

Règlement Intérieur du Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse

Voté par le Conseil de Laboratoire le 16 décembre 2021
Mis à jour et voté par le Conseil de Laboratoire le 22 mars 2023

Préambule 6

Chapitre 1 - Gouvernance et fonctionnement de l'Unité7

Article 1 : Direction de l'Unité.....7

1.1 Le directeur ou la directrice de l'Unité (DU).....7

1.1.1 Nomination7

1.1.2 Attributions7

1.2 Le directeur adjoint d'Unité ou la directrice adjointe d'Unité (DUA).....8

1.3 Le directeur administratif ou la directrice administrative (DA)8

1.4 Le Comité de direction (CoDir).....9

Article 2 : Le Conseil stratégique (CoStrat).....9

2.1 Composition du CoStrat9

2.2 Rôle du CoStrat9

2.3 Modalités de vote du CoStrat.....10

Article 3 : Le Conseil de pilotage (CoPil).....10

3.1 Composition du CoPil10

3.2 Rôle du CoPil11

Article 4 : Le Conseil Scientifique Externe (Scientific Advisory Board, SAB).....11

4.1 Composition du SAB11

4.2 Rôle du SAB11

Article 5 : L'Assemblée générale (AG)12

Article 6 : Le Conseil de Laboratoire (CoLab).....12

6.1 Composition et durée du mandat12

6.1.1 Les membres de droit13

6.1.2 Les membres élus13

6.1.3 Les membres nommés.....13

6.2 Élection des membres du CoLab13

6.3 Modalités de vote au sein du CoLab.....14

6.4 Modalités de réunion et de compte rendu des séances.....15

6.5	Compétences du CoLab.....	15
Article 7 :	Les équipes de recherche	16
7.1	Définition.....	16
7.2	Typologie des équipes de recherche	16
7.3	Évaluation des équipes de recherche.....	17
7.4	Les locaux des équipes de recherche	17
7.5	Le ou la responsable d'équipe (RE)	18
7.6	Accueil d'une nouvelle équipe de recherche.....	19
7.7	Sortie des équipes	20
Article 8 :	Les comités affiliés	21
Article 9 :	Les plateaux techniques du Pôle Technologique	21
9.1	Principes généraux de création et de fonctionnement	21
9.2	Principe de mutualisation avec l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-OncoPole (IUCT-O).....	21
9.3	Organisation des plateaux techniques	22
9.4	Le Directeur ou la Directrice du Pôle Technologique (DPT).....	22
Article 10 :	Les Services Supports.....	22
Article 11 :	Accès aux locaux	23
11.1	Modalités d'accès.....	23
11.2	Accès aux zones sensibles du bâtiment.....	23
11.2.1	<i>Laboratoire de manipulation des radioéléments.....</i>	23
11.2.2	<i>Zone de stockage des déchets radioactifs</i>	24
11.2.3	<i>Zone confinée L3</i>	24
11.2.4	<i>Zones confinées L2</i>	25
11.2.5	<i>Pièce de pesée de poudre CMR et nanoparticules.</i>	25
11.2.6	<i>UMS 006 : Centre Régional d'Exploration Fonctionnelle et de Ressources Expérimentales (CREFRE) 26</i>	
11.3	Accès aux zones logistiques du bâtiment	26
11.4	Accès au parking et stationnement	26
11.4.1	<i>L'accès au parking pour les personnels du CRCT</i>	26
11.4.2	<i>L'accès aux places de parking visiteurs pour les personnes extérieures à l'Unité</i>	27
11.4.3	<i>L'accès aux places réservées aux personnes à mobilité réduite (PMR)</i>	27
11.4.4	<i>Stationnement hors parking CRCT.....</i>	27
Chapitre 2 -	Les Ressources Humaines	28
Article 12 :	Les personnels	28

12.1	Obligations générales des personnels	28
12.1.1	<i>Les chercheurs statutaires et enseignants-chercheurs statutaires</i>	28
12.1.2	<i>Les ITA / BIATSS statutaires</i>	28
12.1.3	<i>Les étudiants et stagiaires</i>	31
12.1.4	<i>Les personnels contractuels</i>	32
Article 13 :	Durée du travail	32
Article 14 :	Horaires	32
Article 15 :	Accès aux locaux du Centre en-dehors des horaires ouverts	33
Article 16 :	Congés	33
16.1	Congés annuels et RTT	33
16.2	Compte épargne temps (CET)	33
Article 17 :	Absences	34
17.1	Absence pour raison médicale	34
17.2	Autorisation exceptionnelle d'absence et aménagement d'horaires	34
Article 18 :	Télétravail	34
18.1	Jours ouverts/fermés au télétravail	34
18.2	Activités télétravaillables / non-télétravaillables	35
18.3	Annulation d'un jour normalement télétravaillé	35
18.4	Critères possibles de priorisation en cas de demandes simultanées	35
18.5	Arbitrage en cas de litige agent / RE concernant le télétravail	35
Article 19 :	Charte du temps pour mieux appréhender son temps de travail	36
Article 20 :	Déplacements et missions	36
20.1	Déplacements dans la résidence administrative (circonscription de Toulouse)	36
20.2	Déplacements et missions hors de la résidence administrative	36
20.3	Utilisation du véhicule de service	37
Article 21 :	Respect de la Charte de la laïcité dans les services publics	38
Article 22 :	Promotion de la parité et de l'égalité professionnelle et lutte contre les discriminations	38
Chapitre 3 -	Prévention des risques, santé et sécurité au travail	40
Article 23 :	Acteurs de la prévention	40
23.1	Le ou la DU	40
23.2	Le ou la Chargé.e de Prévention (CP)	40
23.3	Les Assistant.e.s de Prévention (AP)	40
23.4	Les Responsables de laboratoires L2 (RL2)	41
23.5	L'Ingénieur.e radioprotection (IRad)	41

23.6	Les Chargé.e.s d'évacuation/confinement, les personnes habilitées à utiliser un extincteur et les secouristes formés aux gestes de premier secours	42
23.7	Les Référent.e.s Risques Psycho-Sociaux (RPS)	42
23.8	Le Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail au CRCT (le « Groupe ») 43	
23.8.1	<i>Contexte</i>	43
23.8.2	<i>Composition du Groupe</i>	44
23.8.3	<i>Engagement des membres du Groupe</i>	44
23.8.4	<i>Missions générales du Groupe</i>	44
Article 24 :	Organisation de la prévention au sein de l'Unité	46
24.1	Surveillance médicale des agents	46
24.2	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER)	46
24.3	Accueil des nouveaux entrants	46
24.4	Formations à la sécurité	46
24.5	Registres	47
24.6	Accueil de personnes extérieures	47
24.7	Travail isolé	48
24.8	Consignes en cas de déclenchement d'alarme	48
24.8.1	<i>Alarmes internes au CRCT</i>	48
24.8.2	<i>Alarmes externes au CRCT : le système d'alerte et d'information des populations (SAIP)</i> 49	
24.9	Consignes en cas d'accident	50
Article 25 :	Dispositions relatives à la lutte contre le harcèlement au CRCT	50
25.1	Harcèlement sexuel	50
25.2	Harcèlement moral	51
Article 26 :	Interdictions diverses	51
26.1	Introduction d'animaux domestiques	51
26.2	Interdiction de fumer et de vapoter	52
26.3	Consommation d'alcool	52
Chapitre 4 -	Confidentialité, publications et communication, propriété intellectuelle	53
Article 27 :	Confidentialité, publications et communication	53
27.1	Informations confidentielles	53
27.2	Science ouverte	54
27.3	Publications et communication	54
27.3.1	<i>Information du ou de la DU</i>	54
27.3.2	<i>Formalisme des publications et communication</i>	54

27.3.3	Rappel des règles internationales sur la définition de la qualité d'auteur et sur l'ordre des auteurs parmi les signataires d'une publication scientifique.	55
27.3.4	Création et utilisation de services de communication institutionnels en ligne	56
27.3.5	Logos et marques.....	56
27.3.6	Cahiers de laboratoire.....	57
Article 28 :	Propriété intellectuelle	57
28.1	Obligation d'information des services compétents des tutelles : contrats, décisions de subvention et ressources propres	58
Chapitre 5 - Protection des données dans les systèmes d'information - Protection des données personnelles 59		
Article 29 :	Utilisation des moyens informatiques et Sécurité des systèmes d'information (SSI)	59
29.1	listes de diffusion électroniques @inserm.fr	59
29.1.1	dispositions générales.....	59
29.1.2	Responsabilité.....	59
Article 30 :	Protection des données personnelles.....	60
Article 31 :	Développement durable	60
Article 32 :	Archivage	60
Article 33 :	Entrée en vigueur et modifications	61
Article 34 :	Publicité	61
Annexes	62	
Annexe 1 :	glossaire des abréviations utilisées	62
Annexe 2 :	modèle de charte d'existence et de fonctionnement d'une équipe émergente au sein d'une structure mixte de recherche	64
Annexe 3 :	charte du temps Inserm.....	66
Annexe 4 :	Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) de l'Inserm	73
Annexe 5 :	Cellule de Veille Sociale de l'Inserm.....	77
78		
Annexe 6 :	Grille d'évaluation des agents éligibles à un complément individuel d'activités en regard des objectifs définis lors de l'entretien annuel d'évaluation	80

Préambule

L'Unité « Centre de Recherches en Cancérologie de Toulouse » est une Unité Mixte de Recherche (UMR) (ci-après désignée l'« Unité », le « CRCT » ou le « Centre ») implantée dans les locaux de l'Inserm situés au 2 avenue Hubert Curien, 31100 Toulouse

L'Unité a pour tutelles :

- L'Institut national de la santé et la recherche médicale – Inserm – au titre de l'UMR 1037
- Le Centre National de la Recherche Scientifique – CNRS – au titre de l'UMR 5071
- L'Université Toulouse III Paul Sabatier – UT3 –

Le présent règlement intérieur (RI) ainsi que ses annexes ont été approuvés par vote du CoLab réuni le 16/12/2021

Le RI a pour objet de préciser notamment l'application et l'organisation dans l'Unité :

- de sa gouvernance et de son fonctionnement ;
- des règles relatives aux ressources humaines, à l'utilisation des locaux et du matériel ;
- de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail ;
- de la réglementation en matière de sécurité de l'information et des systèmes d'information ;
- de la réglementation en matière de protection des données personnelles ;
- des dispositions relatives à la protection du potentiel scientifique et technique (PPST).

Le présent RI est complémentaire à la réglementation des établissements de tutelle du CRCT.

Toute modification du RI sera soumise à l'avis du CoLab.

Le RI s'applique à l'ensemble du personnel affecté à l'Unité, y compris les agents contractuels et les fonctionnaires stagiaires. Les stagiaires, les émérites, les personnes accueillies ou invitées dans le cadre d'une convention qui ne sont pas personnels des établissements tutelles sont également tenus de respecter les dispositions du présent RI.

Toute évolution de la réglementation applicable dans les établissements tutelles de l'Unité s'applique à l'Unité, même si le présent RI n'en fait pas état.

Les abréviations et acronymes utilisés dans la présent Règlement sont explicités en annexe 1.

Chapitre 1- Gouvernance et fonctionnement de l'Unité

Article 1 : Direction de l'Unité

1.1 Le directeur ou la directrice de l'Unité (DU)

1.1.1 Nomination

Le ou la DU est nommé.e conjointement par les Présidents des tutelles principales après avis de leurs instances compétentes, sur proposition du CoLab après avis favorable du CoStrat de l'Unité.

Le ou la DU est nommé.e pour la durée du mandat de l'Unité et ne peut exercer plus de 2 mandats consécutifs.

En cas d'indisponibilité prolongée (au-delà de 3 mois) du ou de la DU ou à sa demande, le Directeur Adjoint ou la Directrice Adjointe (DUA) assume la Direction du Centre jusqu'à la nomination d'un nouveau ou d'une nouvelle DU. Le CoStrat du CRCT doit alors mettre en place un appel à candidatures ouvert et recenser les candidatures au poste de DU du CRCT et mettre en place le processus électoral correspondant dans un délai de 1 mois.

1.1.2 Attributions

Les attributions du ou de la DU sont précisées dans les dispositions générales applicables aux unités adoptées par lettre accord par les tutelles.

En outre, il ou elle dispose des attributions spécifiques suivantes :

- assure la direction générale de l'Unité, sa représentation, ainsi que la présidence de ses différentes instances de gouvernance : Conseil de laboratoire (CoLab), Conseil stratégique (CoStrat) et Conseil de pilotage (CoPil) ;
- présente au vote du CoLab le budget prévisionnel et le bilan financier annuel ;
- prépare et exécute le budget ;
- signe, par délégation du Délégué régional Inserm Occitanie-Pyrénées et dans le contexte de la délégation globale de gestion établie entre les tutelles de l'Unité :
 - 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 des frais des agents éligibles à remboursement ;
- assure la responsabilité sur les Services Supports et sur le Pôle Technologique du CRCT ;
- est garant du respect de la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de respect des bonnes conditions de travail au sein du Centre ;
- veille si possible au respect de la parité dans les instances représentatives et scientifiques de l'Unité
- définit les orientations et programmes scientifiques du Centre ; est responsable de la dynamique scientifique, de la valorisation et de la communication des activités du Centre ;

- le ou la DU en exercice élabore et présente le bilan d'activité du Centre au terme de son mandat. En concertation avec le Directeur en exercice, le candidat proposé au poste de Directeur du CRCT pour le mandat 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 ;
- 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 RI ;
- 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 RI ;
- réunit une AG annuelle de tous les personnels du CRCT, mais également des réunions particulières avec chacun des corps représentatifs des personnels (chercheurs et enseignants-chercheurs ; ITA-BIATSS ; étudiants et post-doctorants), dans l'objectif d'établir un bilan de l'année écoulée et des perspectives de l'année à venir.

1.2 Le directeur adjoint d'Unité ou la directrice adjointe d'Unité (DUA)

Le ou la DUA est nommé.e., parmi le personnel de l'Unité, conjointement par les Présidents des tutelles principales, sur proposition du ou de la DU et après avis du CoLab et du CoStrat de l'Unité.

Le ou la DUA est nommé.e pour la durée du mandat de l'Unité et ne peut exercer plus de 2 mandats consécutifs.

Sous la responsabilité du DU, le ou la DUA possède les attributions spécifiques suivantes :

- assiste le ou la DU dans l'exercice de sa mission ;
- représente le ou la DU à sa demande ou en cas de nécessité ;
- en cas d'absence ou d'empêchement du ou de la DU, le ou la DUA possède délégation de signature du ou de la DU pour tous les actes, décisions et engagements relevant de ses attributions et suivant les périmètres fonctionnels ;
- en cas d'indisponibilité prolongée (au-delà de 3 mois) du ou de la DU ou à sa demande, le ou la DUA assume les fonctions de direction et les responsabilités administratives du Centre jusqu'à la nomination d'un nouveau ou d'une nouvelle DU selon la procédure définie par le présent RI.

1.3 Le directeur administratif ou la directrice administrative (DA)

Le ou la DA agit par délégation du ou de la DU et le/la représente si besoin pour les décisions d'organisation, d'administration et de gestion du Centre.

Il/elle assiste le ou la DU 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.

En cas d'absence ou d'empêchement du ou de la DU, le ou la DA possède délégation de signature du ou de la DU pour tous les actes, décisions et engagements relevant de ses attributions et suivant les périmètres fonctionnels.

Le ou la DA prépare le budget annuel du Centre et en rend compte, sous la responsabilité du ou de la DU, en fin d'exercice auprès du CoLab.

Le ou la DA est prévenu.e 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 ou à la DU, au CoPil et au CoStrat du CRCT de ces informations.

1.4 Le Comité de direction (CoDir)

Le CoDir du CRCT est composé du ou de la DU, du ou de la DUA et du ou de la DA.

Le ou la DUA et le ou la DA assistent le DU dans sa mission de direction du Centre. A cette fin et sous son autorité, DUA et DA possèdent délégation de signature de l'ordonnateur secondaire de l'Inserm, gestionnaire du CRCT et peuvent représenter le ou la DU à sa demande.

Le CoDir 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.

Le CoDir propose au CoLab, après avis du CoPil et du CoStrat, la répartition des subventions d'État 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.

Article 2 : Le Conseil stratégique (CoStrat)

2.1 Composition du CoStrat

Le CoStrat est présidé par le ou la DU. Il est composé de chacun des responsables d'équipes du CRCT, du Directeur ou de la Directrice du Pôle Technologique, des animateurs des axes de recherche et programmes médico-scientifiques de l'Unité et du Directeur général ou de la Directrice générale de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole.

Pour les équipes codirigées et seulement en cas d'absence du ou de la responsable titulaire, le ou la co-responsable d'équipe peut participer aux réunions du CoStrat.

En cas d'absence de l'un des membres du CoStrat et seulement dans ce cas, ce dernier peut se faire représenter par un membre statutaire/permanent de son équipe. Ce périmètre équipe du représentant ou de la représentante est impératif.

La durée du mandat des membres du CoStrat est définie dans la limite du mandat des équipes.

2.2 Rôle du CoStrat

Le CoStrat du CRCT se réunit sur une base mensuelle.

L'ordre du jour des réunions, proposé par le ou la DU, est porté à la connaissance des membres du CoStrat au moins une semaine avant chaque réunion.

Le CoStrat propose au CoLab les candidat.e.s au poste de DU.

Le CoStrat du CRCT a un rôle consultatif auprès du ou de la DU sur toutes les questions intéressant la stratégie et l'organisation scientifique globale du Centre. Le ou la DU peut consulter par vote l'avis du CoStrat.

Le CoStrat 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 (CSI) de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse. Il participe mais ne vote pas au jury du CSI.

Le CoStrat prépare toutes les questions qui sont portées à l'ordre du jour du CoLab.

Les débats et délibérations du CoStrat sont confidentiels. Un relevé de décision à l'usage strict de ses membres est rédigé à l'issue de chaque réunion du CoStrat.

2.3 Modalités de vote du CoStrat

Lorsqu'une proposition est soumise au vote du CoStrat, chacun de ses membres possède une voix égale. En-dehors des décisions touchant nommément des personnes pour lesquelles le vote doit être secret, il n'est pas défini de formalisme systématique pour le vote : le ou la DU prend avis du CoStrat avant chaque vote pour déterminer si ce dernier est souhaité secret.

Un quorum de 50 % est requis pour qu'un vote soit déclaré valide.

Article 3 : Le Conseil de pilotage (CoPil)

3.1 Composition du CoPil

Le CoPil est présidé par le ou la DU. Il est composé de chargé.e.s de missions s'étant vu chacun.e confier une mission sur un champ spécifique intéressant l'organisation et le développement de l'Unité :

- Stratégie scientifique
- Politique d'attractivité
- Transdisciplinarité, valorisation, transfert
- Enseignement, relations Université
- Plateformes technologiques
- Administration, finances

Les membres du CoPil sont nommés par le ou la DU et reçoivent une lettre de mission.

En cas d'absence ou d'indisponibilité, les membres du CoPil ne peuvent pas se faire représenter.

Sauf mention contraire dans la lettre de mission qui leur est remise par le ou la DU, la durée du mandat des membres du CoPil est définie dans la limite du mandat du Centre.

3.2 Rôle du CoPil

Le CoPil du CRCT se réunit sur une base mensuelle.

L'ordre du jour des réunions est porté à la connaissance des membres du CoPil au moins une semaine avant chaque réunion.

Les membres du CoPil conseillent le ou la DU spécifiquement sur les questions relevant du champ d'expertise qui leur est confié ou, à la demande du ou de la DU, sur toute question intéressant l'organisation et le développement de l'Unité.

Le CoPil prépare toutes les questions qui sont soumises à l'ordre du jour du CoStrat et du CoLab.

Les débats et délibérations du CoPil sont confidentiels. Un relevé de décision à l'usage strict de ses membres est rédigé à l'issue de chaque réunion du CoStrat.

Article 4 : Le Conseil Scientifique Externe (Scientific Advisory Board, SAB)

4.1 Composition du SAB

Le SAB est constitué de membres composant le CSI de l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole (CSI IUCT-O).

Le ou la DU, dans sa responsabilité vis-à-vis de la composition du SAB, s'engage à rendre ce dernier paritaire homme/femme dans sa composition. En tout état de cause, la proportion de femmes au sein du SAB ne pourra pas être inférieure à 25%.

Au besoin et à la demande du ou de la DU et sur avis du CoStrat, 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*.

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 dotations de Subvention d'État (SE).

4.2 Rôle du SAB

Le SAB se réunit à la demande du ou de la DU 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, 3) sur les candidatures d'équipes postulantes par suite d'appel à candidatures ou par suite de candidature spontanée.

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 ou de la porteuse du projet d'équipe. Afin d'optimiser chaque évaluation du Centre par les instances nationales de tutelle, le SAB sera préférablement 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 ou à la DU et au CoStrat. Ce rapport est un outil de conseil interne au CRCT ; il peut rester confidentiel à la demande d'au moins un membre du CoStrat. Le rapport du SAB doit notamment donner une recommandation spécifique sur la poursuite de l'activité scientifique de chaque équipe pour le mandat suivant (projet à faire évaluer pour création/renouvellement ou pas).

Dans le cadre de candidatures d'équipes par suite d'appel à candidatures ou par suite d'une candidature spontanée, le rôle du SAB, consécutivement au pré-examen effectué par le CoStrat, 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 ou à la DU et au CoStrat. Ce rapport doit notamment préciser s'il conseille au ou à la DU la création de l'équipe sur la base de l'évaluation du projet et du porteur. Le processus complet d'accueil de nouvelles équipes est décrit en 7.6.

Article 5 : L'Assemblée générale (AG)

L'AG comprend toutes les personnes qui exercent des fonctions au sein de l'Unité. Elle se réunit au moins une fois par an sur convocation du ou de la DU qui fixe l'ordre du jour. Elle est animée par le ou la DU qui présente un bilan des activités de l'Unité.

Les convocations sont envoyées par courrier électronique aux membres de l'Unité, au moins 15 jours avant la date de l'AG, accompagnées de l'ordre du jour et de tous les documents nécessaires à la tenue de la réunion.

Tout membre de l'Unité peut demander au ou à la DU, au moins 8 jours avant la date de l'AG, l'inscription à l'ordre du jour d'une question traitant de la vie de l'Unité. Cette modification de l'ordre du jour s'impose lorsque cette demande émane d'au moins un quart des membres de l'AG.

Article 6 : Le Conseil de Laboratoire (CoLab)

6.1 Composition et durée du mandat

Au 1^{er} janvier 2021, le CoLab de l'Unité se compose de 36 membres :

- 3 membres de droit
- 28 membres élus
- 5 membres nommés.

La durée du mandat des membres du CoLab est la même que celle de l'Unité. Le mandat des membres du CoLab est renouvelable.

Tout membre du CoLab quittant définitivement l'Unité cesse de faire partie de ce Conseil et doit, selon qu'il en aura été membre élu ou nommé, y être remplacé par voie d'élection ou de nomination.

Le ou la DU, de sa propre initiative ou à la demande de l'un des membres du CoLab, peut inviter au Conseil toute personne non-membre dont la compétence est jugée utile en fonction de l'ordre du jour. Ces personnes invitées ne sont présentes que pour les points de l'ordre du jour pour lesquels leur présence a été sollicitée.

6.1.1 Les membres de droit

Les membres de droit du CoLab sont :

- le ou la DU ;
- le ou la DUA ;
- le ou la DA.

6.1.2 Les membres élus

Les membres élus du CoLab 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 BAP A ;
- 1 représentant des ingénieurs et techniciens hors BAP A ;
- 1 représentant des doctorants ;
- 1 représentant des chercheurs post-doctorants.

6.1.3 Les membres nommés

Les membres nommés du CoLab sont

- le ou la Directeur.trice du Pôle Technologique (DPT) ;
- le ou la Chargé.e de prévention (CP) du CRCT ;
- l'Ingénieur.e radioprotection (IRad) du CRCT ;
- le ou la Responsable Magasin/Achats communs du CRCT ;
- le ou la Responsable Moyens Généraux du CRCT, secrétaire de séance du CoLab.

6.2 Élection des membres du CoLab

Les élections sont organisées dans le délai de 3 mois à compter de la date de création ou de renouvellement de l'Unité.

Elles ont lieu au suffrage direct à un tour.

Les membres élus du CoLab sont élus exclusivement par la catégorie de personnels qu'ils représentent. La liste des électeurs.trices par catégorie de personnels est fixée par le CoDir conformément à la liste des personnels affiliés au CRCT à la date de publication de cette dernière. La liste des électeurs.trices par catégorie est rendue publique par diffusion par voie électronique préalablement à la date des élections des nouveaux membres à élire.

Le ou la DU fixe la date du scrutin et publie, au minimum un mois avant celle-ci, les listes électorales ainsi qu'une décision précisant, les modalités du scrutin, en particulier :

- Les règles de déroulement du scrutin (date, lieu, horaires...);
- Les modalités du vote (précisant en particulier les possibilités éventuelles de vote par correspondance ou de vote par voie électronique);
- Les modalités de dépôt de candidature (délai, pièces à fournir...).

Sont électeurs.trices :

- Les agents affectés sur un poste permanent attribué à l'Unité ;
- Les agents contractuels à durée déterminée participant à l'activité de l'Unité et enregistrés auprès du service Moyens Généraux du CRCT.

6.3 Modalités de vote au sein du CoLab

Seuls les membres de droit et les membres élus ont droit de vote. Les membres nommés ont un avis consultatif.

Tous les membres votants possèdent une voix égale.

Tout membre empêché peut donner procuration de vote à l'un des autres membres, quelle que soit sa catégorie, du CoLab 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 son lieu et place. Nul membre ne peut être porteur de plus de 2 procurations.

Le CoLab ne délibère valablement que si la moitié de ses membres en exercice est présente ou représentée. Si ce quorum de 50 % n'est pas atteint, le ou la DU procède à une deuxième convocation sur le même ordre du jour ; la séance peut alors se tenir valablement quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. Cette seconde réunion ne peut avoir lieu moins de 5 jours ni plus d'un mois après la première.

Les délibérations sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés des membres présents ou représentés. Les refus de vote, votes blancs et abstentions ne sont pas comptabilisés dans le calcul de la majorité. Le scrutin secret est obligatoire à la demande d'un membre présent et pour toute délibération du CoLab qui concerne des personnes nommément désignées.

En cas d'égalité de vote, la voix du ou de la DU sera prépondérante.

Les éventuels invités extérieurs au CoLab ne peuvent participer au vote.

6.4 Modalités de réunion et de compte rendu des séances

Le CoLab est présidé par le ou la DU. Il se réunit au moins 3 fois par an pendant les heures de service à l'initiative du ou de la DU ou à la demande de la majorité des membres. Les dates de réunion du CoLab devront être prévues au moins 15 jours à l'avance sauf conditions exceptionnelles (justifiées par le ou la DU lors de la réunion suivante).

L'ordre du jour est diffusé par voie électronique par le ou la DU aux membres au moins 15 jours avant la séance du Conseil. Il est accompagné de tous les documents nécessaires à la tenue de la réunion.

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. Ce compte rendu devra être validé au plus tard lors de la réunion suivante.

Le compte rendu du CoLab 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 ou de la DU.

6.5 Compétences du CoLab

Le CoLab élit le ou la DU et le ou la DUA parmi les candidatures proposées par le CoStrat.

Le CoLab traite et peut se saisir, à l'initiative de l'un de ses membres, de toute question scientifique, administrative, de gestion et d'organisation du Centre.

Le CoLab conseille le ou la DU sur les décisions à prendre.

Le CoLab a un rôle consultatif. Il est consulté, dans le respect des compétences dévolues aux instances des tutelles, par le ou la DU sur :

- l'état, le programme, la coordination des recherches, la composition des équipes ;
- les moyens budgétaires à demander par l'Unité et la répartition de ceux qui lui sont alloués ;
- l'adoption et la modification du RI de l'Unité ;
- préalablement à l'établissement du rapport de stage des fonctionnaires nommés dans les corps d'ingénieurs, de personnels techniques et d'administration (ITA) de la recherche ;
- les conséquences à tirer de l'avis formulé par l'HCÉRES ou les instances d'évaluation des établissements de tutelle dont relève l'Unité ;
- l'évolution de l'Unité au terme de sa durée de vie ;
- les projets de regroupement avec d'autres formations de recherche
- la politique des contrats de recherche concernant l'Unité ;
- la politique de transfert de technologie et la diffusion de l'information scientifique de l'Unité ;
- la gestion des ressources humaines ;
- les questions relatives aux conditions de travail, à la santé et à la sécurité au travail ;
- l'application des règles de déontologie et d'intégrité et des règles collectives de discipline ;
- la politique de formation par la recherche ;
- le programme de formation en cours et pour l'année à venir ;

- toutes mesures relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'Unité susceptibles d'avoir une incidence sur la situation et les conditions de travail du personnel.
- le CoLab donne un avis sur l'organigramme, y compris l'accueil de nouvelles équipes, et l'adéquation des Services Supports et des plateaux au périmètre du Centre

Le CoLab est tenu informé par le ou la DU des politiques scientifiques des établissements de tutelle de l'Unité et de leur incidence sur le développement de l'Unité.

Le ou la DU signe et assure la diffusion du compte rendu de chaque séance.

Article 7 : Les équipes de recherche

7.1 Définition

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 ou de la DU.

Le ou la Responsable d'Équipe (RE), quel que soit son statut, 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 principale Inserm ne reconnaît qu'un seul ou une seule RE. Le ou la RE rend compte de l'activité de son équipe auprès du ou de la DU.

Les équipes sont constituées de personnels scientifiques - chercheurs, enseignants-chercheurs, praticiens hospitaliers -, de personnels techniques - ITA, ITRF - 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.

Toute équipe au profil du CRCT est créée dans les limites temporelles du mandat en cours.

L'organisation des équipes est définie par les RE qui ont la charge d'en produire l'organigramme.

7.2 Typologie des équipes 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.

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.

La création d'équipes émergentes est proposée par le ou la DU sur avis du CoStrat, soit à l'issue du processus d'évaluation de mandat du Centre et de ses équipes, soit en cours de

mandat. 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 2). Pour être reconnue, une équipe émergente doit :

- avoir un porteur ou une porteuse de projet identifié.e comme personnel scientifique ;
- avoir un programme scientifique relevant des missions et objectifs du CRCT ;
- 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 ;
- avoir complété favorablement le processus d'évaluation interne du Centre, avec un pré-examen de candidature par le CoStrat et une évaluation par le SAB ;
- disposer d'un financement contractuel suffisant pour mener à bien ses projets ;
- être rattachée à une École Doctorale de l'UPS.

7.3 Évaluation des équipes de recherche

Les équipes de recherche sont évaluées périodiquement sur une base quinquennale 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.

Le rapport d'évaluation des équipes par le SAB propose au ou à la DU un avis sur la candidature des équipes pour création par les tutelles. L'avis du SAB est consultatif, le ou la DU ayant décision finale sur la présentation ou non des équipes aux évaluations institutionnelles.

En cas d'arbitrage favorable par le ou la DU, l'équipe sera présentée pour création ou renouvellement par les tutelles au mandat suivant.

En cas d'arbitrage défavorable du ou de la DU, l'équipe ne pourra pas déposer un projet pour le futur mandat. En concertation avec le CoStrat, le ou la DU devra alors trouver un consensus avec le ou la RE pour procéder, avant le terme du mandat, à :

- soit la dissolution de l'équipe, la réaffectation de ses locaux et le redéploiement des personnels et matériels au sein du CRCT ;
- soit la sortie du CRCT pour une nouvelle affectation hors du Centre. Ce processus sera discuté avec les tutelles du CRCT en temps utiles.

7.4 Les locaux des équipes de recherche

Le ou la DU est seul.e décisionnaire pour l'affectation des modules du CRCT et surfaces associées. Pour ces décisions, le ou la DU prend l'avis du CoStrat.

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 à une équipe de recherche est effective pour toute la durée du mandat quinquennal. Toute demande de changement de module doit être soumise au ou à la DU en même temps que le dossier d'évaluation et de création d'équipe.

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 ou autres partenaires externes.

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.

7.5 Le ou la responsable d'équipe (RE)

Le ou la responsable d'équipe est désigné.e par le ou la DU après avis du CoStrat.

Les missions du ou de la RE sont les suivantes :

- élaborer et mettre en œuvre le projet de recherche de l'équipe et conduire la politique scientifique de l'équipe, dans le respect de la politique scientifique du CRCT telle que décrite dans le projet HCÉRES de l'Unité, et dans le respect de la politique scientifique des tutelles et de l'Unité ;
- garantir les résultats obtenus par l'équipe afin qu'ils puissent être reconnus au sein de la communauté scientifique et auprès des divers partenaires et du grand public ;
- veiller à l'intégrité des travaux et résultats scientifiques présentés par l'équipe. En cas de fraude constatée, il a l'obligation d'en référer auprès du ou de la DU pour décider des suites à donner ;
- assurer, par délégation du ou de la DU, la gestion des personnels membres de l'équipe qui lui sont rattachés dans le respect des règles et procédures des tutelles et de l'Unité ; tenir au courant le ou la DU et le service Moyens Généraux de l'arrivée ou du départ d'une personne dans l'équipe ;
- être responsable de la formation des étudiants en Master et des doctorants accueillis par l'équipe, s'assurer du bon encadrement des étudiants par leurs maîtres de stage ou directeurs et directrices de thèse ;
- remonter les besoins identifiés au ou à la DU ;
- assurer, par délégation du ou de la DU, la bonne utilisation des ressources financières et matérielles de l'équipe, et valider les dépenses de l'équipe dans le respect des réglementations applicables. Le ou la RE est responsable de la rédaction et de la soumission des demandes de financement contractuelles. Il tient la Direction du CRCT, ainsi que le service gestion de l'établissement responsable de la gestion financière¹ des ressources contractuelles, informés des demandes de budget contractuel qu'il formule et des financements qu'il reçoit.

¹ Par délégation globale de gestion entre l'Inserm, l'Université Toulouse III Paul Sabatier et le CNRS, la délégation régionale Occitanie Pyrénées de l'Inserm est établissement de gestion principale des ressources financières du CRCT.

- coordonner pour son équipe la remontée d'informations lorsque celles-ci sont demandées en interne ou en externe à l'Unité (bilan d'activités de l'équipe, actions de communication, rapport HCéRES, etc.) ;
- veiller au respect des bonnes pratiques de laboratoire et des procédures définies en matière de sécurité et santé au travail en coordination avec les organes, services et/ou responsables en charge de ces procédures au sein du Centre et des tutelles ;
- veiller au respect des procédures définies en matière de sécurité informatique et de traitement de données personnelles en coordination avec le ou la DU et les organes, services et/ou responsables en charge de ces procédures au sein du Centre et des tutelles (RSSI, DPD...) ;
- veiller au respect des procédures de PPST et à la classification de sensibilité des données produites.
- veiller à la conduite de l'évaluation annuelle de tous les personnels, notamment ingénieurs et techniciens, inscrits au profil de l'équipe, quels que soient le statut et l'employeurs de ces derniers.

7.6 Accueil d'une nouvelle équipe 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 du CRCT.

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 le CRCT 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 2).

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

L'accueil de nouvelles équipes de recherche sur AAP (voie 1)

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

Il est précisé que cette voie peut 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 ou sa porteuse doit justifier et garantir l'autonomie financière sur ressources propres de son projet pour une période d'au moins deux ans.

Tout porteur et toute porteuse lauréat.e 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'État 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 CoStrat du CRCT, des candidatures pour lesquelles l'audition des porteurs ou des porteuses est souhaitée.
- Présentation, par les porteurs et porteuses candidat.e.s, de leurs travaux de recherche devant l'ensemble des personnels du CRCT réunis en conférence plénière. Consécutivement, présentation par les porteurs et porteuses candidat.e.s de leurs programmes d'équipe devant un jury composé du CoStrat du CRCT ainsi que de membres du SAB. Le nombre de membres du SAB mobilisés conjointement avec le CoStrat 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 et porteuses de projet.
- Proclamation des résultats et diffusion de la liste des porteurs et porteuses lauréat.e.s par le ou la DU du CRCT, conformément au classement établi par les membres du SAB ayant participé à l'audition des porteurs et porteuses candidat.e.s.
- 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 ou de la DU.

L'accueil de nouvelles équipes hors AAP (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 et toute porteuse de projet candidat.e 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 ou la porteuse candidat.e 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 ou la porteuse candidat.e) 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 ou la porteuse candidat.e, de ses travaux de recherche devant l'ensemble des personnels du CRCT réunis en conférence plénière. Consécutivement, présentation par le porteur ou la porteuse candidat.e de son programme d'équipe devant le CoStrat du CRCT. Consécutivement à la présentation de son projet par le porteur ou la porteuse candidat.e, le CoStrat peut s'autoriser un délai de réflexion qui ne pourra excéder 1 mois.
- En cas d'évaluation favorable par le CoStrat, le porteur ou la porteuse candidat.e présentera son programme d'équipe devant le SAB. Le ou la DU ainsi que les membres du CoStrat 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 ou de la DU.

7.7 Sortie des équipes

Pour les équipes et les chercheurs et chercheuses souhaitant quitter l'Institut volontairement, les 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, prenant en compte l'origine des crédits d'acquisition et l'identité du porteur ou de la porteuse du financement ayant permis l'acquisition, doit être proposée aux tutelles. La mobilité des personnels doctorants est soumise aux règles de l'École Doctorale.

Article 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 recevant mandat du ou de la DU pour animer les activités relevant de leur périmètre spécifique :

- le Comité d'Animation Scientifique ;
- le Comité Scientifique et Veille Technologique du Pôle Technologique (COVET) ;
- le Comité des Étudiants en Thèse (COMET) ;

Chacun des comités du Centre possède sa propre charte décrivant son organisation, son fonctionnement ainsi que ses membres affiliés. Les chartes sont disponibles sur l'extranet du CRCT.

La liste précitée des Comités n'est pas figée. Toute demande de création de Comité sera librement présentée devant le CoLab par l'agent du CRCT en souhaitant la création. La création d'un nouveau Comité sera prononcée par le ou la DU sur avis du CoLab.

Article 9 : Les plateaux techniques du Pôle Technologique

9.1 Principes généraux de création et de fonctionnement

Des plateaux techniques peuvent être mis en place par le ou la DU après avis du CoStrat et du CoLab 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.

9.2 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.

9.3 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 CRCT², validée par le ou la DU sur proposition du Directeur ou de la Directrice 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.

9.4 Le Directeur ou la Directrice du Pôle Technologique (DPT)

La coordination générale de tous les plateaux techniques du CRCT est confiée au ou à la DPT nommé.e par le ou la DU après avis du CoStrat et du CoLab.

Le ou la DPT est membre nommé du CoLab, du CoStrat et du CoPil.

Le ou la DPT 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 et en rendre compte auprès du ou de la DU, du CoStrat et du CoLab,
- d'assurer la visibilité nationale et internationale du Pôle Technologique et de ses plateaux,
- rechercher des financements propres en réponse à des appels d'offres ciblés,
- faire un bilan d'activité annuel de chaque plateau, bilan accessible au CoLab et à l'ensemble des personnels de l'Unité.

Article 10 : Les Services Supports

Le ou la DU est responsable des Services Supports dont il délègue l'organisation et la supervision au ou à la DA.

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 ou de la DU qui en délègue la responsabilité opérationnelle auprès du ou de la DA.

Pour l'exercice de leurs missions, les Services Supports du CRCT appliquent et font appliquer à leurs domaines d'activités la réglementation de la tutelle principale Inserm et, lorsque cela est

² <https://www.crct-inserm.fr/presentation-generale-technologie/>

nécessaire, les réglementations des autres tutelles de l'Unité. Il est de la responsabilité de chacun des agents du CRCT d'observer impérativement le respect de ces différentes réglementations.

Article 11 : Accès aux locaux

11.1 Modalités d'accès

Les horaires ouverts du CRCT sont du lundi au vendredi de 7h30 à 19h30.

En-dehors des horaires ouverts, l'accès au Centre est possible uniquement pour nécessité de service et sur autorisation préalable de la Direction.

L'accès en-dehors des horaires normaux est conditionné à la délivrance d'une autorisation qui est à demander au minimum 24 heures en avance sur la plateforme GRR CRCT-horaires auprès du ou de la RE (ou de toute personne statutaire de l'équipe ayant reçu délégation du ou de la RE) ayant reçu du ou de la DU une délégation pour validation.

L'accès aux locaux pour les personnels du CRCT est conditionné à la possession d'un badge délivré par le service Moyens Généraux lors de l'enregistrement au profil du Centre.

Les personnes extérieures peuvent accéder au Centre uniquement pendant les horaires ouverts. Toute personne extérieure doit obligatoirement s'inscrire à son arrivée sur le registre de présence disponible à l'accueil du Centre.

L'accès aux locaux est soumis à l'application des consignes de sécurité en vigueur.

11.2 Accès aux zones sensibles du bâtiment

11.2.1 Laboratoire de manipulation des radioéléments

Le Laboratoire de manipulation des radioéléments situé au 1^{er} étage du CRCT est classé zone surveillée pour l'utilisation de radioéléments, conformément à l'arrêté du 28 janvier 2020 modifiant l'arrêté de 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 un.e CRP (Conseiller.e en radioprotection). Cette formation, obligatoire réglementairement et renouvelée tous les 3 ans, a pour objectif principal d'informer les utilisateurs et utilisatrices 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 et utilisatrices doivent prendre connaissance du règlement interne de radioprotection et le respecter.

Pour obtenir une autorisation d'accès à la pièce radioactivité les utilisateurs et utilisatrices doivent fournir au SCR un certificat médical de non contre-indication à l'exposition aux rayonnements ionisants délivré par la médecine 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 ne sont pas autorisés à manipuler la radioactivité³ ; ils ne peuvent donc avoir accès à cette zone que sous la responsabilité d'un encadrant ou d'une encadrante autorisé.e et à condition d'en faire la demande au SCR qui jugera des possibilités d'accès en fonction de l'analyse des risques (manipulations envisagées, occupation de la zone par les autres utilisateurs).

11.2.2 Zone de stockage des déchets radioactifs

La zone de stockage des déchets radioactifs au rez-de-chaussée du bâtiment est une zone réglementée conformément à l'arrêté de zonage du 28 janvier 2020 modifiant 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.e radioprotection (IRad) conformément à la réglementation en vigueur.

11.2.3 Zone confinée L3

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 et utilisatrices 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 et utilisatrices doivent prendre connaissance et respecter le règlement intérieur spécifique au plateau de vectorologie. Ils doivent retourner une copie signée au ou à la responsable du plateau avant leur première utilisation en autonomie de la zone confinée.

Les utilisateurs et utilisatrices s'engagent à suivre scrupuleusement l'ensemble des procédures établies et, ce, quelle que soit la nature de l'OGM manipulé.

Les utilisateurs et utilisatrices doivent fournir au responsable ou à la responsable du plateau la déclaration HCB et toutes les mises à jour ultérieures qui concerne les OGM manipulés en

³ Art. L 124-14 du Code de l'Éducation

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 et utilisatrices 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.e 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 et utilisatrices doivent fournir un certificat médical d'aptitude délivré par la médecine de prévention de l'organisme dont ils dépendent. Les utilisateurs et utilisatrices régulier.e.s de la zone L3 doivent avoir un suivi médical annuel.

11.2.4 Zones confinées L2

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 et utilisatrices doivent fournir, avant toute manipulation au ou à la responsable L2 et CP, la liste des agents biologiques et techniques utilisés en zone L2 ainsi que les numéros et déclaration d'agréments à jour s'ils manipulent des OGM ;
- les utilisateurs et utilisatrices devront suivre avec les responsables L2 de la zone concernée, une formation leur permettant d'acquérir 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 et utilisatrices s'engagent à suivre scrupuleusement l'ensemble des procédures établies. En cas de non-respect, l'utilisateur ou l'utilisatrice pourra se voir refuser l'accès en zone L2.

11.2.5 Pièce de pesée de poudre CMR et nanoparticules.

Cette pièce est strictement réservée à la pesée et au stockage de poudre CMR et nanoparticules.

L'accès à cette pièce est délivrée par le ou la CP.

Le stockage des poudre est possible si un listing complet est remis au ou à la CP.

Les utilisateurs et utilisatrices s'engagent à suivre scrupuleusement l'ensemble des procédures établies. En cas de non-respect, l'utilisateur ou l'utilisatrice pourra se voir refuser l'accès dans cette zone.

11.2.6 UMS 006 : Centre Régional d'Exploration Fonctionnelle et de Ressources Expérimentales (CREFRE)

Outre le Centre, le bâtiment Inserm du site de l'Oncopole de Toulouse Langlade héberge les services de l'UMS 006 CREFRE.

Tout personnel du CRCT utilisant les services et les locaux de site du CREFRE devra se conformer aux réglementations applicables au sein de cette Unité.

11.3 Accès aux zones logistiques du bâtiment

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 et techniciennes de maintenance ou de commerciaux effectuant une livraison et commerciaux est interdite.

11.4 Accès au parking et stationnement

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.

11.4.1 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 places qui est attribué à chaque équipe. Ce quota, déterminé au début de chaque année en CoLab, est fonction du nombre d'ETP de chaque équipe et du nombre de places de parking disponibles. 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 et chacune des RE 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 ou sa RE 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. Également, 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.

11.4.2 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 personnel 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.

11.4.3 L'accès aux places réservées aux personnes à mobilité réduite (PMR)

L'accès aux places spécifiquement réservées aux PMR 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 ou à la RE 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.

11.4.4 Stationnement hors parking CRCT

Tout stationnement en-dehors du parking du CRCT devra se faire sur les parkings autorisés et ouverts au public du site de l'Oncopole.

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).

Chapitre 2- Les Ressources Humaines

Le personnel nécessaire au fonctionnement de l'Unité est affecté à celle-ci par décision des tutelles qui restent individuellement employeur de leurs agents. Chaque agent affecté à l'Unité est régi, pour ce qui concerne les dispositions relatives à ce chapitre, par les dispositions statutaires propres à son cadre d'emploi et aux règles en vigueur dans l'établissement employeur.

Article 12 : Les personnels

12.1 Obligations générales 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.

12.1.1 Les chercheurs statutaires et enseignants-chercheurs statutaires

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 Établissements Publics. Le Directeur peut effectuer une audition des candidats. Les équipes sont libres dans le choix de leur candidat.e, même si plusieurs candidat.e.s de l'Institut sont présenté.e.s à la même commission.

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.

Le Directeur donne son accord pour l'affectation de tout nouveau chercheur ou enseignant-chercheur au sein des équipes du CRCT.

12.1.2 Les ITA / BIATSS 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.

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.

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 statutaire 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 statutaire 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.

Évaluation 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 statutaire 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. Lors de l'entretien annuel d'évaluation, le responsable hiérarchique et l'agent devront fixer des objectifs à atteindre dans l'année : ces objectifs, qui doivent être mesurables, seront écrits dans le dossier annuel d'évaluation de l'agent et serviront de critères de référence pour les propositions de promotions et de primes des agents éligibles.

Critères de promotion et d'attribution des primes.

Les critères de promotion et d'attribution de primes reposent, pour les personnels éligibles, sur la qualité de l'activité professionnelle réalisée dans le profil de poste. Cette activité sera analysée et évaluée à l'aide des objectifs définis dans le dossier d'évaluation annuelle de l'agent. Les objectifs devront être établis en regard de missions établies conformément à celles prévues par la fiche de poste de l'agent. Cette fiche de poste devra être établie⁴ et mise à jour autant que nécessaire pour être en adéquation avec le rapport d'activités de l'agent. D'un point de vue formel et afin d'éviter tout doublon, les fiches de postes établies devront être conformes à celles en vigueur auprès des établissements employeurs des agents. Les responsables hiérarchiques auront la charge de faire un compte rendu individuel auprès de leurs agents sur les arbitrages les concernant, autant sur le sujet des propositions de promotions que sur celui des propositions de répartition des primes.

Propositions de promotions

⁴ La fiche de poste initiale peut être élaborée à partir du référentiel des emplois-types de la recherche et de l'enseignement supérieur (REFERENS) accessible à l'adresse suivante : <https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/referens/?flg=fr>

Les propositions de promotions sont débattues au cours de réunions regroupant le.la DU 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 proposées et transmettra ses décisions auprès des services compétents des employeurs des agents proposés.

Propositions de répartition des primes

Les propositions de répartition de primes sont effectuées par le.la DU au regard de la difficulté des objectifs consignés dans les dossiers annuels d'évaluation des agents et repris dans le tableau d'évaluation figurant en annexe 6 du présent Règlement. Trois objectifs devront être déterminés entre l'agent et son responsable hiérarchique :

- Un objectif à difficulté de niveau « facile », ciblant l'activité courante de l'agent.
- Un objectif à difficulté de niveau « standard », ciblant une mission spécifique de la fiche de poste de l'agent.
- Un objectif à difficulté de niveau « élevé », ciblant une mission pouvant aller au-delà de la fiche de poste de l'agent.

Il est de la responsabilité conjointe du responsable hiérarchique et de l'agent de définir des objectifs bornés, mesurables, réalistes, accessibles et raisonnables. Le.la D.U. pourra, si nécessaire, demander au responsable hiérarchique et à l'agent de redéfinir un ou des objectifs si ceux-ci apparaissent excessifs ou insincères.

La note de chacun des objectifs se fait selon un score établi à partir du niveau de difficulté et du niveau d'atteinte de l'objectif :

Score par difficulté d'objectif			
Degré d'atteinte \ Niveau difficulté	Simple	Standard	Élevé
	Simple	Standard	Élevé
Atteint	4	9	12
Partiellement atteint à + de 50%	3	5	9
Partiellement atteint à - de 50%	1	2	4
Insuffisamment avancé	0	0	0

Lorsque les modalités pratiques prévues par les établissements employeurs et les montants alloués par ces derniers le permettent⁵, les notes obtenues par les agents permettront leur classement en trois groupes :

- Groupe A (22 points et plus) : objectifs élevé et standard atteints ou dépassés, objectif simple partiellement atteint. Par principe, le nombre d'agents classés dans ce groupe sera limité et ne pourra pas excéder 20% du nombre total d'agents éligibles à une prime.
- Groupe B (entre 13 et 21 points) : objectifs à niveaux de difficulté « simple » et « standard » atteints, objectif « élevé » à poursuivre.
- Groupe C (entre 0 et 12 points) : objectifs à poursuivre.

Pour chaque groupe et selon les modalités et moyens alloués à chaque campagne, le.la DU déterminera un montant de prime. Dans la mesure du possible, le montant s'échelonnait selon les groupes en suivant 3 facteurs :

- Facteur 1 pour le groupe C.
- Facteur 1,5 pour le groupe B.
- Facteur 2 pour le groupe A.

⁵ A la date de validation du Règlement intérieur, ces modalités pratiques et montants alloués diffèrent entre l'Inserm et le CNRS, et sont inexistantes pour l'Université Toulouse III Paul Sabatier

A titre d'exemple, si le montant de prime alloué aux agents classés dans le groupe C est fixé à 200€, le montant de prime pour les agents classés dans le groupe B sera fixé à 300€ (facteur 1,5) et celui pour les agents classés dans le groupe A sera fixé à 400€ (facteur 2).

L'arbitrage final des primes allouées à chacun des agents éligibles est du ressort du ou de la DU.

A l'issue de la campagne, le/la DU communiquera l'arbitrage réalisé à chaque responsable hiérarchique qui devra en rendre compte individuellement à chacun de ses agents. Ces modalités de répartition des primes pourront être modifiées à minima lors du renouvellement de mandat de l'Unité.

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.

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.

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.

12.1.3 Les étudiants et stagiaires

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'École 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 École Doctorale ou la structure d'enseignement dont il dépend qui désignera un médiateur au sein du Centre afin d'essayer de régler le conflit.

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.

12.1.4 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.

Article 13 : Durée du travail

La durée annuelle de travail est fixée à 1 607 heures en référence au code du travail. Cette durée tient compte des 7 heures de travail dues au titre de la journée de solidarité⁶.

Le personnel est tenu au respect des horaires et de la durée du travail fixés en fonction des dispositions statutaires et réglementaires relatives à la durée hebdomadaire de travail et aux congés fixés par son employeur et en tenant compte des nécessités de service de l'Unité.

La durée hebdomadaire du travail effectif est fixée réglementairement par chacun des Établissements employeurs.

L'aménagement du temps de travail est soumis à autorisation du ou de la responsable de l'équipe ou du Pôle Technologique ou des Services Supports et à déclaration auprès des services administratifs du Centre et de l'établissement employeur.

L'aménagement du temps de travail est fonction des impératifs de service et des modalités des établissements employeurs.

Article 14 : Horaires

Les horaires ouverts du CRCT sont du lundi au vendredi de 7h30 à 19h30.

En-dehors des horaires ouverts, l'accès au Centre est possible uniquement pour nécessité de service sur autorisation préalable de la Direction.

⁶ En application de la loi n°2004-626 du 30 juin 2004 modifiée, les agents de l'Unité sont tenus d'effectuer une journée de solidarité de 7 heures.

Article 15 : Accès aux locaux du Centre en-dehors des horaires ouvrés

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. Cette autorisation est à demander au minimum 24 heures en avance sur la plateforme GRR CRCT-horaires auprès du ou de la RE ou de son délégataire ayant reçu du ou de la DU une délégation pour validation.

Toute personne autorisée à venir travailler en horaires décalés devra obligatoirement s'inscrire sur le registre de sécurité du Centre et devra, si les conditions l'exigent, être en possession d'un terminal PTI à retirer à l'entrée du Centre.

Seuls les personnels statutaires, les personnels contractuels (doctorants, chercheurs, ingénieurs, techniciens) peuvent être autorisés exceptionnellement à réaliser un travail en horaires décalés. Les stagiaires, quel que soit leur niveau et même accompagnés, n'ont pas autorisation à venir dans les locaux du Centre en horaires décalés.

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 et doivent se munir d'un Poste de Travailleur Isolé (PTI) pour leur activité.

Article 16 : Congés

16.1 Congés annuels et RTT

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 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.

16.2 Compte épargne temps (CET)

Les fonctionnaires et les agents contractuels de droit public employés de manière continue et ayant accompli au moins une année de service peuvent ouvrir un compte épargne temps suivant les modalités offertes et définies par leur employeur.

Article 17 : Absences

17.1 Absence pour raison médicale

Tout agent absent pour raison médicale doit de conformer aux modalités mises en place par son établissement employeur pour déclarer son absence.

D'une façon générale et par principe, l'agent malade est tenu de :

- prévenir ou faire prévenir de son indisponibilité le jour même son ou sa responsable hiérarchique ;
- transmettre l'information auprès de son employeur selon les modalités définies par ce dernier ;
- renseigner, à sa reprise d'activité, une « attestation de reprise de fonction » pour signaler sa reprise effective.

17.2 Autorisation exceptionnelle d'absence et aménagement d'horaires

Les autorisations exceptionnelles d'absence et aménagement d'horaires, sauf exceptions, ne constituent pas un droit pour l'agent.

Une liste, non exhaustive, d'autorisations d'absence est définie par l'employeur.

Il appartient au ou à la responsable hiérarchique d'apprécier la demande d'autorisation exceptionnelle d'absence au regard des nécessités de service.

Article 18 : Télétravail

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. Les agents suivront en outre les dispositions particulières prévues par leur employeur.

Après vote du CoLab 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, dans leurs principes, décrites ci-après.

18.1 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 :

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

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

18.2 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 ou sa RE 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.

18.3 Annulation d'un jour normalement télétravaillé

A l'initiative du ou de la RE : de façon ponctuelle et lorsque l'activité de l'équipe le justifie, ou pour impératif de service, le RE 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 ou sa RE n'en 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 ou sa RE.

18.4 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 RE 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.

18.5 Arbitrage en cas de litige agent / RE concernant le télétravail

L'autorité de référence pour l'arbitrage des litiges, quelle que soit leur nature, entre l'agent et son ou sa RE concernant le télétravail, reste l'établissement employeur de l'agent. Cependant, chaque agent et/ou chaque manager sont invités à saisir en première intention le ou la DU en cas de litige concernant une demande de télétravail ou les modalités d'application de demandes en cours ou validées.

Article 19 : Charte du temps pour mieux appréhender son temps de travail

L'amélioration de la gestion du temps est au carrefour des enjeux majeurs que sont la préservation de la santé au travail et la performance des laboratoires de recherche.

L'amélioration de la gestion des temps de travail conditionne l'amélioration de l'organisation du travail et ainsi l'efficacité collective ; elle favorise en outre le maintien d'un cadre de travail de qualité et la préservation des frontières entre vie privée et vie professionnelle.

Les cinq principes définis dans la « Charte du temps pour mieux appréhender son temps de travail » élaborée par l'Inserm et figurant en annexe 3 du présent RI doivent guider l'ensemble des personnels du Centre, encadrants et subordonnés, dans leur gestion du temps de travail.

Article 20 : Déplacements et missions

20.1 Déplacements dans la résidence administrative (circonscription de Toulouse)

Les déplacements du personnel à l'intérieur de la résidence administrative⁷ 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 ou sa RE ou par défaut au DA. En l'absence de réponse négative de la part du RE, la demande est considérée comme acceptée. En cas d'accident corporel, si le RE 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 de la responsabilité de l'agent de souscrire, dans l'assurance personnelle de son véhicule, une couverture pour les déplacements domicile et trajets travail.

20.2 Déplacements et missions hors de la résidence administrative

⁷ La résidence administrative est comprise comme la zone couverte par la Délégation régionale Occitanie Pyrénées de l'Inserm.

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 Étrangères. 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.

20.3 Utilisation du véhicule de service

Le CRCT met à disposition de ses agents (hors stagiaires) un véhicule de service électrique.

Le véhicule de service est exclusivement dédié au transport ponctuel de matériel biologique autorisé réglementairement ou d'équipement scientifique vers les autres sites de recherche de l'agglomération toulousaine. L'utilisation du véhicule à des fins personnelles, dans le cadre d'une visite professionnelle ou pour le transport de passagers est prohibée.

Chaque utilisateur ou utilisatrice du véhicule électrique devra au préalable obtenir une autorisation d'utilisation de la part du DA. Le formulaire d'autorisation du véhicule est à remplir auprès de l'Accueil du Centre. Une photocopie du permis de conduire en cours de validité sera à joindre à la demande d'autorisation.

Les utilisateurs et utilisatrices autorisé.e.s s'engagent :

- à respecter la réglementation du Code de la Route ; en cas de non-respect l'utilisateur responsable assumera personnellement les conséquences prévues par la législation ;
- à posséder un permis de conduire valide lors des utilisations du véhicule du CRCT ;
- à réserver systématiquement auprès du Service Accueil le véhicule pour pouvoir l'utiliser. Le véhicule étant par principe dédié aux services techniques, ces derniers seront prioritaires dans l'utilisation du véhicule et pourront en cas de besoin faire annuler une réservation préalablement faite par un personnel du Centre ;
- à remplir exhaustivement, au moment de la prise comme au moment de la restitution du véhicule, le registre d'utilisation disponible auprès du Service Accueil ;
- à signaler par mail auprès du Service Accueil (accueil.crct@inserm.fr) tout dysfonctionnement, incident, accident ou tout problème constaté pendant l'utilisation du véhicule ;
- à restituer le véhicule en bon état de propreté ;

- à stationner le véhicule sur l'emplacement qui lui est dédié, en position de charge électrique.

Article 21 : Respect de la Charte de la laïcité dans les services publics

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. »*

Le respect des principes de laïcité de l'État 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.

Conformément à la législation en vigueur, sont considérés comme agents publics : tous les personnels du Centre, fonctionnaires, contractuels, étudiants et stagiaires, dont les contrats et/ou conventions sont établis par un organisme public.

Article 22 : Promotion de la parité et de l'égalité professionnelle et lutte contre les discriminations

Le CRCT s'engage à respecter et à mettre en œuvre le Plan pour l'Égalité Professionnelle Femmes/Hommes de l'Inserm⁸. Ce plan vise à :

- initier une action collective et engageante ;
- créer les conditions d'un égal accès aux responsabilités et aux promotions ;
- améliorer l'articulation des temps de vie et mieux accompagner la parentalité ;
- lutter contre le sexisme et les violences sexuelles.

⁸ <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-06/inserm-planegaliteprofh2123-0521.pdf>

Pour cela, le CRCT nomme un.e référent.e égalité / parité dont la mission consiste à :

- prendre connaissance des politiques et plans des tutelles en matière d'Égalité et de Parité ;
- participer activement à la diffusion de l'information ;
- soutenir les campagnes de communication ;
- maintenir un affichage physique et web à jour ;
- faire des propositions adaptées à la Direction de l'Unité et au Conseil de Laboratoire.

Plus largement, ces mesures sont également mobilisables pour lutter contre d'autres formes de discrimination (racisme, antisémitisme, haine anti-LGBT Q+...).

Cette mission se fait en étroite collaboration avec le/la CP, les AP, les référents RPS, la Direction de l'Unité et Directions des établissements tutelles de l'Unité.

Chapitre 3 - Prévention des risques, santé et sécurité au travail

Conformément à l'article L 4122-1 du code du travail, il incombe à chaque personne de prendre soin de sa santé et sa sécurité ainsi que celles des autres personnes concernées par ses actions.

Article 23 : Acteurs de la prévention

23.1 Le ou la DU

Sous la responsabilité des Établissements employeurs des agents et quelle que soit la nature du risque (risque biologique, chimique, radioactif, risques psycho-sociaux, etc...), le ou la DU doit veiller à la santé, à la sécurité et à la protection des agents placés sous son autorité et assurer la sauvegarde des biens et la protection de l'environnement.

Il ou elle nomme, après avis du CoLab, un ou une Chargé.e de Prévention (CP) placé.e sous son autorité qui l'assiste et le ou la conseille dans le domaine de la prévention et de la sécurité. Le ou la CP est assistée dans ses missions d'AP (AP).

La décision de nomination du ou de la CP et des AP est validée par les tutelles de l'Unité.

La nomination de CP ou d'AP est sans incidence sur le principe de responsabilité du ou de la DU.

23.2 Le ou la Chargé.e de Prévention (CP)

Le ou la CP conseille le ou la DU, anime et coordonne le réseau des Assistants de prévention (AP), le réseau des Responsables L2 (RL2) ainsi que les groupes de travail constitués autour des questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail, notamment dans les domaines suivants :

- la mise en place d'une politique de prévention des risques ;
- la mise en œuvre, en concertation avec les Conseiller.e.s de prévention des établissements tutelles et la médecine 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.

23.3 Les Assistant.e.s de Prévention (AP)

Le rôle de conseil et d'assistance des AP porte sur la démarche d'évaluation des risques, la mise en place d'une politique de prévention ainsi que sur la mise en œuvre des règles de santé et de sécurité dans l'Unité.

Les AP suivent une formation spécifique sur les différents risques liés à leur fonction et à l'environnement de laboratoire, puis reçoivent une lettre de cadrage de la part de l'Inserm et,

le cas échéant, de la part de leur établissement d'appartenance. Cette lettre précise les modalités et missions relevant de leur périmètre d'AP.

Les AP sont organisés au sein d'un réseau coordonné et animé par le ou la CP. Ce réseau est constitué d'un.e représentant.e au-moins par équipe/plateaux. Les membres de ce réseau se réunissent au minimum une fois par an à la demande du ou de la CP.

Les travaux du réseau des AP se consacrent principalement autour de l'analyse, l'amélioration, la validation des propositions faites par le ou la CP et la mise en application des règles d'organisation du travail au sein de leur équipe ou plateaux : formation pratique (visite, procédures, déchets), collecter les renseignements des documents réglementaires (DUER, listes produits chimiques, OGM.....), organiser le suivi et la réparation du matériel de sécurité, alerter le ou la CP des incidents/accidents ou dysfonctionnement constatés, participer aux réunions organisées par le ou la CP.

Les missions des AP sont précisées dans une lettre de mission signée par l'AP, établie par le ou la CP.

Les noms et les coordonnées des AP sont précisés sur le serveur de l'Unité à l'adresse suivante : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Référents

23.4 Les Responsables de laboratoires L2 (RL2)

Le rôle de conseil et d'assistance des RL2/RL3 porte sur la démarche d'évaluation des risques biologiques, la mise en place d'une politique de prévention ainsi que sur la mise en œuvre des règles de santé et de sécurité dans l'Unité au niveau des laboratoires L2/L3.

Les RL2/RL3 suivent une formation spécifique sur les risques biologiques liés à leur activité

Les RL2/RL3 sont organisés au sein d'un réseau coordonné et animé par le ou la CP. Ce réseau est constitué d'un.e représentant.e par équipe/plateaux. Les membres de ce réseau se réunissent au minimum une fois par an à la demande du ou de la CP.

Les travaux du réseau des AP se consacrent principalement autour de l'analyse, l'amélioration, la validation des propositions faites par le ou la CP et la mise en application des règles sur : l'organisation du travail au sein de leur équipe ou plateaux : formation pratique (visite, procédures, déchets), collecter les renseignements des documents réglementaires (DUER, listes produits chimiques, OGM.....), organiser le suivi et la réparation du matériel de sécurité, alerter le ou la CP des incidents/accidents ou dysfonctionnement constatés, participer aux réunions organisées par le ou la CP.

Les missions des RL2/RL3 sont précisées dans une lettre de mission signée par le RL2/RL3, établie par le ou la CP.

Les noms et les coordonnées des RL2/RL3 sont précisés sur le serveur de l'Unité à l'adresse suivante : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Référents

23.5 L'Ingénieur.e radioprotection (IRad)

L'IRad est chargé de veiller au respect de la réglementation et des principes de radioprotection.

L'IRad est nommé.e Conseiller en Radioprotection (CRP) par le Directeur du CRCT. L'IRad s'appuie dans l'exercice de ses fonctions sur un réseau de CRP-relais formant un service compétent en radioprotection dont l'organisation est précisée dans un document disponible sur le serveur de l'Unité à l'adresse suivante : \\crct-share\CRCT_S.Communs\Public\Radioprotection\procédures et règlements\ organisation du comité radioprotection CRCT 2021

Les CRP sont chargés de veiller au respect de la réglementation et des principes de radioprotection.

Le Service Compétent en Radioprotection doit mener à bien les missions définies dans les articles R4451-123 du code du travail et R1333-19 du code de la santé publique et notamment :

- Étudier les risques aux postes de travail : définir les zones réglementées, réaliser les fiches d'exposition, gérer la dosimétrie et le suivi médical.
- Optimiser / valider les moyens de protection.
- Organiser la planification et la mise en œuvre des vérifications réglementaires internes et externes.
- Assurer la formation et l'information des personnes amenées à intervenir en zone réglementées.
- Gérer les déchets et effluent radioactifs.
- Gérer les situations dégradées.
- Participer à l'élaboration et à la démarche du DUER.

23.6 Les Chargé.e.s d'évacuation/confinement, les personnes habilitées à utiliser un extincteur et les secouristes formés aux gestes de premier secours

Le rôle des Chargé.e.s d'évacuation/confinement est de guider et veiller à l'évacuation (incendie...) vers le point de rassemblement de l'établissement ou au confinement (risque majeur) vers les zones de couloirs non vitrés du bâtiment de tous les agents présents sur le centre en cas d'alerte.

Les Chargé.e.s d'évacuation/confinement reçoivent une formation interne, sur la procédure à suivre en cas de nécessité d'évacuation ou de confinement.

Les personnes habilitées à utiliser un extincteur et les secouristes formés aux gestes de premier secours ont suivi une formation organisée par la Délégation régionale de l'Inserm.

Les noms et les coordonnées des Chargé.e.s d'évacuation/confinement, des personnes habilitées à utiliser un extincteur, ainsi que des secouristes formés sont précisés sur le serveur de l'Unité à l'adresse suivante : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Référents

23.7 Les Référent.e.s Risques Psycho-Sociaux (RPS)

Le/la Référent.e RPS est dans l'idéal une personne de confiance dont le rôle est d'être vigilant sur les conditions d'organisation de travail, le respect de la charte du temps et le bien-être au travail. Le/la Référent.e RPS apporte écoute et communique avec une personne qui ressent sa Qualité de Vie au Travail (QVT) dégradée, quel qu'en soit la raison, et lui conseille de se rapprocher des instances en place ou de quelqu'un de confiance.

Un engagement de confidentialité sera demandé aux Référent.e.s RPS. Un.e Référent.e RPS doit garder la confidentialité des échanges qu'il peut avoir avec un agent en difficulté. La seule personne qui peut être contactée sans l'accord de la personne, en cas d'urgence, est le médecin de travail qui se chargera de proposer un rendez-vous à l'agent.

Le/la CP coordonnera le réseau des Référent.e.s RPS et organisera au minimum une réunion par an avec l'ensemble des Référent.e.s.

Le réseau peut, selon la gravité de la situation, alerter le médecin de prévention ou la cellule de veille sociale de l'Inserm.

23.8 Le Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail au CRCT (le « Groupe »)

23.8.1 Contexte

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, 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 et 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 CoLab du CRCT a souhaité constituer un groupe *ad hoc*, appelé Groupe de réflexion sur l'amélioration des conditions de travail au CRCT, ci-après désigné le « Groupe », afin que l'analyse de situations de travail et les éventuelles décisions associées à ces analyses soient prises collectivement.

Le 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, du fait de leurs fonctions, un engagement sur ces missions.

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

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

23.8.2 Composition du Groupe

Le Groupe est constitué sur la base du volontariat parmi les AP, RL2, ou tout autre agent volontaire du CRCT.

Afin de garantir l'indépendance de réflexion et d'échanges au sein du Groupe, le/la DU, le/la DUA ou le/la DA ne peuvent être membres du Groupe.

Toute nouvelle participation sera soumise pour validation au Groupe existant. Tout.e candidat.e souhaitant postuler pour devenir membre du Groupe présentera sa candidature et sa déclaration d'intention devant les membres du Groupe réunis. A l'issue de cette audition, les membres du Groupe délibéreront entre eux et motiveront leur réponse, positive ou négative, auprès du ou de la candidat.e. Les critères de choix sont ceux énoncés dans le paragraphe suivant.

23.8.3 Engagement des membres du Groupe

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 indépendant et ne pas rendre compte à la direction sans l'accord du groupe.
- être à l'écoute de chacun.e,
- être bienveillant.e,
- échanger de manière factuelle, objective et constructive,
- en cas de désaccord sur un sujet traité proposer une solution alternative,
- répondre aux sollicitations du (de la) Chargé(e) de Prévention : mails documents à relire et améliorer,
- participer aux réunions à la demande du (de la) Chargé(e) de Prévention,
- aider la (ou les) personne(s) qui le souhaitent à formaliser ses propres solutions.

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

En cas de non-respect de l'engagement par l'un des membres, sa participation au groupe pourra être remise en cause par l'ensemble des membres du Groupe

23.8.4 Missions générales du Groupe

Le ou la CP coordonnera les travaux et échanges 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 sera soumis pour avis au CoLab puis validé par la Direction.

23.8.4.1 Prévention des risques

Sur la question de la prévention des risques, les domaines de travail du Groupe seront les suivants :

- 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, à la hiérarchisation des priorités et à la mise en œuvre du plan d'action du Document Unique d'Évaluation des Risques (DUER): une réunion sera planifiée chaque année avec l'ensemble du personnel de chaque équipe et une restitution sera faite au ou à la DU qui signera le DUER avant de le transmettre à la Délégation régionale de l'Inserm ;
- 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 la Médecine de prévention ;
- 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.

23.8.4.2 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 CSHSCT⁹.

Après analyse par le Groupe, 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 et/ou la Médecine de prévention pourront être saisis, avec l'accord de l'agent/équipe.

23.8.4.3 Moyens

Les agents (ou équipes) qui le souhaitent peuvent saisir le groupe pour toute question relevant de ses missions via l'adresse mail d'un de ses membres. Les dossiers seront soumis et analysés par l'ensemble du groupe de façon anonyme si l'agent (ou l'équipe) le souhaite.

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.

⁹ 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.

Le groupe se réunira au minimum deux fois par an, en juin et en décembre. Un courriel sera envoyé à l'ensemble des agents du CRCT 15 jours avant la réunion. Les agents pourront alors saisir le groupe s'ils le souhaitent. Le groupe peut aussi se réunir de façon exceptionnelle en cas de demande d'un agent ou en cas de situation urgente.

Article 24 : Organisation de la prévention au sein de l'Unité

24.1 Surveillance médicale des agents

Les agents bénéficient d'un suivi médical dont la périodicité est définie par le médecin de prévention.

Le ou la DU doit veiller à ce que chaque agent de l'Unité se présente aux convocations du service de médecine de prévention.

Les noms et coordonnées des services de Médecine de prévention sont disponibles auprès des services Ressources Humaines de l'employeur dont dépend l'agent.

24.2 Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER)

Le ou la DU tient et met à jour au moins annuellement le document unique d'évaluation des risques (DUER). L'actualisation du DUER est confiée au ou à la CP qui travaille avec l'ensemble des AP des équipes, plateaux et services pour le recensement des risques. Le DUER actualisé ainsi que le plan d'actions à mettre en place sont ensuite présentés par le ou la CP au DU et au DA puis au CoStrat et au CoLab avant d'être transmis aux acteurs de prévention des instances de tutelle de l'Unité.

Ce document est tenu à la disposition des agents de l'Unité et des CSHSCT par le ou la CP.

24.3 Accueil des nouveaux entrants

Tout nouvel arrivant quel que soit son statut doit suivre un cycle de formations obligatoires :

- Formation didacticielle théorique NEO sur les risques, développée par l'INSERM et le CNRS. Cette formation est accessible, avant l'arrivée au centre en s'inscrivant sur le site avec un mail personnel. La réussite à cette formation conditionne la délivrance des badges d'accès au centre.
- Formation collective théorique sur les procédures de centre, réalisée au minimum 2 fois par an par le ou la CP.
- Formation pratique, en lien avec les procédures définies par le ou la CP, au sein de l'équipe ou du plateau d'accueil du nouvel agent, réalisée par le RL2/RL3 concernant le risque biologique et par l'AP pour les autres risques, sous le contrôle du chef d'équipe. Cette formation est à réaliser à chaque nouvel arrivant dans une équipe ou un plateau

24.4 Formations à la sécurité

Un ensemble de formations est mis en place par la délégation régionale (DR) et au CRCT par le ou la CP pour le CRCT et dans les Équipes/plateaux par les AP ou les RL2/RL3 pour assurer la sécurité des agents au profil du centre :

- Sécurité incendie :
 - Formation des Chargé.e.s d'évacuation/confinement, réalisée tous les 2 ans par le ou la CP.
 - Un exercice d'évacuation est réalisé annuellement
 - Formation Utilisation des extincteurs, réalisée chaque année par la Délégation régionale de l'Inserm

Les noms et les coordonnées des chargés d'évacuation et des agents formés à l'utilisation des d'extincteurs sont précisés sur le serveur de l'Unité à l'adresse suivante : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Référents- Autres formations :

- Formation des AP, réalisée régulièrement par la DR d'une des tutelles de l'UMR
- Formation des RL2/RL3, réalisée régulièrement par la DR d'une des tutelles de l'UMR
- Formation Utilisation des masques à Cartouche filtrante et Cagoule d'évacuation

Nous disposons à l'entrée des pièces de cryocuves au N0, de 2 cagoules d'évacuation et à chaque étage, d'un kit de déversement chimique contenant un masque à cartouche filtrante de type ABEK2P3.

Une formation de sensibilisation du personnel à l'utilisation de ces matériels est réalisée annuellement par le ou la CP pour l'ensemble du personnel de centre.

- Formation Utilisation d'un défibrillateur

Nous disposons de 2 défibrillateurs au CRCT : Au niveau 1 au-dessus des escaliers de l'accueil et au niveau 3, bâtiment B près des ascenseurs.

Une formation de sensibilisation du personnel à l'utilisation de ces matériels est réalisée annuellement par le ou la CP pour l'ensemble du personnel de centre.

24.5 Registres

Des registres de santé et sécurité au travail est mis à la disposition du personnel afin de consigner toutes les observations et suggestions relatives à la prévention des risques et à l'amélioration des conditions de travail. Ils permettent également de signaler tout incident ou accident survenu dans l'Unité.

Ces registres se situent :

- au N0 : dans le couloir entre le magasin et le service technique
- au N1 : dans le couloir de la passerelle de l'IUCT
- aux N2, N3, N4 : près des ascenseurs bâtiment B

Par ailleurs, à la Délégation régionale de l'Inserm se situe le registre des dangers graves et imminents, disponible à la demande

24.6 Accueil de personnes extérieures

Tout visiteur et toute personne extérieure à l'Unité ne peut entrer, sauf dérogation particulière, qu'aux horaires ouverts.

Les visiteurs et personnes extérieures n'ont pas accès, sauf dérogation à demander préalablement au ou à la DA, au parking des personnels.

Les visiteurs et personnes extérieures doivent impérativement présenter un document d'identification ainsi que signer le registre de présence à leur entrée et à leur sortie du Centre.

Les visiteurs ou personnes extérieures doivent être systématiquement accompagnés par un personnel du Centre lors de leur circulation dans les locaux de l'Unité.

Cas particulier des entreprises extérieures : lors de l'intervention d'entreprises extérieures dans l'Unité, une visite de prévention et, s'il y a lieu, un plan de prévention doit être réalisé. Le service Patrimoine et les Services Techniques accompagnent les entreprises extérieures dans leurs interventions.

24.7 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.

En tout état de cause, tout personnel se retrouvant en situation de travail isolé doit impérativement se munir d'un terminal PTI à retirer à l'accueil du Centre.

24.8 Consignes en cas de déclenchement d'alarme

Différents types d'alarmes peuvent être entendues au CRCT selon le type de danger, alarmes pour lesquelles il est fondamental de suivre les procédures adaptées.

24.8.1 Alarmes internes au CRCT

24.8.1.1 Alarme incendie

L'alarme incendie se déclenche automatiquement en cas de dégagement de fumée lors d'un incendie ou manuellement par un agent en cas de dégagement de toxiques par exemple.

Dans tous les cas ce type d'alarme impose une évacuation obligatoire du personnel par la sortie de secours la plus proche vers le point de rassemblement situé au bout de la voie pompier coté route d'Espagne.

Dans chaque équipe et plateau technique des chargés d'évacuation/confinement ont été formés pour assurer la vérification et l'évacuation des agents dans le périmètre de son équipe ou plateau. Celui-ci signale au chef d'évacuation en sortie du centre toute personne qui ne serait pas sorti ainsi qu'un éventuel problème observé sur sa zone de contrôle.

Le retour au centre ne peut se faire que si le chef d'évacuation en donne la permission ce qui signifie que tout danger est écarté.

Nous disposons sur le centre d'extincteurs Eau et à CO₂ qu'il est possible d'utiliser en cas de début d'incendie à la condition d'avoir suivi une formation spécifique.

Chaque année la réglementation impose 2 exercices d'évacuation avec l'ensemble du personnel présent sur le site.

Une fiche sécurité incendie est placée sur les tableaux d'affichage et enregistrée sur le serveur à : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Risque incendie

La liste des chargés d'évacuation/confinement est enregistrée sur le serveur à : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Référents

24.8.1.2 Alarme fuite de gaz : azote, dioxyde de carbone, hélium, méthane, argon

Des détecteurs ont été mis en place afin de détecter des fuites de Gaz pouvant se produire sur les arrivées de gaz (N₂, CO₂) ou de bouteilles (Hélium, méthane, Argon).

En cas de déclenchement de ce type d'alarme une procédure a été écrite selon le type de gaz et la localisation de la fuite enregistrée sur le serveur : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Risques Chimique

La pièce des cryocuves au NO comportant 14 cuves d'N₂ présente un gros risque d'Hypoxie. Une détection en O₂ a été mise en place ainsi qu'une procédure spécifique affichée sur la porte et enregistrée sur le serveur à : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Risques Chimiques

24.8.2 Alarmes externes au CRCT : le système d'alerte et d'information des populations (SAIP)

Le SAIP est un ensemble d'outils (dont font partie les sirènes) qui permet la diffusion d'un signal ou d'un message par les autorités lors d'un événement d'une particulière gravité ou en situation de crise (catastrophe naturelle et industrielle, attentat terroriste), aux personnes qui sont susceptibles ou sont en train d'en subir les effets.

Son déclenchement est de la compétence du maire et du préfet, voire du ministère de l'Intérieur.

Les sirènes du SAIP et les sirènes des exploitants industriels sont soumises à un plan particulier d'intervention (PPI) :

- Le signal d'alerte : 3 séquences d'1 minute et 41 secondes, séparées par un silence ;
- Le signal de fin d'alerte : son continu de 30 secondes ;
- Les essais mensuels : 1 séquence d'1 minute et 41 secondes le premier mercredi de chaque mois à 12h15 pour la Haute-Garonne.

Rappel sur les consignes générales de comportement en cas d'alerte :

Au signal, il faut :

- rejoindre sans délai un local clos, de préférence sans fenêtre : au CRCT ce sont les zones de couloir sans fenêtre à chaque étage ;
- arrêter climatisation, chauffage et ventilation ;
- se mettre à l'écoute de la radio ;
- attendre la consigne avant de sortir.

Ce qu'il ne faut pas faire :

Rester dans son véhicule.

- aller chercher les enfants à l'école (les enseignants se chargent de leur sécurité) ;
- téléphoner (les réseaux doivent rester disponibles pour les secours) ;

- rester près des vitres ;
- ouvrir les fenêtres pour savoir ce qui se passe dehors ;
- allumer une quelconque flamme (risque d'explosion) ;
- quitter l'abri sans consigne des autorités.

24.9 Consignes en cas d'accident

Il est de la responsabilité de l'agent victime d'un accident de service, de trajet ou de mission d'en informer son employeur dans les 48 heures

Le ou la DU et le ou la CP doivent en outre immédiatement en être informé.e.s. De plus, l'agent victime d'un accident devra l'inscrire dans le Registre Santé et Sécurité au Travail, et ceci même si une déclaration d'accident est faite en parallèle.

Une analyse permettant de définir les causes de l'accident pourra être menée, selon l'importance ou la répétition du même type d'accident, sous la conduite du ou de la CP qui établira collectivement avec l'ensemble des agents impliqués, un arbre des causes.

Les fiches de déclaration selon votre appartenance statutaire sont enregistrées sur le serveur à : \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Accident du Travail

Suivant la nature de l'accident subi, des consignes sont affichées et enregistrées sur le serveur à l'adresse suivante: \\CRCT-share\CRCT_S.Communs\Public\Prévention\Procedures

Article 25 : Dispositions relatives à la lutte contre le harcèlement au CRCT

Les dispositions ci-dessous sont une transcription du cadre légal défini par le Code du Travail dans ses articles L1152 (harcèlement moral) et L1153 (harcèlement sexuel)

25.1 Harcèlement sexuel

Aucun agent ne doit subir des faits :

- soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;
- soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Aucun agent, aucune personne en formation ou en stage, aucun candidat à un recrutement, à un stage ou à une formation ne peut être sanctionné ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte pour avoir subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel.

Aucun agent, aucune personne en formation ou en stage ne peut être sanctionné ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir témoigné de faits de harcèlement sexuel ou pour les avoir relatés.

Tout fait de harcèlement sexuel devra être remonté à l'employeur de l'agent ou de la personne en ayant été victime ainsi qu'au ou à la DU et à la cellule de veille sociale de l'Inserm¹⁰. Les acteurs de prévention compétents au sein de l'Unité pourront également être saisis : référents RPS, Référents Parité, Groupe de réflexion et d'amélioration des CT, Chargé.e de Prévention, AP.

25.2 Harcèlement moral

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Aucun agent, aucune personne en formation ou en stage ne peut être sanctionné ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, pour avoir subi ou refusé de subir des agissements répétés de harcèlement moral ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés.

Tout fait de harcèlement moral devra être remonté à l'employeur de l'agent ou de la personne en ayant été victime ainsi qu'au ou à la DU et à la cellule de veille sociale de l'Inserm¹¹ (voir annexe 5 « Cellule de Veille Sociale » de l'Inserm). Les acteurs de prévention compétents, référents RPS, Référents Parité, Groupe de réflexion et d'amélioration des CT, Chargé.e de Prévention, AP, au sein de l'Unité pourront également être saisis.

Une procédure de médiation peut être mise en œuvre par toute personne s'estimant victime de harcèlement moral ou par la personne mise en cause. Le choix du médiateur fait l'objet d'un accord entre les parties. Le médiateur s'informe de l'état des relations entre les parties. Il tente de les concilier et leur soumet des propositions qu'il consigne par écrit en vue de mettre fin au harcèlement. Lorsque la conciliation échoue, le médiateur informe les parties des éventuelles sanctions encourues et des garanties procédurales prévues en faveur de la victime.

Article 26 : Interdictions diverses

26.1 Introduction d'animaux domestiques

L'introduction d'animaux de compagnie dans les locaux de l'Unité est strictement interdite. L'accès aux locaux de l'Unité des chiens guide ou accompagnant les personnes disposant d'une carte d'invalidité est soumis à autorisation du ou de la DU.

¹⁰ veille-sociale.toulouse@inserm.fr

¹¹ voir note précédente

26.2 Interdiction de fumer et devapoter

En application de l'article L.3512-8 du code de la santé publique, il est interdit de fumer sur les lieux de travail.

En application de l'article L.3513-6 du code de la santé publique, il est interdit de vapoter dans les lieux de travail fermés et couverts.

Les personnels fumeurs et vapoteurs utiliseront les terrasses extérieures du bâtiment et les cendriers mis à disposition.

26.3 Consommation d'alcool

Il est interdit de pénétrer ou de demeurer dans l'Unité en état d'ébriété.

La consommation de boissons alcoolisées dans les locaux de travail est interdite sauf autorisation exceptionnelle du ou de la DU.

Le ou la DU doit retirer de son poste de travail toute personne en état apparent d'ébriété sur un poste dangereux pour sa santé et sa sécurité, ainsi que pour celles des autres personnes placées à proximité.

Chapitre 4- Confidentialité, publications et communication, propriété intellectuelle

Article 27 : Confidentialité, publications et communication

27.1 Informations confidentielles

Les travaux de l'Unité constituent par définition des activités confidentielles.

Par conséquent, le personnel participant directement à l'activité de l'Unité ainsi que les visiteurs sont tenus de respecter la confidentialité de toutes les informations de nature scientifique, technique ou autre, quel qu'en soit le support, ainsi que de tous les produits, échantillons, composés, matériels biologiques, appareillages, systèmes logiciels, méthodologies et savoir-faire ou tout autre élément ne faisant pas partie du domaine public dont ils pourront avoir connaissance du fait de leur séjour au sein de l'Unité, des travaux qui leur sont confiés ainsi que de ceux de leurs collègues.

Cette obligation de confidentialité reste en vigueur tant que ces informations ne sont pas dans le domaine public.

Pour toute présentation et tout échange sur les travaux et résultats de recherche de l'Unité avec des partenaires publics et/ou privés, personne physique ou morale, la signature d'un accord de secret entre les parties concernées est obligatoire. Les services partenariat et valorisation compétents de l'Inserm, du CNRS ou de l'Université Toulouse III Paul Sabatier pourront être utilement contactés à cet effet.

L'obligation de secret ne peut faire obstacle à l'obligation qui incombe aux chercheurs et chercheuses affectés à l'Unité d'établir leur rapport annuel d'activité pour l'organisme dont ils relèvent, cette communication à usage interne ne constituant pas une divulgation au sens des lois sur la propriété industrielle.

Les dispositions du présent article ne peuvent pas non plus faire obstacle à la soutenance d'une thèse ou d'un mémoire par un chercheur ou chercheuse, un doctorant ou une doctorante affecté.e à l'Unité ou un stagiaire accueilli dans l'Unité, soutenance qui pourra se faire le cas échéant et à titre exceptionnel à huis clos selon les procédures en vigueur.

Les règles déterminant la classification du niveau de confidentialité des informations et des systèmes d'information, les règles de marquage des documents et de cartographie des systèmes d'information, ainsi que les règles concernant les mesures de protection applicables à ces informations et systèmes d'informations figurent dans la Charte Sécurité des Systèmes d'Information (Charte SSI) de l'Inserm figurant en annexe 4 du présent RI.

Toute personne quittant l'Unité (démission, mutation, départ à la retraite, fin de stage, fin de contrat ...) devra donner accès aux informations ou données de toute nature qu'il aura obtenues ou contribué à obtenir durant son affectation et qui sont nécessaires à la poursuite des travaux de recherche de l'équipe concernée ou à leur valorisation. Si cette transmission n'est pas faite, le ou la DU saisira l'Établissement employeur de l'agent qui décidera des suites à donner

27.2 Science ouverte

La science ouverte vise à rendre la recherche scientifique et les données qu'elle produit accessibles à tous et dans tous les niveaux de la société, conformément aux principes « FAIR » (Facile à trouver, Accessible, Interopérable, Réutilisable). Toutes les données de la recherche n'ont pas vocation à être ouvertes ou divulguées et il existe des exceptions tenant compte d'autres préoccupations telles que les données spécifiques à caractère confidentiel, que cela soit du fait de leur caractère personnel, pour des raisons de concurrence industrielle ou pour des intérêts fondamentaux ou réglementaires des États. L'ouverture des données s'entend selon l'expression de la communauté européenne « *ouvert autant que possible, fermé autant que nécessaire* ».

Dans cette perspective, la loi n° 2016-1321 pour une République Numérique a instauré un droit à l'ouverture des données de recherches financées pour moitié par des fonds publics.

Dans ce contexte, et dès que cela sera possible eu égard aux dispositions relatives aux Informations confidentielles et à la protection et l'exploitation des résultats, les agents de l'Unité s'efforceront de diffuser largement au public l'information scientifique issue de leurs travaux.

La décision d'ouverture ou de protection des données de la recherche pourra être prise avec les services compétents de l'Inserm, du CNRS ou de l'Université Toulouse III Paul Sabatier.

27.3 Publications et communication

27.3.1 Information du ou de la DU

Nonobstant les dispositions de l'article 23.1, les personnels de l'Unité peuvent, après accord du ou de la DU, du ou de la responsable scientifique du projet et du ou de la CE, et en accord avec les dispositions contractuelles des conventions dans le cadre desquelles ces publications sont réalisées, publier tout ou partie des travaux qu'ils ont effectués au sein de l'Unité.

En outre, toute publication et communication, y compris institutionnelle, et ce quel que soit le support utilisé (papier, web, etc.) doit respecter la législation en vigueur et notamment concernant :

- les données personnelles,
- la PPST applicable,
- le droit de la presse écrite et en ligne,
- les droits de propriété intellectuelle, notamment les droits d'auteurs sur les textes, images, sons, vidéos...

27.3.2 Formalisme des publications et communication

Les publications des personnels de l'Unité font apparaître le lien avec les établissements cotutelles selon les modalités définies dans la convention quinquennale, et en accord avec la Charte des publications Aviesan.

Ces publications doivent également comporter les éventuelles mentions requises par l'organisme contribuant à financer les travaux ayant conduit à la publication.

Dans le cadre de la politique en faveur du développement accéléré de la Science Ouverte, toutes les publications scientifiques issues des recherches financées au moins pour moitié par des fonds publics et pouvant être déposées en archives ouvertes sur la base de la loi Pour une République numérique, seront archivées de façon pérenne et accessibles dans les archives ouvertes nationales HAL.

Les agents de l'Unité sont tenus de respecter les règles de communication en vigueur au sein des tutelles.

27.3.3 Rappel des règles internationales¹² sur la définition de la qualité d'auteur et sur l'ordre des auteurs parmi les signataires d'une publication scientifique.

27.3.3.1 Définition de la qualité d'auteur.

Un auteur doit remplir les conditions suivantes :

- 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 ;
- avoir écrit la première version de l'article ou participé à la révision critique du contenu intellectuel ;
- 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.

27.3.3.2 Ordre des auteurs parmi les signataires de l'article.

¹² Références des règles internationales reconnues par AVIESAN :

- *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*

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.

27.3.4 Création et utilisation de services de communication institutionnels en ligne

Le ou la DU assure la responsabilité de l'information qui est accessible et publiée sur les services de communication institutionnels de l'Unité en ligne (site internet, réseaux sociaux, blogs scientifiques) et est le représentant légal de l'hébergeur des systèmes d'information. Ces pages ne peuvent contenir aucune information de caractère privé non professionnelle.

Le ou la DU s'assure du respect de la réglementation en vigueur ainsi que des instructions, notes et circulaires internes des tutelles concernant toute publication sur les services de communication institutionnels de l'Unité en ligne. Il ou elle est responsable de la rédaction.

La diffusion et la publication d'informations scientifiques sur les travaux de l'Unité n'est autorisée que sur les outils de communication institutionnels de l'Unité ou affiliés à cette dernière dans le respect des dispositions contractuelles des conventions dans le cadre desquelles ces publications sont réalisées. Toute communication d'information engage la responsabilité de son auteur ou son autrice.

Toute communication faite par le Service Communication du CRCT doit être préalablement validée par l'agent concerné par cette communication et par le/la RE auquel/à laquelle est rattaché l'agent.

27.3.5 Logos et marques

Le personnel ne peut en aucun cas utiliser ni faire référence aux dénominations sociales, logos ou aux marques des tutelles à toute autre fin que la communication scientifique, sans autorisation préalable expresse et écrite desdites tutelles.

Toute utilisation commerciale de ces éléments ou du nom de l'Unité, notamment pour présenter des produits commercialisés, est proscrite.

En tout état de cause, le personnel de l'Unité ne détient pas le pouvoir d'autoriser un tiers à utiliser les marques et signes des tutelles.

Toute reproduction totale ou partielle des marques ou des logos des tutelles de l'Unité sans leur autorisation expresse constituerait une contrefaçon au sens des articles L.713-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, l'usage non autorisé de la dénomination sociale des tutelles est constitutif d'une faute au sens des articles 1240 et 1241 du code civil.

Les demandes d'autorisation doivent être soumises au service communication de l'Unité qui se chargera de leur instruction.

27.3.6 Cahiers de laboratoire

Il est obligatoire pour tout le personnel de recherche de l'Unité de tenir un cahier de laboratoire afin de garantir le suivi et la protection des résultats de leurs travaux.

La forme électronique du cahier de laboratoire est devenue obligatoire, l'Inserm ne mettant plus à disposition de ses Unités de version papier de ces cahiers. Les informations pratiques relatives à l'ouverture et à la gestion d'un cahier de laboratoire électronique ainsi que des tutoriels sont disponibles sur le site Internet du groupe "Cahier de Laboratoire Électronique Toulousain Inserm Occitanie Pyrénées" (CLEET)¹³. Toutes les instructions mentionnées ci-après s'appliquent aux cahiers de laboratoire quelle que soit leur forme, aussi bien pour les versions papiers subsistantes que pour les versions électroniques.

En cas de défaut de tenue de cahier de laboratoire, le ou la DU saisira l'Inserm et l'Établissement employeur de l'agent (si cet Établissement n'est pas l'Inserm) qui statueront sur les éventuelles suites disciplinaires.

Le cahier garantit la traçabilité et la transmission des connaissances. C'est également un outil juridique en cas de litige.

Les cahiers de laboratoire appartiennent aux tutelles de l'Unité et sont conservés à l'Unité, même après le départ d'un personnel. La copie pour l'usage personnel des utilisateurs, c'est-à-dire des rédacteurs du cahier, 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 ou de la DU.

Tout agent quittant le Centre doit obligatoirement remettre ses cahiers de laboratoire à son Responsable d'Équipe (RE). Tout RE 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 RE amené à quitter le Centre pour rejoindre un autre établissement de recherche de tutelle principale différente du CRCT remet ses cahiers de laboratoire au ou à la DU. Dans ce cas présent, le ou la DU peut, à la demande du RE et après accord de la tutelle principale du Centre, laisser les cahiers de laboratoire à la disposition du RE partant.

Article 28 : Propriété intellectuelle

Les inventions et droits patrimoniaux sur les logiciels obtenus au sein de l'Unité appartiennent aux tutelles de l'Unité en application de l'article L.611-7 et L113-9 du code de la propriété intellectuelle et conformément aux accords passés entre lesdites tutelles.

Les stagiaires ou les émérites s'engagent à céder aux tutelles principales de l'Unité les droits de propriété industrielle attachés aux résultats qu'ils pourraient obtenir ou qu'ils pourraient

¹³ <https://cleet.weebly.com>

contribuer à obtenir pendant le stage ou l'éméritat au sein du laboratoire. En contrepartie, un prix de cession sera fixé dans une convention ultérieure.

Les résultats protégés par le droit d'auteur que le personnel de l'Unité pourrait obtenir ou pourrait contribuer à obtenir, appartiennent également aux tutelles principales de l'Unité en vertu de contrats de cession de droits particuliers signés indépendamment.

Dans tous les cas, les tutelles de l'Unité disposent seules du droit de protéger les résultats issus des travaux de l'Unité et notamment du droit de déposer des titres de propriété intellectuelle correspondants.

Le personnel de l'Unité doit prêter son entier concours aux procédures de protection des résultats issus des travaux auxquels il a participé, et notamment au dépôt éventuel d'une demande de brevet, au maintien en vigueur d'un brevet et à sa défense, tant en France qu'à l'étranger.

Les tutelles s'engagent à ce que le nom des inventeurs soit mentionné dans les demandes de brevets à moins que ceux-ci ne s'y opposent.

28.1 Obligation d'information des services compétents des tutelles : contrats, décisions de subvention et ressources propres

Le personnel de l'Unité doit saisir le ou la DU ainsi que les services compétents des tutelles de tout projet de collaboration.

Après signature du contrat, les services compétents des tutelles remettent une copie du contrat au responsable scientifique du projet ou au ou à la DU.

Tout achat d'équipement et tout recrutement de personnel doit faire l'objet d'une demande officielle auprès du ou de la DU.

Chapitre 5- Protection des données dans les systèmes d'information- Protection des données personnelles

Article 29 : Utilisation des moyens informatiques et Sécurité des systèmes d'information (SSI)

L'utilisation des moyens informatiques de l'Unité et les conditions d'accès aux systèmes d'information (SI) de l'Unité sont conformes à la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) de l'Inserm, hébergeur de l'Unité, qui figure en annexe du présent Règlement.

Le ou la DU est responsable de l'application de la PSSI au sein de l'Unité

Il ou elle désigne un.e chargé.e de la sécurité des systèmes d'information (CSSI), après avis du ou de la responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) des tutelles.

Le ou la CSSI assiste et conseille le ou la DU dans l'application de la PSSI au sein de l'Unité. Il ou elle informe et sensibilise les agents travaillant dans l'Unité pour la mise en œuvre des consignes de sécurité des systèmes d'information. Il ou elle est le point de contact pour la signalisation des incidents de sécurité des SI qui concernent le personnel et les systèmes d'information de l'Unité et remonte les incidents à la chaîne fonctionnelle SSI.

Toute personne doit garder les informations transmises au niveau de confidentialité défini par l'émetteur.

Seules les personnes qui participent aux activités de l'Unité ont accès aux systèmes d'information de l'Unité après autorisation du ou de la DU et après avoir pris connaissance de la PSSI en vigueur au sein de l'Unité et de celle de leur employeur.

Les agents sont en outre soumis à la réglementation interne de leur employeur.

29.1 listes de diffusion électroniques @inserm.fr

29.1.1 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.

29.1.2 Responsabilité

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.

Article 30 : Protection des données personnelles

Les traitements de données à caractère personnel de l'unité sont mis en œuvre conformément au règlement européen de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et à toute réglementation nationale prise en application de ces textes (ensemble « la réglementation sur la protection des données »).

Le ou la DU est le responsable de l'ensemble des traitements de données à caractère personnel de l'Unité.

Les personnels de l'Unité qui procèdent à un traitement de données à caractère personnel, que ce soit sur support papier ou numérique, en informent le ou la DU qui en assure la licéité et le respect de la réglementation sur la protection des données, en lien avec le DPD compétent.

Le personnel de l'Unité assure la protection des données à caractère personnel qu'ils sont amenés à traiter dans le cadre de leur mission.

Article 31 : Développement durable

L'Unité est engagée en faveur du développement durable et veille dans son fonctionnement général à une meilleure prise en compte des impacts environnementaux.

Article 32 : Archivage

Les archives de l'Unité constituent la mémoire de l'Unité. Par archives, il est entendu l'ensemble des documents et données produits et reçus dans le cadre de l'activité de l'Unité. Elles doivent être conservées et le cas échéant éliminées dans les conditions fixées par le code du patrimoine. Le « référentiel de gestion des archives de la recherche », élaboré par l'association des archivistes français, disponible sur internet¹⁴ et sur l'extranet du site www.crct-inserm.fr, indique les durées légales de conservation des différentes archives intéressant les Établissements et Unités de recherche.

¹⁴ https://doranum.fr/wp-content/uploads/Referentiel_2.pdf

Article 33 : Entrée en vigueur et modifications

Le règlement intérieur, pris ensemble avec toutes ses annexes, entre en vigueur à la date de signature par les tutelles. Il peut être modifié à l'initiative du ou de la DU ou à la demande des tutelles après consultation des instances compétentes.

A la nomination d'un nouveau ou nouvelle DU, le présent règlement intérieur lui est remis par les tutelles.

Article 34 : Publicité

Le présent règlement intérieur, pris ensemble avec toutes ses annexes, est porté à la connaissance des agents par voie d'affichage dans les locaux de l'Unité et par tout autre moyen.

Il est consultable sur le site Internet de l'Unité à l'adresse suivante : <http://www.crct-inserm.fr>

Le présent Règlement Intérieur abroge la version du 27 Juin 2012 et entre en vigueur au 01/01/2022.

Signature des représentant.e.s des tutelles

Pour l'Inserm,
Au titre de l'UMR 1037

Pour le CNRS,
Au titre de l'UMR 5071

Pour l'Université Toulouse III
Paul Sabatier

Jacques CAVAILLE
Délégué régional Occitanie-
Pyrénées

Christophe GIRAUD,
Délégué régional Occitanie
Ouest

Jean-Marc BROTO
Président

Visa du Directeur de l'Unité

Gilles FAVRE

Directeur du CRCT

Annexes

Annexe 1 : glossaire des abréviations utilisées

AAP	... Appel à projet
AG	... Assemblée générale
AP	... Assistant.e. de prévention
BAP	... Branche d'activité professionnelle
CHS	... Comité hygiène et sécurité
CNRS	... Centre national de la recherche scientifique
CoDir	... Comité de direction
CoLab	... Conseil de laboratoire
CoPil	... Conseil de pilotage
CoStrat	... Conseil stratégique
CP	... Chargé.e de prévention
CRCT	... Centre de recherches en cancérologie de Toulouse
CRP	... Conseiller.e en radioprotection
CSHSCT	... Comité spécial hygiène sécurité et conditions de travail
CSI	... Conseil scientifique international
CSSI	... Chargé.e de la sécurité des systèmes d'informations
DPD	... Délégué.e. à la protection des données
DPT	... Directeur ou Directrice du Pôle Technologique
DU	... Directeur ou Directrice d'Unité
DUA	... Directeur ou Directrice d'Unité adjoint.e
DUER	... Dossier unique d'évaluation des risques
EPC	... Équipement de protection collective
EPI	... Équipement de protection individuelle
EPST	... Établissement public à caractère scientifique et technologique
HAL	... Archive ouverte dont l'acronyme HAL a été choisi en référence à l'ordinateur HAL 9000 du film <i>2001, l'Odyssée de l'espace</i>
HCB	... Haut conseil des biotechnologies
Inserm	... Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRad	... Ingénieur.e en radioprotection
IT	... Ingénieurs et techniciens
ITRF	... Ingénieurs et personnels techniques de recherche et formation
IUCT-O	... Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole
OGM	... Organisme génétiquement modifié
PPST	... Protection du patrimoine scientifique et technologique
PTI	... Poste de travailleur isolé
RE	... Responsable d'équipe

RI	... Règlement intérieur
RL2	... Référent.e laboratoire L2
RPS	... Risques psychosociaux
RSSI	... Responsable de la sécurité des systèmes d'informations
SAB	... <i>Scientific Advisory Board</i>
SCR	... Service compétent en radioprotection
SE	... Subvention d'État
SI	... Systèmes d'informations
SSI	... Sécurité des systèmes d'informations
UMR	... Unité mixte de recherche
UT3	... Université Toulouse III

Annexe 2 : modèle de 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.

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

Délégue Régionale
Inserm Midi-Pyrénées, Limousin

Vice-Président
Délégué à la Recherche

XXX

Mme ou M.

Directrice/Directeur de ... UMR ...

Responsable de l'équipe

Annexe 3 : charte du temps Inserm

CHARTE DU TEMPS

POUR MIEUX APPRÉHENDER SON TEMPS DE TRAVAIL



Cette charte réunit des bonnes pratiques qui ont pour objet principal de vous permettre d'échanger collectivement autour de l'organisation du travail et du temps de travail. L'outil que nous vous proposons permet de mettre en discussion les différentes contraintes rencontrées. Ces délibérations sont un moyen de réfléchir ensemble à la manière la plus efficace d'organiser le travail. Afin d'être au plus près du réel de l'activité, nous vous invitons à compléter chacune des parties en y intégrant les spécificités relatives à votre structure.

1 - EXEMPLARITE DES ENCADRANTS



Respecter la charte

Si la gestion du temps de travail est une responsabilité commune à tous les niveaux de la hiérarchie, le rôle des encadrants dans ce domaine est déterminant.

- Incarnez autant que possible dans vos actions et par vos comportements, l'esprit d'équipe, le respect, les qualités d'écoute et de professionnalisme que vous souhaitez inspirer à vos collaborateurs.

Faire respecter la charte

Les horaires tardifs, hors circonstances ou contraintes particulières, sont souvent le signe d'une organisation personnelle ou collective du travail qui n'a pas été ou insuffisamment réfléchie et élaborée collectivement.

- Valorisez dans vos discours et facilitez par vos pratiques l'équilibre de vie et le bien-être au travail.
- Veillez pour vous et pour vos collaborateurs, au-delà de la gestion quotidienne des horaires, à la prise régulière des jours de congés et de récupération.
- Montrez, autant que faire se peut, l'exemple d'horaires équilibrés à votre équipe, de gestion raisonnée des outils de communication et d'organisation de réunions.
- Assurez-vous que les bonnes pratiques proposées dans ce document soient débattues collectivement et appliquées par tous.

Prendre en compte les cas individuels

Les encadrants sont les promoteurs d'une culture managériale ouverte et respectueuse des contraintes et de la vie privée des agents. Ils sont les premiers garants de l'égalité professionnelle. Leurs choix organisationnels ne doivent pas avoir pour effet d'isoler ou stigmatiser les agents qui pourraient avoir des contraintes spécifiques d'ordre personnel ou professionnel (aidants familiaux, parents isolés, tutorat, cumul d'emploi...).

- Tenez compte des spécificités de chacun.
- Faites preuve de souplesse tout en veillant à la cohésion et à l'équité au sein de l'équipe.



Exemplarité des encadrants



2 - CONCILIATION DE LA VIE PROFESSIONNELLE ET DE LA VIE PERSONNELLE



Respecter les dispositions réglementaires

Deux textes régissent l'organisation du temps de travail à l'Inserm :

- le décret relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État ;
- [le règlement intérieur de l'Inserm](#) qui pose le cadre de la gestion du temps de travail en termes de durée, d'amplitude horaire, de temps de pauses, de repos ou de récupération et de prise de congés.

Connaître et utiliser les dispositifs déjà existants

Il existe plusieurs [dispositifs et prestations sociales](#) destinés à accompagner et aider les agents aux différentes étapes de leur vie professionnelle. Ils contribuent à favoriser leur bien-être personnel, à améliorer leurs conditions de travail et à concilier leurs différents temps de vie (absence enfant malade, CESU garde d'enfants, autorisation d'absence...).

Réguler les horaires de travail

La présence tardive n'est pas signe d'efficacité professionnelle, on ne mesure pas l'engagement professionnel au temps passé sur le lieu de travail. Une certaine souplesse est acceptée compte tenu de la fluctuation de l'activité mais les dépassements ne doivent jamais devenir systématiques. Les bornes horaires de référence des services (en général comprises entre 8h et 20h) doivent être définies en concertation avec l'ensemble des agents. Elles tiennent compte des spécificités de chaque service et équipe, tout en permettant de concilier vie personnelle et vie professionnelle.

Planifier l'organisation et veiller aux horaires en présentiel et en télétravail

- Organiser collectivement le travail de manière anticipée, réfléchie et adaptée
- Organiser individuellement son activité avec un semainier ou un logiciel de gestion du temps et des activités
- Adapter les horaires de travail au mieux pour les rendre compatibles avec la vie familiale et sociale
- Préserver des horaires raisonnables, y compris pour les chefs d'équipe, les cadres et les personnels techniques
- Etablir un planning des jours télétravaillés dans la structure
- Prévoir en amont les activités qui seront télétravaillées
- Être attentif aux horaires en télétravail

Répartir la charge de travail de façon équilibrée en tenant compte des aléas et des contraintes

- S'interroger sur la répartition des différentes tâches dans le collectif afin d'assurer une équité dans la charge de travail, par exemple sur la question des astreintes

- Prendre en compte la possibilité d'aléas et d'imprévus et leurs potentielles conséquences sur les horaires de travail (panne d'un équipement, rupture d'approvisionnement en consommables, arrêt maladie d'un agent, demande extérieure inattendue, sollicitations extérieures...)
- Prendre en compte le temps d'apprentissage et les formations obligatoires dans la charge de travail et ses potentielles conséquences sur les horaires de travail (nouvel arrivant, accueil d'un nouvel arrivant, formation des assistants de prévention, changement de poste ou d'équipement...)
- Accepter la flexibilité des horaires de travail en lien avec les contraintes de temps de trajet domicile-travail-domicile
- Prévoir des périodes de récupération lorsque les échanges internationaux nécessitent de participer à des réunions ou séminaires en horaires décalés

Eviter les sollicitations en dehors des horaires de travail

Certaines activités peuvent nécessiter une disponibilité au-delà des horaires prévus. Pourtant, dans la majorité des cas lorsque cette disponibilité devient fréquente, voire systématique, cela est caractéristique d'une problématique d'organisation du travail et/ou managériale. Le débordement du travail sur les temps de vie personnelle pose des problèmes spécifiques de conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Cela peut occasionner un risque sur la santé des agents ainsi que sur le fonctionnement de la structure. Ainsi, des pratiques comme le « télétravail de débordement » où on impose à soi-même et aux autres une exigence de disponibilité au-delà des horaires normaux de travail, sont à proscrire.

- Définir collectivement l'heure à partir de laquelle les agents ne sont plus sollicités
- Définir collectivement l'heure à partir de laquelle les demandes reçues seront traitées le lendemain (par exemple : commande, lancement de culture, change de lignée...)
- Limiter strictement les sollicitations en dehors des horaires de travail définis au sein du collectif
- Organiser en amont les activités qui peuvent nécessiter une présence dans les locaux hors horaires habituels (cinétique de temps sur les cultures cellulaires après traitement)
- Utiliser son droit à la déconnexion

Conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle



3 - BON USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION



Les technologies de l'information et de la communication sont des vecteurs de flexibilité au travail mais peuvent bouleverser l'équilibre des temps de vie. Il convient d'en promouvoir un usage maîtrisé et raisonné, que ce soit en présentiel ou en télétravail.

Définir des règles collectives de communication

- Définir collectivement quels outils utiliser pour quelle situation (chat, mail, Sharepoint, forum de discussion, téléphone, visioconférence)
- Favoriser le face-à-face ou l'échange direct (appel vidéo ou téléphone)
- Définir collectivement la pertinence des listes de diffusion en fonction des sujets traités
- Définir collectivement à partir de quelle heure, quel jour et quelle période (congés, déplacement à l'étranger...) les courriels et messages sont présumés être non lus et/ou sans réponse
- Ne pas communiquer ses coordonnées numériques personnelles

Rédiger des courriels efficaces

- Identifier clairement l'objet des courriels à l'aide de mots-clefs
- Un message doit, dans la mesure du possible, porter sur un seul sujet
- Un message électronique, quel que soit le type, doit être rédigé avec clarté, concision et orienté vers l'action de sorte à ce que sa compréhension soit aisée et rapide
- Le caractère « TTU » (traitement de toute urgence) d'un message doit être indiqué à bon escient.
- Pour éviter d'engorger inutilement les boîtes des destinataires, veiller à la pertinence de l'adressage et du « répondre à tous »
- Envoyer les pièces jointes volumineuses à l'aide d'outils de partage ou de transfert

Traiter ses courriels de manière structurée

- Réserver des plages horaires pour consulter ses messages et y répondre
- Accuser réception d'un mail et donner un délai de réponse afin d'éviter les relances inutiles
- Se déconnecter régulièrement de sa boîte mail

Bon usage des outils de communication





4 - BONNE CONDUITE DES REUNIONS

Les réunions sont des moments privilégiés qui permettent aux agents de partager des informations et d'avancer collectivement sur des projets. Elles sont notamment utiles pour aboutir à des décisions. En présentiel ou en télétravail, il convient de proscrire les réunions sans fin ou sans objet déterminé.

Maîtriser la durée des réunions

- Programmer la durée des réunions en fonction de leur objet (ex : 15 min autour d'un mange debout pour une redescende d'infos, partage d'actualité et 2 heures en salle de réunion pour une réunion type groupe de travail avec des prises de décisions)
- Privilégier, dans les cas où cela semble pertinent, les audio et visioconférences pour éviter la perte de temps et d'énergie liée à un déplacement
- Fixer une heure de début et de fin et s'y tenir
- Veiller à définir les jours et horaires de réunion en tenant compte de la conciliation vie privée/vie professionnelle (par exemple : éviter les réunions qui commencent avant 9h ou se terminent après 17h)
- Définir la ou les personnes gérant la logistique et l'animation de la réunion
- Programmer suffisamment à l'avance et informer les participants assez en amont pour qu'ils puissent s'organiser
- Veiller à transmettre en amont un ordre du jour, les éventuels documents préparatoires et préciser si des documents doivent être apportés en séance
- Respecter les règles de bonnes conduites : ponctualité, ne pas effectuer d'autres tâches ou consulter son téléphone pendant la réunion

Préciser l'objet et le cas échéant, les conclusions à l'issue des réunions

- Les réunions doivent répondre à un besoin précis et partagé : informer, décider, adapter
- S'attacher à ce que les réunions aient une conclusion claire et comprise par tous
- Rédiger un relevé de décision ou un compte-rendu en fonction du besoin et le soumettre aux participants

Bonne conduite des réunions



5 - GESTION DES URGENCES ET DES PICS D'ACTIVITE



Certaines situations inattendues peuvent nécessiter une implication imprévue des agents et entraîner des horaires tardifs (crise, commande urgente...). Néanmoins, dans beaucoup de situations, une information régulière et en amont peut permettre aux agents d'anticiper et de trouver une organisation personnelle pour les périodes où ils seront plus mobilisés que d'ordinaire.

Anticiper dans la mesure du possible

- Lister le type d'urgence pouvant arriver et désigner collectivement en amont des interlocuteurs privilégiés et pertinents (action pouvant être menée dans le cadre d'un plan d'urgence ou de continuité d'activité)
- Prévoir des interlocuteurs et des plans B pour les types d'urgences listées
- Anticiper dans la mesure du possible les urgences lorsqu'elles relèvent de demandes récurrentes (bilans annuels, état des engagements, besoins prospectifs en postes, besoins en équipements, etc.)
- Cibler en amont les périodes de surcharge de travail connues et anticiper l'organisation du travail en fonction
- S'accorder du temps pour prioriser et organiser : s'autoriser à « perdre du temps » maintenant pour en gagner plus tard

Recourir de façon raisonnée aux heures supplémentaires

- Limiter autant que possible les heures supplémentaires
- En cas de recours aux heures supplémentaires, établir une programmation et informer les agents avec un préavis raisonnable et compatible avec leurs contraintes personnelles
- Limiter le recours au travail de nuit et en horaires décalés
- Permettre aux agents une récupération s'il y a eu travail en horaires décalés

Gestion des urgences et des pics d'activité



Annexe 4 : Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) de l'Inserm



Département du Système d'Information

CONTEXTE ● Unités et délégation régionale Occitanie Pyrénées

SUJET ● PSSI Inserm

référence ●

version ● 1.1

statut ●

créé le ● 19/03/2021

par ● Jean-Jérôme Soueix

mis à jour le ● 30/03/2021

par ● Nicolas Buigues

validé le ● 27/05/2021

par ● CoDir DR Délégation Occitanie Pyrénées

diffusé le ● 02/06/2021

à ● Unités de Recherche et DR

Péremption, archivage et restriction de diffusion ● Diffusion interne à la circonscription Occitanie Pyrénées.

Nature de la restriction : confidentiel,
diffusion restreinte, diffusion interne,
restriction annulée

avertissement

Afin de prévenir toute utilisation non intentionnelle de documents périmés, le lecteur est invité à vérifier que l'édition papier du document en sa possession constitue la dernière version en vigueur.

Cette vérification peut être effectuée soit en consultant la zone documentaire adéquate du serveur de fichiers, soit en interrogeant l'auteur du document, soit, lorsqu'il existe, l'administrateur du système documentaire.

La reprographie ou la rediffusion de ce document, par quelque moyen que ce soit, est strictement déconseillée sans information et autorisation préalable de son auteur ou, lorsqu'il existe, de l'administrateur du système documentaire.

PSSI en unité et délégation régionale

Table des mises à jour du document

version	date	objet de la mise à jour
1	19/03/2021	Création du document
1.1	30/03/2021	Mise à jour du document par la DRSI

Table des matières

1	Contexte	3
2	Objectif	3
3	PSSI en unités et délégation régionale Occitanie Pyrénées	3
3.1	Réseau	3
3.2	Ressources informatique	3
3.3	Authentification	4
3.4	Politique de mot de passe	4
3.5	Gestion de la donnée	4
3.6	Communication	4
4	Bibliographie	5

1 Contexte

La Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) formalise le cadre et les règles pratiques de sécurité des systèmes d'information en vigueur et les objectifs à respecter pour renforcer le niveau de sécurité des systèmes d'information des structures de l'INSERM.

Ce document a été approuvé par la Direction Générale Déléguée (DGD) et par le Fonctionnaire Sécurité Défense (FDS).

Cette présente version condensée a été réalisée à destination des laboratoires et à la délégation de la circonscription Occitanie Pyrénées.

2 Objectif

Disposer d'un document de référence pour la sécurité du Système d'Information aligné sur les activités de l'établissement et accessible aux utilisateurs et acteurs du SI.

3 PSSI en unités et délégation régionale Occitanie Pyrénées

3.1 Réseau

- L'INSERM interdit formellement et techniquement de se connecter au réseau local avec des équipements personnels non supervisés et non configurés par les équipes informatiques. (par l'intermédiaire du filtrage MAC (Media Access Control))
- La prise en main à distance sans autorisation explicite est interdite et doit être actée par le RSSI (Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information) à chaque type d'utilisation spécifique.

3.2 Ressources informatiques

- Tout nouveau poste de travail INSERM doit être configuré et déployé par une ressource informatique métier (externalisée ou fonctionnaire). Des documentations techniques associées doivent être mises en place et mises à jour à chaque changement notable.
- Tout poste sur réseau INSERM doit posséder un mécanisme de verrouillage automatique de session en cas de non-utilisation pendant un temps donné (15 minutes).
- Il convient d'interdire par défaut les droits d'administrations sur les postes de travail des utilisateurs.
- Les utilisateurs ayant des droits d'administration accordés par dérogation exceptionnelle ne doivent les avoir que sur leur poste de travail personnellement attribué.
- Un mot de passe unique et distinct doit être utilisé pour chaque compte local d'administration sur chaque machine au sein de l'INSERM, afin d'empêcher la réutilisation des empreintes d'un compte utilisateur local d'une machine à une autre.
- Il convient de supprimer systématiquement tous les comptes obsolètes ou inutilisés.
- Il convient de supprimer ou de désactiver les comptes utilisateurs au plus tard six mois après leur départ.

- Une procédure de destruction ou d'effacement sécurisée des supports de stockages des matériels doit être appliquée avant la mise au rebut par les acteurs du SI.
- Il convient que l'ensemble des postes portables soit protégé par des systèmes antivols.
- Il convient que l'ensemble des téléphones portables professionnels soit protégé par des systèmes de verrouillage à distance.
- Toute perte, vol ou intrusion sur une ressource du SI doit être systématiquement déclarée au RSSI et au FSD.
- Il est interdit de connecter des terminaux / supports amovibles personnels (smartphones, tablettes, clés USB, disques durs externes) sur les postes de travail INSERM.

3.3 Authentification

- L'INSERM doit exiger l'authentification nominative de tout utilisateur ayant accès aux ressources non publiques, comme les applications métiers.
- L'INSERM doit définir et formaliser un processus de gestion des droits d'accès en adéquation avec la gestion des arrivées, des mutations et des départs des utilisateurs du SI.

3.4 Politique de mot de passe

La politique des mots de passe exige l'utilisation de :

- 8 caractères minimum pour les postes locaux
- 12 caractères minimum pour les ressources à distance (applications par exemple) avec caractères spéciaux, basée à minima sur les recommandations en cours parues au Journal Officiel
- L'INSERM interdit aux utilisateurs le stockage des mots de passe en clair sur leurs postes de travail.
- Il est interdit également de les stocker sur supports papier (post-it).
- L'INSERM doit utiliser des protocoles chiffrés permettant de ne pas diffuser en clair les mots de passe sur le réseau.
- Les mots de passe des postes utilisateurs et administrateurs sont gérés via une politique de mots de passe.

3.5 Gestion de la donnée

- Il convient de rappeler aux utilisateurs de stocker l'ensemble des données sur l'espace réseau.
- Les données de l'espace réseau de l'INSERM doivent être sauvegardées.
- Il convient que la sauvegarde soit effectuée à intervalle régulier.
- Il convient de supprimer les données présentes sur les postes dédiés à la formation ou aux présentations entre deux utilisations.
- Il convient, exceptionnellement, que des supports de stockage amovibles (ex : clés USB et disque durs externes) soient fournis aux utilisateurs du SI de l'INSERM en fonction des besoins de leurs activités. Les partages réseau sont fortement recommandés pour tout transfert de données.

3.6 Communication

- L'INSERM élabore des campagnes de sensibilisation ponctuelles en collaboration avec le RSSI à destination des utilisateurs du SI.
- Il convient que les campagnes de sensibilisation soient régulières.
- Il convient au RSSI de multiplier les efforts de communication sur les risques et attaques SSI

(Phishing, Spam, ...) de manière ponctuelle afin de sensibiliser les utilisateurs à la sécurité du système d'information (SSI).

- Il convient que les formations pour les applications métiers incluent une partie de sécurité.

4 Bibliographie

Documents relatifs à la sécurité informatique INSERM : <https://intranet.inserm.fr/rubrique/services-et-supports-informatiques/securite-informatique/securite-informatique>

PSSI E (Politique de Sécurité des Systèmes d'Information de l'Etat) : <https://www.ssi.gouv.fr/entreprise/reglementation/protection-des-systemes-dinformatons/la-politique-de-securite-des-systemes-dinformation-de-letat-pssie/>

Les bonnes pratiques de sécurité de l'ANSSI (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) : <https://www.ssi.gouv.fr/particulier/bonnes-pratiques/>

Pour tout complément d'information, merci de contacter la DRSI de la circonscription Occitanie Pyrénées : drsi.toulouse@inserm.fr

Annexe 5 : Cellule de Veille Sociale de l'Inserm



Un outil de prévention des risques psychosociaux. Les risques psychosociaux peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et mentale des personnels. Ils peuvent toutefois être réduits par la mise en œuvre d'une politique globale de prévention des risques au sein de l'Inserm.

Dans le cadre de cette politique, une cellule de veille sociale est placée auprès de chaque délégation régionale de l'Inserm, qui rassemble les différents acteurs impliqués dans le traitement du risque RPS et dans l'amélioration du bien-être au travail. Chaque cellule est composée sous l'autorité du délégué régional ou de l'administrateur du siège, du responsable ressources humaines, du médecin du travail compétent et de l'assistante de service social. Il s'agit d'un espace collaboratif de réflexion et d'action.

MISSIONS DE LA CVS

La cellule de veille sociale poursuit **2 missions distinctes** :

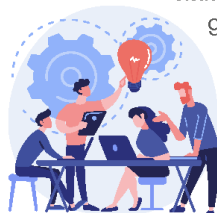
La Cellule de veille sociale d'accompagnement : elle se réunit pour traiter des situations ou des relations de travail dégradées dont elle a connaissance. Outre la mise en place de mesures propres à faire cesser la situation, la cellule s'attache à analyser chaque cas sous l'angle de l'organisation du travail afin de proposer des actions de nature à prévenir la récurrence du trouble. Elle peut associer les partenaires de tutelles.



La confidentialité, base de fonctionnement de la cellule

La cellule de veille sociale a pour obligation le respect de la confidentialité des situations qu'elle examine.

La Cellule de veille sociale de prévention : elle est chargée d'anticiper la survenue de ces situations de RPS en proposant des actions de prévention primaire* à l'échelle de la délégation régionale. Elle se réunit à intervalle régulier, à l'initiative du délégué régional ou de l'administrateur du siège. Les actions définies sont mises en place au bénéfice d'un ensemble de collectifs de travail ou d'une catégorie socio-professionnelle et peuvent s'inscrire dans les domaines techniques, humains ou organisationnels. Elles doivent être en cohérence générale avec la politique définie par la direction générale et prendre en compte le contexte de mixité des structures de recherche. A ce titre, la cellule de veille sociale de prévention peut aussi associer les partenaires de tutelles.



*La prévention primaire vise à agir sur les causes à l'origine de la survenue d'une dégradation de l'état de santé.



CELLULE DE VEILLE SOCIALE

COMMENT FONCTIONNE LA CVS D'ACCOMPAGNEMENT ?

Une situation dégradée est constatée. Cette situation peut notamment concerner : les pratiques apparentées à du harcèlement moral ou sexuel ; les conflits au travail ; les discriminations de toutes sortes ; les violences sexuelles ou sexistes.



La CVS est saisie. Cette saisine peut être le fait du ou des agents subissant cette situation dégradée, d'un membre de la CVS la constatant ou encore d'un représentant du personnel. A noter que la saisine ne nécessite pas d'être formalisée. Elle peut tout autant se faire à l'écrit, qu'à l'oral.



La CVS se réunit à l'initiative du délégué régional.



Un compte-rendu qui analyse la situation et récapitule les propositions émises est établi collégialement.



Les acteurs concernés sont informés des constats et conclusions de la CVS et des propositions d'accompagnement émises.



Le délégué régional ou l'administrateur du siège veille à la mise en œuvre effective des actions proposées collectivement par la cellule.



Le délégué régional organise une seconde réunion de la CVS afin d'évaluer les actions mises en œuvre, dans un délai raisonnable convenu avec ses membres.



LA CELLULE DE VEILLE SOCIALE ET LA POLITIQUE DE L'INSERM EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Chaque année, le délégué régional ou l'administrateur du siège, établit un bilan annuel d'activité de la cellule de veille sociale. Celui-ci comporte :

- un bilan anonymisé des accompagnements de situations individuelles ou collectives qu'elle a conduit ;
- une synthèse des actions menées en matière de prévention primaire.

Ce bilan est discuté au sein du Comité Spécial d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CSHSCT) de la délégation régionale. Un bilan national est également présenté au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) participant ainsi à l'élaboration d'une politique globale de prévention.

Annexe 6 : Grille d'évaluation des agents éligibles à un complément individuel d'activités en regard des objectifs définis lors de l'entretien annuel d'évaluation

Toutes les cases grisées sont à compléter par le responsable évaluateur		Grille d'évaluation des agents éligibles à un complément individuel d'activités en regard des objectifs définis lors de l'entretien annuel d'évaluation				
NOM Prénom agent évalué	Équipe de rattachement	Type objectif	Descriptif court de l'objectif (à compléter lors de l'entretien annuel d'évaluation)	Niveau d'atteinte de l'objectif sélectionnez dans la liste:	Points pour l'objectif (cf. niveau d'atteinte)	Argumentaire synthétique sur le niveau d'atteinte de l'objectif (à compléter lors de la campagne d'attribution des compléments individuels d'activité)
		Objectif à niveau de difficulté "simple"		sélectionnez dans la liste:		
		Objectif à niveau de difficulté "standard"		sélectionnez dans la liste:		
		Objectif à niveau de difficulté "élevé"		sélectionnez dans la liste:		
			Total points		0	
			Note objectifs agents		0	
Rappel: groupes de classement des agents pour la répartition des compléments individuels d'activités						
Points obtenus	Groupes de classement					
entre 22 et +	A	Tous les objectifs atteints ou dépassés				
entre 13 et 22	B	Objectifs simples et standards atteints; objectif élevé à poursuivre				
entre 0 et 13	C	Objectifs à poursuivre				

