

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



AUTORITE NATIONALE D'ASSURANCE QUALITE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
(ANAQ-SUP)

**RAPPORT D'ÉVALUATION  
INSTITUTIONNELLE DE L'INSTITUT  
AFRICAIN DE SANTÉ MODERNE (IASM) EN  
VUE DE L'HABILITATION À DÉLIVRER DES  
DIPLOMES DE LICENCE**

L'équipe d'évaluation :

**Pr Bhen Sikina TOGUEBAYE, Président**  
**Pr Ibrahima DIAGNE, Membre**  
**Dr Aly NDIAYE, Membre**

Signature :

**Pour l'Équipe, le Président**

**Août 2019**

# Table des matières

I. Introduction .....	3
II. Présentation de l'IASM .....	3
III. Avis sur le rapport d'auto-évaluation .....	3
IV. Description de la visite .....	3
V. Appréciation de l'établissement au regard des standards de qualité du référentiel .....	4
VI. Points forts .....	15
VII. Points faibles .....	17
VIII. Appréciations générales de l'établissement .....	18
IX. Recommandations à l'établissement.....	19
X. Recommandations à l'ANAQ-Sup .....	20
XI. Proposition d'avis.....	20

## **I. Introduction**

L'Institut Africain de Santé Moderne (IASM), après trois (03) ans de fonctionnement, a sollicité auprès du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), l'habilitation à délivrer des diplômes de Licence. C'est dans ce cadre que l'Autorité Nationale d'Assurance Qualité de l'Enseignement Supérieur (ANAQ-Sup) a confié à une équipe d'experts externes la mission d'évaluer cet établissement.

## **II. Présentation de l'IASM**

L'IASM est un établissement privé d'enseignement supérieur qui a son siège à Dakar, Liberté 6 Extension villa N°26. Sa gouvernance comporte trois (03) organes : Le Conseil Supérieur, la Direction Générale et le Conseil Pédagogique.

L'institut prépare les étudiants aux diplômes de Licence en :

- Soins Infirmiers et Obstétricaux /Option Infirmier
- Soins Infirmiers et Obstétricaux /Option Sage-femme

L'institut compte, pour l'année académique 2018-2019, 400 étudiants, 51 enseignants dont 4 permanents et 17 personnels administratifs, techniques et de services.

## **III. Avis sur le rapport d'auto-évaluation**

Le rapport d'auto-évaluation comprend 73 pages, y compris les annexes. Il a été préparé suivant le référentiel d'évaluation institutionnelle de l'ANAQ-Sup. Tous les standards ont été renseignés.

Les éléments de preuve utiles à la bonne appréciation du rapport sont, soit annexés au rapport d'auto-évaluation, soit mis à disposition lors de l'évaluation externe.

L'analyse faite des différents champs d'évaluation est souvent plus descriptive que statistique, ce qui oblige de faire référence très souvent aux éléments de preuve.

Le rapport a été élaboré suite à une auto-évaluation conduite par un comité de pilotage composé de représentants de toutes les composantes de l'établissement.

## **IV. Description de la visite**

### **➤ *Déroulement de la visite***

La visite de terrain a été effectuée le 31 juillet 2019. Le tableau ci-dessous donne le chronogramme de la visite effectuée par les experts.

<i>Horaires</i>	<i>Activités des experts</i>
08h 45 – 09h00	Arrivée de la délégation des experts
09h 00 – 11h 30	Présentation et échanges avec les responsables de l'institution (Administrateur général et son équipe) sur le rapport d'auto-évaluation
11h 30 – 14h 00	Entretiens avec les différentes composantes (PER, PATS, Etudiants)
14h 00 – 15h 00	Visite des locaux
15h 00 – 16h 00	Réunion d'harmonisation entre les experts
16h 00 – 17h 00	Restitution orale des premiers éléments d'appréciation

L'évaluation a été menée à travers :

- des entretiens avec les responsables, les enseignants, le personnel administratif, technique et de service, les étudiants de l'institut ;
- la visite des infrastructures et des équipements de l'institut ;
- l'étude de documents mis à disposition par l'institut

La liste des personnes rencontrées lors de la mission de terrain est fournie en annexe du présent rapport.

La synthèse des observations a été présentée aux composantes de l'IASM en deux rubriques : points forts et points faibles. Il a été précisé que les points faibles feront l'objet de recommandations.

### ➤ 2. *Appréciation de la visite sur site*

Aucune difficulté n'a été rencontrée au cours de la visite. C'est dans une ambiance de cordialité et d'échanges respectueux que cette visite s'est déroulée. Il a été constaté une mobilisation de toutes les composantes de l'IASM.

## **V. Appréciation de l'établissement au regard des standards de qualité du référentiel**

### **CHAMP D'EVALUATION 1 : Stratégie, organisation, fonctionnement et gestion de la qualité au sein de l'institution**

**Standard 1.01: L'institution s'est dotée d'une mission publique comprenant ses objectifs en matière d'enseignement et de recherche et déterminant sa position dans l'environnement académique et social. L'institution dispose d'un plan stratégique**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'IASM, s'est donné comme missions de contribuer :

- au développement de l'Enseignement Supérieur au Sénégal et en Afrique ;
- à la mise à disposition du système de Santé des Ressources Humaines de qualité ;
- à l'amélioration de l'offre de soins au Sénégal et en Afrique ;
- au développement des échanges scientifiques entre pays africains et l'interculturalité en milieu professionnel.

Il s'est fixé comme objectifs de/d' :

- offrir une formation en Sciences Infirmières et Obstétricales permettant l'accès au savoir, au savoir-faire, au savoir être et à la recherche ;
- offrir une formation professionnelle de qualité dans les filières sus citées ;
- contribuer à l'adéquation Formation-Emploi par la mise en œuvre de formations intégrant les différents programmes de Santé Publique.
- ouvrir des Masters en Sciences Infirmières et Obstétricales.
- former un personnel sanitaire de haut niveau pouvant intégrer n'importe quelle structure de soins de référence.

Il s'est spécialisé dans le domaine de la santé.

La professionnalisation de ses filières de formation est en phase avec les orientations stratégiques nationales pour l'enseignement supérieur.

L'école dispose d'un plan stratégique 2019-2024 mentionnant spécifiquement sa mission et ses objectifs en matière de formation et de développement institutionnel.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 1.02: Les processus, les compétences et les responsabilités décisionnels sont déterminés. Le PER est impliqué dans les processus décisionnels qui concernent l'enseignement et/ou la recherche.**

**Appréciation globale sur le standard :**

La gouvernance de l'institut est ordonnée autour des organes suivants :

- Le Conseil supérieur,
- Le Conseil académique ;
- La Direction générale.

Le Conseil Supérieur et le Conseil académique ne sont pas opérationnels car aucun document prouvant leur fonctionnalité n'a été fourni. Par ailleurs le processus de désignation des membres de ces instances n'a pas été établi.

L'institut s'est doté d'un manuel de procédures administratives, financières et comptables qui formalise les principales règles de gestion administrative, financière et comptable. Mais l'appropriation et l'application de ce manuel ne sont pas effectives.

Le personnel d'enseignement siège dans le Conseil académique. Son implication dans les processus décisionnels concernant l'enseignement est de ce fait effective et garantie.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 1.03 : L'institution dispose des personnels, des structures ainsi que des ressources financières et matérielles lui permettant de réaliser ses objectifs en fonction de son plan stratégique.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'établissement dispose d'un effectif de :

- 04 enseignants permanents dont 02 sont des médecins titulaires d'un DES et 02 sont des infirmiers d'Etat titulaires d'un diplôme de Technicien Supérieur ;
- 47 enseignants vacataires ;
- 17 personnels administratifs, techniques et de services, dont 9 ont un statut de personnel permanent.

Le nombre d'enseignants permanents est très faible.

Certains enseignants sont qualifiés et très expérimentés dans les programmes de Licence en cours d'exécution.

La structure organisationnelle de l'institut comprend, en plus des organes mentionnés au standard 1.02, un service financier et un service logistique et technique (bureau de la scolarité, bureau du personnel, antenne médicosociale, bureau logistique). Ces services sont adaptés à la réalisation des missions et des objectifs de l'institut.

Les ressources matérielles (équipements bureautiques et scientifiques) et financières ainsi les infrastructures (locaux) permettent à l'établissement de réaliser ses objectifs.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 1.04 : Les sources du financement et leurs conditions sont transparentes et ne restreignent pas l'indépendance décisionnelle de l'institution en matière d'enseignement et de recherche.**

**Appréciation globale sur le standard :**

Les sources de financement de l'établissement, constituées essentiellement de frais de scolarité des étudiants, lui garantissent son autonomie. Pour chaque exercice, un budget est élaboré en prenant en compte les besoins des différentes parties prenantes. Les documents comptables de l'institut sont produits et certifiés par le cabinet comptable Moustapha DIOP Service (MD-Service).

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 1.05 : L'institution dispose d'un système d'assurance qualité.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a mis en place une Cellule Interne d'Assurance Qualité (CIAQ) dont le responsable est un « consultant ». C'est une personnalité externe qui accompagne l'institut dans la mise en place de son système d'assurance qualité interne. Elle a organisé

plusieurs réunions avec les composantes de l'institut. Les PV de ces réunions ainsi qu'un rapport d'activités sont disponibles.

L'Assurance Qualité des établissements d'enseignement supérieur est un système complexe ayant pour objectifs de mesurer la qualité de leurs activités, de prendre des mesures lorsque des lacunes sont identifiées, de réévaluer si ces actions correctrices ont produit l'effet désiré, de continuer ce processus et de réévaluer le système sur une base continue. La culture de la qualité est obtenue une fois que la mentalité de l'évaluation de la qualité est constante et que des améliorations ultérieures ont été intériorisées par la communauté au niveau institutionnel. Voilà pourquoi, le responsable de la CIAQ doit être un agent permanent de l'établissement.

L'institut dispose d'une déclaration de Politique Qualité diffusée au sein de l'établissement et d'un Manuel Qualité décrivant les processus qualité mis en œuvre en son sein.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 1.06 : L'institution a mis en place des mécanismes pour prévenir et/ou solutionner les conflits.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut dispose d'un Règlement Intérieur, largement diffusé, qui organise la vie en son sein. Il a également mis en place un comité de gestion des conflits et nommé le responsable de ce comité. Mais le comité ne semble pas opérationnel, car il n'a produit aucun rapport d'activités.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**CHAMP D'EVALUATION 2 : Offre d'études et de formation**

**Standard 2.01 : L'institution offre des enseignements conduisant à l'obtention de diplômes académiques ou professionnels avec des objectifs d'études et de formation déterminés. Ils s'intègrent dans l'offre d'études et de formation supérieure existante dans l'institution et au niveau national ou la complètent de façon judicieuse.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut offre deux Licences :

- Licence en Soins infirmiers et obstétricaux /Option Infirmier
- Licence en Soins infirmiers et obstétricaux /Option Sage-femme

Les objectifs de ces deux licences sont en cohérence avec les missions que s'est donnée l'établissement.

Les deux licences sont en adéquation avec les orientations nationales en matière de professionnalisation des formations. Elles complètent l'offre nationale en matière de formation d'infirmiers et de sages-femmes.

Les maquettes pédagogiques fournies sont celles proposées par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. Elles n'ont pas été adaptées au contexte national et ne sont, de ce fait, pas conformes à la réglementation nationale en la matière. En effet, l'attribution des crédits aux UE est très déséquilibrée (ex UE à 18 crédits) et des crédits sont affectés aux éléments constitutifs des unités d'enseignement. La charge de travail semestrielle en termes volume horaire n'est pas respectée (volume horaire semestriel atteignant 1025 h alors que le décret relatif à la licence l'a fixé à 600 h).

L'équipe d'experts a aussi noté une incohérence entre la maquette pédagogique du 5<sup>ème</sup> semestre et le bulletin de notes du 5<sup>ème</sup> semestre de la licence en soins infirmier fournis. En effet l'unité d'enseignement « Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain » vaut 5 crédits et compte 02 éléments constitutifs dans la maquette alors que dans le bulletin de note, elle compte 03 éléments constitutifs pour 3 crédits.

La liste des responsables des filières fournie compte 04 personnes, dont 03 sont des infirmiers d'Etat ou sage-femme d'Etat ; un seul est médecin gynécologue.

La production et l'application de syllabi par les enseignants n'est pas systématique. Or c'est dans ces documents que sont mentionnés toutes les informations nécessaires aux étudiants pour comprendre l'organisation pédagogique des modules d'enseignement, les objectifs d'apprentissage, les stratégies d'enseignement employées, les méthodes d'évaluation des apprentissages, le matériel didactique utilisé, les références bibliographiques.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 2.02 : L'institution participe aux échanges nationaux et internationaux d'étudiant(e)s, d'enseignants.**

**Appréciation globale sur le standard :**

Les deux programmes de licences sont établis selon le format LMD qui devrait faciliter la mobilité des étudiants. Mais l'institut n'a établi aucune convention de partenariat avec les institutions d'enseignement supérieur publique ou privée et, par conséquent, ne participe pas à des programmes d'échanges nationaux et internationaux d'étudiants et d'enseignants.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 2.03 : L'institution a défini les conditions pour l'obtention des attestations et des diplômes académiques. Elle veille au respect de ces conditions.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a défini les conditions d'obtention des diplômes et attestations ainsi que les



modalités d'évaluation des apprentissages dans son Règlement Intérieur. Ces informations sont aussi partagées à travers des tableaux d'affichage.

Les évaluations sont de différents types : formatives ou sommatives, sous forme de devoirs notés ou de tests de connaissances. Les enseignants sont libres de procéder aux formats d'évaluation qui leur semble le plus approprié.

Le processus d'élaboration et de transmission des sujets d'examen est établi, mais insuffisamment sécurisé. Le système d'anonymat est appliqué pour les examens, mais pas dans les contrôles continus et les évaluations de rattrapage.

Les PV de délibération de jurys d'examen fournis prouvent que l'établissement veille au respect des conditions de passage et d'obtention des diplômes.

Depuis sa création, l'institut prépare ses étudiants aux examens pour l'obtention des diplômes nationaux d'Infirmiers d'Etat et de Sage-femme d'Etat, avec un système d'accompagnement. Il n'a jamais établi, ni délivré ses propres diplômes. Des attestations de fréquentation en font office.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 2.04 : L'institution organise le suivi du cursus pédagogique de ses étudiant(e)s et l'insertion professionnelle de ses diplômés. L'institution exploite les informations collectées périodiquement auprès de ses étudiant(e)s et de ses diplômés.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a fourni un rapport d'enquêtes réalisées auprès de ses étudiants pour apprécier le niveau de satisfaction de l'offre d'étude. Mais rien n'indique cependant que les données recueillies, surtout quantitatives, sont exploitées. Par ailleurs aucun rapport d'enquêtes réalisées auprès de ses diplômés pour apprécier leur employabilité et le niveau de responsabilité des postes occupés n'a été fourni.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 2.05 : L'institution évalue périodiquement ses programmes pour s'assurer de leur qualité (auto-évaluation).**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut ne dispose pas d'une politique d'évaluation de ses programmes d'études. Elle dispose certes d'une Cellule Interne d'Assurance Qualité, mais celle-ci n'a pas encore réalisé l'auto-évaluation des deux licences de l'institut.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

### **CHAMP D'EVALUATION 3 : Recherche**

**Standard 3.01 : Les activités actuelles de recherche de l'institution concordent avec son plan stratégique et correspondent aux standards internationaux.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'a pas d'activités endogènes de recherche. Les indicateurs du niveau d'activité et de la productivité de la recherche de l'établissement n'ont pas été communiqués aux évaluateurs.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 3.02 : L'institution garantit l'intégration des connaissances scientifiques actuelles dans la formation.**

**Appréciation globale sur le standard:**

L'institut n'a fourni aucun document attestant l'intégration de nouvelles connaissances dans ses programmes de formation.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

### **CHAMP D'EVALUATION 4 : Personnel d'Enseignement et/ou de Recherche (PER)**

**Standard 4.01 : Les procédures de sélection, de nomination et de promotion du PER sont conformes à la législation nationale et aux normes du CAMES et communiquées publiquement. En ce qui concerne le corps enseignant, il est tenu compte aussi bien des compétences didactiques que des qualifications scientifiques.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut dispose d'un manuel de procédures administratives et financières dans lequel les procédures de recrutement du personnel enseignant sont décrites. Mais les principes de transparence et de concurrence, décrits dans ce document ne sont pas respectés car l'essentiel des enseignants sont recrutés par cooptation.

La promotion et l'avancement dans la carrière des PER conformes à la législation nationale et aux normes du CAMES ne sont pas mis en œuvre à l'institut.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 4.02: L'institution régleme la formation continue et le perfectionnement du PER sur les plans didactique et professionnel.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'organise pas, de façon formelle, la formation continue (formations diplômantes ou qualifiantes, voyages d'études, colloques scientifiques etc.) de son personnel enseignant.

Il a mis au point un questionnaire d'évaluation des enseignements par les étudiants dont l'application est confirmée par les étudiants, mais les résultats de ces évaluations ne sont pas exploités pour la formation continue et la promotion des enseignants.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 4.03 : L'institution conduit une politique durable de la relève.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'a pas de politique durable pour assurer la relève et le renforcement qualitatif de son personnel d'enseignement. Aucun plan de développement des ressources humaines n'a été mis à la disposition de l'équipe d'experts.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 4.04 : L'institution offre l'accès à un service de conseil en plans de carrière.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'a pas de plan de carrière pour le personnel enseignant. Il ne dispose pas non plus de structure qui conseille le PER en matière de plans de carrière.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**CHAMP D'ÉVALUATION 5 : Personnel Administratif, Technique et de Service (PATS)**

**Standard 5.01 : Les procédures de recrutement et de promotion du personnel administratif, technique et de service (PATS) sont réglementées et publiées.**

**Appréciation globale sur le standard :**

Les procédures de recrutement du personnel administratif, technique et de service ne sont pas réglementées. C'est un personnel dont le recrutement se fait par cooptation sur la base des qualifications recherchées.

La promotion et l'avancement dans la carrière des PATS ne sont pas mis en œuvre à l'institut.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 5.02 : L'institution garantit la formation continue et le perfectionnement du personnel Administratif, Technique et de Service (PATS).**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'organise pas de façon formelle la formation continue (formations diplômantes ou qualifiantes) de son personnel administratif, technique et de service. Par ailleurs, il ne dispose pas de structure qui conseille le personnel administratif, technique et de service en matière de plans de carrière.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**CHAMP D'ÉVALUATION 6 : Étudiant(e)s**

**Standard 6.01 : Les conditions et les procédures d'admission dans les programmes d'études et de formation de l'institution sont conformes aux textes et publiées.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut applique les textes nationaux en matière de recrutement des étudiants dans les programmes de Licence. Tous les étudiants sont titulaires du baccalauréat avant admission en première année de Licence.

Les conditions et les procédures d'admission sont publiées dans le Règlement Intérieur.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 6.02 : L'égalité des chances entre hommes et femmes est réalisée.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'égalité des chances entre hommes et femmes est garantie et réalisée par l'établissement. Il n'y a pas de discrimination liée au genre au sein de l'établissement.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 6.03 : L'institution observe la progression des étudiant(e)s dans leur cursus ainsi que la durée des études.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a fourni des informations statistiques sur les taux de réussite. Par contre, il n'a fourni aucune donnée sur la durée moyenne des études dans chacune des deux filières de licence offertes.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 6.04 : Les taux d'encadrement doivent permettre que les objectifs de formation de l'institution et de chacune des unités qui la composent puissent être atteints.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'a fourni aucune donnée statistique sur les taux d'encadrement dans chacune des filières de licence offertes. Par contre, il a donné le ratio global enseignants/étudiants qui est 1/38. Ce ratio, calculé en prenant compte les enseignants vacataires, est malgré tout très faible. S'il était calculé sur la base d'enseignants permanents, ce ratio serait de 1/100.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 6.05 : L'institution veille à l'existence et au fonctionnement d'un service de conseil destiné aux étudiant(e)s, aux étudiantes et aux autres personnes intéressées.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut n'a pas créé en son sein un service d'accueil ni produit de documents de conseil et d'orientation formalisé destiné aux étudiants et autres personnes intéressées.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 6.06: L'institution offre un service spécial approprié pour les étudiants(e)s en situation de handicap.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a aménagé une salle au Rez-de-chaussée et une rampe facilitant l'accès à cette salle aux personnes en situation de handicap moteur. Mais il n'y a pas d'aménagement pour l'accès aux locaux pédagogiques situés aux étages supérieurs.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

## **CHAMP D'EVALUATION 7 : Infrastructures et équipements**

**Standard 7.01 : L'institution dispose d'infrastructures et d'équipements permettant la réalisation de ses objectifs de formation et/ou de recherche à moyen et à long termes.**

**Appréciation globale sur le standard :**

Les infrastructures et équipements disponibles permettent à l'établissement de réaliser ses objectifs de formation à long terme. Les locaux pédagogiques (salles de cours, salles informatiques, amphithéâtres, salles de travaux pratiques, bibliothèque) et administratifs (bureaux, salle des professeurs) sont en nombre suffisant, spacieux, propres et bien

équipés en matériels informatiques, scientifiques, didactiques et en mobiliers.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 7.02 : Les moyens informationnels dont dispose l'institution lui permettent de soutenir un enseignement et/ou une recherche de qualité.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'établissement dispose d'un réseau internet (wifi) fonctionnel, d'une petite bibliothèque physique pourvue d'un fonds documentaire couvrant les domaines scientifiques de l'établissement, d'une bibliothèque virtuelle et des postes de travail installés permettant aux étudiants de se documenter en ligne.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

**Standard 7.03 : L'institution dispose d'un système de secours visible, communiqué et compris.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut dispose d'une infirmerie placée sous la responsabilité d'un infirmier et pourvue de médicaments de premiers soins.

L'hygiène est assurée par des techniciennes de surface. La sécurité des hommes et des biens est assurée, jour et nuit, par des agents de sécurité.

Les locaux et couloirs sont pourvus d'extincteurs aux normes. Toutes les salles et le plan d'évacuation sont spécifiés.

Les toilettes sont en nombre suffisant, propres et spécifiées par genre.

Le bâtiment qui abrite le siège ne dispose pas d'issues de secours et les fenêtres de la salle de cours situées au 2<sup>ème</sup> étage et ouvertes sur l'extérieur ne sont pas sécurisées.

**Conclusion sur le standard : Atteint**

## **CHAMP D'EVALUATION 8 : Coopération**

**Standard 8.01 : L'institution noue des contacts aux niveaux national, régional et international. Elle promeut la collaboration avec d'autres institutions d'enseignement supérieur, avec les milieux professionnels et les acteurs sociaux pertinents.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut a signé des conventions de partenariat avec des hôpitaux de Dakar et de sa banlieue pour l'accueil des étudiants en stage. Il n'a pas de convention de partenariat

avec les institutions d'enseignement supérieur.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**CHAMP D'ÉVALUATION 9 : Information et communication**

**Standard 9.01 : Pour prendre ses décisions stratégiques relatives aux offres d'études, à la recherche, à l'engagement et à la promotion des personnels (PER, PATS), la direction de l'institution se fonde sur une information quantitative et qualitative pertinente et récente.**

**Appréciation globale sur le standard :**

L'institut ne dispose pas d'un système d'information de gestion intégré et informatisé. Par ailleurs, il n'a pas une politique formelle de collecte, de sécurisation, de traitement, d'analyse et d'exploitation des informations. D'une manière générale, les informations à l'institut sont disponibles à l'état brut. Elles sont faiblement traitées ou présentées sous une forme ne facilitant pas la prise de décision.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

**Standard 9.02 : Tant sur le plan interne qu'externe, l'institution suit une politique de communication et d'information objective, efficace et transparente.**

**Appréciation globale sur le standard :**

Sur le plan interne, les tableaux d'affichage sont utilisés. Mais la communication externe présente plusieurs points faibles. En effet :

- l'institut ne dispose pas d'un site web fonctionnel et de ce fait, n'est pas visible à l'extérieur;
- l'institut n'a pas de politique de communication explicite. Les actions sont organisées d'une manière informelle chaque fois qu'un besoin se présente ;
- l'institut ne dispose pas de ressources humaines qualifiées pour la communication.

**Conclusion sur le standard : Non atteint**

## **VI. Points forts**

### ***a) Gouvernance***

- La fonctionnalité du « Conseil Scientifique et Pédagogique » et de la Cellule interne d'assurance qualité.

- L'existence d'un Plan Stratégique 2019-2024, d'un plan de financement, d'un Manuel de Procédures Administratives et Financières, d'un Règlement Intérieur et d'une Politique Qualité.
- La constitution de jurys d'examens et la production des PV de délibération de ces jurys.
- La bonne gestion financière et comptable (prévision budgétaire, certification des états financiers par un cabinet comptable externe).
- Le respect de la réglementation nationale en matière d'admission des étudiants dans les parcours de Licence.
- L'évaluation des enseignements par les étudiants.
- L'existence de conventions de partenariat avec les structures de santé.
- L'accueil d'étudiants de plusieurs nationalités.

### ***b) Offre de formation***

- Les filières de formation offertes sont conformes aux dispositions de l'agrément reçu du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.
- L'implication des professionnelles dans les activités pédagogiques.
- L'organisation de stages dans les parcours de formation.

### ***C) Ressources humaines***

- L'existence de 04 enseignants permanents et d'enseignants qualifiés et expérimentés.
- L'existence de procédures de recrutement des PER qui prennent en compte les critères de diplôme, de compétences et de qualifications.
- Le sentiment d'appartenance, le fort engagement et la forte motivation des personnels.

### ***d) Infrastructures et équipements***

- Les locaux pédagogiques et administratifs actuels sont en nombre suffisant et bien équipés en mobiliers.
- L'existence de deux (2) salles informatiques dotées de machines fonctionnelles.
- L'existence d'une bibliothèque physique faiblement pourvue en ouvrages et d'une bibliothèque virtuelle pourvue de ressources documentaires en lien avec les enseignements de l'institut.
- L'existence d'un réseau internet fonctionnel.
- L'existence d'une infirmerie placée sous la responsabilité d'un infirmier qualifié.
- L'existence d'extincteurs en nombre suffisant, à jour et installés dans les endroits appropriés
- L'existence de toilettes en nombre suffisant, propres et spécifiées par genre.



## **VII. Points faibles**

### ***a) Gouvernance***

- Conseil supérieur et Conseil académique non fonctionnels (aucun PV de leurs réunions n'a été fourni).
- L'absence d'appropriation et d'application du manuel de procédures administratives et financières.
- L'externalisation du poste de responsable de la CIAQ. La direction de la CIAQ a été confiée à un « consultant ». Le responsable de la CIAQ doit être un agent permanent de l'établissement car l'assurance qualité des établissements d'enseignement supérieur est un système complexe qui pour objectifs de mesurer la qualité de leurs activités, de prendre des mesures lorsque des lacunes sont identifiées, de réévaluer si ces actions correctrices ont produit l'effet désiré, de continuer ce processus et de réévaluer le système sur une base continue. La culture de la qualité est obtenue une fois que la mentalité de l'évaluation de la qualité est constante et que des améliorations ultérieures ont été intériorisées par la communauté au niveau institutionnel.
- L'inexistence de diplômes propres à l'établissement.
- L'absence de manuel qualité décrivant les processus qualité mis en œuvre au sein de l'institut.
- L'absence de suivi du cursus pédagogique des étudiants et de l'insertion professionnelle des diplômés.
- L'absence de relations de partenariat avec les institutions d'enseignement supérieur.
- Des faiblesses dans la production des données statistiques.
- L'absence de service interne dédié à l'accueil, à l'information, à l'orientation et à l'insertion en stage des étudiants.
- L'inexistence d'un système de gestion intégré et informatisé.
- Des insuffisances au niveau de la communication externe qui est réduite à quelques activités organisées d'une manière artisanale chaque fois qu'un besoin se présente.
- La non fonctionnalité du comité de gestion des conflits (aucun rapport d'activités n'a été fourni).
- L'absence d'une politique d'évaluation de ses programmes d'études.
- L'absence d'activités endogènes de recherche.

### ***b) Offre de formation***

- Des insuffisances dans la structuration des maquettes de formation qui ne sont pas conformes à la réglementation nationale en la matière. En effet, des crédits sont affectés aux éléments constitutifs des unités d'enseignement et la charge de travail semestrielle en termes de volume horaire n'est pas respectée (volume horaire semestriel atteignant 1025h alors que la norme au Sénégal est de 600h).
- Des problèmes de mise en cohérence entre la maquette pédagogique et les bulletins de notes. Par exemple, pour le 5ème semestre de la licence en soins infirmiers fournis, il a été noté que l'unité d'enseignement « Situation clinique se référant à la physiologie et aux pathologies du corps humain » vaut 5 crédits et compte 02 éléments constitutifs

dans la maquette alors que dans le bulletin de note, elle compte 03 éléments constitutifs pour 3 crédits.

- Des filières de licence coordonnées sur le plan pédagogique des Infirmiers d'Etat ou Sages-femmes d'Etat.
- La non systématisation de la production de syllabi par les enseignants. Or c'est dans ces documents que sont mentionnés toutes les informations nécessaires aux étudiants pour comprendre l'organisation pédagogique des modules d'enseignement, les objectifs d'apprentissage, les stratégies d'enseignement employées, les méthodes d'évaluation des apprentissages, le matériel didactique utilisé, les références bibliographiques.
- Le faible taux d'encadrement des étudiants.
- La non maîtrise du calendrier universitaire (la durée de l'année universitaire est longue et couvre pratiquement toute l'année civile).
- La méconnaissance du système LMD par les étudiants.

### ***c) Ressources humaines***

- Le faible nombre d'enseignants permanents.
- Le faible niveau de qualification de certains enseignants intervenant en licence. L'institut ne dispose que de deux enseignants permanents médecins spécialisés. La plupart des enseignants sont des infirmiers ou sages-femmes.
- L'absence de formations continues diplômantes ou certifiantes du PER et du PATS permanents.
- L'absence de plan de développement des ressources humaines et de plan de carrière pour les enseignants et les personnels administratifs permanents.
- L'absence de procédures formelles pour le recrutement des PATS.

### ***d) Infrastructures et équipements***

- L'absence d'aménagements destinés aux personnes en situation de handicap facilitant leur accès aux locaux pédagogiques des étages supérieurs.
- L'insuffisance de la sécurisation du bâtiment principal (fenêtres non sécurisées au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment abritant le siège).
- L'absence d'un site web fonctionnel.

## **VIII. Appréciations générales de l'établissement**

L'IASM est un établissement privé d'enseignement supérieur qui prépare les étudiants aux diplômes de Licence en Soins Infirmiers et Obstétricaux /Option Infirmier et en Soins Infirmiers et Obstétricaux /Option Sage-femme. Les locaux pédagogiques sont en nombre suffisant et bien équipés en matériels informatiques, scientifiques, didactiques et en mobiliers. La gouvernance académique est confuse. Le responsable de la CIAQ est un consultant au lieu d'être un agent permanent de l'institut. Les maquettes des programmes de licence ne sont pas conformes à la réglementation nationale en la matière. L'équipe pédagogique n'est pas étoffée car un grand

nombre des enseignants n'ont que le diplôme d'infirmier d'Etat ou de Sage-Femme d'Etat. Depuis sa création, l'institut ne prépare les étudiants qu'aux diplômes nationaux d'Infirmiers d'Etat et de Sages-femmes d'Etat, mais n'a jamais délivré ses propres diplômes.

En conclusion, l'établissement possède quelques points forts et a satisfait à quelques standards du référentiel. Mais des améliorations notables sont à apporter en matière de :

- gouvernance administrative et académique ;
- mise en conformité des maquettes pédagogiques avec la réglementation nationale ;
- ressources humaines.

## **IX. Recommandations à l'établissement**

- Améliorer la gouvernance administrative et académique de l'institut.
- Elever le niveau de recrutement des PER et leur proposer un plan de carrière.
- Mettre les maquettes d'offre de formation des parcours de licence en conformité à la réglementation nationale en la matière.
- Mettre les maquettes pédagogiques des programmes de Licence en harmonie avec les relevés de notes.
- Systématiser la production des syllabi par les enseignants et les mettre à la disposition des étudiants.
- Systématiser la production de rapports d'activités par les différents services.
- Prendre des mesures pour rendre le Conseil Supérieur fonctionnel et le faire tenir les PV de ses réunions.
- Nouer des relations de partenariat avec les institutions publiques d'enseignement supérieur nationales et œuvrer pour matérialiser les partenariats établis.
- Confier la direction de la CIAQ à un agent permanent de l'institut qui pourrait être assisté par des personnes ressources externes, si besoin.
- Œuvrer pour rendre le Comité de Gestion des Conflits fonctionnel et l'amener à produire des rapports annuels de ses activités.
- Formaliser la procédure de recrutement des PATS.
- Se doter d'un plan de développement des ressources humaines.
- Se doter d'un manuel qualité décrivant le système de management de la qualité mis en œuvre en son sein et précisant les responsabilités relatives à l'assurance qualité.
- Créer et rendre fonctionnel un service d'accueil, de conseil, d'orientation et d'insertion en stage destiné aux étudiants.
- Améliorer la communication externe par notamment la création d'un site web fonctionnel.
- Réaliser des aménagements destinés aux personnes en situation de handicap facilitant leur accès aux locaux pédagogiques des étages supérieurs.

## **X. Recommandations à l'ANAQ-Sup**

- Mettre en place un dispositif de suivi périodique en relation avec l'établissement pour la correction des faiblesses et le relèvement progressif du niveau de la qualité de l'institution.
- Organiser une formation à l'intention de la cellule interne d'assurance qualité pour renforcer leurs capacités dans la gestion de la qualité et pour l'auto-évaluation des programmes d'études.
- Proposer une formulation harmonisée des diplômes délivrés par les structures de formation en santé qu'elle doit habiliter ou accréditer.

## **XI. Proposition d'avis**

Habilitation à délivrer des diplômes de licence non recommandée.

## **Annexe**

### **Liste des personnes rencontrées**

#### **Direction**

Oumar SAMBA, Directeur Général  
Abdourakhmane NDIAYE, Directeur des études  
Ndéye Awa DIOP, Coordinatrice  
Arame CAMARA, Coordinatrice  
Aïssatou GUEYE NDOUR, Surveillante générale  
Abdou Karim GUEYE, Coordonnateur  
Fatou SEYDI, Gestionnaire

#### **Enseignants**

Ibra Ndiaye SECK  
Abdou Khadre DIOP  
Aïssatou GUEYE TOURE  
Elisabeth CHAGO  
Ibrahim NDIR

#### **Personnel administratif, technique et de service**

Aminata Balla FALL DIEYE  
Moussa BA  
Alpha DIALLO  
Moustapha DIOP

#### **Étudiants**

Ibrahima MANGA  
Fatimata Adama BA  
Ndoumbé LO  
Anta DIEYE  
Papa Dame GUEYE  
Angèle Aïda MANE