



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

**DOSSIER DE RECRUTEMENT -2025**

**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/internes : Mme Sophie GRANGER – 04.72.40.73.56**

**Secteur Internat :**

**Attaché d'Administration Hospitalière encadrant le secteur des étudiants/internes : Nicolas DELORD – 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 Mme SOTO Elsa / <a href="mailto:elsa.soto@chu-lyon.fr">elsa.soto@chu-lyon.fr</a>	A / CORNH
04.72.40.73.78 Mme TCHAPNOU Rosalie / <a href="mailto:rosalie.tchapnou@chu-lyon.fr">rosalie.tchapnou@chu-lyon.fr</a>	CORNI / GH
04.72.40.73.20 Mme ODDOUX Jeanne / <a href="mailto:jeanne.oddoux@chu-lyon.fr">jeanne.oddoux@chu-lyon.fr</a>	HI / PAP
04.72.40.73.76 Mme ZEIN-EDDINE Lena / <a href="mailto:lena.zein-eddine@chu-lyon.fr">lena.zein-eddine@chu-lyon.fr</a>	PAQ / 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](mailto: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](mailto:lena.zein-eddine@chu-lyon.fr)

**Gestion de la permanence des soins :**

Attaché d'Administration Hospitalière encadrant le secteur de la Permanence des Soins :

Mme RIGAMONTI Anne-Gaëlle 04.72.40.73.69 – [anne-gaelle.rigamonti@chu-lyon.fr](mailto:anne-gaelle.rigamonti@chu-lyon.fr)

Gardes et astreintes / Conventions de garde pour les internes : Mme CONVERT Marie-Anne – 04.72.40.73.72 – [marie-anne.convert@chu-lyon.fr](mailto:marie-anne.convert@chu-lyon.fr)

**Gestion du temps médical :**

**CELLULE CHRONOTIME**

Attachée d'Administration Hospitalière : Anne Gaëlle RIGAMONTI : 04 72 70 73 69 – [anne-gaelle.rigamonti@chu-lyon.fr](mailto:anne-gaelle.rigamonti@chu-lyon.fr)

Dorothee VITTI – 04.72.40.73.93 – [dorothee.vitti@chu-lyon.fr](mailto:dorothee.vitti@chu-lyon.fr)

BENDALI-AHCENE Houria- 04.72.40.73.15 [houria.bendali-ahcene@chu-lyon.fr](mailto: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 : MIGUEL-ROTGER Roxane – [roxane.miguel-rotger@chu-lyon.fr](mailto:roxane.miguel-rotger@chu-lyon.fr) - 04 72 07 15 50**

**Groupement Hospitalier Sud : Mme MENSAH Audrey - [audrey.mensah@chu-lyon.fr](mailto:audrey.mensah@chu-lyon.fr) / [ghs.slam@chu-lyon.fr](mailto:ghs.slam@chu-lyon.fr) - 04 78 86 45 85**

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

**Groupement Hospitalier Centre : Mme BEAUVERGER Christelle – [christelle.beauverger@chu.fr](mailto:christelle.beauverger@chu.fr) / [GHC.slam@chu-lyon.fr](mailto: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 :**

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

- ⇒ [leane.di-florio@etu.univ-lyon1.fr](mailto:leane.di-florio@etu.univ-lyon1.fr)
- ⇒ [presidence.saihl <presidence@saihl.org>](mailto:presidence.saihl@presidence@saihl.org);
- ⇒ [vice.presidence.saihl <vicepresidence@saihl.org>](mailto:vice.presidence.saihl@vicepresidence@saihl.org);
- ⇒ [representation.saihl <representation@saihl.org>](mailto:representation.saihl@representation@saihl.org)

**Site internet :**

[internatlyon.org](http://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](mailto:syrel.img@gmail.com)

**Adresse :**

286 rue Vendôme  
69003 LYON

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

**Email :** [contact@siph.fr](mailto:contact@siph.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 10 octobre 2025**

**Les pièces n° 4 – 5 avant le 31 octobre 2025**

- 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 /](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

**10 OCTOBRE 2025**

**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 VOUS NE POURREZ ETRE NOMME EN TANT QU'INTERNE**

#### POUR LES INTERNES DE NATIONALITE HORS UNION EUROPEENNE

- 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 renouveler 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 03 novembre 2025.**

L'Autorisation Provisoire de Travail doit être demandée par l'interne sur le site internet du Ministère de l'Intérieur :

- <https://administration-etrangers-en-france.interieur.gouv.fr/immiprouager/#/authentification>



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

En cas de question, vous pouvez vous adresser à Monsieur **SANHARD, Benjamin** – [benjamin.sanhard@chu-lyon.fr](mailto:benjamin.sanhard@chu-lyon.fr)  
04.72.40.73.80.

## 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 <a href="mailto:HEH.MEDECINE-PERSONNEL@chu-lyon.fr">HEH.MEDECINE-PERSONNEL@chu-lyon.fr</a>	04.72.11.63.40 31.63.40 04.72.11.60.06 31.60.06 04.72.11.60.07 31.60.07
Hôpital des Charpennes <a href="mailto:hdc.medecine-personnel@chu-lyon.fr">hdc.medecine-personnel@chu-lyon.fr</a>	04.72.43.20.87 33.20.87
Groupement Hospitalier EST <a href="mailto:ghe.smst@chu-lyon.fr">ghe.smst@chu-lyon.fr</a>	04.27.85.77.36 35.77.36 04.72.35.78.34 35.78.34
Groupement Hospitalier NORD <a href="mailto:ghn.smst@chu-lyon.fr">ghn.smst@chu-lyon.fr</a>	04.72.07.15.58 37.15.58 33.29.09
Groupement Hospitalier SUD <a href="mailto:ghs.smst@chu-lyon.fr">ghs.smst@chu-lyon.fr</a>	04.78.86.15.68 36.15.68
SIEGE Administratif <a href="mailto:sa.smst@chu-lyon.fr">sa.smst@chu-lyon.fr</a>	04.72.11.60.07 31.60.07
Hôpital René SABRAN <a href="mailto:rs.smst@chu-lyon.fr">rs.smst@chu-lyon.fr</a>	04.94.38.15.18 38.15.18
Plateforme ST PRIEST <a href="mailto:sp.smst@chu-lyon.fr">sp.smst@chu-lyon.fr</a>	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](mailto: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

Contact / 04 27 46 57 57

Site Internet : <https://ssu.iniv-lyon1.fr>

### 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 : .....



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

**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)

**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 :

**Hospices Civils de Lyon  
Direction des Affaires Médicales - 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

# INTERNES



DEMANDE REMBOURSEMENT ABONNEMENT TRANSPORT EN COMMUN

TARIF ETUDIANT (- 27 ans) OU ABONNEMENTS COMBINES

ABONNEMENT ANNUEL Du ..... Au ..... Joindre votre FACTURE **avant le 15 AVRIL**

AUTRE ABONNEMENT : PERIODE 1 / Joindre la FACTURE POUR LA PERIODE DE NOVEMBRE A AVRIL  **avant le 15 AVRIL**

PERIODE 2 / Joindre la FACTURE POUR LA PERIODE DE MAI A OCTOBRE  **avant le 15 OCTOBRE**

MONTANT TOTAL DE VOTRE FACTURE :

**VOS DEMANDES DOIVENT ETRE ADRESSER AU MAIL CI-DESSOUS DANS LES DELAIS INDIQUES POUR ASSURER LE REMBOURSEMENT**

[DAM.EXTERNATINTERNAT@chu-lyon.fr](mailto:DAM.EXTERNATINTERNAT@chu-lyon.fr)

**OBJET : RTTC Periode 1  
 RTTC Période 2**

IDENTIFIANT EMPLOYEUR   
 MATRICULE HCL

Nom\*

Prénom\*

Né (e) le\*

N° Carte Técély\*

Date de la demande

signature

Lyon Fait le



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 SITUÉ À UNE DISTANCE DE PLUS DE 15 KILOMÈTRES TANT DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AUQUEL VOUS ÊTES RATTACHÉ(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 DÉPÔT 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:

- Au décret n° 2020-1307 du 29 octobre 2020 modifiant les conditions de versement de l'indemnité forfaitaires aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie
- A l'arrêté du 29 octobre 2020 modifiant 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

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 ..... (nom cabinet)
  - Situé ..... (adresse exacte du cabinet)
  - 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**