



SOINS NUTRITIONNELS EN FRANCE : LE DIÉTÉTICIEN, ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Conférence de presse du 1^{er} février 2018
(Paris, Café des Bords de Seine)

Contacts presse :

agence becom! publics & contenus / T. 01 42 09 04 34

Sophie Gauthier: s.gauthier@becomagence.com / P. 06 76 04 14 02

Isabelle Callède : i.callede@becomagence.com / P. 06 03 02 51 45

SOMMAIRE

Édito : Isabelle Parmentier , cadre supérieur de santé diététicien CHRU Lille, présidente de l'AFDN <i>Du point de vue de la santé publique, la situation de la profession diététique en France est incohérente et inégalitaire.</i>	3
1. Le métier de diététicien : réalités et perceptions	4
2. La profession : la France dans le contexte européen Pr Jean-Michel Lecerf, chef du service Nutrition de l'Institut Pasteur de Lille Serge Pieters , président de l'Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française (UPDLF, Bruxelles)	6
3. Les conséquences pour les patients de la non-accessibilité des soins diététiques Sophie Estran, diététicienne nutritionniste CHU Nice, chargée de communication AFDN Floriane Breton, diététicienne nutritionniste en maisons de santé, déléguée régionale AFDN Pays de Loire Jérôme Trublet, diabétique (type 1), infirmier, président de l'Union Sports et Diabète	8
4. La mobilisation de l'AFDN Aligner la formation initiale des diététiciens sur le cursus LMD Faire reconnaître la prise en charge de l'acte de soin diététique	10
Contacts	11

ÉDITO



Du point de vue de la santé publique, la situation de la profession diététicienne en France est incohérente et inégalitaire.

Isabelle Parmentier, cadre supérieur de santé diététicienne CHRU Lille, présidente de l'AFDN

Les hôpitaux deviennent de plus en plus des plateaux techniques ; les durées de séjour sont de plus en plus courtes. Cette évolution rend aujourd'hui indispensable un suivi de ville par des professionnels de santé partenaires des établissements, dans le cadre de parcours de soins coordonnés, de qualité et qui donnent toutes leurs chances aux patients.

Professionnels, autorités de santé, politiques, chacun reconnaît aujourd'hui la nutrition comme un déterminant de la santé humaine et s'accorde pour placer le diététicien au cœur d'un dispositif de soin et de prévention réformé. Et de fait, la Haute Autorité de Santé a fait entrer la fonction diététicienne dans les parcours de soins des patients atteints de certaines pathologies chroniques (Parkinson, insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive, maladies rénales chroniques).

Pour autant, la consultation diététicienne de ville n'est toujours pas prise en charge par l'assurance maladie. Cette situation va à l'encontre des messages de promotion de la santé portés par le gouvernement. Non seulement elle instaure des soins à deux vitesses (seuls les patients pouvant payer leurs soins ont accès au suivi diététicienne), mais elle est aussi devenue extrêmement préjudiciable pour les patients qui ont absolument besoin de ce suivi.

Au bilan, et faute de ce suivi, ces patients reviennent à l'hôpital dans des états très dégradés et leur prise en charge tardive génère finalement un coût très élevé pour la société. Un coût qui aurait pu être évité, une détérioration clinique qui aurait pu l'être aussi.

Ce sont ces incohérences politiques et ces inégalités de santé que l'AFDN dénonce aujourd'hui en France au nom de toute la profession.

1. LE MÉTIER DE DIÉTÉTICIEN : RÉALITÉ ET PERCEPTIONS

La reconnaissance des diététiciens en tant que professionnels de santé paramédicaux vient d'avoir 10 ans (loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, relative à l'organisation de certaines professions de santé, qui régit la profession). Ce statut récent en fait une profession encore mal connue.

Le métier de diététicien

Le diététicien est le seul professionnel paramédical expert en nutrition, tant en ville qu'en institutions. Il joue un rôle majeur de santé publique dans l'éducation alimentaire et le suivi nutritionnel des personnes malades et en bonne santé.

Garant de l'équilibre nutritionnel, il élabore des diagnostics et des bilans diététiques personnalisés, délivre des conseils diététiques, participe à l'éducation des patients atteints de troubles métaboliques ou de l'alimentation. Sur prescription médicale, il dispense des soins diététiques individualisés intégrant l'éducation ou la rééducation nutritionnelle (art. L 4371-1 de la loi du 30 janvier 2007).

DIÉTÉTIQUE / NUTRITION :

QUELLES DIFFÉRENCES ? QUELLES CONVERGENCES ?

La nutrition est une dimension fondamentale de la santé humaine. L'éducation nutritionnelle est donc au centre du métier de diététicien. C'est pourquoi en 2008, l'AFDN s'est rebaptisée Association Française des Diététiciens *Nutritionnistes*.

Alors que le terme « diététicien » est rattaché à une qualification*, le terme « nutritionniste » n'est pas réglementé et peut être associé à toute profession de santé intégrant cette dimension : médecin nutritionniste, diététicien nutritionniste, psychologue nutritionniste... Il n'est qu'un simple qualificatif**. Le diététicien intègre sa pratique en faveur de l'équilibre nutritionnel dans le cadre d'une prise en charge globale personnalisée, en lien avec les autres dimensions alimentaires : données biologiques individuelles, goût, usages sociaux...

* La profession est régie par deux diplômes : le BTS Diététique, le DUT Génie biologique option Diététique

** C'est pourquoi il peut aussi être utilisé par des non professionnels de santé : coach nutritionniste, nutritionniste sportif, micro-nutritionniste...

Le diététicien se situe au carrefour des deux dimensions fondamentales de l'hygiène de vie : l'intimité et la santé publique. Son rôle n'est donc pas de faire appliquer des consignes standard, mais d'apprécier celles que peuvent adopter, ou non, les patients en fonction de leur personnalité et de leur mode de vie, et de s'y adapter. Expliquer la préparation des repas, faire accepter les recommandations nutritionnelles, tout en restant à l'écoute et en accompagnant pour faire progresser, tout cela nécessite une compétence éducative que seul un professionnel peut maîtriser. Cette compétence est la condition pour obtenir des changements de comportements alimentaires capables d'améliorer l'état de santé.

Pr Jean-Michel Lecerf

Les expertises

Le diététicien maîtrise les besoins nutritionnels des personnes ou groupes de personnes. Il a une connaissance scientifique et technique de l'alimentation : processus physiologiques, nutriments et aliments, états pathologiques. Ses compétences mobilisent des savoirs dans les domaines de la biochimie, de la biologie, de la psychologie comportementale, de la physiologie, des régimes thérapeutiques.

LA PRATIQUE DIÉTÉTIQUE EST FONDÉE SUR DEUX VALEURS INDISSOCIABLES

- La recherche de l'équilibre alimentaire

La finalité de la diététique est d'assurer l'équilibre alimentaire. L'équilibre alimentaire contribue à un état de santé optimum et à la prévention de nombreuses maladies, en particulier chroniques. Pour y parvenir, le diététicien varie l'alimentation pour apporter à l'organisme l'énergie et les nutriments dont il a besoin.

- Le respect des pratiques alimentaires individuelles

En pratique, cette recherche est indissociable du respect du « bien-manger » de chaque individu : goûts personnels, habitudes culturelles et sociales, rythmes, environnement... Le diététicien n'est pas un gourou prescripteur de régimes, mais un éducateur qui sensibilise au nécessaire équilibre alimentaire et un thérapeute attentif au plaisir de manger de chacun.

Les secteurs d'activité

En collaboration avec d'autres professionnels (médecins, ingénieurs restauration, paramédicaux, chercheurs), le diététicien intervient dans tous les secteurs mettant en jeu la santé, l'alimentation et la nutrition :

- **en soins thérapeutiques (institutions de santé ou secteur libéral)** : acteur d'une prise en charge très souvent pluridisciplinaire, il éduque ou rééduque le patient sur la manière de s'alimenter en fonction de sa pathologie et de son état de santé
- **dans les collectivités territoriales** : il contribue à l'évaluation et au contrôle de l'équilibre nutritionnel et de la qualité des repas
- **dans l'industrie agro-alimentaire ou pharmaco-diététique** : il participe au contrôle qualité et à la recherche appliquée

CHIFFRES CLÉS DE LA PROFESSION

- 9 972 diététiciens en France au 1^{er} janvier 2015, dont 9 830 en métropole
- 15 diététiciens pour 100 000 habitants* (5 en ville, 10 en institutions)
- Répartition par secteurs : 50% à l'hôpital, 30% libéraux, 20% en exercice libéral ou mixte
- 60% des diététiciens ont moins de 40 ans
- 10 écoles publiques de préparation au DUT en Génie biologique option Diététique
- 11 écoles publiques et privées sous contrat de préparation au BTS en Diététique
- 52 écoles privées hors contrat

2. LA PROFESSION : LA FRANCE DANS LE CONTEXTE EUROPÉEN

Du fait de sa mission de santé publique, la profession doit faire face aujourd'hui en France à un double enjeu : faire reconnaître l'acte de soin diététique comme acte conventionné ; refondre sa formation pour la mettre en cohérence avec les besoins en santé et l'évolution des sciences de la nutrition. Une situation qui accuse un retard par rapport à celle des autres États de l'Union.

1^{er} enjeu : faire reconnaître la consultation diététique par l'assurance maladie

En 2011, la Haute Autorité de Santé a inscrit le suivi diététique dans les parcours de soins de 11 maladies chroniques. À ce jour, pourtant, la consultation diététique n'est toujours pas prise en charge.



Il est urgent de mettre en cohérence les recommandations de la HAS avec les arbitrages de l'assurance maladie

Pr Jean-Michel Lecerf, chef du service de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille, spécialisé en endocrinologie et maladies métaboliques, professeur associé à l'université des sciences et technologies de Lille

*En 2011, la Haute Autorité de Santé a établi des parcours de soins pour la prise en charge thérapeutique de 11 maladies chroniques³. Pour certain d'entre eux (obésité et diabète, notamment), elle a reconnu que l'intervention d'un diététicien était nécessaire en complément d'autres approches. Or, la non prise en charge de ces consultations par l'assurance maladie rend ces parcours non-opérationnels. En empêchant ces patients de bénéficier de soins jugés officiellement nécessaires, cette situation crée **non seulement une inégalité d'accès aux soins mais une perte objective de chances**. Je le constate tous les jours dans ma pratique médicale : en l'absence de suivi diététique, à l'hôpital et en post-hospitalisation, l'état de santé des patients se dégrade, alors que celui des patients suivis s'améliore.*

*Ce constat est d'autant plus incompréhensible que le suivi diététique est une thérapeutique non médicamenteuse, qui n'induit donc pas d'autre coût que celui de la consultation. En revanche, **l'absence de suivi entraîne un coût qui peut être très lourd du fait des complications**. Il est donc urgent de mettre en cohérence les recommandations de la HAS avec les arbitrages de l'assurance maladie et donc de reconnaître la consultation diététique comme une consultation de santé publique à part entière.*

En termes de santé publique, cette situation a aussi un impact délétère sur la prévention et entraîne une aggravation de ces pathologies. Et pour les médecins, le non-conventionnement des actes les empêche d'accéder à la fois au Dossier Partagé du Patient (qui permet une prise en charge coordonnée des malades), et à leur formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (dispositif d'amélioration continue de la qualité des soins).

Aujourd'hui, le Haut Conseil en Santé Publique, dans le cadre du PNNS 2017-2021, plaide également en faveur de l'amélioration de la prise en charge financière des pathologies nutritionnelles.

2^e enjeu : finaliser la réingénierie de la formation de diététicien

Malgré les accords de Bologne de 1999 qui ont créé un espace européen de la formation supérieure, malgré la réingénierie de la formation des professions paramédicales opérée en France depuis 2007, et malgré la rédaction en 2011 entre l'AFDN et le ministère de la Santé d'un nouveau référentiel d'activités et de compétences, la formation initiale au métier de diététicien n'a pas évolué et les programmes n'ont pas été

³ Obésité, diabète, maladies rénales chroniques, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte, AVC de l'adulte, néphropathie chronique grave, maladies coronariennes stables, broncho-pneumopathie chronique obstructive, maladies chroniques en phase palliative, troubles bipolaires et schizophrénie

modifiés (depuis 1987 pour les BTS, 2005 pour les DUT). La formation de diététicien est donc une des seules formations paramédicales en France à n'avoir pas été alignée sur le cursus Licence-Master-Doctorat.



La France est le seul pays européen à former les diététiciens à bac +2. Tous les autres sont à bac +3 ou bac + 4.

Serge Pieters, président de l'Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française (UPDLF, Bruxelles)

En Belgique, l'acte diététique est pris en charge à l'hôpital, par convention avec l'assurance maladie, pour le diabète de type 1 pédiatrique, le diabète de type 2, l'insuffisance rénale, la mucoviscidose et les maladies métaboliques. Le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale sont aussi remboursés en secteur libéral. La prise en charge du suivi pour perte de poids dépend de chaque mutuelle en fonction de ses critères propres.

*En Belgique, la reconnaissance de la profession diététique comme profession paramédicale en 1997 s'est accompagnée de la mise en place d'un cursus de formation à bac+3 (aligné sur celui des infirmiers). Aujourd'hui, compte tenu de l'évolution des connaissances en diététique et de l'accroissement des besoins de la population, nous entamons la réflexion pour porter ce cursus à bac+4, voire bac+5. Un cursus à bac+3 ou bac+4 est la norme dans tous les pays européens (en Suède, elle est même à bac+5). **Seule la France déroge à cette règle avec une formation à bac+2, totalement inadaptée.** Actuellement, la Fédération Européenne des Associations de Diététiciens (EFAD) œuvre à la reconnaissance d'un diplôme de diététicien intégré au cursus LMD. Cet enjeu de formation est très important, non seulement pour la qualité de la prise en charge diététique, mais pour le positionnement de la profession au sein des autres professions paramédicales et de toutes les personnes qui se prétendent diététiciens (mais ne sont pas des professionnels de santé et sont dangereuses pour la santé publique). Ce cursus est un gage de fiabilité.*

Compte tenu des avancées de la science nutritionnelle, la qualité des soins diététiques exige un temps de formation théorique et pratique incompressible. Seules des prises en charge par des professionnels bien formés permettent de diminuer le risque de dénutrition et de faire baisser les coûts. Enfin, d'un point de vue professionnel, à l'heure du renforcement de l'Europe, il est fondamental de mettre en place une formation euro-compatible qui permette à tous les diététiciens d'avoir une liberté d'exercice dans n'importe quel pays de la Communauté.

LES ÉTUDES MÉDICO-ÉCONOMIQUES INTERNATIONALES VONT TOUTES DANS LE MÊME SENS

Pays Bas¹ : une étude montre que la prise en charge nutritionnelle de l'obésité par un diététicien a des bénéfices sur la santé des patients et de leur famille et que des dépenses peuvent être évitées. Elle montre notamment que **pour un 1€ dépensé, la société gagne entre 14 et 63€**, répartis de la manière suivante : 56 € pour l'amélioration de la santé, 3€ pour les frais de santé, 4€ de productivité.

États-Unis : plusieurs études montrent l'incidence économique de la dénutrition sur les dépenses de santé. **Pour un investissement de 1\$** (intégrant les charges de personnel et les coûts matériels), **une économie de 4,2\$** a été démontrée². En 2004, le coût de la dénutrition a été évalué à 1,5% du budget national.

Grande-Bretagne : une étude évalue le **surcoût de la dénutrition à 1 587,9 M£**³.

Ces études mettent toutes en évidence l'incidence positive d'une prise en charge nutritionnelle, à la fois sur la santé du patient et sur les finances publiques :

- Les coûts actuels sont liés à l'augmentation du nombre d'hospitalisations (+ 60,5%) et des durées moyennes de séjour (+ 3 jours)⁴.
- Les incidences de la dénutrition : le coût de séjour entre un patient non-dénutri et un patient dénutri passe de 8 000\$ à 16 000\$; la dénutrition retarde de manière significative la cicatrisation ; elle favorise l'apparition d'escarres et l'augmentation du risque de chute et de la dépendance ; elle augmente le risque infectieux de 65%, notamment pour les infections nosocomiales. Elle a des conséquences importantes sur la qualité de vie.

¹ Amsterdam, Commissioned by the Dutch Association of Dietitians (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) Cost-benefit analysis of dietary treatment Version 22 November 2012 Marloes Lammers Lucy Kok

² HASSELT JT, GAMES AD, SHAFFER N, HARKINS LE Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. J Am Diet Assoc. 1994

³ ELIA M et al. The cost of diseases-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults

⁴ SCHNEIDER et HEBUTERNE. BR J Nutr. 200

3. LES CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS DE LA NON-ACCESSIBILITÉ DES SOINS DIÉTÉTIQUES

Pour les patients atteints de pathologies chroniques, la non prise en charge de la consultation diététique induit une inégalité d'accès aux soins et une perte de chances, tant pour les patients hospitalisés que pour ceux qui retournent chez eux sans possibilité de se faire suivre. Elle est également un frein au développement de l'ambulatoire, qui s'appuie en particulier sur le suivi diététique à domicile.



L'aberration est qu'il faut attendre la complication et l'hospitalisation, qui coûtent très cher, pour prendre en charge des soins qui auraient pu être beaucoup moins coûteux et beaucoup plus pertinents en ville...

Sophie Estran, diététicienne nutritionniste CHU de Nice, chargée de communication AFDN

Trop de gens pensent que la consultation diététique à l'hôpital est prise en charge par l'assurance maladie, au même titre que les consultations d'orthophonie ou de kiné. Ce n'est pas le cas ! Quelques exemples montrent que cette situation est une véritable perte de chances pour les patients concernés.

*Après une chirurgie bariatrique, une réalimentation progressive doit être mise en place. Si ces patients ne sont pas accompagnés dans ce processus complexe, des complications potentiellement graves peuvent survenir, voire nécessiter une nouvelle opération, tout aussi inutile si les enjeux nutritionnels ne sont pas expliqués. Autre exemple, il peut arriver qu'une personne mette du temps à **accepter son diagnostic de diabète**. Comme nous n'avons pas assez de temps pour lui expliquer les mécanismes et les effets de sa maladie et l'aider à équilibrer son alimentation, elle continue à s'alimenter « comme avant ». Nous la revoyons alors à la survenue d'une complication dont les conséquences sont parfois graves – l'amputation d'un orteil ou d'un pied. **Les AVC** peuvent aussi entraîner des troubles de la déglutition et des fausses routes qui, là aussi, pourraient être évités avec une prise en charge diététique. **En cancérologie**, enfin, les patients arrivent totalement dénutris du fait qu'ils n'ont pas été accompagnés dans leur alimentation.*

*Dans tous ces cas, à la **perte de chances**, s'ajoute un **coût pour l'assurance maladie** (deuxième intervention, ré-hospitalisation, allongement de la durée de séjour). L'aberration est qu'il faut attendre la complication et l'hospitalisation, qui coûtent très cher, pour prendre en charge des soins qui auraient été beaucoup moins coûteux et beaucoup plus pertinents en ville...*

*Il faut aussi souligner le **malaise des diététiciens**, qui voient tous les jours des patients retourner chez eux sans accompagnement nutritionnel suffisant ou arriver à l'hôpital avec des complications facilement évitables. Nous n'avons pas choisi ce métier pour ne pas pouvoir l'exercer. Cela non plus, il ne faut pas l'oublier.*



Pour les maladies chroniques, l'enjeu de continuité des soins entre l'hôpital et la ville est fondamental.

Floriane Breton, diététicienne nutritionniste en maisons de santé, déléguée AFDN Pays de Loire

*En maison de santé, les médecins ont beau orienter leurs patients vers la consultation diététique, lorsque ceux-ci apprennent qu'ils n'ont ni la sécurité sociale, ni leur mutuelle ne prendra en charge cette consultation (contrairement aux médecines douces comme l'ostéopathie ou l'acupuncture), peu nous appellent et beaucoup renoncent. Or **ce sont souvent les personnes les plus précaires qui se nourrissent mal et ont le plus besoin de suivi**.*

*La difficulté est que le suivi diététique est une démarche au long cours dont on ne voit pas les effets dès le lendemain... Ainsi, pour **les patients diabétiques**, seul le diététicien peut les rassurer, gagner leur confiance et leur faire accepter de rechercher l'équilibre alimentaire dans la durée, tout en préservant leur plaisir de manger. Pour **les patients atteints de maladies cardio-vasculaires**, il s'agit de les amener à modifier leur hygiène de vie afin de réduire les risques de complications ou de co-morbidités. Là encore, cela nécessite un savoir-faire et du temps. L'exemple le plus significatif est celui des **patients obèses** qui reviennent chez eux après une chirurgie bariatrique. S'ils ne sont pas suivis, il arrive souvent qu'ils ne parviennent pas à adapter leur alimentation seuls et qu'ils doivent être réhospitalisés voire réopérés.*

Pour les maladies chroniques, l'enjeu de continuité des soins entre l'hôpital et la ville est donc fondamental. Car au retour au domicile, le médecin traitant peut suivre les résultats sanguins et adapter les traitements mais non accompagner les problématiques diététiques quotidiennes (vécu personnel, choix des menus, préparation des repas...). Passer du milieu protégé et « assisté » de l'hôpital à chez soi, où il faut se prendre en charge seul, n'est jamais simple. C'est d'ailleurs ce qui explique souvent la dénutrition chez les personnes âgées, qui se nourrissent de ce qui est le plus simple à préparer et qui développent des carences. C'est aussi le cas chez les personnes obèses qui croient bien faire en

appliquant un régime très strict mais dont les apports peuvent être insuffisants. De retour chez elles, ces personnes ne peuvent prendre en charge financièrement le suivi diététique dont elles ont besoin.

Cette situation favorise la multiplication de non-professionnels (coachs nutritionnels, vendeurs de compléments alimentaires, coachs bien-être ...), qui vendent « du rêve » et nuisent aux patients autant qu'à la profession. Tous les professionnels de la santé impliqués s'accordent sur ce constat.



Avec la prescription médicale et l'activité physique, la diététique est le 3^e pilier du traitement du diabète.

Jérôme Trublet, diabétique (type 1), infirmier, président de l'Union Sports et Diabète

Dans la prise en charge du diabète, le diététicien a un double rôle. D'abord, en tant que professionnel de santé, **il fait partie à part entière de l'équipe soignante**, avec le diabétologue, le podologue, l'infirmier... Mais il a aussi **un rôle important d'éducation et de prévention**, en particulier pour le diabète de type 2², qui peut être réduit, voire empêché, par un accompagnement à une hygiène de vie fondée sur l'activité physique et l'équilibre alimentaire.

Le diététicien est le professionnel de santé qui non seulement suit de très près l'évolution des connaissances sur le diabète, mais est capable de les transmettre au patient en expliquant les implications, notamment sur la préparation des repas : nature des aliments, effets des associations... Car **on est d'autant plus observant sur sa façon de s'alimenter que l'on sait ce que l'on met dans son assiette et pourquoi.**

Avec la prescription médicamenteuse et l'activité physique, la diététique est le 3^e pilier indispensable au traitement du diabète. Cela signifie **que ne pouvoir accéder aux soins diététiques oblige les patients à aller chercher eux-mêmes des savoirs le plus souvent non fiables** et à faire leurs expérimentations alimentaires seuls. Cela peut avoir de graves conséquences, notamment sur la stabilisation de glycémie et la normalisation de leur hémoglobine glyquée, indicateurs fondamentaux de la maladie. Sans le diététicien, le patient diabétique a objectivement beaucoup moins de chances de bien vivre avec sa maladie, encore moins d'en sortir.

² Le diabète de type 2 touche 3 millions de personnes (hors celles qui ne sont pas diagnostiquées) en France. Du fait de ses complications neurologiques et vasculaires, il est la 1^{re} cause d'amputation et de cécité.

4. LA MOBILISATION DE L'AFDN

En 2015, L'AFDN a rédigé un Livre Blanc du diététicien, qui présente les problématiques auxquelles est confrontée la profession aujourd'hui.

Aligner la formation initiale des diététiciens sur le cursus LMD

Après la loi 2007-127 du 30 janvier 2007, l'AFDN a démarré les travaux d'harmonisation des cursus de formations paramédicales avec le ministère de la Cohésion sociale, de la Santé et des Droits de la femme. Depuis, conformément aux accords européens de Bologne de 1999³, l'association a participé à toutes les réunions sur la réforme de la formation initiale de la profession. Les contributions attendues ont été rendues. En novembre 2011, l'AFDN et le ministère en charge de la Santé ont rédigé un référentiel d'activités et de compétences de la profession.

Mais à ce jour, le programme de formation initiale n'a pas été modifié. Le nouveau référentiel n'a pas été repris par le ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur et la rédaction d'un référentiel de formation n'a pas été mise en œuvre.



Faire reconnaître la prise en charge de l'acte de soin diététique

Avant les élections présidentielles de 2017, l'AFDN a lancé une campagne sur les réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn, Twitter) visant à interpellier les candidats et à créer une prise de conscience dans l'opinion sur les préjudices, en termes de santé publique, d'une formation inadaptée et de la non prise en charge de l'acte.

La campagne #onpassealacte s'est appuyée sur la création du site www.onpassealacte.org. Elle a permis le recrutement de 5 619 abonnés à la page Facebook, 243 au compte Twitter et 190 à la page LinkedIn. Elle a montré l'intérêt du public pour la dimension économique de la profession diététique en France :



³ Les accords de Bologne résultent de la réunion du 19 juin 1999 entre les ministres européens de l'Éducation. Ils ont pour but la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur. En France, ils ont été transposés avec la réforme LMD.

CONTACTS

AFDN :

- Siège : 35 allée Vivaldi 75012 Paris / T. 01 40 02 03 02
- Site : www.afdn.org
- Page Facebook : <https://fr-fr.facebook.com/AssoAFDN>
- Compte Twitter : AFDN_news
- Compte Instagram : AFDN_news

PRESSE : agence becom! publics & contenus / T. 01 42 09 04 34

- Sophie Gauthier: s.gauthier@becomagence.com / P. 06 76 04 14 02
- Isabelle Callède : i.callede@becomagence.com / P. 06 03 02 51 45