

Appel à candidatures (AAC)

Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES)

-Reconnaissance de la mission de PDSES pour les activités non réglementées-

Contenu du dossier de Candidature

(*) = question obligatoire

1. **Nom de l'établissement***

Zone libre à remplir

2. **FINESS JURIDIQUE***

Zone libre à remplir

3. **FINESS ET***

Zone libre à remplir

4. **Mail de contact de la personne chargée du dossier dans l'établissement***

Zone libre à remplir

5. **Zone d'activités de soins***

Menu déroulant (par Dpt)

6. **Activité(s) pour la(les)quelle(s) la reconnaissance de PDSES est demandée***

Réponse OUI/NON pour chacune des spécialités

☐ Hépato-gastro-entérologie avec endoscopie

☐ Pneumologie avec endoscopie

☐ Cardiologie en aval du service de médecine d'urgence (*pour les établissements ayant un service de médecine d'urgence sans USIC ou sans coopération avec un établissement disposant d'une USIC*)

☐ Activité de dialyse en urgence sur les heures de PDSES



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



- ☐ Endocrinologie/diabétologie incluant les astreintes liées aux pompes à insuline à boucles fermées
- ☐ Médecine polyvalente
- ☐ Néphrologie pédiatrique
- ☐ Maladies infectieuses
- ☐ Anesthésie hors maternité
- ☐ Chirurgie viscérale
- ☐ Chirurgie orthopédique
- ☐ Chirurgie urologique
- ☐ Chirurgie ORL
- ☐ Chirurgie maxillofaciale et orale
- ☐ Chirurgie ophtalmologique
- ☐ Chirurgie vasculaire et/ou thoracique
- ☐ Chirurgie vasculaire
- ☐ Chirurgie thoracique
- ☐ Chirurgie de la main
- ☐ Chirurgie pédiatrique de recours
- ☐ Imagerie diagnostique
- ☐ Pharmacie clinique
- ☐ Biologie médicale

Pour chaque spécialité souhaitée, les éléments suivants sont à renseigner (questions de 1 à 10) :

- 1. Renseignez les indicateurs suivants (année de référence : 2024) pour chaque ligne demandée*** (* Nombre d'actes pour les spécialités : imagerie, biologie, pharmacie) :

	Réponse
Nombre total de séjours (ou actes*) réalisés (tout horaire)	
Nombre de séjours réalisés (ou actes*) en horaires de PDES (du lundi au vendredi de 20h à 8h, le week-end (samedi 12h au lundi 8h) et les jours fériés)	
Concernant les activités de chirurgie : nombre de patients pris en charge au bloc opératoire (en début de nuit)	
Concernant les activités de chirurgie : nombre de patients pris en charge au bloc opératoire (en nuit profonde)	
Concernant les activités de chirurgie : nombre de patients pris en charge au bloc opératoire (week-ends et jours fériés)	
Nombre de praticiens assurant la ligne de PDES	
Nombre de sollicitations des praticiens assurant la PDES	
Nombre de patients transférés vers un autre établissement de santé (préciser les motifs principaux de transfert)	

* Nombre d'actes pour les spécialités : imagerie, biologie, pharmacie

Commentaires :

Zone libre à remplir

- 2. Modalité d'organisation et nombre de ligne(s) demandée(s) *** :

LIGNES DEMANDEES	NOMBRE
Garde	
½ garde	
Astreinte	
½ astreinte	
Astreinte week-end et jours férié	

Commentaires :

Zone libre à remplir

3. Avez-vous identifié des gardes et/ou astreintes mutualisées pour votre établissement ?* :

Si OUI : compléter et joindre le tableau

LIGNES DEMANDEES	NOMBRE	Organisation prévue
Garde		
½ garde		
Astreinte		
½ astreinte		
Astreinte week-end et jours férié		

Commentaires :

Zone libre à remplir

4. Avez-vous identifié des gardes et/ou astreintes partagées pour votre établissement ?* :

Si OUI : compléter et joindre le tableau

LIGNES DEMANDEES	NOMBRE	Organisation prévue
Garde		
½ garde		
Astreinte		
½ astreinte		
Astreinte week-end et jours férié		

Commentaires :

Zone libre à remplir

5. Effectifs médicaux mobilisés (en nombre et pas ETP) de la spécialité sur la ligne, présents au 01/09/2025 (nombre de médecins, pas d'ETP) * :

Zone pour remplir le nombre

6. Éléments complémentaires et commentaires sur ces effectifs, le cas échéant :

Zone libre à remplir

7. Pour cette activité, avez-vous recours, en heures de PDSES, à des médecins extérieurs à l'établissement* ? oui / non

Si oui : précisions : Zone libre à remplir

8. Le cas échéant, précisions sur l'activité médicale spécifique de la ligne demandée (surspécialité, prise en charge de patients de zones voisines, mutualisation avec d'autres établissements et partenariat territorial, etc...)

Zone libre à remplir

9. L'ARS basera son analyse sur les données de l'enquête 2024 DGOS-ATIH. Vous pouvez néanmoins apporter des éclairages sur l'activité de cette ligne.

Zone libre à remplir

10. Autre commentaire sur votre demande.

Zone libre à remplir

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR *

- ☐ Lettre d'engagement du directeur d'établissement
- ☐ Avis de la CME (établissements publics), de la commission médicale (établissements privés à but non lucratif) ou de la conférence médicale (établissements privés à but lucratif) (à envoyer au plus tard le 31/12/2025 sur le mail : ars.pdl.dos.aes@ars.sante.fr)
- ☐ Avis du COSTRAT/GHT pour les établissements publics (à envoyer au plus tard le 31/12/2025 sur le mail : ars.pdl.dos.aes@ars.sante.fr)
- ☐ Les tableaux des questions 1 et 2 et le cas échéant, les tableaux des questions 3 et 4