HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# DOSSIER DE RECRUTEMENT 2024

**Hospices Civils de Lyon -**
**Direction des Affaires**
**Médicales**
**Bureau des Internes**
**3, Quai des Célestins**
**B.P. 2251**
**69229 LYON CEDEX 02**

Ouvert de 08H30 à 12H00 ET DE 13H30 à 17H00 du lundi au vendredi

**Direction des Affaires Médicales**
**3, Quai des Célestins**
**B. P. 2251 - 69229 LYON CEDEX 02**

## Vos Interlocuteurs à la Direction des Affaires Médicales

**Directrice adjointe de la DAM – en charge du secteur des étudiants : Mme Sophie GRANGER – 04.72.40.73.56**

**Secteur Internat :**

**Attaché d'Administration Hospitalière encadrant le secteur des étudiants : NIFLORE Loren- 04.72.40.73.59**
**Adjoint des cadres : Rachida ABADOU - 04.72.40.73.83**

**Gestion des dossiers administratifs (étudiants et internes) :**

| Coordonnées du Gestionnaire | Noms de famille commençant par : |
|---|---|
| 04.72.40.73.77<br>Mme SOTO Elsa / elsa.soto@chu-lyon.fr | A / DON |
| 04.72.40.73.78<br>Mme TCHAPNOU Rosalie /rosalie.tchapnou@chu-lyon.fr | DOO / MA |
| 04.72.40.73.76<br>Mme ZEIN-EDDINE Lena / lena.zein-eddine@chu-lyon.fr | MB / Z |

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

**Gestion des postes d'internes :**

**Adjoint des cadres : SANHARD, Benjamin** : **benjamin.sanhard@chu-lyon.fr- 04.72.40.73.80**

- **Procédure d'agrément des stages**
- **Procédure d'ouverture des postes d'internes**
- **Gestion des demandes de disponibilités**
- **Recrutement des FFI et des stagiaires associés**

**Gestion des internes médailles d'or et des stages hors subdivision (inter-CHU, DOM – TOM) :**

**Bureau de l'internat / Mme ZEIN-EDDINE Lena / lena.zein-eddine@chu-lyon.fr**

**Gestion de la permanence des soins :**

**Attaché d'Administration Hospitalière encadrant le secteur de la Permanence des Soins : ANDRE Thomas 04.72.40.73.49 – lucas.michel@chu-lyon.fr**

**Conventions de garde pour les internes : Marie-Anne CONVERT – 04.72.40.73.72 – marie-anne.convert@chu-lyon.fr**

**Gestion du temps médical :**

**CELLULE CHRONOTIME**

**Chef de projet :Anne Gaelle RIGAMONTI : 04 72 70 73 69 – anne-gaelle.rigamonti@chu-lyon.fr**

**Dorothée VITTI – 04.72.40.73.93 – dorothee.vitti@chu-lyon.fr**

BENDALI-AHCENE Houria**- 04.72.40.73.15 houria.bendali-ahcene@chu-lyon.fr**

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

## Vos Interlocuteurs sur vos établissements d'affectation au sein des Directions des Ressources Humaines de chaque Groupement

**→ LE SERVICE LOCAL DES AFFAIRES MEDICALES (SLAM)**

- Il est votre référent privilégié en local, il intervient pour toutes les questions fonctionnelles durant votre semestre : badges, tour de garde, fiche de paie, changements d'adresse, habilitations…
- Il est l'intermédiaire entre votre établissement et la Direction des Affaires Médicales

**SLAM des Groupements Hospitaliers des HCL :**

**Groupement Hospitalier Nord** : Mme GOMEZ Delphine- delphine.gomez@chu-lyon.fr **- 04 72 07 15 50**

**Groupement Hospitalier Sud** : ghs.slam@chu-lyon.fr **- 04 78 86 18 08**

**Mme CRANE, Isabelle :** isabelle.crane@chu-lyon.fr – **04 78 86 45 85**

**Groupement Hospitalier Est** : Mme PONZIO Géraldine **–** geraldine.ponzio@chu-lyon.fr **- 04 72 35 69 18**

**Groupement Hospitalier Centre :** Mme BEAUVERGER Christelle **–** christelle.beauverger@chu.fr **GHC.slam** GHC.slam@chu-lyon.fr **04 72 11 60 59**

**→ Une rubrique d'information dédiée aux internes :**

Consultation de cette rubrique sur PIXEL (Intranet HCL) : VIE PRO / PERSONNELS MEDICAUX / INTERNES

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

## SYNDICATS DES INTERNES

**SAIHL : Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Lyon**

**Secrétariat : 04 72 11 03 73 (ou en interne 31 03 73)**

**Email :**

- internatdelyon@saihl.org
- presidence@saihl.org

**Site internet :**

internatlyon.org

**Adresse :**

**Hôpital Edouard Herriot**

**Batiment B18**

**5 place d'arsonval**

**69003 Lyon**

**SyReL-IMG : Le Syndicat Représentatif Lyonnais des Internes en Médecine Générale**

**Email :** syrel.img@gmail.com

**Adresse :**

**286 rue Vendôme**
**69003 LYON**

**SIPHL : Syndicat des Internes en Pharmacie des Hôpitaux de Lyon (SIPHL)**

Vous pouvez désormais utiliser les adresses mail suivantes pour contacter les différents membres du bureau :

- ⇨ internatdelyon@saihl.org
- ⇨ Xavier Balmelle : presidence@saihl.org
- ⇨ Victor Barraud : viceprésidence@saihl.org
- ⇨ l'équipe représentation : representatin@saihl.org
- ⇨ l'équipe dédiée au bien-être des internes : bienetre@saihl.org

**Email :** contact@siphl.fr**Adresse :**

**Hôpital Edouard Herriot**

**5, place d'Arsonval**

**69437 Lyon Cedex 03**

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

**MERCI DE PRIVILEGIER UN ENVOI POSTAL DE VOTRE DOSSIER DE RECRUTEMENT A VOS REFERENTS DE GESTION (coordonnées page 1)**

## LISTE DES PIECES A FOURNIR

**Les pièces n° 1 – 2 – 3 - 6 sont à fournir avant le 11 octobre 2024**
**Les pièces n° 4 – 5 avant le 25 octobre 2024**

**1°** La fiche de renseignements (imprimé page suivante)

**2°** Relevé d'identité bancaire ou postal

**3°** Une photocopie soit de votre **Carte Nationale d'Identité**, soit de votre Passeport (recto-verso), soit de votre livret de famille

**4°** Un extrait n° 3 du casier judiciaire datant de moins de trois mois (à demander au Casier Judiciaire Central - 107, rue Landrau - 44000 NANTES ou par internet : http//www.justice.gouv.fr/cjn /)

**5°** Le certificat médical (imprimé joint) dûment complété, établi par un Médecin des Hôpitaux c'est-à-dire : Médecin exerçant son activité **dans un hôpital public**

**6** Une photocopie de votre carte vitale ou de l'attestation

**AVANT LE**
**11 OCTOBRE 2024**
**Votre dossier administratif doit être complet**
**(quel que soit votre choix de poste : HCL ou autre)**

**PASSE CE DELAI, VOTRE PRISE EN CHARGE FINANCIERE NE POURRA ETRE EFFECTIVE ET NE POURREZ ETRE NOMME EN TANT QU'INTERNE**

**POUR LES INTERNES DE NATIONALITE HORS UNION EUROPENNE**

- Les internes de nationalité hors Union Européenne devront faire parvenir leur titre de séjour « ETUDIANT » à la Direction des Affaires Médicales.
- Les internes concernés doivent avoir un titre valide ou un récépissé prolongeant leurs droits « ETUDIANT » avant leur prise de fonction en novembre. Pour renouveller le titre, merci de vous rapprocher de la Préfecture.

La Direction des Affaires Médicales devra également être en possession de l'Autorisation Provisoire de Travail **avant la prise de fonctions qui aura lieu le 04 novembre 2024.**
L'Autorisation Provisoire de Travail doit être démandée par l'interne sur le site internet du Ministère de l'Intérieur :

- https://administration-etrangers-en-france.interieur.gouv.fr/immiprousager/#/authentification

En cas de question, vous pouvez vous adresser à Monsieur **SANHARD, Benjamin – benjamin.sanhard@chu-lyon.fr 04.72.40.73.80.**

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# VISITE MEDICALE D'INTEGRATION OBLIGATOIRE

**Dès l'intégration sur votre lieu d'affectation, vous devez prendre rendez vous auprès du Service de Médecine et Santé au Travail pour une visite de prise de poste :**

## Coordonnées selon votre affectation :

**Stage aux Hospices civils de Lyon**

| | | |
|---|---|---|
| **Groupement Hospitalier CENTRE**<br>HEH.MEDECINE-PERSONNEL@chu-lyon.fr | 04.72.11.63.40<br>04.72.11.60.06<br>04.72.11.60.07 | 31.63.40<br>31.60.06<br>31.60.07 |
| Hôpital des Charpennes<br>hdc.medecine-personnel@chu-lyon.fr | 04.72.43.20.87 | 33.20.87 |
| **Groupement Hospitalier EST**<br>ghe.smst@chu-lyon.fr | 04.27.85.77.36<br>04.72.35.78.34 | 35.77.36<br>35.78.34 |
| **Groupement Hospitalier NORD**<br>ghn.smst@chu-lyon.fr | 04.72.07.15.58 | 37.15.58<br>33.29.09 |
| **Groupement Hospitalier SUD**<br>ghs.smst@chu-lyon.fr | 04.78.86.15.68 | 36.15.68 |
| **SIEGE Administratif**<br>sa.smst@chu-lyon.fr | 04.72.11.60.07 | 31.60.07 |
| **Hôpital René SABRAN**<br>rs.smst@chu-lyon.fr | 04.94.38.15.18 | 38.15.18 |
| **Plateforme ST PRIEST**<br>sp.smst@chu-lyon.fr | 04.72.11.63.40 | 31.63.40 |

**Stage hors Hospices civils de Lyon**

Service de médecine et santé au travail (SMST) du lieu de stage

Si votre lieu de stage n'a pas de SMST, et que votre état de santé nécessite l'avis d'un médecin du travail

☞ secrétariat service central SMST du CHU : anne-france.marcandier@chu-lyon.fr

Rendez vous possible en téléconsultation

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

## PIECE N° 1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Médecine ☐
Odontologie ☐
Pharmacie ☐

**D.E.S.**:……**N°RPPS** :……

EX-ETUDIANT DE LYON : OUI ☐ NON ☐ MATRICULE: ……

**RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS** (cocher la case correspondante)

Nom de Famille ……Prénoms ……
Nom d'usage……Nationalité ……
Date et lieu de naissance ……
Adresse actuelle ……
**(tout changement d'adresse postale, mail ou de numéro de téléphone doit être signalé à la Direction des Affaires Médicales)**
☎ ……Portable……
**E.mail** :……

Cette adresse mail est susceptible d'être communiquée à d'autres administrations et tout autre collaborateur concerné par votre cursus à des fins strictement administratives.
En cas de désaccord merci de le signifier.

Nom et adresse des parents ……

Situation familiale ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé
Nombre d'enfants ……

Etes-vous déjà affilié(e) à la Sécurité Sociale (Régime Général) ☐ oui ☐ non
Quel est votre Centre de paiement de Sécurité Sociale ……

- n° de Sécurité Sociale……

- joindre photocopie de votre attestation de Carte Vitale

Serez-vous élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées à la date de votre prise de fonctions :

☐ OUI ou ☐ NON

Avez-vous déjà exercé des fonctions aux Hospices Civils de Lyon ? ☐ OUI ou ☐ NON

Lesquelles : ……

**Attention : joindre un relevé d'identité bancaire ou postal à cette fiche pour assurer le versement de votre rémunération. LISTE DES PIECES A FOURNIR (p2)**

Lyon, le (signature)

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# PIECE N ° 5 - CERTIFICAT MEDICAL

(application de l'article R 6153.7 du Code de la Santé Publique)

**Le certificat médical ci-dessous doit impérativement être complété et adressé à la :**

**Direction des Affaires Médicales - Hospices Civils de Lyon**
**Secteur Internat**
**3 quai des Célestins - B.P. 2251**
**69229 Lyon Cedex 02**

**CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN DES HOPITAUX PUBLICS**

Je soussigné(e) .....

**Statut :**.....

Hôpital - Service .....

Certifie que Mme - M. .....
.....

- ☐ remplit les conditions physiques et mentales à remplir les fonctions d'Interne
- ☐ remplit les conditions d'immunisation obligatoires contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite
- ☐ remplit les conditions d'immunisation obligatoires contre l'Hépatite B

Fait à ..... le .....

(cachet de l'établissement)

(signature du Praticien)

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# ACCES INFORMATIQUES CHRONOTIME
## POUR LES INTERNES AFFECTES AUX HCL

Quelques éléments d'information concernant l'aspect informatique de votre future prise de poste aux HCL.

Lors de votre arrivée aux HCL, vous disposerez d'un compte informatique qui vous permettra d'accéder à Windows, Internet. Vous disposerez également d'une adresse professionnelle @chu-lyon.fr. Vous devrez impérativement la consulter régulièrement car elle est utilisée pour vous transmettre des informations institutionnelles.

**Les habilitations aux logiciels métiers se feront dans un second temps lors de votre arrivée en stage dans un service HCL.**

- Accès à CHRONOTIME pour la gestion du temps de travail médical (logiciel pour poser les congés ou autres absences…) :
  - Se connecter au Portail d'accès aux applications < Applis Administratives < CHRONOTIME
  - Connexion au logiciel CHRONOTIME avec les identifiants Windows
  - Sur le portail « Mon Compte »
    - « Mes demandes » pour faire une demande d'absence et de régularisation (présence samedi matin) et saisir un déplacement d'astreinte. Vos demandes seront envoyées à votre gestionnaire (chef de service)
    - « Consulter » pour visualiser les soldes de compteurs (congés, formation, obligation de service).
  - Procédure et informations utiles sur PIXEL : VIE PRO / PERSONNELS MEDICAUX / TEMPS DE TRAVAIL ET CHRONOTIME

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT EN COMMUN (ABONNEMENTS)

(Domicile – travail)

**NOM DE FAMILLE** :

**NOM D'USAGE**:

**MATRICULE** (CF FICHE DE PAIE) :

**SERVICE** :

**GROUPEMENT HOSPITALIER:**

**DOCUMENT A RETOURNER**

**A LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES - HCL**
**SECTEUR DES INTERNES**
**3 quai des Célestins**
**B.P. 2251**
**69229 Lyon cedex 02**

**AVEC LE JUSTIFICATIF D 'ACHAT NOMINATIF ET ADRESSE**

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# [INTERNES] DEMANDE DE VERSEMENT DE l'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT POUR LES STAGES AMBULATOIRES (SASPAS, STAGES CHEZ LE PRATICIEN….)

**CONDITIONS :**

- **ACCOMPLIR UN STAGE AMBULATOIRE (SASPAS, STAGE CHEZ LE PRATICIEN)**
- **LE LIEU DE STAGE DOIT ÊTRE SITUE A UNE DISTANCE DE PLUS DE 15 KILOMETRES TANT DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AUQUEL VOUS ETES RATTACHE(E) ADMINISTRATIVEMENT QUE DE VOTRE DOMICILE.**

Conformément :

- **A l'article R.6153-10 du code de la santé publique ;**
- **A l'article D.6153-10-1, 7° du code de la santé publique ;**

- **A l'arrêté du 4 mars 2014** fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire.

Je soussigné(e), ……, portant le matricule HCL ……., interne en …… *(préciser la spécialité et l'année)*, inscrit(e) à l'UFR de …….. *(dénomination de l'UFR)*, demeurant (*adresse exacte du domicile*) ……..
……

demande à percevoir l'indemnité forfaitaire de transport de 130€ brut par mois conformément aux textes précités :

- Stage effectué à …….. *(cabinet)*
- Situé …….. *(adresse exacte)*
- Sur la période allant du ……../……../…… au ……../……../……

Et situé à **plus de 15 km de mon domicile et de mon CHU de rattachement administratif.**

J'atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle des frais de transport pendant mon stage.

*(date et signature)*

**Formulaire à adresser par courrier postal à la D.A.M.**
**ATTENTION !**
***DATES LIMITES DE DEPÔT DES DEMANDES :***
**- 31 DECEMBRE POUR LE SEMESTRE D'HIVER DE L'ANNEE UNIVERSITAIRE EN COURS**
**- 30 JUIN POUR LE SEMESTRE D'ETE DE L'ANNEE UNIVERSITAIRE EN COURS**

HOSPICES CIVILS DE LYON
Direction des Affaires Médicales
3, quai des Célestins - BP 2251
69229 LYON Cedex 02

# [INTERNE] DEMANDE DE VERSEMENT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE D'HEBERGEMENT POUR LES STAGES AMBULATOIRES (SASPAS, STAGES CHEZ LE PRATICIEN….) EN ZONE SOUS-DENSE

**CONDITIONS : ACCOMPLIR UN STAGE AMBULATOIRE (SASPAS, STAGE CHEZ LE PRATICIEN) CLASSE EN ZONE SOUS DENSE (1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou au I de l'article L. 5125-6 du code de la santé publique pour les internes en pharmacie).**

Conformément:

- **A l'article R.6153-10 du code de la santé publique ;**
- **A l'article D.6153-10-1, 8° du code de la santé publique ;**
- **A l'arrêté du 3 juillet 2018 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie modifié ;**

Je soussigné(e), ……, portant le matricule HCL ……, interne en …… *(préciser la spécialité et l'année)*, inscrit(e) à l'UFR de…… *(dénomination de l'UFR)*, demeurant *(adresse exacte du domicile)* ……..

demande à percevoir l'indemnité forfaitaire d'hébergement de 300€ bruts par mois conformément aux textes précités :

- Situé dans une zone géographique à offre de soins insuffisante telle que définie par l'ARS :
  - Stage effectué à …… *(cabinet)*
  - Situé …… *(adresse exacte)*
  - Sur la période allant du …../…../…… au …../…../……

J'atteste sur l'honneur d'être dans un logement à titre onéreux et de ne bénéficier d'aucun hébergement ou aide financière octroyée par une collectivité territoriale pendant mon stage.

*(date et signature)*

**Formulaire à adresser par courrier postal à la D.A.M.**

**ATTENTION !**

**DATES LIMITES DE DEPOT DES DEMANDES**

**31 DECEMBRE POUR LE SEMESTRE D'HIVER DE L'ANNEE UNIVERSITAIRE EN COURS**

**30 JUIN POUR LE SEMESTRE D'ETE DE L'ANNEE UNIVERSITAIRE EN COURS**