
Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/633-4 (*)

**Avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH)
concernant l'adaptation des normes et de la loi sur les hôpitaux à la
suite des récentes modifications de la législation relative à l'art
infirmier.**

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 23/04/2026 et ratifié par le Bureau à cette même date

Introduction générale

Le présent avis répond à la demande du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique concernant l'intégration de la nouvelle fonction « assistant en soins infirmiers (AESI) » dans le cadre légal et normatif des hôpitaux.

Il existe actuellement une disparité structurelle entre :

D'une part, les récentes réformes de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), en particulier en ce qui concerne les professions infirmières (lois des 28 juin 2023 et 18 mai 2024) ;

D'autre part, les normes hospitalières existantes en matière d'organisation et d'encadrement du personnel, issues de la loi sur les hôpitaux et, par conséquent, de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 ainsi que de ses arrêtés d'exécution. La définition figurant à l'article 8, 5°, de la loi hospitalière est trop restrictive, de sorte que l'assistant en soins infirmier et l'Infirmier(ère) responsable des soins généraux ne relèvent ni de la loi hospitalière ni des normes d'agrément.

Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) constate que ces deux cadres normatifs ne sont actuellement pas cohérents, ce qui entraîne des conséquences importantes pour la sécurité juridique, la qualité et la continuité des soins hospitaliers.

La réforme de la profession infirmière, qui s'inscrit dans une modernisation plus large de notre système de santé, vise à optimiser l'utilisation du temps infirmier dans un contexte de complexité clinique croissante. L'assistant en soins infirmiers (AESI) constitue un maillon stratégique intermédiaire, positionné entre l'aide-soignant(e) et l'infirmier responsable des soins généraux (IRSG). Sa mission consiste à agir de manière autonome, dans les limites de la réglementation en vigueur, dans des situations de soins présentant une complexité faible à modérée. Une législation future précisera la manière dont le travail peut s'organiser au sein d'une équipe de soins structurée ainsi que les modalités applicables à la délégation des actes infirmiers.

Le positionnement structuré de l'assistant en soins infirmiers entre l'Infirmier(ère) responsable des soins généraux (IRSG) et l'aide-soignant(e) garantit une adéquation permanente entre la complexité des soins et l'expertise requise.

Cet avis souligne la nécessité d'un cadre organisationnel flexible permettant aux hôpitaux de s'adapter aux évolutions futures et renvoie simultanément à :

- le rôle central de l'IRSG dans la coordination des soins infirmiers pour un patient,
- l'introduction de l'assistant en soins infirmiers au sein de l'équipe des praticiens de l'art infirmier hospitalier,
- la priorité accordée à la sécurité des patients, conformément aux normes internationales.

Méthodologie utilisée pour cet avis

Le CFEH adopte une méthodologie progressive, en donnant priorité à la stabilité du socle légal.

L'avis comprend deux volets : (1) un premier volet qui garantit les définitions et le fondement juridique, et (2) un second volet contenant une proposition d'adaptation des normes. À cet égard, aucune modification de fond de la norme n'est proposée, mais une adaptation des normes générales ainsi que des principes applicables aux normes spécifiques est envisagée.

Une révision approfondie du contenu de la norme s'impose toutefois. Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) se déclare disposé, à l'avenir et le cas échéant, à fournir un avis distinct et approfondi.

Enfin, le présent avis ne comporte aucune proposition d'adaptation du financement.

Volet 1 : cadre univoque en matière de définitions et de base juridique

Le CFEH recommande une harmonisation stricte entre la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux (LH) et la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS).

Afin d'éviter toute divergence d'interprétation, il est proposé de reprendre intégralement les définitions issues de la LEPSS à l'article 8, 5° de la LH.

Afin de traduire ces orientations politiques dans le cadre réglementaire, le CFEH estime nécessaire d'actualiser les articles 8, 23, 24, 25, 26, 136, 137 et 154 de la loi hospitalière coordonnée par l'ajout de nouvelles définitions. Cette actualisation doit renforcer la cohérence normative et aligner les normes d'agrément et de financement sur la nouvelle structure des professions des soins de santé, telle qu'établie par la LEPSS et ses arrêtés d'exécution.

Article 8

5° on entend par « praticien de l'art infirmier hospitalier » : les praticiens de l'art infirmier hospitalier visés à l'article 45, §1er, §1/1, §1/2, §2 et §3 de la loi coordonnée du 10 mai 2015.

Pour info : « On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités qui constituent ensemble les soins infirmiers. Les soins infirmiers peuvent être préventifs, curatifs et/ou palliatifs et sont réalisés de manière autonome et, le cas échéant, interprofessionnelle, en concertation avec le patient et son entourage. Ils sont de nature technique, relationnelle et/ou éducative. Ils s'adressent aux individus et leur entourage, groupes et collectivités et tiennent compte d'une approche personnalisée et intégrée, incluant notamment les composantes psychologique, sociale, économique, culturelle et spirituelle. Ils tiennent compte des acquis scientifiques, technologiques, des normes de qualité et de la déontologie professionnelle. »

§1. Par « infirmier responsable des soins généraux », on entend l'infirmier responsable des soins généraux tel que visé à l'article 45, §1, de la loi coordonnée du 10 mai 2015, ainsi que les praticiens de l'art infirmier hospitalier qui sont légalement autorisés à exercer l'art infirmier, tels que définis à l'article 46 de la même loi, dans les mêmes conditions d'exercice que les infirmiers responsables des soins généraux, en vertu des mesures transitoires prévues à l'article 45, §1/1, §1/2, §2 et §3 de cette même loi.

§2. Par « assistant en soins infirmiers », on entend l'assistant en soins infirmiers tel que visé à l'article 45, §1/2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015.

Pour info : L'assistant en soins infirmiers est un praticien de l'art infirmier qui peut agir de manière autonome dans des situations moins complexes. Dans des situations plus complexes, il travaille au sein d'une équipe de soins structurée en étroite collaboration avec l'infirmier responsable des soins généraux ou avec le médecin lorsqu'il n'y a pas d'infirmier responsable des soins généraux qui fait partie de l'équipe de soins. L'assistant en soins infirmiers agit dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en relation avec la qualité de vie. [5 L'évaluation initiale du degré de complexité de la situation est effectuée par l'infirmier responsable des soins généraux ou par le médecin lorsque l'infirmier responsable des soins généraux ne fait pas partie de l'équipe. Ils assurent également, quand ils le jugent nécessaire, une réévaluation de la complexité de la situation. Uniquement dans le cas de prestations techniques à réaliser pour une période de moins de 24 heures, l'évaluation initiale de la complexité de la situation peut être effectuée par l'assistant en soins infirmiers.]

6° on entend par « praticien de l'art infirmier hospitalier » : l'infirmier lié à un hôpital [ou au réseau hospitalier clinique loco-régional (inséré par la loi du 28 février 2019, art. 3, l : 7 avril 2019)].

7° on entend par aide-soignant : l'aide-soignant visé à l'article 59 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 précitée et qui est lié à l'hôpital [ou au réseau hospitalier clinique loco-régional (inséré par la loi du 28 février 2019, art. 3, l : 7 avril 2019)].

Pour info : On entend par aide-soignant, une personne spécifiquement formée pour assister [1 l'infirmier ou l'infirmière responsable des soins généraux ou de l'assistant en soins infirmiers] 1, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par [1 l'infirmier ou l'infirmière responsable des soins généraux ou de l'assistant en soins infirmiers] 1, dans une équipe structurée.

8° on entend par « personnel de soins » : l'ensemble des praticiens visés aux 5° et 7°, liés à l'hôpital [ou au réseau hospitalier clinique loco-régional (inséré par la loi du 28 février 2019, art. 3, l : 7 avril 2019)].

9° on entend par *personnel de soutien* : l'ensemble des membres du personnel qui n'appartiennent à aucune des catégories de praticiens professionnels visées par la loi coordonnée du 10 mai 2015 précitée et qui assistent les praticiens de l'art infirmier hospitalier dans leurs tâches administratives et logistiques [et qui sont liés à l'hôpital ou au réseau hospitalier clinique loco-régional (inséré par la loi du 28 février 2019, art. 3, l : 7 avril 2019)].

Article 23

Voir également CFEH/D/607-2 – Avis du CFEH « agrément en cascade » – partie 3 (département infirmier - normes d'agrément) et CFEH/D/619-4 – Avis du CFEH « agréments en cascade » - partie 4.

L'activité infirmière doit être structurée dans chaque hôpital.

Ajout : l'activité infirmière comprend les activités exercées par les praticiens de l'art infirmier hospitalier.

Chaque hôpital comprend notamment :

1° un chef du département infirmier, responsable de l'organisation et de la coordination des soins infirmiers dans le cadre du département des soins infirmiers et qui, sans préjudice de la disposition de l'article 8, 2°, assure la direction journalière du **personnel de soins** et du personnel de soutien de l'ensemble de l'établissement. Le chef du département infirmier est nommé et/ou désigné par le gestionnaire, après avis du directeur et du [médecin en chef (*rempl. Loi du 18 décembre 2016, art. 104, I. 6 janvier 2017*)].

2° les infirmiers-chefs de service qui assistent le chef du département infirmier. L'ensemble des infirmiers-chefs de service qui assistent le chef du département infirmier forme le cadre intermédiaire. Les infirmiers-chefs de service sont responsables des activités infirmières dans : a) soit, plusieurs unités de soins; b) soit, un ou plusieurs services médico-techniques; c) soit, un ou plusieurs domaines de l'art infirmier au sein de l'établissement; d) soit, une ou plusieurs fonctions visées sous a), b) et c). Les infirmiers-chefs de service sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et du [médecin en chef (*rempl. Loi du 18 décembre 2016, art. 104, I. 6 janvier 2017*)].

3° un cadre infirmier comprenant tous les infirmiers en chef assisté le cas échéant des infirmiers en chef-adjoint. Les infirmiers en chef sont nommés et/ou désignés par le gestionnaire après avis du directeur, du chef du département infirmier et de l'infirmier-chef de service, visé selon le cas, en a), en b) ou en d). 4° un staff comprenant l'ensemble des **praticiens de l'art infirmier hospitalier**; 5° le personnel de soins ; 6° le personnel de soutien.

Le Roi détermine le minimum des missions à confier au chef du département infirmier, aux infirmiers-chefs de service, aux infirmiers en chef, aux infirmiers chefs-adjoints aux praticiens de l'art infirmier hospitalier et au **personnel de soins**. Le Roi peut également définir les modalités de leurs relations professionnelles. Ces tâches concernent la planification, l'organisation, la coordination, l'exécution, l'évaluation, le maintien et l'amélioration de la qualité des soins en rapport avec l'art infirmier et la pratique du **personnel de soins** à l'hôpital.

Art. 24 §1. L'activité infirmière doit être organisée de manière à faire partie intégrante de l'activité hospitalière, étant entendu que l'organisation de l'hôpital doit être telle que l'activité infirmière puisse s'y déployer dans des conditions optimales.

§2. Le chef du département infirmier collabore étroitement avec le [médecin en chef (*rempl. Loi du 18 décembre 2016, art. 104, I. 6 janvier 2017*)] en vue de la réalisation de l'objectif visé au § 1^{er}.

Art. 25

§1. L'activité infirmière doit faire l'objet d'une évaluation qualitative aussi bien interne qu'externe; à cet effet, il faut, entre autres, sous la responsabilité du chef du département infirmier, tenir à jour, pour chaque patient un dossier infirmier, qui constitue avec le dossier médical le dossier unique du patient et qui est conservé par l'hôpital sous la responsabilité du [médecin en chef (*rempl. Loi du 18 décembre 2016, art. 104, I. 6 janvier 2017*)]. En outre, un enregistrement interne doit être mis sur pied par l'hôpital. Sur la base de cet enregistrement et pour ce qui concerne les services ou fonctions désignés par le Roi, un rapport doit être rédigé sur la qualité de l'activité infirmière.

§2. Le Roi crée, pour les services ou fonctions désignés par Lui, les structures d'organisation permettant de procéder systématiquement à l'évaluation de l'activité infirmière par l'hôpital. Le Roi fixe la composition et le fonctionnement des structures précitées, étant entendu que des **praticiens de l'art infirmier hospitalier** exerçant l'activité hospitalière concernée doivent siéger dans ces structures.

§3. L'évaluation visée au § 2 peut porter sur des critères en matière d'infrastructure, de personnel, de pratique infirmière pour l'ensemble du service ou de la fonction, ainsi que sur leurs résultats.

§4. Le Roi peut préciser des règles d'application des § 1^{er}, 2 et 3 du présent article.

Art. 26.

Le chef du département infirmier prend, conformément à des règles pouvant être précisées par le Roi, les initiatives nécessaires afin de contribuer — notamment par l'implication effective du cadre intermédiaire et du cadre des **praticiens de l'art infirmier hospitalier** — au fonctionnement intégré de l'hôpital visé à l'article 24, à l'évaluation qualitative visée à l'article 25, ainsi qu'à toutes les initiatives qui en découlent en vue de maintenir ou d'améliorer la qualité de l'activité infirmière.

Article 136,

3° favoriser la collaboration avec les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le **praticien de l'art infirmier hospitalier** et paramédical;

Article 137,

16° le cadre du **personnel de soins** et paramédical, y compris les qualifications requises dans ce cadre;

Article 154

Sans préjudice de l'article 155, les honoraires, perçus ou non de façon centrale, couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales tels que notamment les frais afférents au personnel médical, le **personnel de soins**, le personnel paramédical, le personnels technique, le personnel administratif, le personnel d'entretien ainsi qu'à un autre personnel auxiliaire, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers.

Volet 2 : adaptation des normes

Normes générales (AR du 23/10/1964)

Le CFEH estime que la rigidité des ratios historiques (fondés sur le principe d'un infirmier pour 30 patients) doit évoluer vers une approche dynamique. Inspiré par les normes internationales de *safe staffing* (voir

CFEH/D/607-2 – Avis du CFEH « agrément en cascade » – partie 3 (département infirmier - normes d'agrément).

4.1. Pour une unité de base, il est proposé de préciser la norme de permanence fixe. À cet égard, la disponibilité minimale en personnel doit s'accompagner d'une flexibilité suffisante et être validée par le chef du département infirmier sur la base des principes suivants :

- La responsabilité de prévoir, en plus de l'infirmier-e en chef, une permanence de base assurée par un IRSG. Plus concrètement, la permanence par un IRSG doit être garantie à raison d'un IRSG pour 30 patients. Sans porter atteinte à ce principe de permanence, il est proposé d'introduire une flexibilité en appliquant cette permanence au niveau d'une unité fonctionnelle/d'un cluster.
- Lorsque les besoins en soins et/ou la complexité des pathologies l'exigent, l'encadrement doit être renforcé. Cela peut se faire par l'ajout d'IRSG supplémentaires, par l'intégration d'assistant en soins infirmiers, ou par le recours à d'autres professionnels de soins ou à du personnel de soutien ;
- L'assistant en soins infirmiers est désormais pleinement comptabilisé(e) dans le cadre normatif requis du personnel. L'AESI ne remplace pas l'expertise de l'IRSG, mais permet à ce dernier de se concentrer sur les situations de soins complexes et sur la coordination des soins infirmiers ;
- Le chef du département infirmier est compétent pour adapter la composition des équipes (skill mix) en fonction de la complexité réelle et de l'évolution des besoins en soins, tout en garantissant le respect global des normes de l'établissement, sans porter atteinte au principe de permanence susmentionné.

4.2. Mécanisme de validation de la complexité et de l'évolution des besoins en soins (Avis CFEH/D/607-2): le chef du département infirmier est le garant de cet ajustement. Il/elle ajuste l'adéquation des moyens en tenant compte de :

- de la charge réelle des soins, sur la base des lits occupés et du profil de soins du patient (par exemple sur la base des données DI-RHM et des NRG).
- de la complémentarité des qualifications au sein de l'équipe (IRSG, AESI, aide-soignant(e)), en fonction de la complexité des soins aux patients, nécessitant un nombre suffisamment élevé d'IRSG, assistés par une équipe de soins composée d'assistant en soins infirmiers (AESI) et d'aides-soignants ;
- de l'environnement de travail positif, des conditions de sécurité et du bien-être au travail, essentiels à la rétention du personnel.

Normes spécifiques

Un deuxième volet concerne les normes spécifiques par index. Les recommandations du CFEH sont présentées de manière globale et non par index, étant donné l'importante superposition existante.

Il ne s'agit pas d'une adaptation de fond des normes, mais bien d'une intégration des concepts et des fonctions au sein de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS).

Tableau de correspondance :

Actuel	Nouveau
Infirmier	Praticien de l'art infirmier hospitalier
Ensemble des praticiens de l'art infirmier et aide-soignant	Personnel de soins
Soins infirmiers	Exercice de l'art infirmier
Personnel auxiliaire	Personnel de soutien
Personnel infirmier et aide-soignant	Personnel de soins
Encadrement infirmier	Encadrement par les praticiens de l'art infirmier hospitalier
Infirmier social	N'est plus une filière de formation distincte
Équivalent temps plein infirmier	Équivalent temps plein praticien de l'art infirmier hospitalier
Équipe infirmière	Équipe de praticiens de l'art infirmier
Personnel infirmier	Praticiens de l'art infirmier hospitalier
Infirmier gradué	*
Infirmier gradué avec spécialisation (ex. pédiatrie)	*
Infirmier breveté	*
Bachelier infirmier	Infirmier-ère responsable des soins généraux

(*) Compte tenu du manque de clarté quant à ce que cela recouvre exactement, le CFEH demande aux autorités compétentes d'apporter des clarifications afin de garantir une interprétation univoque et de pouvoir formuler un avis cohérent à un stade ultérieur.

Il a été choisi d'illustrer l'adaptation proposée au moyen de **quelques exemples**.

• **Exemple 1** – Normes particulières applicables au service de gériatrie / III. Normes organisationnelles

3. Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein de **praticiens de l'art infirmier hospitalier**, de personnel paramédical et/ou [rempl. A.R. du 29 janvier 2007, art. 36, I : 1er septembre 2007] [d'aides-soignant(e)s (rempl. A.R. du 19 mars 2014, art. 1, I : 28 avril 2014)], par 24 lits agréés, comprenant au minimum :

1° un infirmier-chef par unité, titulaire du titre professionnel particulier de [rempl. A.R. du 29 janvier 2007, art. 36, I : 1er septembre 2007] [infirmier (rempl. A.R. du 19 mars 2014, art. 1, I : 28 avril 2014)] [spécialisé en gériatrie ; (rempl. A.R. du 29 janvier 2007, art. 36, I : 1er septembre 2007)] ;

[L'infirmier-chef de l'unité gériatrique qui, à la date du 1er mai 2014, n'est pas encore titulaire du titre professionnel particulier d'« infirmier spécialisé en gériatrie » doit, au plus tard le 1er novembre 2014, présenter une preuve d'inscription à une formation complémentaire en gériatrie, telle que visée à l'article

2 de l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères de reconnaissance autorisant les praticiens de l'art infirmier hospitalier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie. Cette formation complémentaire doit être achevée avec succès dans un délai de trois ans à compter de la date d'inscription (rempl. A.R. du 19 mars 2014, art. 1, I : 28 avril 2014)].

2° [... (abrogé par A.R. du 19 mars 2014, art. 1, I : 28 avril 2014)] ;

[3° 9 équivalents temps plein de **praticiens de l'art infirmier hospitalier**, de préférence titulaires du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière assortie d'une expertise spécifique en gériatrie, par 24 lits G (rempl. A.R. du 19 mars 2014, art. 1, I : 28 avril 2014)] ;

[4° dans chaque unité de soins, au moins un **praticien de l'art infirmier hospitalier** doit être présent en permanence ;

5° 1,33 équivalent temps plein de membres du personnel titulaires d'un diplôme de gradué/bachelier en ergothérapie, de gradué/bachelier en logopédie, ou de licencié/master en logopédie ou en psychologie (rempl. A.R. du 29 janvier 2007, art. 36, I : 1er septembre 2007)].

• **Exemple 2** – Normes particulières applicables au service de néonatalogie intensive, index NIC / IV. Normes organisationnelles

2. Personnel infirmier, soignant et autre

2.1. L'infirmier-chef est un **praticien de l'art infirmier hospitalier** ou une sage-femme et possède une expérience particulière en néonatalogie.

Par **praticien de l'art infirmier hospitalier** disposant d'une expérience particulière en néonatalogie, on entend un infirmier responsable des soins généraux (**IRSG**) qui :

- soit est titulaire de la qualification professionnelle particulière en néonatalogie ;
- soit, tant que cette qualification n'est soumise à aucune validation spécifique, est reconnu par le Conseil national de l'Art infirmier comme disposant d'une expérience particulière en soins néonataux, après avoir suivi un programme spécifique comprenant un enseignement théorique et pratique. La constatation de cette reconnaissance générale doit ressortir d'un avis du Conseil fédéral de l'Art infirmier.

Par sage-femme disposant d'une expérience particulière en néonatalogie, on entend une sage-femme qui :

- soit est titulaire de la qualification professionnelle particulière en néonatalogie ;
- soit, tant que cette qualification n'est soumise à aucune validation spécifique, est reconnue par le Conseil fédéral des sages-femmes comme disposant d'une expérience particulière en soins néonataux, après avoir suivi un programme spécifique comprenant un enseignement théorique

et pratique. La constatation de cette reconnaissance générale doit ressortir d'un avis du Conseil fédéral des sages-femmes.

2.2. L'infirmier-chef est responsable du bon fonctionnement de l'activité infirmière du service NIC. Par l'information, la concertation, la coordination et certaines interventions dans les domaines qui exercent une influence directe ou indirecte sur l'activité infirmière, il contribue à assurer la prise en charge optimale des nouveau-nés dans la durée de séjour la plus courte possible.

2.3. L'infirmier-chef veille à l'application du règlement d'ordre intérieur, notamment en ce qui concerne les modalités d'accès aux locaux où séjournent les nouveau-nés, les règles d'asepsie à appliquer à l'égard du personnel et des visiteurs, ainsi que les mesures à prendre par le personnel en cas d'infections de nature endémique.

2.4. L'infirmier-chef est responsable de l'organisation de l'enregistrement infirmier et du dossier infirmier individuel relatif aux nouveau-nés pendant toute la durée de leur séjour au sein du service NIC.

2.5. L'infirmier-chef est responsable de l'organisation de l'accueil des parents.

2.6. Par lit NIC occupé, le service doit disposer de 2,5 équivalents temps plein d'IRSG et/ou de sages-femmes, dont au moins 60 % disposent d'une expérience particulière en néonatalogie.

2.7. Le service NIC doit disposer d'au moins un équivalent temps plein de personnel administratif. Le personnel d'entretien doit être suffisamment nombreux pour permettre un nettoyage quotidien du service, y compris les week-ends et les jours fériés.

Impact sur le financement

Le CFEH souligne que les modalités d'adaptation du Budget des moyens financiers (BMF), ainsi que les effets liés à la classification IFIC, doivent faire l'objet d'un avis distinct, et ce uniquement après que le cadre normatif précité aura également fait l'objet d'une révision de fond (après avis distinct du CFEH). Cette approche vise à garantir la sécurité juridique et à assurer la cohérence entre les évolutions normatives, l'organisation des soins et le financement hospitalier.

Conclusion :

Le présent avis vise à remplacer, dans la mesure du possible, la notion d'« infirmier(ère) » par celle de « praticien(ne) de l'art infirmier », laquelle englobe à la fois l'Infirmier(ère) responsable des soins généraux (IRSG) et l'assistant en soins infirmiers (AESI) tout en reconnaissant, sur la base de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, des champs de pratique clairement distincts. En fonction de la complexité des soins requis pour les patients, la composition du personnel de soins pourra varier. Cela permet de renforcer encore davantage une différenciation claire des tâches et des fonctions.

Pour les adaptations du CHAPITRE IV – Structuration de l'activité infirmière, il est renvoyé aux avis antérieurs FRZV/D/607-2 – Avis du CFEH « agréments en cascade » – partie 3 et CFEH/D/619-4 – Avis du

CFEH « agréments en cascade » – partie 4. Le CFEH souligne, à l’instar des avis précédents, l’importance croissante d’une politique cohérente en matière de ratios sécurisés patient/infirmier et patient/aidant.

Le CFEH demande des clarifications concernant un certain nombre de niveaux de formation qui ont évolué au fil du temps et qui ne sont pas comparables entre les différentes frontières linguistiques (voir tableau de correspondance). Après clarification complémentaire, le Conseil se dit disposé à formuler ultérieurement un avis à ce sujet.

À l’avenir, le CFEH prévoit de formuler un nouvel avis portant sur une adaptation approfondie et prospective des normes, suivi d’un avis distinct consacré aux implications financières.