

NOTICE DE CANDIDATURE

Diplôme Universitaire - *DEVENIR PATIENT EXPERT EN SANTÉ MENTALE : Collaborer avec des professionnels de santé en psychiatrie, en addictologie et en médecine du sommeil*

DU PESM

Déroulement de la sélection des dossiers :

PHASE 1 :

Les candidatures sont à envoyer par mail et en UN SEUL MAIL à l'adresse [marie.berteaux@aphp.fr], du **lundi 12 janvier** au **vendredi 17 avril 2026**.

Les documents nécessaires sont précisés en page 2.

PHASE 2 :

En cas d'avis favorable, le candidat ou la candidate est **admissible**.

Il/elle devra déposer un dossier sur la plateforme en ligne de l'université (candidatOnline) ET en transmettre un autre par mail, toujours à [marie.berteaux@aphp.fr].

Les documents nécessaires sont précisés en page 2.

Il/Elle sera convié.e à un entretien auprès du comité pédagogique.

PHASE 3 :

A la suite de cet entretien, le comité pédagogique rendra une décision définitive. Le candidat ou la candidate sera **admis.e ou non admis.e**.

Les décisions définitives seront rendues au plus tard le **30 juin 2026**.

Toutes les communications se feront par voie de mail.

Nous invitons les candidats et candidates à se renseigner en amont sur leurs possibilités de financement.

Une lettre à destination des organismes financeurs est disponible sur le site de la formation.

Documents attendus lors de la phase 1 des candidatures :

Du 12/01/26 au 17/04/26

à envoyer par mail à l'adresse [marie.berteaux@aphp.fr] :

- CV
- Lettre de motivation
- Formulaire 1 – Candidature

Formulaire 1 disponible en annexe

Documents attendus lors de la phase 2 des candidatures :

Du 18/04/26 au 01/06/26

à déposer sur la plateforme en ligne *CandidOnline*, une fois l'avis d'admissibilité reçu :

- Justificatif d'identité
- Dernier diplôme obtenu (pas de niveau minimum requis mais document indispensable)
- Attestation d'assurance responsabilité civile

à transmettre par mail à l'adresse [marie.berteaux@aphp.fr] :

- Formulaire 2 – Préalable à l'entretien
- Lettre médicale de non contre-indication à l'entrée en formation

Le formulaire 2 et le modèle obligatoire de lettre médicale seront transmis par mail avec l'avis d'admissibilité

ATTENTION :

Aucun dossier incomplet ne sera étudié.

Aucun dossier hors délai ne sera étudié.

Aucun dossier ne respectant pas les étapes mentionnées ne sera étudié.

Tableau récapitulatif :

Quel document ?	Où le transmettre ?		Quand le transmettre ?	
	Par mail [marie.berteaux@aphp.fr]	Sur CanditOnline https://appt.parisdescartes.fr/cgi-bin/WebObjects/CandidOnline.woa	Phase 1 12/01 - 17/04	Phase 2 18/04 – 01/06
CV	X		X	
LM	X		X	
Formulaire 1	X		X	
CNI		X		X
Dernier diplôme		X		X
Attestation d'assurance responsabilité civile		X		X
Formulaire 2	X			X
Lettre médicale	x			X

DU Patient Expert en Santé Mentale

Formulaire de candidature

1. Informations personnelles :

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Adresse postale :

Téléphone :

e-mail :

Diplôme le plus élevé obtenu :

2. Un diagnostic de trouble psychique/d'addiction/de trouble du sommeil a-t-il déjà été établi par un médecin ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

3. Avez-vous suivi un parcours de soins spécialisés pour votre trouble psychique/Votre addiction/ votre trouble du sommeil ?

(Consultations, hospitalisations, psychothérapies, groupes, traitements médicamenteux...)

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

4. L'inscription au DU requiert une stabilité des troubles depuis 2 ans :

Addictions : Abstinence totale depuis 2 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Trouble psychique : Absence d'hospitalisation en psychiatrie depuis 2 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Trouble du sommeil : Absence d'insomnie, d'hypersomnolence et de cauchemars depuis 2 ans	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

5. Avez-vous une expérience de la pair-aidance ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

Si oui, laquelle ?

6. Avez-vous déjà réfléchi à un projet en tant que patient expert, ou pris contact avec des équipes/structures de soins pour développer un partenariat après le DU ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

Si oui, lequel ?

*Ce formulaire est à joindre **impérativement** lors de la transmission de votre dossier de candidature.
En cas de difficulté, se référer à la [NOTICE DE CANDIDATURE](#)*