le cadre de son action, le CSHSCT peut s'appuyer sur des groupes de réflexion internes aux structures de recherche et de service.

A cet effet, Le conseil de laboratoire du CRCT a souhaité constituer un groupe ad hoc, appelé Groupe de réflexion sur l'Amélioration des conditions de Travail au CRCT, dont les membres sont des personnes volontaires parmi les référent-e-s Assistant-e-s de Prévention (AP) et Responsables L2 (RL2) afin que l'analyse et les décisions soient prises collectivement.

Ce groupe a pour objectif d'analyser et d'améliorer les conditions de Travail au sens large au niveau de la prévention des risques, de l'organisation et du bien-être au travail. Les AP et RL2 ont déjà, de par leur fonction, un engagement sur ces missions.

La finalité est d'aider les agents ou les équipes rencontrant des difficultés en matière d'hygiène / sécurité / conditions de travail et de travailler en cohérence avec la direction et le CSHSCT, en apportant des propositions d'amélioration qui seront soumises au conseil de laboratoire.

En fonction des avis du conseil de laboratoire et de la direction, le groupe de travail analysera le risque résiduel et pourra éventuellement saisir le CSHSCT.

Composition:

Le Groupe de réflexion sur l'Amélioration des Conditions de Travail au CRCT est constitué sur la base du volontariat parmi les Référents Assistants de Prévention, Responsables L2 du CRCT, ou tout autre agent volontaire du CRCT.

Toute nouvelle participation sera soumise pour validation au Groupe existant.

Engagement :

Chaque membre appartenant au Groupe de réflexion sur l'Amélioration des Conditions de Travail du CRCT s'engage à respecter une clause de confidentialité et les règles de fonctionnement suivantes :

- être à l'écoute de chacun-e
- être bienveillant-e
- échanger de manière factuelle et objective
- aider la (ou les) personne(s) à formaliser des solutions

Sa participation au Groupe sera validée par la signature d'une lettre d'engagement.

Missions générales

La Chargée de Prévention sera la coordinatrice du groupe et proposera une base de travail à discuter, analyser, améliorer et finaliser. En fonction de l'importance des sujets traités et avec l'accord des agents/équipes le résultat du travail du Groupe de réflexion sera soumis pour avis au Conseil de Laboratoire puis validé par la Direction.

Prévention des risques

- Analyser les risques, assurer la prévention en vue de la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des personnels.
- Participer à la réalisation du Document Unique d'Évaluation des Risques : une réunion sera planifiée chaque année avec l'ensemble du personnel de chaque équipe.
- Analyser le Document Unique d'Évaluation des Risques en hiérarchisant les priorités avant de le transmettre à la Conseillère de Prévention régionale.
- Travailler sur les procédures de sécurité à déployer au CRCT.
- Travailler sur la sensibilisation et les formations à mettre en place auprès des agents du CRCT
- Analyser les risques sur les postes de travail ou les protocoles expérimentaux à risque et prévoir une prévention adaptée à travailler en collaboration avec le médecin de travail.
- Prévoir le matériel de protection (EPI et EPC) à acheter suite aux diverses analyses de risques pour équiper le centre et assurer la protection des agents

Conditions de travail :

Pour les aspects liés aux Conditions de travail, le travail du groupe fait référence et se situe en amont des missions du CSHSCT rappelées ci-après. Après analyse, si aucune solution ne peut être déployée ou en cas de désaccord entre les différents intervenants, le CSHSCT et/ou la cellule de veille sociale pourront être saisis, avec l'accord de l'agent/équipe par le groupe de travail.

Rappel des missions du CSHSCT en matière de conditions de travail :

- Analyser les conditions de travail, notamment en matière d'emploi des femmes (accès à l'emploi, problèmes liés à la maternité..), des travailleurs temporaires (risques liés à la co-activité) et handicapés (aménagement des postes).
- Analyser et améliorer les conditions de travail :
 - * l'organisation du travail (charge, rythme, pénibilité, enrichissement des tâches)
 - * l'environnement physique du travail (T°, éclairage, aération...)
 - * l'aménagement des postes de travail (femmes enceintes, travailleurs handicapés), maintien au travail des accidentés du travail, des invalides civils et des travailleurs handicapés
 - * la construction, l'aménagement et l'entretien des locaux
 - * la durée et les horaires de travail
 - * l'aménagement du temps de travail (nuit, posté)
 - * les nouvelles technologies et leurs incidences sur les conditions de travail,

Moyens :

Les agents ou équipes qui le souhaitent peuvent saisir le groupe pour toute question relevant de ses missions via :

- une adresse électronique dédiée
- une boîte dédiée mise à disposition

Le groupe se réunira au minimum deux fois l'année en juin et en décembre pour traiter les demandes des agents ou de façon exceptionnelle en cas de repérage d'une situation d'urgence.

Un courriel sera envoyé à l'ensemble des agents au profil du CRCT 15 jours avant la réunion.

La Chargée de prévention, coordinatrice du groupe, apportera une base de réflexion et d'analyse au groupe qui finalisera les propositions.

En fonction de l'importance des sujets traités, des mesures envisagées et avec l'accord des agents/équipes les propositions seront soumises pour avis au conseil de laboratoire et la direction validera ou non les propositions retenues.

En cas de désaccord sur un sujet susceptible d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents, le CSHSCT sera saisi par le groupe.

❖ Annexe 8 : principes pour la mise en place du télétravail au CRCT.

La présente annexe a été votée par le Conseil de Laboratoire du CRCT le 21 Juin 2019.

Le télétravail peut être mis en place au sein du CRCT conformément au décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et à l'arrêté du 3 novembre 2017 du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Pour les personnels employés par l'Inserm, le télétravail est régi par la décision Inserm n° DRH/BPS/PES/MM/N°2019-05 du 27 février 2019.

Pour les personnels employés par le CNRS, le télétravail est régi par la décision du Comité Technique du CNRS du 4 octobre 2018.

Pour les personnels employés par l'Université Toulouse III Paul Sabatier, le télétravail n'est à ce jour pas organisé.

Après vote du Conseil de Laboratoire en date du 21/06/2019, et sauf dispositions contraires prévues par les organismes employeurs des agents concernés, les modalités de télétravail mises en œuvre au sein du CRCT sont par principe les suivantes :

> Jours ouverts/fermés au télétravail.

Tous les jours ouvrés de la semaine sont ouverts au télétravail.

> Campagnes de demandes de télétravail.

Deux campagnes annuelles sont définies pour le dépôt des demandes de télétravail:

- 1) Première campagne annuelle :
 - Ouverture de la première campagne annuelle CRCT de demandes de télétravail: 1er Mars
 - Clôture de la première campagne annuelle CRCT de demandes de télétravail : 31 Mars
 - Date de mise en œuvre de l'activité en télétravail suite à la première campagne annuelle CRCT (en cas d'avis favorable) : 1er Juin
- 2) Deuxième campagne annuelle :
 - Ouverture de la deuxième campagne annuelle CRCT de demandes de télétravail : 1er Septembre
 - Clôture de la deuxième campagne annuelle CRCT de demandes de télétravail : 30 Septembre
 - Date de mise en œuvre de l'activité en télétravail suite à la deuxième campagne annuelle CRCT (en cas d'avis favorable) : 1er Décembre

> Activités télétravaillables/non-télétravaillables.

Il n'est pas déterminé au niveau du CRCT d'activité non-télétravaillable. Il appartiendra à l'agent présentant une demande ainsi qu'à son responsable d'équipe de déterminer conjointement une quotité de télétravail basée sur la nature des activités qui seront télétravaillées, dans le respect de l'organisation et de l'équilibre de l'équipe.

> Annulation d'un jour normalement télétravaillé.

A l'initiative du responsable d'équipe

De façon ponctuelle et lorsque l'activité de l'équipe le justifie, ou pour impératif de service, le manager peut demander par écrit (courrier électronique) à l'agent de revenir sur site un jour normalement télétravaillé en respectant un délai de prévenance de 24 heures. L'annulation d'un jour télétravaillé à l'initiative de l'agent ou de son manager ne permet pas le report.

A l'initiative de l'agent

Tout agent pourra, s'il le souhaite, revenir au CRCT pendant un jour normalement télétravaillé sans pouvoir reporter ce dernier et en prévenant préalablement, sans délai, par écrit (courrier électronique) son responsable d'équipe.

> Critères possibles de priorisation en cas de demandes simultanées.

Dans le cas où des demandes simultanées de télétravail au sein d'une même équipe pourraient porter atteinte au bon fonctionnement et à l'équilibre de l'équipe, les critères non exhaustifs (hors médicaux, ces derniers

relevant de l'autorité de l'employeur et de la Médecine de Prévention) que les responsables d'équipes peuvent prendre en compte pour hiérarchiser les demandes sont :

- distance/temps de transport entre le domicile et le travail,
- efficacité des activités déclarées télétravaillées
- contraintes horaires liées à la situation (permanente ou ponctuelle) de l'agent

> *Arbitrage en cas de litige agent / manager concernant le télétravail.*

L'autorité de référence pour l'arbitrage des litiges, quels que soient leur nature, entre l'agent et son responsable hiérarchique concernant le télétravail reste l'établissement employeur de l'agent. Cependant, chaque agent et/ou chaque manager est invité à saisir en première intention le Directeur du CRCT en cas de litige concernant une demande de télétravail ou les modalités d'application de demandes en cours ou validées.