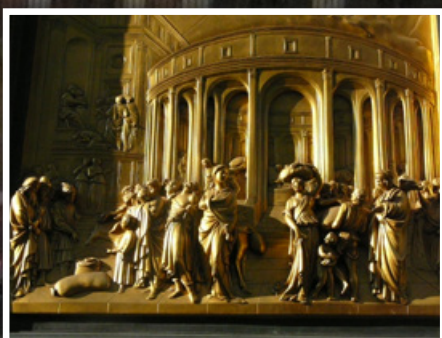




AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge
Het magazine voor de verpleegkundige

N°/Nr 17

Trimestriel : Octobre - Novembre - Décembre 2014
Driemaandelijks : Oktober - November - December 2014



Membre du conseil international des infirmiers
Lid van de internationale raad van de verpleegkundigen

Le département infirmier du CHU de Charleroi

Tous en chœur au cœur des soins

Le CHU de Charleroi est le plus important établissement hospitalier public de la Région Wallonne avec cinq sites hospitaliers intégrés : l'Hôpital Civil (Charleroi), l'Hôpital A. Vésale et l'Hôpital Léonard de Vinci (Montigny-le-Tilleul), l'Hôpital V. Van Gogh (Marchienne) et la Clinique L. Neuens (Châtelet). Fin 2013, L'Hôpital Civil Marie Curie ouvrira ses portes tandis que l'Hôpital Civil fermera les siennes. Le CHU de Charleroi offre à ses patients toutes les spécialités médicales et chirurgicales et continue à se développer afin de prodiguer des soins de qualité.



EN REJOIGNANT NOS ÉQUIPES, VOUS CONTRIBUEREZ À RELEVER CES DÉFIS

Vos motivations à travailler au sein d'une équipe porteuse de projets ambitieux :

- contrat à durée indéterminée
- accueil parrainé
- reconnaissance des titres
- prime de fin d'année
- reprise des années d'ancienneté
- avantages sociaux : abonnements transports en commun, repas au self du personnel
- amicale du personnel (réductions dans certains magasins)
- crèche
- service social pour le personnel
- groupe "bien-être"

NOS OBJECTIFS

Les objectifs du département infirmier sont :

- la satisfaction des patients, du personnel et des stagiaires
- le développement des valeurs humanistes
- le développement des compétences
- le déploiement d'un hôpital attractif en termes de résultats

NOS OFFRES D'EMPLOI

L'ISPPC recrute régulièrement pour son CHU de Charleroi (Hôpital Civil, A.Vésale, L. De Vinci, V. Van Gogh) et ses MR/MRS/MSP (h/f) des

bachelier(e)s en soins infirmiers et breveté(e)s, infirmier(e)s spécialisé(e)s en néonatalogie, SISU, psychiatrie, salle d'opération,...

Vous avez envie de travailler «tous en chœur au cœur des soins», merci de déposer votre candidature auprès d'A. Grard, Directrice des Ressources Humaines, Espace Santé-Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi.

Plus d'information sur notre site internet :

www.chu-charleroi.be

EN REJOIGNANT LE DÉPARTEMENT INFIRMIER DU CHU DE CHARLEROI,

vous rejoignez un hôpital qui met l'accent sur :

- la disponibilité de technologies de pointe et d'un personnel médical de premier plan, grâce aux contacts étroits du CHU avec le monde universitaire
- le bien-être et le confort des patients et des accompagnants
- une éthique pluraliste fondée sur le respect des convictions de chacun

AGORA

Le journal de l'infirmier(e) belge

Edito

Les coupes dans les effectifs...

les besoins de nouvelles spécialités ?????

5

Rubrique internationale

Les coupes dans les effectifs infirmiers représentent un risque pour le patient et pour la société, avertit le Forum de la main d'œuvre infirmière du Conseil international des infirmières

6

Les professionnels de santé appelés à agir sans tarder en faveur de la réglementation de leurs professions

7

Rubrique juridique

Formation sur l'élaboration du budget d'un département infirmier

8

Nous avons lu pour vous ...

Les soins infirmiers à domicile : évolution d'une profession. De la religieuse visiteuse à l'infirmier(e) du xxi^e siècle

10

Nos partenaires ...

Les auxiliaires de radiothérapie en Belgique :

Infirmiers, technologues ? Quelles directions prendre ?

16

Portrait

Le Dr Rosemary Bryant élevée au rang d'officier de l'Ordre d'Australie

23

Rubrique culinaire

25

Bulletin d'adhésion FNIB

26

Agenda

24

AGORA est une revue destinée à tous les professionnels de la santé, qu'ils travaillent en milieu hospitalier général ou spécialisé, en hôpital psychiatrique, en maison de repos ou à domicile. Son objectif est d'actualiser l'information auprès des membres de la FNIB.

Le comité de rédaction sert cet objectif à l'aide des contacts pluridisciplinaires qui constituent le réseau de ces deux fédérations infirmières.

Les publications

Sur le site www.fnib.be, vous pourrez consulter l'éditorial de chaque revue. La version intégrale des parutions est téléchargeable par chaque membre en ordre de cotisation et munie d'un login procuré par le webmaster. Un membre en ordre de cotisation n'ayant pas reçu sa revue peut se manifester par email. (agora@fnib.eu)

Appel aux auteurs

Les professionnels de la santé sont invités à publier leurs expériences et peuvent nous envoyer un article. Les articles sont lus par les membres du comité de rédaction et des membres du comité scientifique. Ceux-ci peuvent solliciter des modifications s'ils le jugent nécessaire ou refuser l'article. Les nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs) doivent être mentionnés en fin d'article, avec titre(s) et fonction(s), le lieu de travail, les parutions antérieures éventuelles détaillées ainsi qu'une photo identifiant le(s) auteur(s) (format JPEG, en pièce jointe). Les illustrations seront signées de leur(s) auteur(s) (© crédit-photo). Le texte sera rédigé sur traitement de texte Microsoft Word, comptera de 1 à 3 pages, police 12, interligne simple et sera envoyé par mail via : agora@fnib.eu. Chaque auteur reçoit gratuitement un exemplaire du numéro auquel il a contribué.

Au nom de la rédaction, nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

Toute reproduction, même partielle, des textes et photos publiés dans la présente revue est subordonnée à une autorisation écrite de l'auteur et de l'équipe de rédaction.

Les textes publiés n'engagent que leurs auteurs.

Fiche technique

Trimestriel publié à l'initiative de la FNIB par FRS Consulting :

Chaussée d'Haecht, 547 | B-1030 Bruxelles

T. 02 245 47 74 | F. 02 245 44 63

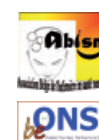
e-mail : paulmeyer@publiet.be - TVA : BE 0844 353 326

Editeur responsable : Alda Dalla Valle

Coordination générale : Xavier Volcher

Secrétaire de rédaction : agora@fnib.eu

Layout : Pierre Ghys - www.ultrapetita.com



Hartmann aide ceux qui aident depuis 40 ans en Belgique et au Grand-Duché de Luxembourg.

A cette occasion, nous vous offrons l'application "Incontinence solution".

- ✓ Pour smartphone, tablette et PC.
- ✓ Simple et pratique.
- ✓ En quelques clics, trouvez la solution adaptée à votre patient.
- ✓ GAIN DE TEMPS pour vous, ECONOMIE pour votre patient.

Rapide, efficace et précis. Conseiller un produit en incontinence n'a jamais été aussi innovant.

Comment accéder à l'application "Incontinence solution" ?

- Soit en scannant le QR code ci-contre.
- Soit via internet www.incontinence-solution.be ou www.incontinencesolution.be
- Soit en complétant ce formulaire et vous recevrez votre carte d'accès VIP à l'application "Incontinence solution"

Prénom & Nom

Groupe

Adresse complète

Téléphone/GSM E-mail

Je renvoie ce coupon complété par courrier, via info@hartmann.be ou par fax au 0800 30 445

N.V. Paul Hartmann S.A. est responsable du traitement de vos données personnelles. Celles-ci pourront être utilisées pour vous informer de nos produits, mais ne seront en aucun cas communiquées à des tiers. Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous disposez d'un droit d'accès ou de rectification de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition à leur traitement. N.V. Paul Hartmann S.A., avenue Paul Hartmannlaan 1, 1480 Saintes / Sint-Renelde.

(Agora 0214)

INNOVATION
App. "Incontinence solution"



Formation continue en **psychiatrie**

Pluridisciplinarité

Reprise de l'ancienneté

Encadrement **personnalisé**

Salaire attractif

Possibilité d'évolution

Cadre de travail exceptionnel

Hôpital à **dimension humaine**

COMPÉTENCES VALORISÉES, TALENTS RÉVÉLÉS

LE GROUPE HOSPITALIER LA RAMÉE – FOND'ROY

RECRUTE DES INFIRMIER(E)S

BACHELIER(E)S

GRADUÉ(E)S

SPÉCIALISÉ(E)S



L'humain au cœur du projet www.laramee.be www.fondroy.be

CHANTAL MOISET – DDI
recrutement@laramee.be
recrutement@fondroy.be
La Ramée : 02/344.18.94
Fond'Roy : 02/375.44.93

Edito

Les coupes dans les effectifs... les besoins de nouvelles spécialités ?????

Que voulons-nous demain ? que pourrions-nous faire demain ??

Vous êtes nombreux à nous interpellier pour décrire vos conditions de travail et beaucoup nous demandent d'expliquer un « lit justifié » d'un « lit agréé » ; mots magiques ou obscurs brandis dans toutes les institutions pour justifier des coupes dans une équipe. Certaines équipes sont en sous-staff, les contrats CDD ne sont pas reconduits, ou les certificats médicaux tardent à être remplacés etc etc....

Alors Mesdames et Messieurs du monde politique et des directions financières je vous le demande : que voulez-vous non pour demain mais pour aujourd'hui ? Comment souhaitez-vous être soigné ?

Comment alors parler de « QUALITE » ? Bannière si souvent évoquée, si souvent convoitée ...mais où est-elle finalement !

Comment faire cohabiter sécurité des patients et du personnel avec les termes réduction, restriction et taux d'occupation ?

Comment peut faire un pâtissier pour créer le meilleur dessert sans recevoir sa matière première et de qualité de surcroît ?

Depuis de nombreuses années les preuves (études internationales et nationales validées) montrent l'urgence et la nécessité de placer du personnel en SUFFISANCE et de haute QUALITE-FORMATION pour assurer des soins de qualité et réduire les incidents-accidents au niveau des patients.

A bien y réfléchir ces coûts qui de prime abord vous paraissent élevés feront réduire le nombre de journée d'hospitalisation et la morbidité et donc in fine un gain pour la sécurité sociale.

Ce problème n'est pas que dans notre pays mais il est généralisé et dangereux à tel point que nos organisations nationales et internationales

apostrophent les pouvoirs publics partout dans le monde pour mettre l'accent sur les dangers de telles coupes dans les équipes de soins.

Nous, FNIB, mais aussi les associations professionnelles infirmières francophones du pays, réclamons une révision de la formation de base en soins infirmiers et de l'élever mais également une révision vers le haut des normes des équipes.

Alors Mesdames et Messieurs, qui de droit, entendez-nous, entendez la société et ses besoins.... REAGISSEZ.

Au moment de mettre sous presse cette édition nous n'avons pas encore de gouvernement fédéral donc aucune idée du Ministre (ou la Ministre) de la Santé.

Si nous devons alors, car la fin d'année approche, faire un vœu : « Père Noël : apportez-nous une personne concernée ».

Que vos fêtes de fin d'année soient emplies de joie et bonheur.



Alda **Dalla Valle**
Présidente FNIB.

Les coupes dans les effectifs infirmiers représentent un risque pour le patient et pour la société, avertit le Forum de la main d’œuvre infirmière du Conseil international des infirmières

Genève, Suisse, Dublin, Irlande, 28 octobre 2013 – Les leaders infirmières, réunies à l’occasion du 19^{ème} Forum de la main d’œuvre infirmière organisé par le Conseil international des infirmières, avertissent que l’insuffisance des effectifs infirmiers représente un risque pour le patient et pour la société.

Les leaders infirmières représentant neuf pays¹, réunies à Dublin, en Irlande, du 23 au 25 septembre 2013 à l’occasion du Forum de la main d’œuvre infirmière du CII, ont rappelé que les infirmières jouaient un rôle essentiel dans la société, grâce à leur méthode économique de planification et de prestation de services de santé de qualité assurée dans tous les contextes. Dans un communiqué, à consulter sur le site web du CII, un appel est lancé aux gouvernements et aux employeurs afin qu’ils protègent nos communautés en les dotant d’effectifs infirmiers suffisants pour garantir des résultats de qualité assurée pour le patient.

Les participants au Forum ont fait part de leur inquiétude croissante au sujet des répercussions sur le patient et sur la sécurité au travail des coupes budgétaires, des moratoires en matière de recrutement et de l’érosion des conditions de travail.

Ils ont appelé tous les gouvernements à prendre des décisions fondées sur des preuves pour garantir un recrutement infirmier suffisant afin de parvenir aux résultats escomptés pour le patient et pour la sécurité des conditions de travail.

Par ailleurs, les participants au Forum ont exhorté les leaders infirmières à se faire entendre et à prendre des mesures dans l’intérêt des patients et des soins de santé.

Le Forum du CII de la main d’œuvre infirmière se réunit tous les ans pour débattre des problèmes communs susceptibles d’empêcher les infirmières de prodiguer au patient des soins sûrs et efficaces. Parmi les thèmes abordés lors du 19^{ème} Forum, on trouve l’insuffisance des effectifs infirmiers, le travail 24h/24 7 jours/7 dans le cadre du continuum des soins, et la valeur économique apportée par les infirmières à la société.

Pour de plus amples renseignements sur cet article veuillez contacter

Lindsey Williamson : media@icn.ch, Téléphone : +41 22 908 0100; télécopie : +41 22 908 0101 www.icn.ch.

1. Australie, Canada, Danemark, Etats-Unis d’Amérique, Finlande, Irlande, Islande, Japon, Suède

Note

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d’infirmières, représentant plusieurs millions d’infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières et à l’avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

Recrute :
Un Infirmier Chef (H/F)
pour le Service d’Urologie-Chirurgie Vasculaire
(Site Mont-Godinne)

Présentation de l’Institution :
Un nouvel ensemble hospitalier voit le jour suite à la fusion du CHU UCL Mont-Godinne et du Centre Hospitalier de Dinant : le CHU UCL Mont-Godinne - Dinant. Il compte à présent 640 lits justifiés répartis sur les sites de Mont-Godinne et de Dinant. Il offre une gamme complète de soins répondant aux besoins de la patientèle du territoire.

Conditions du poste :	Profil recherché :
• Contrat à durée indéterminée • Temps plein • Affectation au Service d’Urologie – Chirurgie vasculaire (US22) • Barème adapté à la fonction • Entrée en fonction : Immédiate	• Etre infirmier Bachelier (A1) • Etre détenteur du diplôme de Master en Sciences Hospitalières ou de l’Ecole des Cadres • Avoir une expérience professionnelle en tant qu’infirmier de minimum 3 ans • Avoir une expérience dans le secteur de l’urologie et/ou la chirurgie vasculaire et dans la gestion d’équipe est un atout.

Renseignements :

• M. COLLINET, Directrice du Département Infirmier :	082/21.26.62
• C. PLOMPTEUX, Directeur adjoint du Département Infirmier :	081/42.60.00
• O. CALLEBAUT, Adjoint à la Direction du Département Infirmier :	081/42.60.04

Modalités d’introduction des candidatures :
Lettre de motivation et CV à adresser au plus tard le 15/10/2012 à :
• CHU UCL Mont-Godinne - Dinant
A l’attention de Monsieur Thierry GODET - Directeur des Ressources Humaines, Avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 YVOIR
• recrutement-montgodinne@uclouvain.be

Les professionnels de santé appelés à agir sans tarder en faveur de la réglementation de leurs professions

Genève (Suisse), le 24 janvier 2014 – La prochaine Conférence mondiale sur la réglementation des professions de santé se tiendra à Genève les 17 et 18 mai prochain. Un intervenant à cette conférence appelle d’ores et déjà ses collègues à s’investir dans la création de systèmes efficaces de réglementation professionnelle, un facteur essentiel de l’obtention et du maintien de la confiance des patients.

Gilles Dussault, professeur à l’Institut d’hygiène et de médecine tropicale de Lisbonne (Portugal), estime que la Conférence de Genève est d’une importance capitale pour les professionnels de santé du monde entier. « Le sujet est tout à fait d’actualité », estime M. Dussault. « Les professions de santé sont soumises actuellement à de nombreuses pressions : elles doivent décider de la manière d’y réagir. » Le discours de M. Dussault portera sur la manière dont les professions de santé peuvent s’adapter au changement.

David Benton, Directeur général du Conseil international des infirmières – qui interviendra également pendant la conférence – ajoute que « l’évaluation permanente de la réglementation permet aux professions de santé de rester au fait des meilleures pratiques et politiques de réglementation. La reconfiguration des systèmes de santé et la qualité de la prestation des soins dépendent de notre engagement et de notre capacité de collaborer avec d’autres professionnels de la santé, avec la classe politique, avec le grand public et avec tous les intervenants concernés au sein de notre environnement dynamique ».

Organisée par l’Alliance mondiale des professions de santé, la Conférence aura pour objectif de donner à ses participants les dernières perspectives sur les défis auxquels la réglementation des professions de santé est confrontée et de susciter un débat sur ce

problème. Les intervenants analyseront les leçons tirées de l’évolution des approches de la fonction de réglementation basées sur les compétences. Ils passeront également en revue des exemples de pratiques optimales en matière de gouvernance et de performance de la réglementation. Le programme scientifique sera axé sur trois domaines :

- Les défis auxquels la réglementation des professions de santé est confrontée.
- Les leçons tirées de l’évolution des approches de la fonction de réglementation basées sur les compétences.
- La comparaison de plusieurs modèles de réglementation, en vue de promouvoir les pratiques optimales s’agissant de la gouvernance et de la performance de la réglementation.

L’inscription jusqu’au 30 janvier 2014 donne droit à un tarif préférentiel. Information et inscription : www.whpa.org/whpcr2014/.

Pour de plus amples renseignements sur cet article veuillez contacter

Lindsey Williamson : media@icn.ch, Téléphone : +41 22 908 0100; télécopie : +41 22 908 0101 www.icn.ch.

Note

L’**Alliance mondiale des professions de santé** (AMPS) représente plus de 26 millions de professionnels de santé dans plus de 130 pays. L’AMPS œuvre en faveur de l’amélioration de la santé dans le monde et de la qualité des soins prodigués au patient, et de la collaboration entre les professions de santé et les principales parties prenantes.

Le **Conseil international des infirmières (CII)** une fédération de plus de 130 associations nationales d’infirmières, représentant plusieurs millions d’infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières et à l’avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

CONGRÈS MONDIAL

SIDIIEF
SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFERMIÈRES ET INFERMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Défi des **MALADIES CHRONIQUES**
un appel à **L'EXPERTISE INFIRMIÈRE**

[congres-sidiief.org](#)

MONTREAL, CANADA

31 MAI AU 5 JUIN 2015
Palais des congrès de Montréal

Partenaire majeur

La Capitale
Assurance et services financiers

Valoriser l'essentiel

Avec la collaboration de

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

CHUM
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-la-Croix

Formation accréditée par

Faculté des sciences infirmières
Crée le rythme

Université de Montréal

Membre du Consortium de Montréal comprenant

CHU Sainte-Justine
Université de Montréal

CHUM
Université de Montréal

Formation accréditée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, membre du Consortium de Montréal

Rubrique juridique

Formation sur l'élaboration du budget d'un département infirmier

Organisée par le Bureau des Directions de Département Infirmier

Le Bureau des Directions de Département Infirmier est une émanation des associations professionnelles ACN et FNIB.

Il a été créé en 1996 et rassemble de façon paritaire 5 membres de chaque association ainsi que les 2 présidents respectifs en qualité de membres invités.

La présidence et la vice-présidence sont assurées de façon alternative par l'ACN et la FNIB.

Le Bureau a pour mission d'écouter, de rechercher et d'analyser les questions d'intérêt professionnel en matière de gestion de département infirmier. Dans ce domaine, notamment:

- Il planifie et organise des assemblées générales,
- Il organise des travaux de recherche, en assure le suivi et la transmission des résultats lors des assemblées générales,
- Il assure la liaison avec les représentants des associations au sein des conseils et organes d'avis au niveau national et communautaire. Il suscite leurs interventions si nécessaire et émet des avis.
- Il organise et assure la liaison avec les infirmières qui assument une fonction au sein des ministères et/ou au sein des fédérations hospitalières; avec les commissions « soins infirmiers » de ces fédérations,

- Il favorise les communications entre toutes les directions des départements infirmiers et organise des activités à leur intention,
- Il assure la représentation du groupe au sein des assemblées générales de l'ACN et de la FNIB.

Durant l'année 2014, le Bureau a été amené à rendre des avis concernant les audits DI-RHM, la stérilisation centrale et la représentation infirmière au sein de la PAQS (Plateforme d'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la sécurité des patients).

Le Bureau prépare actuellement une formation sur l'élaboration du budget d'un département infirmier.

Vous pouvez, dès à présent, réserver la date du 25 novembre prochain dans votre agenda.

Si vous avez des suggestions à nous faire parvenir, n'hésitez pas à les adresser à Françoise Happart (fhappart@chu-tivoli.be)

F. Happart, Présidente



concept by dfib.net

Coopération

Respect

Qualité & Excellence

Ouverture au changement

Responsabilité



SUD ASSISTANCE:
la référence en transports sanitaires.



Sud Assistance est une des seules sociétés spécialisées dans les transports médicalisés en Belgique et à l'étranger par tous types de moyens.

- Elle est la référence en matière de transports médico-sanitaires.
- Nous effectuons annuellement des centaines de missions de tous types dans le monde entier pour la majorité des assureurs-voyage.

Dans le cadre de notre expansion, nous recherchons des **collaborateurs infirmiers SISU** à temps partiel pour accompagner nos ambulances paramédicalisées et médicalisées lors des transferts interhospitaliers en Belgique ainsi qu'en rapatriement international par ambulance et par voie aérienne.

- Conditions : Travailler dans un service hospitalier aigu (Urgences ou USI)
- Parler les langues est un avantage.
- Conditions et candidatures via info@sudassistance.be

Capacités relationnelle et d'écoute, professionnalisme, autonomie et disponibilité...

Si vous vous reconnaissez dans les critères recherchés pour nos collaborateurs, alors nous vous convions à construire un projet professionnel avec nous.

Les Cliniques universitaires Saint-Luc sont un lieu de dispensation de soins cliniques, d'enseignement et de recherche occupant plus de 5000 professionnels issus de disciplines variées.

Envie d'en savoir plus sur les postes infirmiers vacants et les avantages offerts?

www.saintluc.be/jobs

Comment postuler?

Adresser un courrier à: Joelle Durbecq Direction du département infirmier Cliniques universitaires Saint-Luc Direction du Département Infirmier Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles ou par e-mail: recrut-ddi-saintluc@uclouvain.be



Lu pour vous

Les soins infirmiers a domicile : évolution d’une profession. De la religieuse visiteuse à l’infirmier(e) du XXI^e siècle

EXTRAIT D’UN ARTICLE VERS UNE POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE, PREMICE INDISPENSABLE A LA VENUE DE L’INFIRMIERE VISITEUSE

La première rencontre entre l’Etat et la médecine clôturé le XVIII^e siècle avec la découverte de Jenner et débute le siècle suivant par la mise en place des grandes campagnes de médecine préventive en faveur de la vaccination antivariolique. Mais aucune contrainte légale n’oblige les citoyens à se faire vacciner ; de plus cette action ne rencontre, dans un premier temps, que la méfiance du peuple, du clergé... et de nombreux médecins. Les prescriptions édictées sont souvent aussi méconnues des administrations communales. Une épidémie de variole fait encore 6.000 victimes en 1865, 2.100 en 1893. « Autant de décès dus à l’incurie et à l’ignorance », telle est la sentence du Dr Kuborn, éminent hygiéniste.



De plus en plus, l’idée que la santé publique est directement dépendante de phénomènes socio-économiques est mise en exergue. Or une population en bonne santé est une condition élémentaire du progrès économique. De même investir dans un système médical curatif paraît à long terme plus rentable et moins onéreux que le financement d’hôpitaux et d’hospices.

La médicalisation de la société au cours du XIX^e siècle est favorisée par l’Etat, tout en étant acceptée par les communes, avec notamment l’ins-

titutionnalisation du secteur médical. En 1849, le Conseil supérieur d’Hygiène publique est créé ; il sera le trait d’union entre la science et la santé publique, en conseillant d’une manière indépendante les gouvernements successifs. En 1880, les Commissions médicales provinciales, organisées en 1818, sont remaniées; elles ont pour obligation la surveillance des maladies contagieuses et la transmission des données à l’Etat. Quatre ans plus tard, un service de Santé et d’Hygiène est créé au sein du Ministère de l’Intérieur.

Sous les auspices de la Société royale de médecine publique, créée en 1877, la Ligue nationale belge contre la tuberculose se constitue en 1899. Quatre ans plus tard naît la Ligue Nationale Belge pour la protection de L’Enfance du Premier âge dont le but est de promouvoir les consultations de nourrissons, les Gouttes de lait et la vulgarisation de la puériculture. Petit à petit, une politique nataliste voit le jour. A la vieille de la Grande Guerre, la Ligue de l’Enfance contrôle 90 consultations dans 62 communes et même 9 centres pour femmes enceintes.

Toutes ces institutions renforcent progressivement la médicalisation de la société et vont permettre l’éclosion d’une politique de santé.

La dimension sociale de certaines maladies, comme le choléra, qui prend source dans les quartiers les plus pauvres, n’est contestée par personne et est d’abord associée à la théorie des miasmes qui réclame des assainissements, travaux longtemps trop lourds pour les finances communales.

Peu à peu, les assauts répétés de ces fléaux, tout au long du XIX^e siècle, vont encourager le développement de l’hygiène, associé aux nouvelles théories médico-sociales. Mais les mécanismes

d’apparition et de propagation de la maladie ne sont pas encore déchiffrés.

Ce sont les décennies 1880-1890 qui consacrent l’ère du socio-sanitaire : avec Lister, Pasteur, Koch s’ouvre la révolution bactérienne qui va donner les outils hygiéniques de lutte contre « la dégénérescence de la race » qui serait provoquée par les grandes maladies sociales que sont la syphilis, la tuberculose, les maladies infantiles et l’alcoolisme.

L’hygiène sous toutes ses formes est diffusée. Mais la majorité de la population, avec son faible niveau de vie, ne peut recourir à ces articles de « luxe » que sont brosses à dents, savons, lessives et détergents, tout en n’ayant accès ni à une distribution d’eau potable ni à l’évacuation des déchets. Au tournant du siècle, même les ouvriers les mieux payés ne peuvent consacrer qu’à peine 2% du revenu familial aux soins médicaux et d’hygiène.

De plus l’éducation des classes laborieuses, souvent hostiles à «toutes ces nouveautés», est difficile ; dans sa grande majorité, la population « s’en tient à l’empirisme traditionnel et ne se sent nullement la nécessité d’être dirigée » surtout dans les domaines de l’éducation des enfants et de l’hygiène domestique.

PRINCIPES D’HYGIENE

Couverture de la brochure publiée par la Ligue nationale belge contre la Tuberculose, s.d., Paris. ©Coll. privée M.-J. DENIS

L’amélioration de l’hygiène publique, jointe aux timides avancées de l’hygiène privée, est longtemps restée une arme de choix dans le traitement des maladies contagieuses, en l’absence

de vaccin, de médicaments efficaces et de techniques chirurgicales au point : seule l’hygiène peut enrayer les progrès du mal. Santé du malade et protection de la collectivité sont donc deux objectifs à atteindre.

Ernest Malvoz (1862-1938)

Une des figures marquantes de ce courant médico-social est le professeur Ernest Malvoz: en 1895, il crée à Liège un Institut provincial d’hygiène et de bactériologie qui coïncide avec la découverte de la sérothérapie de la diphtérie. L’année suivante il donne, à l’Université, un cours de bactériologie. Son action est rapidement suivie par toutes les provinces qui engagent des collaborations avec différents laboratoires de bactériologie. Dès 1908, un diplôme de médecin-hygiéniste est institué.

E. Malvoz se distingue dans la lutte contre la tuberculose, l’ankylostomiase des mineurs, les maladies professionnelles et la syphilis. Dans ce domaine, Malvoz prône la création d’un dispensaire qui distribuerait les nouveaux médicaments sachant que les mutualités et les Bureaux de Bienfaisance prennent rarement en charge les syphilitiques. Il anime aussi des campagnes en faveur de la distribution d’eau potable et de leur contrôle bactériologique et chimique. Il est également très actif, à Liège, dans l’organisation d’une formation d’infirmière qui verra le jour en 1908.

LE SERVICE DE SANTE DOIT VOUS PRESERVER DE LA MALADIE

In Brochure publiée par la Ligue nationale belge contre la Tuberculose, s.d., Paris. ©Coll. privée M.-J. DENIS

Dans la lutte contre la tuberculose, qui décime un septième de la population, Malvoz préconise la création de sanatoriums. Le premier en Belgique sera celui de Borgoumont, réservé aux hommes. Mais les moyens financiers insuffisants et la mentalité ouvrière trop éprise de liberté ne sont pas favorables à la multiplication de ce type d’établissements.

Nombre de dispensaires antituberculeux en Belgique:	
1900	1 (à Liège)
1905	18
1914	24
1918	120 !!!!!
1940	500
1949	129 (utilisation de la pénicilline)
Y. QUAIRIAUX, in Médecine et société. Ecrits et objets médicaux dans les collections hainuyères du 16 ^e au 20 ^e siècle, Mariemont, 1987, pp.148-149.	

Malvoz se rend compte qu’il faut aussi **dépister les tuberculeux curables, surveiller les ma-**

lades sortis ... et enseigner la prophylaxie. En 1900 s’ouvre le premier dispensaire antituberculeux, ce type d’institution va essaimer dans les différentes provinces.

Ce dispensaire a surtout pour but de procurer aux travailleurs le traitement à domicile par la suralimentation, le repos, la cure d’air. Il s’agit donc de donner aux ouvriers les moyens de se soigner chez eux.

Le dispensaire procure aussi une assistance aux malades : crachoirs, désinfectants, brosses à dents, literies, aides financières directes ou alimentaires. Cette assistance matérielle directe est supprimée en cas de non observance des règles prophylactiques. S’il y a une intervention pécuniaire, c’est à la fois pour permettre aux tuberculeux d’appliquer les mesures élémentaires d’hygiène et pour s’attacher plus fidèlement les malades qui sont justifiables d’une surveillance constante.

LA TUBERCULOSE

In Brochure publiée par la Ligue nationale belge contre la Tuberculose, s.d., Paris. ©Coll. privée M.-J. DENIS

Un dispensaire « se distingue d’une simple consultation hospitalière, en ce sens qu’il exerce, grâce à ces infirmières visiteuses, une action ultérieure –prophylactique et sociale- qui, en prolongeant au-dehors son action médicale, lui vaut son caractère particulièrement fécond.

Les enquêtes à domicile sont d’abord confiées à des bénévoles, souvent instituteurs ou élites de la classe ouvrière, puis à des infirmières visiteuses. Elles se rendent au domicile des malades et, munies de feuilles d’enquête, elles dressent un bilan des particularités sociales du patient: salaire, profession, conditions matérielles de vie, indigence éventuelle, affiliation à une mutuelle, condition de logement. Cela permet de cibler les protégés et les moyens de les aider rationnellement.

En 1906, est créé, pour les tuberculeux avancés, rejetés du milieu hospitalier, un service spécial d’isolement à domicile.

ECOLE D’INFIRMIERES DE BRUXELLES, 1913

ACPASLg.

Pour mener ces enquêtes, pour surveiller les malades, il est indispensable d’avoir un personnel soignant formé. Mais où le recruter ?

Les premières écoles d’infirmières voient le jour fin 1907 et un diplôme de capacité est institué l’année suivante : formation rapide sans beaucoup de pratique, aucun cours spécifiques aux soins à domicile.

CERTIFICAT DE CAPACITE D’INFIRMIERE, 1909

Malgré cette insuffisance de formation, les diplô-

mées laïques liégeoises sont, dès 1909, recrutées par E. Malvoz comme infirmières dans les institutions socio-sanitaires provinciales, dispensaires antituberculeux et antisiphilitiques. Elles remplissent également la fonction d’infirmière sanitaire attachée aux services de désinfection nouvellement créés par les Villes de Liège et Seraing. Ces infirmières-désinfectrices, au nombre de trois à Liège, sont également chargées, auprès des familles indigentes, des soins de prophylaxie au cours des maladies infectieuses, où les soins des enfants sont primordiaux. Ces infirmières procèdent, selon les cas, à des désinfections partielles ou corporelles. Elles visitent de nombreux ménages où des soins généraux ont été donnés à des malades, atteints de scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, rougeole. D’autre part, sous les ordres de médecins traitants, elles ont donné des soins spéciaux et ont veillé à la désinfection et aux soins de propreté.

DISPENSARE EHRLICH, 1912
Photographie N/B
©Pce de Liège – Musée de la Vie wallonne, n°A32941C

A SUIVRE...

1 Conférence donnée à l’hôpital André Vésale de Charleroi dans le cadre de l’exposition « Un siècle d’histoire, un siècle de soins infirmiers 1914-2014 », oct-nov 2013 et de la journée nationale de la F.N.I.B.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE :

Dr H. KUBORN, Aperçu historique sur l’hygiène publique en Belgique depuis 1830, Bruxelles, 1897.

E. MALVOZ, « La Province de Liège et l’hygiène sociale », in Liège capitale de la Wallonie, Liège, 1924.

Dr Lucien GAROT, Médecine sociale de l’enfance et œuvres de protection du premier âge, Liège, [1946].

E. BRUYNEEL, Le Conseil supérieur de la Santé (1849-2009). Trait d’union entre la science et la santé publique, Ed. Peeters, Leuven, 2009.

Karel VELLE, « De rol van de gemeente in het ontstaan en de evolutie van de Belgische preventie gezondheidssector, een inleiding », in L’initiative publique des communes en Belgique 1795-1940, vol. I, Crédit communal, Collection Histoire, n°71, 1986.

Alain COLLIGNON, Ernest Malvoz et la politique médicale de la Province de Liège 1895-1985, Liège, 1985.

Muriel NEVEN, La tuberculose en Belgique de 1850 à 1950. Réalités et perceptions d’une maladie sociale, mémoire inédit, ULG, 1992-1993.

Pierre. DARMON, La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive, Perrin, Paris, 1986.

Carl HAVELANGE, « La Belgique médico-sociale. L’individu, la société, la race », in G. Kurgan - van Hentenryk (éd.), Laboratoires et réseaux de diffusion des idées en Belgique (XIX^e - XX^e siècles), ULB, Bruxelles, 1994.

Arlette JOIRIS, De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique. Genèse, émergence et construction d’une identité professionnelle, Socrate Editions Promarex, 2009.

Nos partenaires

Les auxiliaires de radiothérapie en Belgique : Infirmiers, technologues ? Quelles directions prendre.

“Les accélérateurs linéaires et autres équipements utilisés en radiothérapie sont des dispositifs médicaux à haut risque (classe III). Le cas des techniques de radiothérapie est d’autant plus complexe que l’innovation concerne souvent la dose d’irradiation correcte pour viser le volume cible de manière précise, en ayant recours à des dispositifs médicaux multiples (logiciels et hardware), provenant de différents fabricants, dont on attend qu’ils se combinent sans fausses notes.» ⁽¹⁾



En vingt ans, l’appareillage et les techniques de radiothérapie externe ont évolués d’une manière spectaculaire. Les caches plombés qui permettaient de sculpter les faisceaux d’irradiations ont progressivement été remplacés par des collimateurs multilames (ou MLC pour MultiLeaf Collimator). En parallèle, les logiciels de commande furent repensés de manière à pouvoir piloter chaque lame indépendamment. Avec leurs algorithmes puissants, les consoles de planifications de traitements et de dosimétries actuelles permettent, par la modélisation des mouvements des lames ou de l’appareil lui-même durant l’irradiation, une couverture plus efficace des volumes cibles par les doses thérapeutiques ainsi qu’une meilleure protection des organes sains de voisinage. La radiothérapie par modulation d’intensité (IMRT), avec un appareillage statique ou en mouvement (tomothérapie, arc-thérapie), s’est largement propagée dans les centres de radiothérapie belge.

Ces nouvelles technologies permettent aux radiothérapeutes de mieux irradier les tumeurs

“It is not the strongest species that survive, nor the most intelligent, but the ones most responsive to change.”

Charles Darwin

cancéreuses en place, les organes atteints par la maladie ou les lits chirurgicaux. Vu l’optimisation de la radioprotection des organes sensibles de voisinage, les radiothérapeutes peuvent également, en fonction des études et des guidelines, augmenter les doses thérapeutiques journalières et par conséquent radio-biologiques. La vérification plus régulière du bon positionnement des malades est donc devenue cruciale. En parallèle aux technologies d’irradiations, les systèmes d’immobilisations des patients et les appareillages de contrôle par imagerie se sont donc développés. Ces derniers ont rendu obsolètes les radios sur films à développer. Les accélérateurs linéaires des services de radiothérapie et leurs salles de traitements sont dès lors de plus

Walter Hontoir,
Président de l’AFITER.BE
Infirmier sociale porteur du titre d’infirmier
spécialisé en oncologie
Exerçant depuis 1996 en radiothérapie aux
postes d’irradiations et en simulation.

en plus pourvus d’appareils permettant de réaliser des scanners ou des images coplanaires de hautes qualités.

En droit belge actuel, les professionnels auxquels les radiothérapeutes peuvent confier la manipulation des appareillages de rayonnement et l’application des thérapies qui en découlent sont les infirmiers. Lors des séances, ils sont le premier relais entre les patients et les radiothérapeutes. De la psychologie et un sens clinique en radiothérapie oncologique est important dans l’exercice de leurs fonctions. En outre, ils acquièrent, analysent et corrigent régulièrement des images radiologiques et, en fonction de celles-ci, repositionnent les patients avant irradiation. Une machinerie ne peut donc fonctionner correctement que si tous ses rouages sont bien huilés et s’imbriquent correctement les uns dans les autres. Si le Hardware et le software sont des pièces importantes, l’humain en est la maîtresse. Chaque intervenant doit donc disposer d’un niveau adéquat de formation en regard de ses fonctions et de ses responsabilités et doit-être conscient de ces dernières afin de ne pas faire de fausses notes.

Quel est le rôle précis des infirmiers en radiothérapie? Y a-t-il des recommandations pour leur formation? L’infirmier belge est-il formé aux exigences de la radiothérapie moderne et des actes qui lui sont confiés? Les lois belges et les formations sont-elles adaptées? D’autres professionnels paramédicaux sont-ils susceptibles de travailler à un accélérateur linéaire? En Europe qui les pilote? Quel avenir devons-nous construire ?

Un peu d’histoire...

La radiothérapie réside dans l’utilisation des rayons ionisants à des fins thérapeutiques. En France, deux personnes clés en sont à l’origine : Marie Curie (1867-1934) et le Dr Claudius Régault (1870-1940). Marie Curie, physicienne et mathématicienne, et Pierre Curie, son époux, lui aussi physicien, vont découvrir et étudier ensemble les propriétés radioactives de certains éléments naturels tels que le Thorium et le Radium. Après la mort de Pierre Curie en 1906, Marie devient directrice du laboratoire de physique et de chimie situé dans le nouvel Institut

>> Suite page 14



Formation, Recherche, Service
Haute École de Namur-Liège-Luxembourg



- kinésithérapeutes
- infirmiers bacheliers ou gradués
- médecins
- sages-femmes

Depuis 10 ans
Formation **Post-Bachelor en Acupuncture,**
légalisée prochainement dans le cadre de la
reconnaissance de l’acupuncture.
Toutes les infos en direct sur notre site web

Accueil et premiers cours: 22/09/14



ACUPUNCTEUR

Haute École de Namur-Liège-Luxembourg **HENALLUX**

Département paramédical Ste Élisabeth
rue Louis Loiseau, 39 5000 Namur

Portes Ouvertes

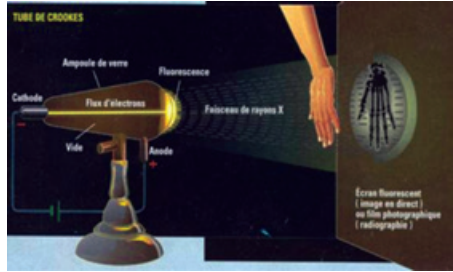
Samedi 28 juin et samedi 6 septembre 2014 de 9 h à 14 h

La formation de 950 heures = +/- 2400 heures(volume d’étude) - 60 crédits
en trois ans.

Informations et inscriptions aux cours

www.ettc-acu.be ou 0488/949.929

du Radium à Paris. Elle y étudie, entre-autres, les propriétés des rayonnements X. Ces rayons furent



découverts par Wilhelm Conrad Röntgen, physicien allemand (1845 -1923), grâce à des travaux menés sur le tube de Sir William Crooks, chimiste et physicien britannique (1832- 1919).

La découverte de Röntgen est extraordinaire. Elle ouvre la voie à l'imagerie médicale et à la radiothérapie moderne. Röntgen appelle ces rayons qui sortent du tube de Crooks « X » parce qu'il n'en connaît pas encore la nature. Plus tard, on découvrit que les rayons Gamma, produits naturellement par désintégration atomique, et les rayons X, produits artificiellement, ont la même nature électromagnétique.

Marie Curie va vite se rendre compte du potentiel médical de la découverte de Röntgen, surtout durant cette période terrible de la guerre 1914-1918. Les combats font rage, les hommes tombent tués ou blessés par les cartouches de fusils ou les éclats de Shrapnel, ces obus à balles qui cassent la gueule des poilus, pénètrent leurs chairs et déchirent leur moral. Les blessés se comptent par milliers. Les chirurgiens opèrent souvent à l'aveugle, et des soldats meurent souvent parce qu'ils n'auraient pu être opérés de manière efficace. Marie Curie et sa fille Irène formeront les premières manipulatrices de radiologie. Ainsi, des voitures, «18 petites Curie», équipées de matériel radiologique dernier cri et conduites par ces premières manipulatrices, sillonneront le front de guerre afin d'apporter aux chirurgiens l'aide nécessaire afin de mieux opérer et soigner les blessés. La chirurgie guidée par l'image est née. Après la guerre, Marie Curie collaborera activement avec Claudius Régaut, médecin et chercheur. Ses études sur l'histologie et l'utilisation des rayons ionisants à des fins médicales vont tout doucement l'amener, comme d'autres médecins en Europe, à tenter de soigner les tumeurs cancéreuses grâce à ceux-ci. La Röntgenthérapie par rayonnement X et la curiethérapie, mise contact directe d'une substance radioactive avec une tumeur, vont

se développer. La puissante énergie de la matière, moteur de notre soleil, sans lequel la Vie ne se serait pas développée sur terre, devient capable de soigner et de guérir cette terrible maladie qu'est le cancer et contre laquelle les médecins de l'époque étaient démunis.

Marie Curie et Claudius Régaut sont à l'origine de la fondation de l'institut Curie de Paris dont l'objectif principal est de soigner le cancer. Cet institut va essaimer et d'autres hôpitaux modernes vont voir le jour partout dans le monde. Malheureusement, Marie Curie terminera sa vie victime des effets des doses de radiations qu'elle aura subies durant celle-ci. Avec Hiroshima et Nagasaki, les études sur les effets liés aux fortes expositions aux rayonnements ionisants exploseront comme les bombes Fat man et Little boy. Les terribles souffrances endurées par les habitants de ces villes japonaises donneront aux chercheurs un terrain sombre et triste pour leurs études sur les effets radio-biologiques et stochastiques des radiations ionisantes. Un soleil qui fait naître, qui guérit, mais qui tue aussi. In fine, ces dramatiques événements ont permis de mieux comprendre la sensibilité des tissus sains et cancéreux face aux expositions aux rayonnements.

Après la guerre 40-45, la radiothérapie va continuer son petit bonhomme de chemin. La curiethérapie va continuer à se développer en parallèle aux technologies d'irradiations externes. Depuis la röntgenthérapie, en passant par la cobalthérapie dans les années 50 (Harold Elford Johns, 1915-1998), on est parvenu à des accélérateurs linéaires modernes dotés de systèmes d'imagerie embarqués. Ces appareils permettent actuellement aux radiothérapeutes et aux physiciens médicaux d'optimiser la dose thérapeutique aux tumeurs tout en permettant aux infirmiers et aux manipulateurs de contrôler le ciblage.

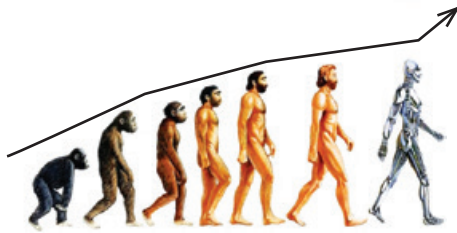
En Belgique, citons le Dr Thiriar qui réalise les premiers essais de soins oncologiques à base de rayons en août 1903. Citons également les Drs Depage, Vandervelde et Bayet, le physicien Piccard, le bactériologiste Jules Bordet, le biochimiste Slosse et l'anato-pathologiste Albert Dustin; ils sont à l'origine du service de radiumthérapie inauguré en juin 1925 à l'Hôpital Brugmann. Ce dernier deviendra plus tard l'institut Bordet. Il ne faut pas non plus oublier le Dr Maisin (1893-1971), un des fondateurs de l'Institut du Cancer de Louvain, inauguré le 29 juin 1927. Le Dr Maisin est un des pionniers de la radiothérapie belge, il fut formé par d'illustres médecins dont le Dr Régaut. A Namur, le service

de radiothérapie de la clinique et maternité Sainte-Elisabeth n'existerait pas si le Dr Emile Salamon ne l'avait développé. Chaque service de radiothérapie a ses pères fondateurs, ne les oublions pas.

« La Belgique compte vingt-cinq services de radiothérapie : douze en Flandre, sept en Wallonie et six à Bruxelles. Pour l'année 2009, sur base de l'échantillon permanent des assurés « Soins de Santé », nous évaluons le nombre de personnes pour qui des codes nomenclature (radio et radiumthérapie) ont été attestés, à 18 360 en Flandre, 9 200 en Wallonie, et 2 480 à Bruxelles (région déterminée sur base du domicile de l'assuré). Pour l'année 2010, ces chiffres sont de 19 240 en Flandre, 11 040 en Wallonie et 2 280 à Bruxelles. » ⁽²⁾

En 2010, les 25 centres de radiothérapie Belge et leurs services partenaires ont donc fait bénéficier de leur expertise plus de 32000 patients. Si les radiothérapeutes et les chercheurs sont les acteurs principaux de cette histoire, il ne faut pas oublier les physiciens médicaux, les dosimétristes, les qualitiens ainsi que les infirmiers et autres auxiliaires paramédicaux qui chaque jour y apportent leurs rimes.

Une évolution extraordinaire ces 40 dernières années



Ces 40 dernières années, l'évolution des technologies d'imagerie médicale, scanner, pet-ct, résonance magnétique... ont permis à la médecine de prendre un nouvel essor. La radiothérapie en a largement profité. La résonance magnétique et la tomographie par émissions de positons permettent une meilleure connaissance de l'étendue des tumeurs cancéreuses, condition sine qua non à une radiothérapie moderne et de qualité. Le scanner (tomodensitomètre ou Computed Tomography) quant à lui, s'il est un outil important dans le diagnostic et la localisation d'un cancer, permet aussi aux physiciens médicaux d'observer et de

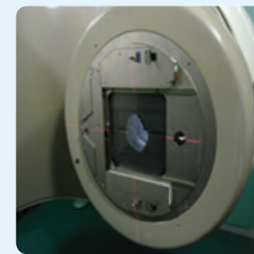
>> Suite page 15



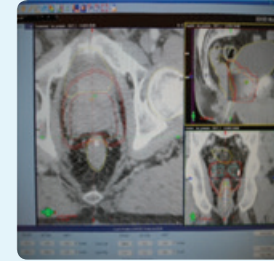
Collimateur avec cache plombé



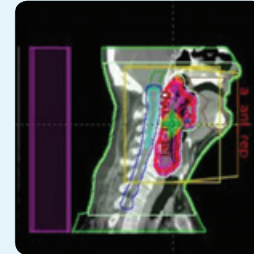
Traitement de sein en décubitus ventral



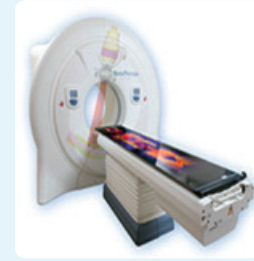
Collimateur avec multilame intégré



Scanner réalisé avant séance



Distribution de la dose dans un volume ORL



Tomothérapie®

connaître comment la dose de rayons prescrite par le radiothérapeute va se distribuer dans les tissus. Cela est rendu possible grâce aux niveaux de gris, ou densité électronique, des images CT. La densité électronique a été mise en évidence par Sir Godfrey Newbold Hounsfield, ingénieur britannique, (1919-2004), père du premier scanner.

Les accélérateurs linéaires de nouvelle génération ne sont pas très éloignés dans leur fonctionnement de base de ceux qui existaient il y a 20 ans. Ce qui a fondamentalement changé ce sont les options technologiques qui les rendent plus performants. Il y a une dizaine d'années encore, on utilisait fréquemment des caches plombés afin de dessiner les faisceaux de traitement à la forme des volumes tumoraux traités. L'infirmier/manipulateur les glissait dans la tête d'irradiation de la machine pour chaque incidence du faisceau d'irradiation. Maintenant, cela se fait grâce à un collimateur multilame programmé suivant les contours du volume à traiter. Plusieurs types d'appareils sont sur le marché. Les Tomothérapies® qui délivrent une irradiation hélicoïdale modulée. Un mouvement longitudinal de la table couplé à un mouvement circulaire du faisceau durant le traitement permet la couverture du volume cible. Par contre, d'autres fabricants ont adapté leurs accélérateurs linéaires classiques. Ceux-ci permettent une irradiation statique en plusieurs faisceaux modulés ou une irradiation volumétrique modulée et continue avec un mouvement circulaire de l'appareil : c'est l'arc-thérapie. Depuis quelques années, les constructeurs ont donc développé des algorithmes puissants capables de contrôler le mouvement des lames durant l'irradiation. Non seulement le faisceau de sortie s'ajuste géométriquement aux contours des tumeurs, mais en plus son intensité est modulée afin d'ajuster les dépôts de dose aux épaisseurs irrégulières de celles-ci et de s'adapter aux différentes densités des tissus traversés. Les radiothérapies par modulation d'intensité statique, par tomothérapie® hélicoïdale ou par arc-thérapie se sont largement propagées dans nos centres comme à l'étranger. Ces avancées ont eu un impact majeur dans l'élaboration des traitements par radiothérapie. Le radiothérapeute peut désormais optimiser les doses thérapeutiques, protéger mieux les tissus sains avoisinants et dans certains cas augmenter, en fonction des études et des guidelines, les doses prescrites aux volumes

cibles mieux délimités. Parallèlement, les moyens d'immobilisation et de positionnement des patients se sont considérablement développés. En effet, il est impératif que le patient reste immobile durant l'irradiation et qu'il y ait une mise en évidence correcte de la zone à irradier, surtout lorsqu'on utilise de fortes doses par séance. D'autres systèmes sont également employés afin de déterminer le mouvement du volume tumoral à l'intérieur du corps. L'acquisition d'imagerie scanner 4D permettant de réaliser de la radiothérapie synchronisée à la respiration est une routine dans certain service de radiothérapie. Pour donner un exemple, une tumeur pulmonaire ou hépatique suit les mouvements diaphragmatiques. Il est important de connaître les limites du mouvement d'une tumeur dans le temps afin d'optimiser le volume à traiter et d'irradier le moins de tissu sain possible, surtout en cas d'escalade de dose. Les moyens d'imagerie de contrôle de positionnement du patient ont donc en parallèle connu un véritable essor ces dernières années. Les appareils sont désormais munis de systèmes d'imagerie embarqués. On parle donc actuellement de radiothérapie guidée par l'image (Image-guided radiation therapy : IGRT). Les anciens clichés radio ont laissé la place à des images numérisées, radiologiques planaires ou volumétrique (scanner), accessibles directement aux consoles de traitements.

Enfin, pour conclure ce chapitre, on ne peut parler de l'évolution de la radiothérapie sans citer l'évolution des techniques de radio-chirurgie stéréotaxique. Ces modalités radio-thérapeutiques visent essentiellement des tumeurs bénignes ou malignes situées au niveau de la tête. Initiée par Lars Leksell, neurochirurgien suédois, (1907–1986), elles consistent en la délivrance d'une haute dose unique de radiation ionisante, dite ablative, focalisée à une zone anatomo-géographique extrêmement délimitée. Lors de ces traitements, le radiothérapeute est toujours présent au poste d'irradiation et veille lui-même la bonne délivrance de la dose. Dans certain cas, la dose thérapeutique totale doit être fractionnée, sans modifications des conditions radio-chirurgicales. L'immobilisation parfaite du patient, la maîtrise des distributions de dose, de l'imagerie de contrôle et des technologies d'irradiation en sont des conditions sine qua non. L'appareillage a lui aussi évolué. Depuis le système de radiothérapie stéréotaxique crânien de Leksell (un «casque» de

179 sources de cobalt 60 focalisées), on est parvenu à des accélérateurs linéaires très sophistiqués. Certains sont dédiés à ces types de traitements. Les techniques radio-chirurgicales peuvent désormais toucher des lésions extra-crâniennes.

Tout cela ne représente bien entendu qu'une partie du potentiel et des évolutions de la radiothérapie. Celles-ci permettent un meilleur contrôle tumoral, une diminution des effets secondaires des rayonnements ionisants sur les tissus sains et, donc, un plus grand confort de vie pour nos patients. Nous devons également souligner les recherches sur la biochimie des cellules cancéreuses, sur les traitements de chimiothérapie, de thérapies ciblées, chirurgicales,... En effet, si la radiothérapie peut être administrée seule, elle est bien souvent partenaire d'autres modalités de traitements. Enfin, dans quelques années, la Belgique pourra bénéficier de la proton-thérapie sur son territoire. L'hadronthérapie par ions carbonés semble aussi très prometteuse. Toutes ces nouvelles technologies apportent aussi leurs lots de contraintes qu'il faut maîtriser afin de garantir leur bonne utilisation. Les recherches en technologies médicales en radiothérapie et en oncologie ont donc encore de l'avenir devant elles...

L'aspect législatif Belge

Plusieurs lois encadrent la radiothérapie au niveau infirmier :

l'Arrêté Royal du 5 avril 1991 qui fixe les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique. (source législative 1)

Art. 9N1. V. Staff infirmier et administratif.

1. *L'effectif et la qualification du personnel infirmier, paramédical et administratif sera fonction de la nature et du nombre des traitements effectués, des consultations et des hospitalisations.*
2. *Outre l'infirmier en chef, le service doit disposer en permanence, durant les heures de service, de 2 infirmiers par appareil d'irradiation. Si le nombre de patients irradiés est en moyenne*

>> Suite page 16

Röntgenthérapie
Autoportrait de G.Chicotot
Médecin et peintre français



Cobalt-thérapie



Accélérateur linéaire moderne «Linac» avec
imageur embarqué



supérieure à 30 par jour sur une base annuelle, il y a lieu de prévoir un infirmier supplémentaire. Il doit y avoir en permanence, durant les heures de service, 2 infirmiers par simulateur. Si le nombre annuel de patients irradiés est supérieur à 500, il y a lieu de prévoir un infirmier supplémentaire.

L'Arrêté Royal du 21 mars 2003, qui fixe les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés. (source législative 2)

art 17 « L'administration de thérapies avec sources radioactives ouvertes est assurée par des infirmiers qui disposent d'une expérience pour cette forme de thérapie, sous la supervision d'un médecin spécialiste expert en la matière. Ces infirmiers se chargent également de l'enlèvement des substances résiduelles radioactives. »

L'Arrêté Royal du 18 juin 1990 qui fixe la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier. (source législative 3) Annexe II

- Liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier
- Préparation et application de thérapies utilisant du matériel radioactif et des appareils de rayonnement.
 - Utilisation d'appareils d'imagerie médicale.
- 1.8. Techniques particulières.
B1.
· Manipulation des produits radioactifs.

L'Arrêté Royal de juillet 2001 portant mise en vigueur de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (source législative 4)

Auxiliaires (art. 53.2)
Les infirmiers(ères), paramédicaux et personnes assimilées ne peuvent manipuler des appareils et radionucléides à des fins radiothérapeutiques que sur instructions et sous la surveillance et la responsabilité effectives des radiothérapeutes qui possèdent une autorisation pour l'utilisation d'appareils et de radionucléides à des fins radiothérapeutiques.

L'exploitant de l'établissement veille à ce que les « auxiliaires » aient reçu une formation qui corresponde à leur activité professionnelle et suivent une formation continue dans la matière concernée.

Le rôle et les responsabilités des infirmiers ayant évolué en parallèle à la radiothérapie, certaines de ces lois ne sont plus en adéquations avec ce secteur d'activité. Elles doivent donc évoluer et être adaptées de manière réfléchie en collaboration avec les acteurs du terrain, les instances concernées et le politique.

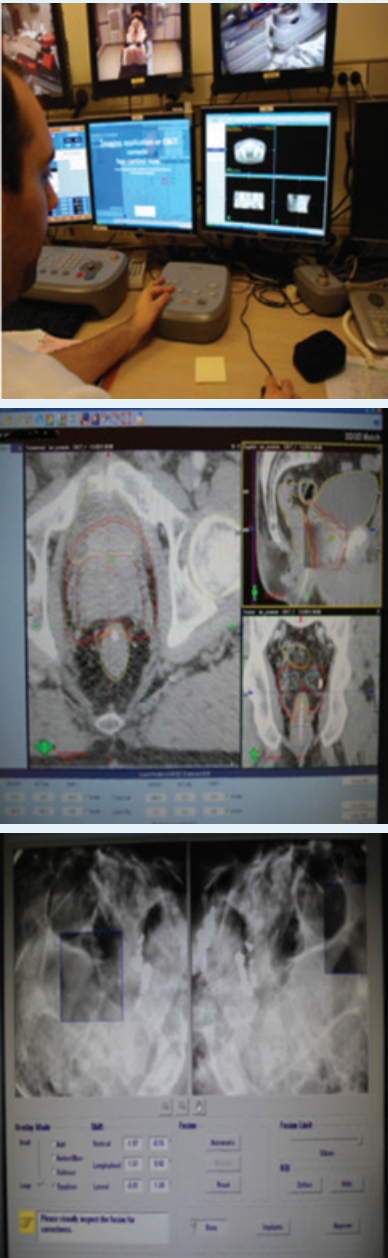
Le métier d'infirmier-auxiliaire en radiothérapie

Outre le fait que l'infirmier preste les soins généraux en conformité avec ses compétences professionnelles, le médecin radiothérapeute peut lui confier la préparation et l'application de thérapies utilisant

du matériel radioactif et des appareils de rayonnement ainsi que l'utilisation d'appareils d'imagerie médicale. Cependant, la réalité du terrain montre que l'infirmier n'est pas le seul à exercer aux postes d'irradiations des services de radiothérapie. Une étude de Paul Bijdekerke (représentant radiothérapie de la Vlaamse Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie) effectuée en 2013 pour le collège fédérale des médecins radiothérapeutes sur le profil et la formation des auxiliaires de radiothérapie belge, montre que sur 399 personnes, 261 sont des infirmiers A1, 94 sont des infirmiers A2 et 44 ne sont pas infirmiers (technologues, kinésithérapeutes et autres). Sur les 25 centres belges concernés par l'étude 17 avaient répondu. On utilisera donc le mot auxiliaire pour les définir; ce terme est employé à l'article 53.2 de l'Arrêté Royal relatif à l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire.

La première étape de la préparation du traitement, où l'auxiliaire intervient, est la simulation. Il va accueillir le patient avec une psychologie adaptée à sa situation et à son âge. Le traitement aura une visée curative ou palliative. Le patient peut être un adulte jeune ou dans la force de l'âge, un adolescent, un enfant ou une personne âgée. Son approche familiale a également une importance considérable. L'auxiliaire prendra donc connaissance de son dossier. Suivant les instructions du radiothérapeute, il va déterminer, sur une table d'examen, le bon positionnement du malade et les moyens de contention adéquats et nécessaires à la délivrance optimale et sécuritaire de la dose de rayonnement thérapeutique. Cette étape importante nécessite la manipulation experte d'un matériel toujours plus élaboré. Ensuite, l'auxiliaire va réaliser un scanner dans ces conditions de préparation. Les images seront alors transmises vers une console de simulation virtuelle. En fonction des logiciels et des pathologies et sous la supervision directe du radiothérapeute, l'auxiliaire assiste souvent ce dernier dans la mise en place de faisceaux simples (la mise en place des faisceaux se fait surtout lors de la planification dosimétrique). Il doit donc maîtriser les outils informatiques. Sur les coupes CT, le radiothérapeute déterminera le centre ou «isocentre» de la zone à traiter (tumeur, organe atteint, volume de résection chirurgical). Des lignes de positionnement en concordance avec l'isocentre seront alors peintes sur le patient par l'auxiliaire, ou dessinées sur la contention, afin de le repositionner de manière reproductive lors de chaque séance de traitement. L'auxiliaire se chargera également de la transmission des données de la simulation. Nous n'aborderons pas les techniques particulières comme celles de curiethérapie ou d'acquisition d'images 4D synchronisées à la respiration. Elles ont également leur importance et pour celles-ci l'auxiliaire tient un rôle qui n'est pas à négliger.

Outre son rôle d'accueil et de suivi médical des patients, le rôle du radiothérapeute consistera en la détermination des doses thérapeutiques, de leurs fractionnements et des techniques à mettre en œuvre. En se basant sur les images CT acquises par l'auxiliaire lors de la simulation, il dessinera les limites de la zone à traiter et les organes à risques qui doivent être protégés. Pour ces derniers, il évaluera aussi les niveaux de dose à ne pas dépasser lors des calculs dosimétriques. Les



L'auxiliaire (infirmier ou autre paramédical) n'est plus un exécutant, il dispose d'une certaine autonomie. Sur base de toute une série de critères, anatomiques, de contours et autres, il peut valider l'imagerie en temps réel et délivrer le traitement ou appeler un radiothérapeute parce qu'il aura détecté une problématique lors du recalage des images et de leur analyse. L'examen des images radiologiques de positionnement en temps réel, due à la progression de la radiothérapie, a sans doute donné lieu à une évolution des actes confiés. Pour un recalage d'imagerie de traitement prostatique, (images de gauche) l'auxiliaire doit bien connaître l'anatomie pelvienne, les organes à risques (rectum et vessie) et repérer les contours du volume cible déterminés par le radiothérapeute (Planning Treatment Volume cfr ICRU Reports 50 and 62). Chaque pathologie et technique ont leurs spécificités que l'auxiliaire doit maîtriser.

règles de contourages des volumes, définies par l'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU), sont spécifiques et tiennent compte de toute une série de paramètres. Avant de débiter les séances, le physicien médical et le dosimétriste établiront la planification et la balistique du traitement. En fonction de l'isocentre et des indications du radiothérapeute, ils veilleront à ce que la dose prescrite par le médecin se distribue de manière optimale dans la zone à traiter et que les tissus sains soient au maximum épargnés. Les accélérateurs linéaires de nouvelles générations et les logiciels de dosimétrie permettent de rendre plus efficiente les doses thérapeutiques. Les plans de traitements seront finalement validés par les radiothérapeutes concernés et l'appareillage sera programmé en fonction de ceux-ci. Le physicien médical se charge également de l'organisation et de la surveillance des mesures nécessaires pour assurer la radioprotection du patient et le contrôle de qualité de l'appareillage. Chaque intervenant doit continuellement se former aux nouveautés et mettre à jour ses connaissances.

Enfin, les auxiliaires s'occuperont de l'accueil, de l'observation et du repositionnement des patients lors des séances proprement dites. Sous la surveillance, le contrôle et la responsabilité des radiothérapeutes, ils délivreront les doses prescrites suivant les plans de traitement programmés. Repositionner les patients conformément à ce qui a été simulé est crucial. Compte tenu de l'évolution du matériel utilisé, cette étape peut prendre assez bien de temps et demande un savoir-faire qui ne s'acquière pas du jour au lendemain. De plus, la modernisation des techniques et des technologies d'irradiations par modulation d'intensité a rendu indispensable un contrôle de meilleur qualité et plus régulier du positionnement des patients par l'imagerie. Les accélérateurs linéaires sont maintenant munis de systèmes d'imageries embarqués. L'analyse en temps réels des images radiologiques volumétriques ou coplanaires qu'ils fournissent est maintenant le quotidien des auxiliaires. Pour chaque traitement, cette interprétation se fait sur base des images qui ont servis à la planification. Suivant une série de critères, l'auxiliaire va donc juger si la position du patient et du volume qui doit être irradié est conforme à ce qui a été planifié. Pour cela, il doit avoir une bonne connaissance de la radio-anatomie, des concepts de contourages et règles ICRU pour la radiothérapie ainsi que des différentes pathologies oncologiques. Il doit aussi disposer de connais-

sances en physique des rayonnements, dosimétrie, radiobiologie et radioprotection générale et des organes à risques. Il doit être capable de comprendre les indications des radiothérapeutes, comprendre le langage des physiciens et des dosimétristes. L'auxiliaire n'est plus un exécutant, il dispose d'une certaine autonomie. Il peut valider l'imagerie en temps réel et délivrer le traitement ou appeler un médecin parce qu'il aura détecté une problématique lors du recalage des images et de leur analyse. L'examen des images radiologiques de positionnement en temps réel, due à la progression de la radiothérapie, a sans doute donné lieu à une évolution des actes confiés dans le chef des infirmiers. En effet, la manipulation des appareils de rayonnement, les processus d'acquisition des images et l'analyse de celle-ci demande un savoir et des compétences différents. Toutefois, vu la responsabilité des radiothérapeutes, l'imagerie est régulièrement vérifiée par ceux-ci pour tous les patients. Ils sont toujours disponibles en cas d'incohérence des recalages. Lors d'irradiation avec de fortes doses journalières, lorsque le traitement ne nécessite qu'une séance unique ou à sa demande, il est présent au poste d'irradiation et vérifié lui-même l'imagerie en temps réels. L'auxiliaire doit donc régulièrement se familiariser avec de nouvelles techniques, de nouveaux appareils, de nouveaux logiciels et de nouvelles procédures. Il doit également être en mesure de détecter et de signaler tous problèmes techniques ou la moindre incohérence dans les traitements.

Pour terminer, le cancer n'est pas encore vaincu, même si les traitements oncologiques ont fortement évolué. Si la rémission de nos patients est bien souvent rendue possible par des traitements curatifs, dont la radiothérapie, la maladie est parfois trop avancée. Les traitements ont alors pour but d'apaiser, de soigner les effets secondaires, de contrôler les métastases et de rendre la fin de vie plus digne. La radiothérapie doit aussi être replacée dans le projet thérapeutique du patient, avec les traitements chirurgicaux, de chimiothérapies, de soins palliatifs... Même s'il doit être avant tout un «technicien» capable de comprendre la «substantifique moelle», pour reprendre l'expression de Rabelais, de ce qu'il fait, l'auxiliaire aux postes d'irradiation doit être conscient et connaître les différents aspects qu'impliquent les soins aux patients souffrant d'affections oncologiques. L'approche psychologique du patient, l'empathie, la compréhension des sentiments et des émotions, des croyances et des processus cognitifs de la personne est tout aus-

si crucial. Il est important de pouvoir «se mettre à la place» de la personne nue devant nous en perte ou en regain d'autonomie. Ensuite, il y a la récolte des données cliniques visibles : états des téguments, de la respiration, etc, celle-ci à son importance dans le suivi médical et infirmier du patient et dans la gestion des effets secondaires liés à la radiothérapie. Au quotidien, l'auxiliaire est le premier relais entre le patient, le médecin et les autres intervenants. Il participe pleinement à la qualité de la prise en charge des patients.

En France et dans de nombreux pays l'augmentation des responsabilités des auxiliaires de radiothérapie fait l'objet d'une prise de conscience. En Belgique, la commission technique de l'art infirmier dans le document « *question et réponse 2010-2013 sur l'emploi de kinésithérapeutes en radiologie et en radiothérapie* » souligne le développement d'une spécialisation et d'une formation supplémentaire pour les infirmiers de ces services. Des recommandations internationales sur la formation des auxiliaires ont également été formulées. Celles-ci insistent à la fois sur leurs responsabilités lors du recalage de l'imagerie et de la délivrance des radiations ionisantes, mais reconnaît aussi leur rôle clinique et psychologique vis-à-vis du patient. En 2007, l'Agence Internationale de l'Energie Atomique a édité un programme de formation théorique et pratique à l'intention des RTTs. (3) L'acronyme RTT signifie Radiation Therapists ; il désigne les auxiliaires, les techniciens ou les manipulateurs de radiothérapie en Europe. L'ESTRO (European Society For Radiotherapy and Oncology), dans la troisième édition de son Recommended Core Curriculum for RTTs met également en lumière le rôle important des RTTs et les niveaux de savoirs et de compétences dont ils doivent-être les détenteurs. (4)

- Ceci inclus :
1. Le professionnalisme
 2. Le positionnement et l'immobilisation du patient
 3. L'acquisition des images et l'exécution de la simulation virtuelle
 4. (La création), l'interprétation et l'évaluation des plans de traitement
 5. La vérification des données du traitement
 6. L'administration de la radiothérapie externe
 7. L'assurance de qualité
 8. L'implication dans la brachythérapie
 9. La recherche
 10. L'éducation

>> Suite page 18

Psychologie adaptée, approche holistique et sens clinique sont des atouts majeurs dans le chef des auxiliaires de radiothérapie pour l'accompagnement quotidien des malades et leur prise en charge lors des séances de radiothérapie.

Les recommandations internationales en matière de formation des auxiliaires, la prise de conscience par ceux-ci de leurs responsabilités.



En ce qui concerne le recalage des images voici ce que l’ESTRO recommande :

Lors de la vérification des images de contrôle le RTT doit être capable de :

- Distinguer les erreurs systématiques et aléatoires
- Définir la dosimétrie et les erreurs géométriques
- Comparer l’anatomie osseuse des tissus mous
- Évaluer les images
- Faire des corrections conformes avec les protocoles
- Consigner les corrections

Enfin, dans l’ouvrage : Techniques d’irradiations des cancers : La radiothérapie conformationnelle, de J-J Mazon, A Manguis, C Barret, F Mornex, aux éditions Maloine 2011, aux pages 199 et 201, les auteurs insistent sur les responsabilités du RTT :

« Il a un nouveau rôle minutieux dans l’identification des repères de positionnement et dans la vérification des images radiologiques reconstruites pour valider les champs d’irradiation »

En 2013, La commission radiothérapie de l’Association Française du Personnel Paramédical d’Electroradiologie, lors de son 24ème Congrès National réalise la même constatation concernant l’évolution du rôle du manipulateur en radiothérapie (qui est le même que celui d’un auxiliaire belge) :

« Au-delà du positionnement du patient et de la délivrance des faisceaux d’irradiation, la validation des images est à l’appréciation du manipulateur avec validation par le radiothérapeute lors de la mise en route. Que ce soit dans le réglage des paramètres d’acquisition des images ou dans le déplacement de la table, c’est bien le manipulateur, devant la console de traitement, qui décide non seulement de la marche à suivre mais également de la validation des images pour débiter le traitement. Le manipulateur doit connaître toutes les spécificités des différentes techniques de traitement afin de comprendre ce qu’il fait et être absolument rigoureux dans le choix des paramètres, sans jamais oublier que la confiance en la machine a des limites. Les nouvelles technologies ont donc renforcé la technicité des manipulateurs et leur coopération avec les médecins et les physiciens. Nous ne sommes plus seulement des exécutants d’un plan de traitement mais nous participons pleinement à l’élaboration de celui-ci. » (5)

La formation des infirmiers belge en radiothérapie.

L’expérience de terrain et la comparaison entre l’enseignement en bac infirmier (étude basée sur une analyse des grilles horaires proposées par plusieurs écoles de nursing) et les niveaux d’expertises recommandés internationalement tendent à démontrer que le niveau est insuffisant pour qu’un infirmier sans spécialisation puisse encore exercer en radiothérapie oncologique. Dans la formation bachelière, le stage en radiothérapie est souvent optionnel ainsi que la certification en radioprotection. Le cursus théorique, s’il donne une excellente base médicale, clinique et holistique, n’est pas complet pour être en adéquation avec les logiques et les nécessités propres à la radiothérapie oncologique moderne. Actuellement, il n’est pas obligatoire à un infirmier de posséder une spécialisation pour travailler aux postes d’irradiations. Seul un certificat en radioprotection, dispensé au terme d’une formation de 60 heures, est exigé par l’Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire. Afin de comprendre : la simulation, les techniques de positionnement des patients, le pilotage des accélérateurs linéaires, les principes de planification, le recalage des images radiologiques et la surveillance oncologique des patients, une formation adéquate et spécifique en radiothérapie oncologique devient nécessaire pour y exercer en tant que RTT. Les lois belges en vigueur ne sont plus en adéquation avec la réalité et les nécessités de la radiothérapie d’aujourd’hui. Actuellement, la formation des nouveaux collaborateurs est donc principalement assurée sur le terrain par les équipes des services de radiothérapie ayant évolué avec leur secteur d’activité. Ceux-ci sont très encadrés. Ils ne positionnent les patients et ne manipulent les accélérateurs linéaires que sous une stricte surveillance des auxiliaires formés. Vu leurs responsabilités lors des séances et l’implantation régulière de nouvelles techniques, former un professionnel complètement prend de plus en plus de temps, aux postes d’irradiations comme en simulation. Des formations continues en externes ont donc été mises en place par les professionnels du secteur afin d’adapter les compétences et les connaissances des auxiliaires aux nécessités de la radiothérapie moderne. Cela pour remettre à niveau ceux

en place mais également afin de donner les bases nécessaires aux nouveaux collaborateurs. L’objectif premier des services de radiothérapie est de garantir aux patients une prise en charge optimale, des soins de qualités et une sécurité maximale. Dans cette optique, une formation de base de 50 heures, calquée sur les recommandations de l’ESTRO, a vu le jour en 2012 à la Haute Ecole de la Province de Namur. Parallèlement, l’Université de Liège mettait sur pied un certificat en radiothérapie et prise en charge oncologique de 150 heures. D’autres modules de formations continues en oncologie, imagerie et/ou radiothérapie sont sporadiquement proposés par les hautes écoles ou le privé. Cependant, ces formations ont un coût.

L’écart grandissant entre les connaissances et les compétences acquises par le personnel en place et celles des infirmiers sortant des écoles rend donc de plus en plus difficile la formation des nouveaux infirmiers par le secteur. Il existe cependant bien une spécialisation complémentaire en imagerie médicale et radiothérapie, dispensée à l’Institut Supérieur Soins Infirmiers Galilée (ISSIG) à Bruxelles, et une formation en oncologie reconnue par un titre et dispensée dans quatre hautes écoles en fédération Wallonie-Bruxelles. Disposer de l’une ou l’autre spécialisation est un atout pour travailler en radiothérapie, et tend certainement à diminuer le temps d’apprentissage du collaborateur par le terrain une fois celui-ci engagé. Lorsque l’arrêté royal qui décrit le titre professionnel d’infirmier spécialisé en oncologie est paru, de nombreux infirmiers de nos services de radiothérapie ont suivis les dispositions transitoires afin de mettre à jour leurs connaissances et d’obtenir le titre. Cependant, la radiothérapie n’est pas un service de soins palliatifs, ce n’est pas un service d’hématologie, ni un service de chimiothérapie ou encore un service d’imagerie médicale. Bien que disposer de connaissances en ces matières est important. La radiothérapie est un service particulier de traitement oncologique par radiation ionisante à visée curative ou palliative. Dans nos services on prépare les patients, on les suit et on les soigne à l’aide d’appareillages d’imageries et de rayonnements de hautes intensités avec tout ce que cela comporte comme risques, exigences qualitatives et formation spécifique du personnel. La radiothérapie oncologique mérite à elle seule une formation de un an avec des stages d’intégrations professionnelles spécifiques. Ceux-ci devraient être effectués dans plusieurs centres de radiothérapie, afin que l’étudiant puisse se familiariser avec les techniques et l’appareillage utilisés. La simulation, la dosimétrie et le travail aux accélérateurs devraient être couvert. En outre, quelques stages en oncologie générale devraient être proposés pour que l’étudiant ait une bonne approche des soins aux malades atteints par le cancer et de leur accompagnement. Nous saluons bien entendu tous les efforts entrepris pour améliorer la profession.

Auxiliaire de radiothérapie, un métier de soins qui n’est pas uniquement presté par des infirmiers à l’étranger comme en Belgique.

En Belgique, certains services de radiothérapie engagent régulièrement des technologues en imagerie médicale ou des techniciens de radiothérapie d’autres pays. Au Portugal la formation s’étend sur 8 semestres et couvre 240 ECTS : « Licenciatura em Radioterapia » et correspond au titre professionnel de « Técnico de Radioterapia » Une revue des cours proposés par les différentes écoles montre qu’il y a un une réelle adéquation avec le secteur, aussi bien pour le travail aux accélérateurs, qu’en dosimétrie, à la simulation où encore dans le suivi des patients. Un petit nombre de « technico de radioterapia » sont en activité dans certaines de nos équipes qui en apprécient le haut degré de qualification. En France, le métier est réservé aux manipulateurs en électroradiologie comme au Luxembourg où l’on parle d’ATM-Rx : Assistant Technique Médicaux en Radiologie et Radiothérapie. Le suivi oncologique des patients y en assuré par les médecins en collaboration avec les infirmiers. Ces derniers ne travaillent pas aux postes d’irradiations. Au Pays-Bas ce sont des « Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Techniciëen » formés en quatre ans en imagerie médicale et aux techniques de radiothérapie (6). Le Danemark est avec la Belgique un des rares pays où les infirmiers manipulent les accélérateurs linéaires et délivrent les traitements. Cependant depuis plusieurs années, les « radiographers » danois investissent le secteur. Le niveau de formation des professions d’infirmiers et de radiographers a été revu afin de coller aux exigences du métier et de former de vrais RTTs.

« Until 2012 Danish RTTs were either nurses or radiographers with a general 3 or 3½-year bachelor degree within their respective fields. Then, upon being employed in a radiotherapy

department, the nurse/radiographer will complete a one-year theoretical and practical training programme to become a certified RTT. In 2009 the education of radiographers was reformed. The student now picks one of three tracks: Diagnostic Radiology, Nuclear Medicine, or Radiotherapy. Radiographers graduating in the Radiotherapy track are immediately qualified to work as RTTs in both planning and treatment. Since 2012 these new RTT-radiographers have become increasingly common among the nurses delivering radiotherapy.» (7)

“Education for the radiation therapist must qualify the student to perform radiation therapy and care for patients. The course takes place over one year (equivalent to 60 ECTS points) and is based on a 3½ year health professional Bachelor Degree. After finishing the training course the students are accredited by the Danish Ministry of Health and are allowed to treat patients using the accelerators. They are considered contact nurses for the patients. The course includes 12 weeks of theoretical learning and 33 weeks of clinical learning.”(8)

En ce qui concerne les technologues en imagerie médicale belge, leur cursus de trois ans en hautes écoles est très intéressant, ainsi que l’Arrêté Royal qui décrit leur profession (source législative 7). Leurs connaissances de la radio-anatomie, de la radioprotection et du pilotage des appareillages d’imagerie sont appréciées dans plusieurs services de radiothérapie. Notre réalité de terrain étant devenue bien différente en bientôt vingt-cinq ans, les technologues en imagerie médicale peuvent maintenant revendiquer leur place derrière les consoles de radiothérapie. Dès lors, les écoles qui forment des technologues intègrent déjà quelques ECTS dans le domaine de la radiothérapie dans leur cursus, bien que ce soit insuffisant. En outre, et bien qu’il possède les connaissances scientifiques et médicales de bases, le technologue n’est pas formé comme un infirmier à l’observation, l’identification et l’établissement de l’état de santé du patient sur les plans psychique, physique et social, tel que l’Arrêté Royal du 10 NOVEMBRE 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé le définit pour la profession d’infirmier, Art. 21quinquies (source législative 7). L’approche oncologique de la personne ne fait pas non plus partie de



Le **CHU Tivoli** recrute

des infirmier(e)s bachelier(e)s et breveté(e)s

pour tous les secteurs d’hospitalisation et le service d’Imagerie médicale.

une infirmière en chef

pour l’unité des soins intensifs et l’unité de semaine

Veuillez adresser votre CV et lettre de motivation à Madame Françoise HAPPART, Directrice du Département Infirmier.

CHU Tivoli

Avenue Max Buset, 34

7100 La Louvière

francoise.happart@chu-tivoli.be

Infos: 064/27.66.54

www.chu-tivoli.be





la formation. Cependant, sur son site internet, l’Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire se dit favorable au passage du programme TIM de trois ans à un programme en 4 ans qui intégrerait la radiothérapie, comme c’est notamment le cas aux Pays-Bas (9). Les Infirmiers bacheliers et les technologues en imagerie médicale ont donc chacun des connaissances et des aptitudes pour travailler ensemble en radiothérapie, mais également des lacunes qu’il faut combler par une formation spécifique en radiothérapie oncologique. L’exemple Danois est à retenir.

Conclusions

Les auxiliaires de radiothérapie en Belgique : Infirmiers ou technologues ?

La norme d’agrément des services de radiothérapie date d’il y a plus de 20 ans. Entre temps, les techniques d’irradiation, l’appareillage et les recherches médicales ont progressé de manière significative. Les doses d’irradiations sont mieux ciblées et mieux distribuées. Dans une certaine mesure, les radiothérapeutes actuels peuvent donc augmenter en fonction des études et guidelines les doses ionisantes aux volumes tumoraux et épargner de manière plus efficace les tissus sains et les organes de voisinage à risques. Cela induit une meilleure qualité de traitement mais aussi un risque accru d’effets non désirés en cas de mauvais ciblage. La vérification des positionnements par imagerie en temps réels a donc pris une plus grande importance et l’appareillage s’est modernisé. L’analyse et le recalage de l’imagerie avant irradiation est devenue une routine pour les auxiliaires de radiothérapie. En droit belge, les personnes chargées de la délivrance des doses d’irradiation sont les infirmiers. Ceux en activité en radiothérapie ont donc évolué avec leur secteur. Par la force des choses, ils sont devenus des RTTs pointus et leurs responsabilités se sont accrues, tout comme les autres paramédicaux. La réalité montre en effet que l’infirmier n’est pas le seul à exercer aux postes d’irradiations en Belgique comme à l’étranger. Toutefois, certaines pratiques comme l’emploi de kinésithérapeutes n’est plus acceptable. Néanmoins, ne pas reconnaître l’expertise acquise par les

>> Suite page 20



recherche

Des infirmiers A1/A2 (H/F)

pour engagement immédiat

Description de fonction:

Au sein des unités spécifiques pour personnes âgées désorientées ou auprès des services plus classiques MR-MRS, donner des soins globaux (infirmiers et psychosociaux) aux résidents confiés afin de maintenir, d’améliorer ou de rétablir leur santé, leur bien-être et de favoriser leur autonomie.

Notre offre:

Un contrat à durée indéterminée temps plein ou tout autre temps de travail à négocier, dans une institution en constante évolution, offrant un cadre de travail agréable et moderne. Une fonction variée offrant de réelles perspectives d’avenir et de développement grâce à une politique de formation continue soutenue. Des avantages extralégaux tels qu’une assurance de groupe, des congés extra légaux complémentaires, des tickets repas.

Intéressé(e)

Pour plus d’information nous concernant, consultez notre site : **www.mariemontvillage.be.**

Veuillez adresser votre lettre de candidature accompagnée d’un curriculum vitae à Mariemont Village, à l’attention de Mr Goblet Valéry, rue Général de Gaulle, 68 à 7140 Morlanwelz ou par e-mail à l’adresse **info@mariemontvillage.be.**



p - 18

AGORA n°17

AGORA n°17 | p - 19

quelques-uns en activité depuis plusieurs années et formés par le terrain ne l’est pas non plus.

L’auxiliaire de radiothérapie ou RTT doit avoir un esprit clinique en lien avec son activité. Compte tenu de ses compétences, il doit être capable de diagnostiquer les risques de dénutrition, les signes d’une atteinte à la peau, l’anxiété, la dépression, etc. Il doit être capable d’apporter une solution adaptée à chaque situation, dans les limites de ses aptitudes et en collaboration avec les autres acteurs de soins. Il doit pouvoir aussi replacer le patient dans son trajet de soins en oncologie et en connaître les différents aspects. Si son rôle n’est pas de mettre en place des traitements de chimiothérapie ou de thérapies ciblées, il y a des infirmiers spécialisés en oncologie pour cela, il doit être capable d’en connaître les principes actifs et les effets secondaires potentiels. Il doit être capable de comprendre la personne en fin de vie et les différentes étapes du deuil, car la radiothérapie peut être palliative. L’empathie et le non-jugement est également essentiel à son métier, prendre la personne telle qu’elle vient. Le RTT est un soignant, il doit comprendre la personne dans son ensemble et prendre en considération ses données connues et inconnues. Dans les limites de ses compétences et avec clairvoyance, il doit donc mettre en place les stratégies nécessaires à sa mission, celles qui donneront aux patients le sentiment d’avoir été accueilli avec chaleur et humanité, celles qui leur permettront de bénéficier d’un traitement de qualité et celles qui permettront de garantir la sécurité de tous et de l’environnement. Le RTT doit enfin connaître les techniques et les logiques médicales et dosimétriques des traitements de radiothérapie oncologique. Il doit pouvoir piloter les appareils d’irradiation et maîtriser les outils de contention et de repositionnement par l’imagerie. S’il y a bien un art qui lui appartient de plus en plus, c’est celui du repositionnement des patients et de la reproductibilité des traitements.

Un infirmier bachelier, s’il dispose donc d’un bagage scientifique lui permettant de comprendre les logiques médicales, psychologiques et clinique qui sous-tendent les soins aux patients, n’est pas formé aux exigences technologiques, physiques, qualitatives, aux concepts particuliers de la radiothérapie oncologique moderne et au recalage des images. La majeure partie de cet apprentissage se fait sur le terrain directement au contact des équipes qui ont grandi avec leur secteur d’activité. Une formation adéquate et complémentaire est donc devenue nécessaire. Les spécialisations en oncologie et en imagerie médicale sont des atouts, mais n’englobent certainement pas tous les aspects et les nécessités de la radiothérapie oncologique guidée par l’image. L’art infirmier et les associations professionnelles ne doivent pas sous-estimer les besoins des équipes de radiothérapies et de leurs patients, ni les technologues en imagerie médicale. Ces derniers sont des professionnels formés en hautes écoles; ils ne sont certainement pas cliniciens comme les infirmiers mais ne peuvent en aucun cas être considérés comme des presse-boutons ou de simples exécutants. De plus, dans quelques années les technologues pourront exercer légalement en radiothérapie avec à la clé une formation adéquate en radiothérapie oncologique. Les infirmiers ont toujours leur place en radiothérapie mais une spécialisation complémentaire d’une année calquée sur les recommandations de l’ESTRO et de l’AIEA devient nécessaire pour y exercer en tant que radiation therapists complet. L’exemple Danois est à retenir.

Dans cette perspective et bien que nous n’en soyons pas à l’origine, nous soutenons un groupe composés de hautes écoles, de médecins, de paramédicaux et de qualitiens. Celui-ci prépare actuellement une spécialisation en radiothérapie, suivant les recommandations de l’ESTRO et de l’AIEA, à l’intention des technologues en imagerie et des infirmiers désireux de rejoindre nos équipes de soins. Ce projet est également soutenu par L’association belge de radiothérapie oncologique. Pour nous, il est important que les lois qui régissent notre secteur d’activité puissent être adaptées à son évolution actuelle. Un élément important qui doit être souligné est qu’un «titre» de technologue en radiothérapie oncologique et d’infirmier en radiothérapie oncologique pourrait également permettre à des RTTs étrangers d’être reconnu par rapport à un référentiel législatif. Ces professionnels enrichissent nos équipes par leur expérience. De plus, nous sommes européens et exerçons le même métier, nous avons donc des identités communes.

Pour terminer et c’est un point que nous n’avons pas abordé dans ce travail :

«Dans certains centres, le médecin est présent pendant toute la séance de traitement dans le cas de techniques innovantes, alors que c’est rarement le cas pour les techniques de routine. Il est manifeste que les couts de personnel pour

les techniques innovantes peuvent diminuer une fois que le centre progresse sur sa courbe d’apprentissage”»...A réfléchir...

Le monde politique, les associations et les instances professionnelles concernées doivent donc considérer la portée de notre message et prendre les mesures qui s’imposent. Nous espérons que dans les années qui viennent on pourra trouver aux postes d’irradiations de radiothérapie des infirmiers-RTT et des technologues-RTT formés suivant les recommandations internationales, adaptés à leurs missions et à une radiothérapie en constante modernisation. Ceci est important pour notre équilibre de soignant, l’harmonie des services de radiothérapie et plus que tout : le bien des patients.

Et pour en savoir un peu plus sur la radiothérapie :

<http://www.bravo-radiotherapie.be/fr/>

Remerciements :

Nous ne nommerons que deux personnes: Guy Vandevelde et Paul Bijdkerke. Ces infirmiers flamands nous ont ouvert les yeux sur la nécessité d’une association francophone de soignants paramédicaux en radiothérapie. Ils ont largement soutenu et contribué à notre réflexion. Ils nous ont accueilli à leur côté en tant qu’invité représentant la profession au collège des médecins de radiothérapie. Nous remercions aussi l’ensemble du collège pour nous avoir fait confiance et nous avoir invités à leur table. Nous espérons encore collaborer longtemps avec eux et les autres associations partenaires à la vision qualitative de notre secteur d’activité. Nous remercions également tous ceux qui dans nos institutions de soins, cadres de directions, médecins, collègues,... nous ont écoutés, conseillés, soutenus et guidés dans notre réflexion et nos démarches. Nous remercions aussi la FNIB et la MRTB, et espérons que ces partenariats seront fructueux et porteurs d’intercompréhension entre nos professions à la fois proches et complémentaires dans les secteurs de l’imagerie médicale et de la radiothérapie. Enfin, nous saluons tous les efforts consentis par les hautes écoles et les associations pour améliorer la profession. A tous ceux qui viendront nous rejoindre, merci aussi ! Enfin, nous nous devons de remercier nos patients pour ce qu’ils nous apportent au quotidien. Merci !

Etre un soignant, défendre sa profession et porter haut les couleurs de celle-ci, c’est d’abord ne pas se replier sur elle et sur soi, ensuite c’est avoir une approche réfléchie, experte et juste sur les choses.

Sources bibliographiques principales :

A.Notre longue expérience en radiothérapie

B.Sources historiques, scientifiques, législatives et autres consultées

(1) Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Centre d’expertise des soins de santé, *Techniques innovantes en radiothérapie, une étude multicentrique d’évaluation du cout via la méthode A B C pilotée par le temps*, synthèse du rapport, report 198BS, 2013.

- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Centre fédéral d’expertise des soins de santé, *Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d’intensité (IMRT)*, KCE report vol. 62B, 2007.

- Fenoglietto P., Aillères N., Lemanski C., Llacer C., Dubois J-B., Azria D., *Arc-thérapie modulée, technologie RapidArc®* : première année d’expérience au CRLC Val-d’Aurelle de Montpellier, John Libbey, bulletin du cancer, société française du cancer, vol 97, n°7, juillet 2010.

- MaingonP., Marchesi V., Créhange G, *Radiothérapie conformationnelle par modulation d’intensité*, Bulletin du cancer, société française du cancer, vol 97, n°7, juillet 2010.

- Portraits de médecins : Pierre et Marie Curie. www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/curiemp.html

- ARCHIVES DU LABORATOIRE PASTEUR DE L’INSTITUT DU RADIUM ET DE LA FONDATION CURIE <http://curie.fr/sites/default/files/archives-regaud-fondation-curie-musee-curie.pdf>

- Remaud P., LIAS-ENSIP (Laboratoire d’Informatique et d’Automatique pour les Systèmes – Ecole Nationale Supérieure d’Ingénieurs de Poitiers) *Marie Curie*. <http://blogs.univ-poitiers.fr/p-remaud/files/2012/03/Marie-Curie.pdf>

- NOUVELLE BIOGRAPHIE NATIONALE, Académie Royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, Tome 8, pp. 254-256; 2005 <http://www.md.ucl.ac.be/histoire/maisinJ/maisin-bionat.htm>

- LA CANCÉROLOGIE, L’histoire à l’UCL de 1923 à 2000, par Henri Maisin (1922 - professeur émérite 1987) <http://www.md.ucl.ac.be/histoire/livre/canc.pdf>

- Antoine Depage (1862-1925) <http://www.chu-brugmann.be/fr/histo/depape.asp>

- Historique Origine de l’Institut Bordet (1822-1934) <http://www.bordet.be/fr/presentation/historic/origine/origine.htm>

(2) SÉNAT DE Belgique, session 2011-2012, Question écrite n° 5-4191, de Louis lde (N-VA) (Question posée en néerlandais). à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.

- Naissance de la radiothérapie, l’histoire par l’image. Georges Chicotot <http://www.histoire-limage.org/site/oeuvre/analyse.php?i=528&d=1&a=438>

- Dr. H. Johns http://teachnuclear.ca/fr/contents/cna_can_nuc_hist/famous_people/johns/

- La Tomographie par Emission de Positons : la TEP, ACROnique du nucléaire n°68, mars 2005 <http://www.acro.eu.org/TEP.html>

- Services Médicaux PET CT Scan (Médecine Nucléaire) Intérêts Cliniques (Applications Cliniques Spécifiques : 2) http://www.bordet.be/fr/services/servmed/nucleair/petscan/pet_2.htm

- Hadronthérapie, Académie Royale de Médecine de Belgique <http://www.armb.be/index.php?id=1220>

- Apport de la radiochirurgie stéréotaxique dans le traitement des malformations artério-veineuses cérébrales Radiochirurgie Livre Neurochirurgie, extraits Date de mise en ligne : vendredi 16 janvier 2009 : <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article400>

- Oxford university press, *GENERAL RECOMMENDATIONS FOR PRESCRIBING, RECORDING, AND REPORTING EXTERNAL-BEAM THERAPY*, Journal of the ICRU vol 4 N 1 (2004). jicru.oxfordjournals.org/content/4/1/49.full

- Service Public Fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT. COMMISSION TECHNIQUE DE L’ART INFIRMIER, Questions et Réponses 2010-2013, question 12 : 12. Emploi de kinésithérapeutes en radiologie et radiothérapie, p 20.

(3) AGENCE INTERNATIONALE DE L’ÉNERGIE ATOMIQUE, *Programme de formation théorique et pratique à l’intention des RTT (radiothérapeutes/techniciens en radiothérapie)*, VIENNE, 2007 .

(4) Coffey M.A., Mullaney . L., Bjen.A., Vaandering.A, Vandevelde.G, *Recommended ESTRO Core Curriculum for RTTs (Radiation Therapists)*–3rd edition M.A., 2011.

(5) Vanessa DELPY- Arnaud FELIN, Manipulateurs, Département Universitaire de Radiothérapie, Centre Oscar Lambret Lille, *ROLE RENFORCE DU MANIPULATEUR FACE AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES*, Commission Radiothérapie, Association Française du Personnel Paramédical d’Electroradiologie, 24 e Congrès National, 2013, extrait.

(6) Janaszczyka, A., Bogusz-Czerniewicz M, *Comparison of curricula in radiation technology in the field of radiotherapy in selected European Union coun-*

tries, Pub-Med, 2011.

(7) Rasmus Lübeck Christiansen,RTT, *Danish Nurses Organisation and Danish Council of Radiographers*, ESTRO, Newsletter 91, November-december 2013.

(8) Boejen.A, *3D Accelerator in Radiation Therapy Training From apprenticeship to virtual reality training, State-of-the-art new training methods are being used to help practitioners involved in the delivery of radiotherapy, including nurses, strengthen their knowledge of treatment planning using computer-controlled technology and virtual reality learning environment. A 3D computer-animated simulator was used in a groundbreaking training programme in a joint initiative by Aarhus University Hospital and Hull University, England.* European Oncology Nursing Society, Radiotherapy Care, Newsletter, summer 2010.

(9) <http://www.fanc.fgov.be/fr/page/radiotherapie/1033.aspx>. Dosimétristes (consulté la dernière fois le 10/08/2007)

C Livres :

1. J-J Mazon, A Maugis, C Barret, F Mornex, *Techniques d’irradiations des cancers : La radiothérapie conformationnelle*, éd Maloine, 2011.

F Autre :

Journal de la Société Française de Radiothérapie Oncologique, vol 17, p337-648. octobre 2013.

E. Sources législatives :

1. Arrêté Royal du 5 avril 1991 qui fixe les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=\(text+contains+\(""\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=(text+contains+() (consulté le 20 mai 2014)

2. Arrêté Royal du 21 mars 2003, qui fixe les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d’oncologie doivent répondre pour être agréés. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=\(text+contains+\(""\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=(text+contains+() (consulté le 20 mai 2014)

3. Arrêté Royal du 18 juin 1990 qui fixe la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l’art infirmier. http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2law/19085379_fr.pdf (consulté le 7 mai 2014)

4. http://www.fanc.fgov.be/fr/page/chapitre-vi-applications-de-radiations-ionisantes-en-medecine-humaine-et-veterinaire/458.aspx#P_956 consulté le 20 mai 14

5. 28 JANVIER 2009.Arrêté ministériel fixant les critères d’agrément autorisant les praticiens de l’art infirmier à porter le titre professionnel particulier d’infirmier spécialisé en oncologie.

6.2 8 FEVRIER 1997. - Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l’exercice de la profession de technologue en imagerie médicale et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un médecin. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1997022848&table_name=loi consulté le 28 mai 2014

7.1 0 NOVEMBRE 1967. - Arrêté royal n° 78 relatif à l’exercice des professions des soins de santé. Art. 21quinquies http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1967111008 (consulté le 28 mai 2014)

[>> Suite page 22](#)



Le projet de l'Association Francophone des Infirmiers et des Technologues Exerçant en Radiothérapie Belge est né voici plus d'un an et demi. Depuis le mois de mars 2014, l'association s'est constituée en asbl. L'actuel conseil d'administration est composé de huit personnes dynamiques, motivées et volontaires :

- **Fanny Parmentier**, infirmière en chef, et **Franca Falco**, infirmière spécialisée en imagerie médicale et radiothérapie. Service de radiothérapie, hôpital de Jolimont-Haine Saint Paul.
- **Nathalie Frenay**, infirmière en chef, et **Willy Ruyange**, infirmier-chef adjoint. Service de radiothérapie, CHU de Liège.
- **Claire Detienne**, infirmière en chef, et **Aude Vaandering**, technologue en imagerie médicale et qualitiennne. Service de radiothérapie des cliniques universitaires St-Luc à Wolluwé
- **Vincianne Wergifosse**, infirmière spécialisée en oncologie et **Walter Hontoir**, infirmier gradué social porteur du titre en oncologie. Service de radiothérapie, clinique et maternité Ste-Elisabeth, Namur

Nous n'oublions pas non plus notre autre membre fondateur, **Philippe Sabbe**, infirmier social porteur du titre en oncologie, clinique et maternité Ste-Elisabeth, Namur.

Ensemble, nous défendons la qualité des soins, la maîtrise des techniques de radiothérapie et une attitude professionnelle et humaine à l'égard des patients. Dans cette tâche, nous avons été reconnus par le collège fédéral des médecins de radiothérapie. En janvier 2014, sur la demande du SPF santé, nous avons rédigé un rapport sur l'état des formations destinées aux paramédicaux de la radiothérapie, en Wallonie et à Bruxelles. De concert, nous prôtons une prise en charge optimale des patients par du personnel paramédical bien formé, capable de se remettre en question et d'évoluer avec son secteur d'activité. Pour nous, il est important que les services de radiothérapie puissent trouver sur le marché de l'emploi des professionnels formés suivant les recommandations de l'ESTRO et de l'AIEA. Nos homologues flamands présents aux réunions du collège fédéral des médecins radiothérapeutes partagent nos points de vue. Guy Vandeveld est d'ailleurs un des co-auteur avec Aude Vaandering de la troisième édition de l'ESTRO Core Curriculum for RTTs.

L'AFITER.BE tient également à développer un esprit d'entraide, d'échange et de partage d'expériences. Nous avons entamé une réflexion profonde sur la place de l'auxiliaire de radiothérapie dans un monde politique, social, économique, éducatif, médical et sanitaire en perpétuel évolution. Même si nous sommes indépendants, constitué uniquement de professionnels paramédicaux exerçant en radiothérapie, nous travaillons bien entendu avec les médecins, les physiciens, les qualitiens et tous les autres acteurs du monde des soins de santé et de l'éducation.

L'AFITER.BE souhaite aussi soutenir les dosimétristes de radiothérapie. Ce métier connu seulement par les professionnels de notre secteur n'est à ce jour pas encore reconnu, pourtant il existe depuis de nombreuses années et dans d'autres pays également. Les dosimétristes sont des professionnels formés sur le terrain à la préparation physico-informatique des traitements de radiothérapie. Dans nos services, ce métier est exercé par des infirmiers, des technologues en imagerie ou d'autres professionnels. Sous la surveillance, le contrôle et les instructions des physiciens et des radiothérapeutes, ils construisent les plans de traitements. Ils collaborent donc à la bonne délivrance de la dose prescrite aux volumes cibles déterminés par les radiothérapeutes et à

la protection optimale des organes de voisinage à risque. Leur métier est important. Les dosimétristes ont fait l'objet d'une étude menée par l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire en 2011. (disponible sur son site web)

Enfin, désireux de collaborer avec d'autres associations, nous sommes en partenariat avec la Fédération National des Infirmières de Belgique : la FNIB, mais aussi la MRTB, Médical Radiological, Technologist of Belgium.

Contact : afiter.be@gmail.com | WWW.afiter.be



Un dosimétriste



Premier congrès de l'Association Francophone des Infirmiers et des Technologues Exerçant en Radiothérapie Belge

NAMUR - Samedi 22 novembre 2014



ENTRE HAUTE TECHNOLOGIE ET HUMANITE

L'AFITER.BE est une association dont les buts principaux sont de créer un réseau entre les professionnels paramédicaux des services de radiothérapie belge, de mettre les soins aux patients, la formation et la qualité au centre de leurs préoccupations. L'AFITER.BE entend bien promouvoir les professions d'infirmiers et de technologues en radiothérapie.

Programme complet et modalités d'inscription disponibles en septembre sur www.afiter.be

Contact : afiter.be@gmail.com



Campus Provincial
Rue Henri Blès, 188-190
5000 Namur

T. 0032—81 77 53 63
T. 0032—81 77 51 35
www.hepn.be

Portrait

Le Dr Rosemary Bryant élevée au rang d'officier de l'Ordre d'Australie

Genève (Suisse), le 10 juin 2014 – AnciennePrésidente du Conseil international des infirmières, le Dr Rosemary Bryant a été élevée au grade d'officier de l'Ordre d'Australie, pour service distingué à la profession des soins infirmiers grâce à un leadership national et international, et comme défenseur de l'accès et de l'équité dans les soins de santé.



AnciennePrésidente du Conseil international des infirmières, le Dr Rosemary Bryant a été élevée au grade d'officier de l'Ordre d'Australie, pour service distingué à la profession des soins infirmiers grâce à un leadership national et international, et comme défenseur de l'accès et de l'équité dans les soins de santé.

Mme Rosemary Bryant est actuellement Infirmière et sage-femme générale du Commonwealth de l'Australie. De 2009 à 2013, elle était la Présidente du Conseil international des infirmières, après avoir été sa deuxième Vice-présidente de 2005 à 2009. Le Dr Bryant a consacré sa vie à prendre soin d'autrui et à renforcer la contribution des infirmières à la santé et au bien-être des citoyens, en Australie aussi bien qu'au plan international.

« Le CII a soutenu la candidature de Rosemary à l'Ordre d'Australie car elle représente un modèle exemplaire de carrière dans les soins infirmiers contemporains », explique David Benton, directeur général du CII. « Rosemary, source d'inspiration pour beaucoup d'infirmières, sera reconnue pour son rôle important dans l'histoire des soins infirmiers en Australie, dans sa région et dans le monde ».

Infirmière chef de file exceptionnelle et charismatique au niveau tant national qu'international, le Dr Bryant a été, pendant huit ans, directrice exécutive du Royal College of Nursing. Elle a suivi une longue

carrière dans des établissements de soins aigus et communautaires et est également très expérimentée dans le domaine des relations avec les autorités gouvernementales. Le Dr Bryant a occupé de nombreux postes à responsabilité dans le secteur infirmier, notamment : directrice du département des soins infirmiers de l'hôpital d'Adelaïde, responsable des services de santé pour l'enfance, l'adolescence et la famille de l'État de l'Australie-Méridionale et Infirmière générale de l'État de Victoria. Dans le secteur privé, le Dr Bryant a mené des activités de consultation et dirigé des projets importants tels qu'études de faisabilité, analyses de charge de travail infirmier et enquêtes sur la réglementation des soins infirmiers. Le Dr Bryant a également conseillé l'Organisation mondiale de la santé au sujet du développement des soins infirmiers dans la région du Pacifique.Fellow du Royal College of Nursing, le Dr Bryant a obtenu le diplôme de docteur des universités à l'Institut de technologie du Queensland en 2010.

Rosemary Bryant est, d'autre part, au bénéfice d'une longue expérience dans l'élaboration des politiques de soins infirmiers et, plus généralement, de santé et d'éducation. Son travail a mis en évidence et fait avancer un certain nombre d'enjeux déterminants de l'enseignement, de la main-d'œuvre et des politiques de réglementation. Ses intérêts académiques portent sur la réglementation des professionnels de la santé, notamment sous l'angle de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité des soins. À ce titre, le Dr Bryant a siégé dans trois instances régulatrices de la profession infirmière. En tant qu'Infirmière générale du Commonwealth de l'Australie, le Dr Bryant a réalisé une évaluation des services de maternité, un travail qui a fait l'objet d'un rapport au Ministère de la santé en mars 2009. En tant que Présidente du CII, le Dr Bryant a mis l'accent sur l'augmentation du nombre des membres du Conseil international des infirmières, sur l'amélioration de ses relations avec les associations nationales d'infirmières membres, sur le renforcement de son influence dans les forums décisionnels au niveau mondial et sur sa sécurité financière.

Tout au long d'une riche et longue carrière, Rosemary Bryant s'est dévouée pour l'excellence dans les soins infirmiers et a œuvré incessamment pour améliorer l'accès à des soins de qualité par les populations défavorisées du monde entier.

Pour de plus amples renseignements veuillez contacter :

Lindsey Williamson : media@icn.ch,
Téléphone : +41 22 908 0100; télécopie : +41 22 908 0101
www.icn.ch.

Note

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plusieurs millions d'infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

Agenda

A l'étranger		
24-27.9.2014. Xe conférence internationale Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers (FINE Europe) et le Comité d'entente des formations Infirmières et cadres (CEFIEC). « La formation et la pratique infirmière : quel avenir ? »	Nancy, France	www.fine-europe.eu/
26.9.2014 Séminaire européen du SIDIEF: « Intégration des savoirs scientifiques dans la formation et dans la pratique »	Limoges, France	www.chu-limoges.fr/journees-de-la-recherche-paramedicale.html
27-29.10.2014 6th International Nursing Management Conference. « Creating the Future: Nurses Leading to Safe Environments »	Bodrum, Turkey	www.inmc2014.org/
2-3.10.2014 5e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques : « Patients, professionnelles et partenaires : des attentes convergentes ? »	Montréal, Québec, Canada	www.sidiief.org/evenement/5e-rendez-gestion-maladies-chroniques/
27-28.11.2014 24e Journées d'étude européennes Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers (AFEDI) . « Gestion des risques et sécurité de personnes soignées : contribution des classifications en soins infirmiers »	IFSI du CHU de Dijon, France	www.afedi.com
31.05-04.06.2015 6e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones 2015. « Défi des maladies chroniques : un appel à l'expertise infirmière »	Montréal, QC Canada	www.sidiief.org
19-23.06.2015 Conférence et CRN du CIL. « Infirmières et citoyens du monde »	Séoul, République de Corée	www.icn2015.ch
04-05.09.2015 3rd International APN & ANP Congress : « Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice “To Be or not to Be” Development and Establishment of Advanced Practice Nursing in German speaking countries and internationally »	Munich, Allemagne	www.icn.ch/fr/details/143-3rd-international-apn-a-anp-congress.html
1-2.10.2015 13e Congrès Européen des infirmier(e)s clinicien(ne)s consultant(e)s et de pratique avancée . « Qualité des soins, qualité de vie : quelle place pour l'expertise dans la pratique infirmière ? »	Avignon, France	www.anfiide.com
En Belgique		
02.10.2014 Symposium d'oncologie (médico-infirmier) sur le thème des cancers de la sphère ORL	Hôpital A. Vésale Auditoire De Cooman Route de Gozée, 706 Montigny-le-Tilleul	Save the date !
2-3.10.2014 8th Belgian Heart Rhythm Meeting	Sheraton Brussels Airport Congress Centre	www.bhrm.be
21.10.2014 Table ronde sur le thème : Comprendre la loi sur l'euthanasie des mineurs	CHR de la Citadelle Salle Van Cuyck Liège	www.fnib.be
21.10.2014 XX ème journée de Gériatologie ComPAs / acn: Les enjeux de l'INTERDISCIPLINARITE face aux Syndromes gériatriques	Centre Culturel d'Ottignies Avenue des combattants 41 à 1340 Ottignies	www.infirmieres.be onglet « Congrès »
20.11.2014 Séminaire Européen SIDIEF: Intégration des savoirs scientifiques dans la formation et dans la pratique	UCL MONS Chaussée de Binche, 151 7000 Mons Auditoire A2	http://www.infirmieres.be onglet « Congrès »
04.02.2015 Journée d'étude : « DI-RHM au CPSI : DI-RHM : du raisonnement clinique à l'exploitation des résultats »	CPSI 1200 Bruxelles.	www.fnib.be/actualites/380-4-fevrier-2015-journee-d-etude-di-rhm-au-cpsi-di-rhm-du-raisonnement-clinique-a-l-exploitation-des-resultats

Rubrique culinaire

Le clafoutis c'est « clafoutan... »



Initialement, le clafoutis est un dessert originaire de Limousin composé de cerises recouvertes d'une pâte composée d'œufs, de sucre et de farine. Il existe de nombreuses variantes tant sucrées que salées. Afin de faciliter le service et soigner la présentation, j'ai suivi les conseils de Curnonsky, « apôtre » de la gastronomie française qui suggère de réaliser le clafoutis sur un fond de pâte brisée. Je propose quelques recettes que vous adapterez en fonction de votre goût et imagination.

LE CLAFOUTIS AUX CERISES



Ingrédients :

1 fond de pâte brisée - 500g de cerises (nb : les puristes laissent le noyau afin d'éviter que le jus se mêle à la pâte. Je dénoyaute mes cerises afin de rendre la dégustation plus aisée.) [Variante : Selon votre inspiration, vous pouvez utiliser d'autres fruits tels que framboises, abricots, myrtilles, etc...] - 100g de farine (5 càs) - 100g de sucre de canne cristallisé (5 càs) - 3 œufs entiers - 2 sachets de sucre vanillé - 50g de beurre mou - 25 cl de lait

Au travail :

- > Préchauffer le four à 200°
- > Casser les œufs dans un plat.
- > Y ajouter la farine, le sucre de canne, le sucre vanillé et bien mélanger les ingrédients avec un fouet.
- > Ajouter le beurre fondu et le lait. Mélanger le tout. Au besoin, utilisez un mixer afin de rendre l'appareil bien homogène.
- > Etendre votre fond de pâte dans la platine. Piquez celui-ci à l'aide d'une fourchette.
- > Bien répartir les cerises sur le fond.
- > Les recouvrir avec l'appareil (pâte liquide).
- > Cuire votre clafoutis au four à 200° pendant 25 à 30'
- > Déguster tiède ou froid.

CLAFOUTIS TOMATE, FROMAGE ET JAMBON FUMÉ

Vous pouvez décliner votre clafoutis avec tout ce qui vous vient en tête et qui titille vos papilles. Jambon cru, thon, saumon fumé, lardons, camembert, cham-

pignons, etc, etc... feront merveille au gré de votre imagination.



Ingrédients :

1 fond de pâte feuilletée - 3 tomates de qualité (ex : cœur de bœuf, noire de Crimée, cumato, etc...) - 100g de jambon fumé - 120g fromage à raclette - 2 échalotes hachées - 2 œufs - 2 càs. de farine - 20 cl crème fraîche - Herbes de Provence - Sel & poivre

Au travail :

- > Préchauffer le four à 200°.
- > Détailler les tomates en tranches.
- > Découper en morceaux le fromage à raclette et le jambon.
- > Casser les œufs, les battre et y ajouter la farine, la crème et les herbes de Provence.
- Rectifier l'assaisonnement de l'appareil, ainsi, réalisé.
- > Etaler le fond de pâte sur une platine et le piquer à l'aide d'une fourchette ;
- > Répartir les tomates, le fromage et le jambon sur le fond de pâte.
- > Verser, délicatement, l'appareil sur le tout.
- > Mettre au four et cuire à 200° durant 30' environ.
- > Laisser refroidir et déguster tiède ou froid accompagné d'une salade croquante.

BON APPÉTIT...



Les conseils du père « Effainibet »

Soyons coquins... Une fois n'est pas coutume, je vous invite à servir avec votre clafoutis aux cerises, un breuvage dont les belges sont, particulièrement, friands... la bière. Vous l'aurez compris, je vous propose une bière parfumée aux cerises telle qu'une bonne « krieg ». Sa fraîcheur et sa saveur, délicieusement, équilibrée entre le sucré et l'acidité de la cerise feront merveille.

Pour le clafoutis salé, je vous suggère un vin simple mais généreux tel qu'un bon rosé du Languedoc- Roussillon.

Bulletin d'adhésion

à compléter et à nous faire parvenir par mail : dallavalle.alda@gmail.com
ou par courrier postal : 27 rue de HORIA - 7040 Genly



FNIB Association sans but lucratif
Siège social : Rue de la Source, 18
1060 Bruxelles
Site web: www.fnib.be
E-mail: dallavalle.alda@gmail.com

> Membre effectif : 40€/an
> Membre pensionné : 30€/an
> Institution : 150€/an
> Etudiant en soins infirmiers (études de base) : 15€/an

Nom :
Prénom :
N° national (obligatoire) :
Adresse :
..... Bte
Code Postal Localité
Pays :
E-mail :
E-mail prof. :
Tél. :
GSM :
Fonction :
Lieu de travail :

Merci de cocher dans la liste ci-dessous l'association membre de la fédération à laquelle vous souhaitez vous affilier.
Vous avez également la possibilité de choisir une ou plusieurs affiliations complémentaires
(le coût s'élève alors à 20 euros en plus par association supplémentaire choisie).

- ☐ **ABISM** (Association belge des infirmières en santé mentale)
☐ **AFISCeP.be** (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies Belgique)
☐ **AFITER** (Association Francophone Infirmiers et Technologues en Radiothérapie)
☐ **AFIU** (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence)
☐ **AISPN** (Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie)
☐ **BANA** (Belgian Association of Nurse Anaesthesia)
☐ **CID** (Coordination des Infirmières à Domicile)
☐ **ENDO-F.I.C.** (Endoscopie - Formation Infirmière Continué)
☐ **FIIB** (Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique)
☐ **FNIB Bruxelles – Brabant**
☐ **FNIB Régionale de Charleroi et du Hainaut oriental**
☐ **FNIB Liège – Verviers – Eupen** (UPRIL)
☐ **FNIB Namur – Luxembourg** (AINL)
☐ **SIZ-Nursing** (Société des Infirmier(e)s de Soins Intensifs)
☐ **FNIB Tournai-Mons-Centre**
☐ **ASBG** (Association des soignants belges en gériatrie)
☐ **AB PAI&AS MR/MRS** (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier et de l'Art de Soigner des Maisons de Repos pour Personnes Agées et des Maisons de Repos et de Soins)
☐ **be ONS** (Belgian Oncology Nursing Society)

La FNIB Nationale se charge de transmettre votre/vos adhésion(s) complémentaire(s) et de reverser la/les fraction(s) de cotisation(s) correspondante(s) aux autres groupements.
Attention : de ce fait, un versement unique du total est à effectuer.

€

VITATEL Vivre chez soi en toute sérénité

* Qu'est-ce que la télé-assistance VITATEL ?

Une solution simple et fiable d'assistance à distance qui relie 24 heures sur 24 une personne âgée, isolée, handicapée, convalescente... à ses proches, partout en Wallonie et à Bruxelles.
En cas de besoin, c'est une intervention rapide des personnes de votre entourage et, si nécessaire, des services de secours et d'urgence. Au-delà des urgences, c'est une écoute humaine, une présence chaleureuse et rassurante, de jour comme de nuit.

* VITATEL intervient en cas de :

- Appel médical tels que chute, malaise, accident domestique...
- Appel social tels que besoin d'aide à la vie journalière, solitude, mal-être...
- Appel sécuritaire tels que agression, visiteur indésirable...

* VITATEL agit dans le respect de votre vie privée

* Abonnement mensuel à partir de 12 €

Comprend la location de l'appareil et la permanence Vitatel 24h/24. Le prix peut varier en fonction de votre statut mutualiste, c'est-à-dire si vous êtes BIM (anciennement VIPO) ou non BIM.
Une réduction peut être accordée par votre mutualité, celle-ci sera déduite directement de la facture pour les mutualités conventionnées avec PSD.
Renseignez-vous également auprès de votre commune car une intervention communale ou provinciale est parfois possible.



078 151212 www.vitatel.be



A la recherche d'un nouveau défi ?

Vous souhaitez faire évoluer votre carrière dans les soins de santé ?
Vous pensez à vous réorienter à long terme ?



Photo: AZ Groeninge | Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Courtrai

Express Medical est la référence en matière de travail intérimaire et de recrutement et sélection dans le secteur de la santé en Belgique.

Nous recherchons plusieurs infirmier(e)s (h/f) pour de nombreuses missions dans des hôpitaux (soins intensifs - maternité - gériatrie - chirurgie), maisons de repos ou soins à domicile de votre région.

Intéressé(e) ou besoin de plus d'info ? Contactez l'équipe Express Medical de votre région. Ou découvrez toutes nos offres d'emploi sur notre site www.expressmedical.be.

Express Medical Anvers
Mechelsesteenweg 146
2018 Anvers
T. 03 281 19 44

Express Medical Charleroi
Rue de Montigny 49
6000 Charleroi
T. 071 53 52 86

Express Medical Courtrai
Leiestraat 36
8500 Courtrai
T. 056 53 32 19

Express Medical Louvain
Diestsevest 58
3000 Louvain
T. 016 62 47 57
sur rendez-vous

Express Medical Bruxelles
Place De Brouckère 9-13
1000 Bruxelles
T. 02 512 13 00

Express Medical Gand
Lieven Bauwensplein 1
9000 Gand
T. 09 245 22 10

Express Medical Liège
Boulevard de la Sauvenière 68
4000 Liège
T. 04 220 97 50