**Intitulé de la formation : DIU Le sommeil et ses pathologies**

**Responsable pédagogique :**  Professeur Renaud TAMISIER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Composante** | **Médecine  Pharmacie** | |
| **Création ou modification ?** | **Création  Modification  Renouvellement** | |
| **Ouverture en 2022-2023 ?** | **Oui  Non** | |
| **Type de formation** | **DU  DIU  Formation Courte  Capacité** | |
| **Date du vote en Conseil d’UFR :** *(complété par l’Ingénieur Conseil)* | | |
| **Universités partenaires** | *Indiquer les universités habilitées à délivrer le diplôme ou détaillez les partenariats avec d’autres universités (françaises ou étrangères).*  Aix-Marseille, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux II, Brest, Dijon, Limoges, Claude Bernard Lyon, Lille II, Montpellier I, Nancy 1, Nantes, Nice, Paris VI, Paris VII, Paris XI, Paris XII, Poitiers, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, ULP, Toulouse, Tours. | |
| **Publics** | **Formation Initiale  Formation continue** | |
| **Modalités d’enseignement** | **Présentiel  Distanciel  Présentiel ET distanciel** | |
| **Effectifs prévisionnels** | **Minimums : dont FI : dont FC :**  **Maximums : 300 dont FI : dont FC :**  **Si DIU, précisez les effectifs minimums à Grenoble pour ouvrir :  Total : 14 dont FI : 3 dont FC : 11** | |
| **Dépôt RNCP\***  \*Répertoire national des certifications professionnelles.  \*Optionnel et sous conditions. | **Oui  Non  En cours  Envisagé**  **Si dépôt RNCP alors préciser :** | |
| **Niveau d’entrée :**  Niveau 4 (Bac, DAEU)  Niveau 5 (DEUG, BTS, DUT, DEUST)  Niveau 6 (Licence)  Niveau 7 (Master, DE, DESS, Ingénieur)  Niveau 8 (Doctorat, HDR) | **Niveau de sortie :**  Niveau 4   Niveau 5   Niveau 6   Niveau 7   Niveau 8 |
| **Dépôt ANDPC\*** \*Agence Nationale du Développement Personnel Continu \*Optionnel et sous conditions. | **Oui  Non  En cours  Envisagé**  *Pour plus d’informations, consultez l’Ingénieur Conseil en FC : Comla.honou*[*@univ-grenoble-alpes.fr*](mailto:remi.rivollier@univ-grenoble-alpes.fr) | |

1. **Définition et objectif(s) de la formation pour le participant**

Le but de ce nouveau D.I.U. est de regrouper la formation du sommeil sur un plan national. Il comporte les objectifs suivants :

- Initiation à la Physiologie et à la Neurologie du Sommeil,

- Formation aux pathologies du sommeil,

- Acquisition des connaissances nécessaires à la réalisation des explorations et au traitement des troubles du sommeil et de la vigilance

1. **Motivations et positionnement, au regard de l’offre de formation existante ou de l’offre globale de l’UFR**

La formation initiale sur le sommeil et sa pathologie est limitée à quelques heures dans les études de médecine et ne permet pas une prise en charge médicale et économique efficace.

Une importante demande de formation existe actuellement en raison de la fréquence de cette pathologie qui touche plus de 20% de la population. Cet enseignement est à ce jour dispersé en plusieurs D.I.U. et D.U.

1. **Objectifs pédagogiques et compétences à acquérir**

* Initiation à la Physiologie et à la Neurologie du Sommeil,
* Formation aux pathologies du sommeil,
* Acquisition des connaissances nécessaires à la réalisation des explorations et au traitement des troubles du sommeil et de la vigilance.

1. **Publics**

Les personnes admises à s’inscrire à la formation *sont :*

Docteurs en Médecine, Chirurgie Dentaire ou Pharmacie ; les étudiants ayant validé le 2ème cycle des études médicales, les titulaires d’un DEA et les étrangers possédant des titres équivalents.

1. **Prérequis spécifique(s)**  
   *Parmi le public éligible, une catégorie de personne est-elle particulièrement visée par la formation ?*

*Exemple : Préciser si la formation concerne un type d’exercice, si cela convient plus à un jeune professionnel ou un professionnel ayant déjà une expérience (voire ayant déjà suivi une formation) sur le thème traité…*

Pas de prérequis

1. **Conditions d’accès**

**Epreuve de pré-sélection pour les candidats** :  **Oui\*  Non**

**\*Si oui, détailler le type d’épreuve** :

Exemple : QCM

1. **Conditions d’admission :**

Lettre de motivation, CV, diplôme

1. **Organisation des enseignements**

Lorsque l’enseignement se fait en totalité ou pour partie à distance il sera décrit également en annexe 6 (conformément à l’article L6353-1 du Code du travail et le décret du 20 août 2014).

**- Période de formation**   
**Période :** *Mois de début : Mois de fin : juin .***- Format :** *Présentiel et distanciel  
Exemple : 2 jours par mois, les jeudis, 4 séminaires sur 5 jours… .***- Durée :  1 an  2 ans  … ans   
- Formation semestrialisée :  Oui  Non   
- Crédits ECTS (optionnel)****: :  Non  Oui, Combien ? ………**

**- Enseignement en présentiel :** En heures 43 En jours ……….  
**- Enseignement en distanciel :**En heure 55 En jours ………. *(modalités à décrire en annexe 6)***Soit un total de 98 heures de formation.**

**Stage  
Il y a-t-il un stage dans la formation ?  Oui  Non**

**Si oui préciser    
Durée du stage :** En heures …84……. En jours ……….  
**Période de stage** : *Exemple : juin/juillet**Modalités du stage à décrire en annexe 7.*

**INFORMATIONS SUR LES STAGES POUR LES PUBLICS NE RELEVANT PAS DU SECTEUR DE LA SANTE** *- un stage pratique peut être prévu pour les publics en formation initiale uniquement si le volume pédagogique de la formation est d'une durée supérieure ou égale à 200h (hors stage).  
  
- le stage dans un même établissement d'accueil ne pourra pas excéder 924h (équivalent à 6 mois à temps plein) par année universitaire en dehors des heures de cours.  
  
- Tout stage fait l'objet d'une convention. En fonction de la durée, du lieu de stage et de la nature de l'établissement, il donne éventuellement lieu à gratification par application des dispositions légales et réglementaires en vigueur.*

1. **Composition des enseignements**

Préciser ci-dessous les séquences de formation (nom des modules) avec les objectifs et décrire le détail en annexe 5, suivant modalités précisées.

*EXEMPLE :****Module X : INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUE SUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE***

*Améliorer la prise en charge des pathologies respiratoires aiguës sur chroniques des patients hospitalisés en réanimation ou aux urgences pour une insuffisance respiratoire aiguë.*

*Comprendre la physiopathologie des pathologies respiratoires aiguës sur chronique.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature et Intitulé de l’enseignement** | **NOMBRE D'HEURES** | | |
|
| CM | TD | TP |
|
| Année 1 |  |  |  |
| Séminaire 1 : Sommeil normal | 24h15 |  |  |
| Séminaire 2 : Insomnie, chronobiologie | 20h30 |  |  |
| Séminaire 3 :  Pathologie respiratoire du sommeil, pédiatrie | 30h15 |  |  |
| Séminaire 4 :  Hypersomnie/Parasomnies/troubles moteurs | 23h30 |  |  |
| Total | 98h00 |  |  |

1. **Mémoire / Rapport / Projets tuteurés**

Préciser les modalités attendues, les conditions générales, les exigences, les objectifs…

**Mémoire   Oui  Non   
Date limite de dépôt :**

**Modalités :**

**Rapport de stage    Oui  Non   
Date limite de dépôt :**

**Modalités :**

**Projets tuteurés   Oui  Non   
Date limite de dépôt :**

**Modalités :**

**Autre travail demandé** (à rendre par l’étudiant)**Oui  Non   
Date limite de dépôt :**

**Modalités :**

1. **Contrôles des aptitudes et des connaissances**

**Assiduité :**

*Exemple : la présence à tous les cours théoriques et travaux pratiques est obligatoire. Elle conditionne l’autorisation à passer les examens.*

Obligatoire

**Modalités d’examen :**

**Contrôle continue    Oui  Non   
Notation :** *Exemple : 4 notes /20* **Détails :   
  
Examen final    Oui  Non**

**Notation :** *Exemple : un QCM sur 100 points* **Détails :**

**Session de rattrapage  Oui  Non   
Période :   
Notation :   
Détails :**

**Remarques et précisions éventuelles concernant les Modalités de Contrôle des Connaissances :***Notes seuils à atteindre, non-compensation entre les modules,…*

**Absences aux examens**

En cas d’absence ou d’échec à l’examen, l’étudiant aura la possibilité de se réinscrire l’année suivante aux conditions de l’UGA et avec l’accord du responsable pédagogique.Autre :  
 *Exemple : seuls sont autorisés à se réinscrire aux examens les étudiants justifiants d’un cas de force majeur.*

**Jury**

*Indiquer la/les période(s) de réunion des jurys.*

**Conditions d’obtention du diplôme**

*Exemple : Avoir été présent à l’ensemble des cours théoriques et travaux pratiques. Avoir obtenu au moins la moyenne de 50/100 à l’examen écrit comprenant le contrôle continu et l’examen final.*

**Frais de scolarité**

**La tarification fait l’objet d’une étude suivant les indications données par l’Université et les frais spécifiques correspondant à l’organisation de la formation.  
  
Contact pour le calcul : Ingénieur Conseil – Comla HONOU**[**comla.honou@univ-grenoble-alpes.fr**](mailto:comla.honou@univ-grenoble-alpes.fr) **–** [04 76 74 81 24](callto:04%2076%2074%2081%2024)*Vous pouvez indiquer ici un souhait de tarifs ou les tarifs appliqués dans les autres universités dans le cadre d’un DIU. Nous vérifierons s’il est en adéquation avec le nombre de participants attendus et les coûts prévus pour le DU/DIU.*

**Tarif public FC :** 910€  (Année 1=610€/ Année 2= 300€)

**Tarif public FI :** 610€ (Année 1=410€/ Année 2=200€)

**Tarif de ré-inscriptions à l’examen : 300 €**

**Dispositions diverses**

**Dispositions spécifiques à la formation :**

**Evaluation de la satisfaction des participants**

*Tout document utilisé pour ce type d’évaluation « à chaud »**doit être transmis avant le début de la formation au secrétariat de la formation. Ces supports doivent rester disponibles en cas de contrôles.* ***Pour information, un lien vers un questionnaire d’évaluation est transmis aux participants après la fin de leur formation (pour Grenoble).***

**Evaluation de la satisfaction en fin de module :**  **Ecrite  Orale  Questionnaire en ligne**

**Evaluation de la satisfaction en fin de formation** :  **Ecrite  Orale  Questionnaire en ligne**

**Délivrance du diplôme**

Pour des formations interuniversitaires le diplôme est signé par le ou la Président(e) de l’Université dans laquelle est inscrit le candidat.   
Dans le cadre de DU, le diplôme est signé par le (la) Président(e) de l’Université Grenoble Alpes.

**Précisions (Optionnel) :**

**ANNEXES**

**Annexe 1 – Cadre de référence**

**Analyse des besoins**

*Indiquer brièvement l’analyse du besoin identifié pour l’action proposée et décrire en quoi cette thématique est importante pour les professionnels de santé visés.*

*Exemple : « cette action s’inscrit dans le cadre de l’amélioration des pratiques et de l’approfondissement des connaissances des pratiques diagnostiques et des prises en charges thérapeutiques autour de cas cliniques… ».*

**Recommandations**

*Préciser les indications (références, date…) concernant les recommandations HAS, ANAES, Sociétés savantes ou Conférences de consensus ou autres données de la littérature …****Lorsque que ces données apportent des éléments de nature à modifier la pratique professionnelle, elles feront l'objet d'une présentation et d'un échange avec les participants.***

**Mots clés**

*Préciser 3 à 5 mots clés :*

**ANNEXE 2 – Comité d’organisation**

**Responsable pédagogique** *(De Grenoble si DIU)*

**NOM Prénom : TAMISIER Renaud  
Fonction : professeur**  
**Adresse :**   
**Email :**   
**Tel :**   
**Fax :**

**Coordinateur** *(si différent)*

**NOM Prénom :   
Fonction :**   
**Adresse :**   
**Email :**   
**Tel :**   
**Fax :**

**Membres du conseil scientifique ou du Comité pédagogique**

BARATEAU Lucie (Montpellier)FAUROUX Brigitte (Paris)

BEQUIGNON Émilie (Créteil)

KINUGAWA BOURRON Kiyoka (Paris)

D ORTHO Marie-Pia (Paris)

GEOFFROY Pierre (Paris)

GEORGES Marjolaine (Dijon)

LAMBERT Isabelle (Marseille)

LAUNOIS Sandrine (Paris)

ROCHE Frederic (St Etienne)

SCHRODER Carmen (Strasbourg)

TRZEPIZUR Wojtek (Angers)

**Composition du jury**

***Il est composé d’au moins trois personnes dont au moins 1 membre représentant du Conseil pédagogique et/ou scientifique.***

**Le jury est présidé par :**

**NOM Prénom :   
Fonction :**   
**Adresse :**   
**Email :**   
**Tel :**   
**Fax :**

**Membre du jury 2 :**

**NOM Prénom :   
Fonction :**   
**Adresse :**   
**Email :**   
**Tel :**   
**Fax :**

**Membre du jury 3 :**

**NOM Prénom :   
Fonction :**   
**Adresse :**   
**Email :**   
**Tel :**   
**Fax :**

**ANNEXE 3 – Intervenants**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENSEIGNEMENT** | **Nom de l’intervenant** | **Profession spécialité** | **Statut** | **Déplacements à prévoir (lieu départ)** | **Liens d’intérêts** | **CM / TD / TP** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ANNEXE 4 – Enseignement présentiel (cadre général)**

**Type d’enseignement**

Donner une estimation horaire de la répartition des cours en % ou en heures :

**CM : 97… heures ou … %  TD : … heures ou … %  TP : … heures ou … %**Ou Total en heures (en Equivalent TD) :

* **Détail du volume horaires de la formation :**

97 heures de séminaire dont 42 heures de présentiel et 55 heures de distanciel + un stage de 84 heures minimum.

**Positionnement de l’apprenant**

**Organisation d’un Pré-test :  Oui  Non  
Organisation d’un Post-test** (en dehors des modalités d’examen) **:  Oui  Non**

**Méthodes pédagogiques**

**Magistrale  Participative**

**Si participative : … % du temps est consacré à l’interactivité  
Sous forme de :  Cas cliniques  Ateliers  Autre : ……**

**Moyens vidéo :  Films  Visioconférences  Autre : ……**

**Documents pédagogiques communiqués :  
 Documents pour les prérequis  Documents de synthèse  Autre : ……  
  
Documents :  Envoyés par Email  Disponibles sur une plateforme. Préciser : …..**

**Bibliographie**

***Rappel de l’HAS* :** *Les supports communiqués (supports pédagogiques, référentiels d’analyse des pratiques, presse…) doivent utiliser des références scientifiques identifiées.*

**Préciser les éléments de bibliographie :**

**-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-**

**Annexe 5 – Programme de formation détaillé**

Décrire votre programme en fonction de la forme choisie et du déroulé du programme que vous souhaitez mettre en place (voir les 4 exemples ci-dessous).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exemple d’une formation en présentiel** | | |
| **Durée de la séquence** | **Objectifs** | **Méthodes (préciser méthodes et moyens utilisés)** |
| 9h à 10h (1h) | Objectif spécifique n°1 | Etude de cas clinique |
| 10h à 10h30 (30 minutes) | Objectif spécifique n°2 | Diaporama |
| 10h30 à 12h30 (2 heures) | Objectif spécifique n°3 |  |
| **Décrire les objectifs spécifiques (par intervention au max par ½ journée)** | | |
| **Exemple d’une formation « non présentiel »** | | |
| **Durée de la séquence** | **Objectifs** | **Méthodes (exemple)** |
| Première étape | Objectif spécifique n°1 | Etude de cas clinique |
| Deuxième étape | Objectif spécifique n°2 | Diaporama |
| Troisième étape (2 heures) | Objectif spécifique n°3 |  |
|  | | |
| **Exemple dans le cadre de l’analyse de pratique** La durée de chaque étape doit être précisée. Il est important de dire sur combien de dossiers portera par exemple une analyse de pertinence, comment ils doivent être sélectionnés, quel référentiel est utilisé… | | |
| **Durée de la séquence** | **Objectifs** | **Méthodes (exemple)** |
| Première réunion (2h) | Objectif spécifique n°1 | Analyse ou revue de dossiers |
| Deuxième réunion (1h30) | Objectif spécifique n°2 | Analyse bibliographique |
| Troisième réunion (2 h) | Objectif spécifique n°3 | Plan d’amélioration |

**Exemple pour un atelier de type simulation**

Le descriptif de l’action devra Indiquer :

* Le type de simulation choisi (patient standardisé, jeux de rôles, simulateurs patients, simulateurs procéduraux, réalité virtuelle, Serions Game…).
* Les objectifs, le scénario et le déroulé du scénario, les équipements prévus, structuration de la séquence, les temps de débriefing, le(s) document de fin de séance, document(s) remis aux participants.

**MODULE I (XX jours) : NOM DU MODULE**

**Lieu : XXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E-Learning** | | |
| 00h00 | … | |
| **Jour 1** | | |
| *9h – 10h* | *Accueil, présentation des participants, objectifs des participants* | *Comité pédagogique* |
| 00h00 | **…** | **...** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| **Jour 2** | | |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |

**MODULE II (XX jours) : NOM DU MODULE**

**Lieu : XXX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E-Learning** | | |
| 00h00 | … | |
| **Jour 1** | | |
| 00h00 |  |  |
| 00h00 |  |  |
| 00h00 | … | **……** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| **Jour 2** | | |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |
| 00h00 | **…** | **…** |

**Annexe 6 – Description si enseignement à distance**

*Dans le cadre d’un enseignement à distance complétez les éléments ci-dessous conformément à l’article Art. L6313-2, L6313-8 et L6353-1 du Code du travail, modifiés par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018-art. 4 et 24. (décret n° 2018-1330 du 28 décembre 2018).*

Nom de la plateforme utilisée :

**Nature des travaux et objectifs spécifiques**

*Veuillez préciser les objectifs spécifiques, la nature des travaux (exemple : classe inversée, étude de cas avec diaporama…) et le nombre d’heures.*

**Modalités de suivi et d’évaluation spécifiques des séquences de formation ouverte ou à distance**

*Veuillez préciser les objectifs spécifiques, la nature des travaux (exemple : classe inversée, étude de cas avec diaporama…) et le nombre d’heures.*

**Moyens d’organisation, d’accompagnement ou d’assistance, pédagogique et technique**

*Préciser comment sera organisé le travail à distance et quelle aide pourront obtenir les stagiaires en difficulté avec le travail distanciel (FAQ, assistance par email ou téléphone, forum, plateforme…)*

**Annexe 7 – Stage pratique**

**Durée du stage :   
84 heures ..…. jours**

**Capacités attendues :***Décrire les capacités ou les compétences attendues avec si besoin des éléments de précision et/ou de quantification.*

*Exemple : nombre d’actes, cas clinique, récits de situation complexe, EPP*

**Structure(s) de stage :***Préciser dans quel cadre se fait l’analyse de la pratique.*

**Lieu(x) agréé(s) par le comité pédagogique  
 Lieu(x) validé(s) par le responsable ou coordonnateur**

**Modalité(s) de stage :**Quel sera le rôle du stagiaire ? **Observateur :** le participant repère les éléments essentiels de la pratique et identifie les compétences et connaissances attendues.

**Acteur accompagné** pour permettre au participant d’assumer la prise de responsabilité des actes en supervision directe d’un maitre de stage ou référent. Une évaluation doit mesurer l’acquisition des compétences.

**Acteur autonome :** le participant agit seul avec la possibilité de faire appel à un pair, maitre de stage ou référent en cas de difficulté(s).

**Evaluation de la pratique (traçabilité) :**Préciser les traces d’apprentissage attenduesAttestation de suivi / présence du candidat   
 Attestation de suivi avec évaluation du tuteur, maître de stage ou responsable pédagogique  
 Rapport de stage   
 Cas cliniques  
 Récit Situation Complexe Authentique (RSCA)  
 Autres modalités à préciser :