

**ASF**  
Accréditation Sans Frontières

# **Manuel du Coordinateur et du Moniteur**

La référence de travail formelle pour les deux rôles certifiés au cœur du modèle  
d'engagement continu d'ASF

Octobre 2026 · 2e édition · ASF-QEM-001-01

## Avant-propos

Ceci est la 2e édition du Manuel du Coordinateur et du Moniteur d'ASF, publiée en octobre 2026, remplaçant la 1re édition (septembre 2026). Elle rassemble, en un seul document de travail, tout ce dont un Coordinateur ou Moniteur certifié a besoin pour exercer son rôle avec compétence, éthique, et cohérence avec les Sept Protections Constitutionnelles d'ASF.

Cette édition met à jour la cadence de vérification décrite à la Section 8.0 pour refléter le modèle d'engagement continu d'ASF — un cycle trimestriel de preuves du Coordinateur, un examen de jalon virtuel annuel par le Moniteur, et une vérification physique complète en établissement à chaque renouvellement de 3 ans — remplaçant l'ancienne répartition trimestrielle en ligne/sur site.

Ce manuel est un complément, et non un remplacement, des normes ASF et des 37 politiques institutionnelles. En cas de divergence apparente entre ce manuel et une politique numérotée, la politique prévaut.

Émis par le Conseil d'administration d'ASF au nom du Comité des normes et de l'accréditation. Code du document : ASF-QEM-001-01. Cycle d'examen : annuel, ou plus tôt à la suite d'un changement matériel du modèle d'accréditation.

## 1.0 Philosophie

Le modèle de vérification d'ASF repose sur une idée unique, empruntée et adaptée des plus anciennes traditions de supervision de ce domaine : un Moniteur est un ami critique, pas un juge. La relation n'est pas contradictoire.

- La vérification confirme la propre auto-évaluation de l'établissement et élargit sa vision de ce qu'il peut encore améliorer — elle n'existe pas pour prendre quiconque en défaut.
- Les questions d'un Moniteur devraient aider l'établissement à expliquer son propre raisonnement, pas tester s'il peut réciter la norme.
- Le succès d'une vérification se mesure à si l'établissement repart avec une image plus claire et plus honnête de lui-même — pas au nombre de constats consignés.
- Un constat Preuve requise ou Contesté est un encouragement à combler un véritable écart, jamais un verdict d'échec.

Cette philosophie n'assouplit pas la norme. Un critère Non-Négociable qui échoue reste un échec. Ce que cela change, c'est le ton : un Moniteur qui incarne cette philosophie obtient une divulgation plus honnête de la part du personnel de l'établissement qu'un Moniteur qui arrive en inspecteur, et une divulgation plus honnête rend l'établissement plus sûr.

## 2.0 Les deux rôles, côte à côte

|                       | Coordinateur                                                     | Moniteur                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Fonction en une ligne | Dirige l'auto-évaluation et le dossier de preuves                | Vérifie indépendamment que c'est vrai                             |
| Rend compte à         | L'établissement                                                  | ASF, via l'ADC                                                    |
| Âge minimum           | Aucun minimum formel ; doit détenir une qualification pertinente | 30 ans, reflétant le jugement requis pour vérifier indépendamment |

|                                         |                                                |                                                                                               |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Temps (Interne)                         | 25–35 heures/an, un établissement              | 2 à 3 h/an (jalon virtuel annuel) + 1 à 3 jours au renouvellement de 3 ans, un établissement  |
| Temps (Externe)                         | 25–35 heures/établissement/an                  | 2 à 3 h/an (jalon virtuel annuel) + 1 à 3 jours au renouvellement de 3 ans, par établissement |
| Années consécutives max. avant rotation | Aucune limite énoncée                          | 3 (Interne) / 5 (Externe), puis une pause d'1 an                                              |
| Certification                           | AC-XXXXX, GMJ Academy, renouvelée annuellement | AM-XXXXX, GMJ Academy, renouvelée annuellement                                                |

## 3.0 Qualifications et compétences requises

### 3.1 Qualifications minimales

- Une qualification en sciences de la santé, santé publique, ou gestion pertinente, ou un minimum de 5 ans d'expérience opérationnelle dans un établissement de santé.
- Expérience démontrée d'amélioration de la qualité — avoir dirigé, pas seulement observé, un système qualité.
- Connaissance pratique actuelle de la réglementation sanitaire et des normes professionnelles applicables dans le pays de l'établissement.
- Aucun constat disciplinaire, condamnation pénale pertinente à l'aptitude au rôle, ou déclaration de conflit d'intérêts non résolue.

### 3.2 Compétences centrales (les deux rôles)

| Compétence                     | Ce que cela signifie en pratique                                                                                                                      |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Connaissance des normes        | Peut expliquer l'intention derrière un critère, pas seulement citer son libellé, et l'appliquer avec discernement au contexte réel de l'établissement |
| Collecte et analyse de données | S'appuie sur l'examen documentaire, l'observation, et l'entretien ensemble — jamais un seul                                                           |
| Communication                  | Explique un constat complexe dans un langage que comprendraient à la fois une infirmière de nuit et un directeur d'hôpital                            |
| Rédaction de rapports          | Produit un constat concis, étayé par des preuves, et exploitable dans le délai requis                                                                 |
| Adaptabilité                   | Travaille efficacement dans des établissements de taille, ressources, et culture très différentes sans appliquer un modèle unique                     |

### 3.3 Compétence supplémentaire — Moniteur uniquement

| Compétence           | Ce que cela signifie en pratique                                                                                             |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jugement indépendant | Parvient à une conclusion Vérifié/Preuve requise/Contesté qui ne changerait pas sous la pression de l'établissement ou d'ASF |

|                      |                                                                                                                                  |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestion des conflits | Communique un constat difficile sans que la conversation devienne personnelle, et sans adoucir le constat pour préserver la paix |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 4.0 Éthique

### 4.1 Confidentialité

- Un Coordinateur ou Moniteur doit garder confidentiel tout ce qui est appris sur un établissement dans l'exercice du rôle, au-delà de ce qui figure dans le rapport officiel.
- Aucune photographie, enregistrement audio, ou vidéo d'un établissement, de patients, ou de personnel ne peut être pris dans l'exercice du rôle, sauf consentement écrit de l'établissement pour un objectif spécifique et convenu.
- Aucun document ou échantillon appartenant à l'établissement ne peut être retiré pour usage personnel, publication, ou usage avec un autre client.
- Tout document obtenu lors d'une vérification doit être détruit ou restitué une fois la décision d'accréditation de ce cycle émise, sauf si la politique de conservation des dossiers d'ASF exige sa conservation centrale.

### 4.2 Conflit d'intérêts

- Un Coordinateur ou Moniteur ne doit jamais utiliser le rôle pour rechercher un avantage personnel quelconque.
- Aucun cadeau, hospitalité, ou bénéfice susceptible d'être raisonnablement perçu comme influençant un constat ne peut être accepté — voir la Règle du zéro cadeau ci-dessous.
- Un Moniteur ne doit pas vérifier un établissement, ou tout établissement du même groupe, où il a fourni un conseil rémunéré ou un service clinique au cours des 2 années précédentes.
- Un Moniteur ne doit demander aucun hébergement, confort, ou commodité au-delà de ce qu'ASF a déjà organisé avec l'établissement.
- Tout conflit d'intérêts, réel ou potentiel, doit être divulgué à ASF avant l'acceptation d'une mission, et reconfirmé au moins une fois par an même si rien n'a changé.

### 4.3 Autres obligations éthiques

- Respecter les droits et la dignité de toute personne impliquée — patients, familles, personnel de l'établissement, et confrères Coordinateurs ou Moniteurs.
- Ne jamais suggérer ou laisser entendre qu'un établissement sera certifié ou accrédité avant qu'ASF n'ait pris et publié sa décision officielle.

## 5.0 Code de bonne pratique — lors d'une visite ou vérification

- Examiner à l'avance l'auto-évaluation de l'établissement et les rapports antérieurs ; arriver avec les questions clés déjà identifiées, et non les découvrir le jour même.
- Ne demander que l'information supplémentaire véritablement nécessaire — ne pas étoffer une demande par habitude.
- Ne pas modifier un calendrier convenu sans bonne raison ; si un changement est inévitable, en convenir d'abord avec l'établissement, pas unilatéralement.
- Ne jamais comparer la performance d'un établissement à celle d'un autre nommément — chaque établissement est évalué au regard de la norme, pas de son voisin.
- Ne jamais interroger un patient sur son expérience de soins en public ou devant le personnel qui l'a fournie.

- Relier chaque question à ce qu'elle signifie pour les soins aux patients — un constat qui ne peut être relié à l'impact sur le patient est généralement le mauvais constat à poursuivre.
- Utiliser un langage clair. Un constat qui doit être traduit deux fois n'a pas été écrit assez clairement la première fois.
- Combiner l'observation avec le questionnement — ce que l'on voit et ce que l'on vous dit doivent chacun être vérifiés l'un par rapport à l'autre.
- Donner chaque constat à un niveau de détail que l'établissement peut réellement exploiter — suffisamment précis pour corriger, sans être si prescriptif qu'il retire à l'établissement son propre jugement sur la méthode.
- Laisser l'établissement choisir sa propre solution partout où plus d'une solution raisonnable existe. Énoncer l'écart et l'objectif ; lui laisser la méthode.

## 6.0 Rédiger un rapport de vérification

Un rapport est le seul artefact d'une vérification qui survit à la visite elle-même. L'équipe de l'établissement a travaillé dur pour le résultat que le rapport décrit — rédigez-le avec le même soin.

### 6.1 La structure GER — pour chaque constat individuel

- **G — L'essentiel** : énoncer le point en une phrase, lié au critère ou à son intention.
- **E — Exemple** : donner 1 à 2 exemples concrets de ce qui a été vu ou examiné — suffisamment précis pour que l'établissement reconnaisse exactement ce que vous voulez dire.
- **R — Résultat/Pertinence** : conclure par le résultat, s'il existe, ou la pertinence/l'impact si l'écart n'est pas traité.

### 6.2 La structure ADR — pour saluer une bonne pratique

- **A — Approche** : ce que l'établissement a réellement fait.
- **D — Déploiement** : jusqu'où cela s'étend — un service, ou toute unité d'hospitalisation.
- **R — Résultat** : le résultat mesurable, lorsqu'il existe.

*Exemple travaillé* : « L'établissement a restructuré son processus de double vérification des médicaments pour exiger la signature d'un second infirmier qualifié avant l'administration de tout médicament à haut risque (Approche). Ceci s'applique dans chaque unité d'hospitalisation, y compris l'USI (Déploiement). Les erreurs médicamenteuses signalées impliquant des médicaments à haut risque sont passées de 4 par trimestre à 0 au cours des deux trimestres depuis l'introduction (Résultat). »

### 6.3 Discipline du rapport

- Finir le rapport aussi près que possible de la fin de la visite — la mémoire des détails s'estompe vite.
- Utiliser un langage positif et constructif. Énoncer l'objectif à atteindre, pas une méthode prescrite pour l'atteindre, sauf si le critère lui-même spécifie la méthode.
- Limiter chaque constat à un seul problème. Lorsque plusieurs problèmes mineurs partagent une cause commune, les regrouper sous un seul titre plutôt que de les lister comme des points distincts.
- Le score d'un constat et sa justification écrite doivent concorder — un relecteur de rapport ne devrait jamais avoir à deviner pourquoi un score a été attribué.

## 7.0 La règle du zéro cadeau lors d'une visite sur site

- Aucun cadeau, aussi modeste soit-il — ni bouteille de vin, ni panier-cadeau, ni réduction dans la boutique de l'établissement.
- Aucune hospitalité au-delà de ce qui est raisonnable et nécessaire — un déjeuner de travail sur place est acceptable ; une invitation à dîner hors site ne l'est pas.
- Aucun surclassement de voyage, aucune nuit supplémentaire, aucune offre de « faire visiter » la ville au Moniteur.
- Aucun remboursement en espèces au-delà du tarif journalier préalablement convenu et des frais de déplacement documentés.

Un Moniteur à qui l'on propose l'un de ces éléments décline, le note dans le rapport de vérification que ce soit accepté ou non, et signale toute offre persistante ou insistante au Point focal d'éthique immédiatement.

## 8.0 Le cycle : ce qui se passe quand

### T1 — Auto-évaluation complète

Le Coordinateur complète chaque critère avec une déclaration de preuve obligatoire. C'est la référence de base pour l'année.

### T2 — Mise à jour

Le Coordinateur met à jour l'auto-évaluation et le Plan d'amélioration.

### T3 — Mise à jour

Le Coordinateur met à jour l'auto-évaluation et le Plan d'amélioration.

### T4 — Mise à jour finale de l'année

Le Coordinateur complète la mise à jour finale de l'auto-évaluation pour l'année.

### Annuellement — Examen de jalon virtuel du Moniteur

Le Moniteur mène un examen documentaire plus un appel vidéo, environ 2 à 3 heures, sans déplacement.

### Tous les 3 ans — Vérification complète en établissement

Le Moniteur passe une journée de travail ou plus sur site, couverture de 100 % des critères. C'est le point de renouvellement sur lequel la décision de certification triennale est construite. Une visite sur site peut aussi être demandée en dehors de ce rythme partout où un cas spécifique — un constat complexe, une classification Crise ou Transition — en a véritablement besoin.

## 9.0 Le parcours de contestation — Constats

Les constats Preuve requise et Contesté ne sont pas des échecs du processus — ils sont le processus qui fonctionne.

- 1. Le Moniteur documente l'écart spécifique par écrit.
- 2. Le Coordinateur a 14 jours pour répondre avec des preuves ou une correction.
- 3. Si résolu, les deux signent le constat mis à jour.
- 4. Si non résolu, le Moniteur escalade à ASF avec les deux positions documentées.
- 5. L'ADC rend la décision finale — jamais le Moniteur, l'établissement, ou le personnel d'ASF seul.

## 10.0 Appels — Décisions de certification vous concernant

Ceci est un parcours différent de la Section 9. Celui-ci s'applique si l'on vous refuse personnellement la certification, le renouvellement, ou si votre certification est suspendue ou retirée — pas à un constat sur un établissement.

- Soumettre un appel écrit à ASF dans les 30 jours suivant la notification de la décision.
- Un Panel d'appel de 3 personnes est convoqué : un membre du Conseil (président), un Coordinateur ou Moniteur senior du registre public, et le Point focal d'éthique (secrétaire, sans droit de vote).
- Le Panel a 30 jours pour décider, prolongeable une fois de 30 jours supplémentaires avec motifs écrits donnés à l'appelant.
- La décision du Panel est communiquée par écrit dans les 15 jours suivant son adoption.

- La décision du Président du Conseil sur l'appel est définitive.

## 11.0 Renouvellement, congé, et démission

### 11.1 Renouvellement

La certification est renouvelée annuellement, sous réserve : d'au moins une mission achevée l'année précédente (ou une exception approuvée, voir ci-dessous), d'aucun constat d'éthique non résolu, et d'un bilan satisfaisant sur les contestations traitées durant l'année.

### 11.2 Incapacité temporaire

- Si une maladie ou une urgence empêche une visite programmée, notifier immédiatement le contact de coordination d'ASF afin qu'un remplacement puisse être organisé — ne pas attendre la date de la visite.
- Pour une absence prolongée (maladie, congé parental, ou similaire) censée durer plus d'un cycle, notifier ASF par écrit ; la certification est mise en suspens plutôt que caduque, et se réactive au retour sans nécessiter une recertification complète.

### 11.3 Démission

- Donner à ASF un préavis écrit d'au moins 30 jours avant de se retirer, afin qu'un établissement ne se retrouve jamais sans Coordinateur ou Moniteur certifié et sans plan de transition.

## 12.0 Dossiers qu'ASF conserve sur vous

- Coordonnées, dossiers de qualification, et l'identifiant de qualification (AC-XXXXXX ou AM-XXXXXX).
- Un dossier de chaque mission : établissement, date, constats émis, et toute contestation soulevée.
- Historique de formation et de renouvellement.
- Toute divulgation éthique ou plainte archivée, et sa résolution.

Traité en vertu d'ASF-POL-18 (Protection des données, informatique et cybersécurité). Vous pouvez demander une copie de votre propre dossier à tout moment.