

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, DE LA
RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
ANAQ-SUP



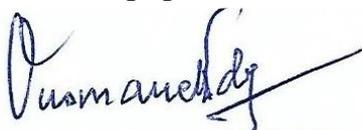
**RAPPORT D'ÉVALUATION INSTITUTIONNELLE EXTERNE DE
L' INSTITUTEUR AFRICAIN DE SANTÉ MODERNE (IASM) DE DAKAR
EN VUE DE L'OBTENTION DE L'HABILITATION À DÉLIVRER LES
DIPLÔMES DE LICENCE EN SCIENCES INFIRMIÈRES ET OBSTÉTRICALES
OPTION INFIRMIER ET
LICENCE EN SCIENCES INFIRMIÈRES ET OBSTÉTRICALES OPTION
SAGE-FEMME**

Équipe d'évaluation externe

- Professeur Ousmane Ndiaye, Président,
- Docteur Makhouradia Thiam, Membre,
- Docteur Mamadou Saidou Diallo, Membre

Signature :

Pour l'Equipe, le Président



Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Professeur Ousmane NDIAYE
Chef de Service de Pédiatrie
Tél: +221 77 639 96 00
ousmane2.ndiaye@uead.edu.sn

Décembre 2024

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ANAQ-Sup	Autorité nationale d'Assurance Qualité de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
APC	Approche par compétence
APO	Approche par objectif
BFEM	Brevet de Fin d'Études Moyennes
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
C2C	Class Room To Care
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEDEAO	Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIAQ	Cellule Interne d'Assurance Qualité
COFIL	Comité de Pilotage
COSEPS	Collectif Sénégalais des Chefs d'Établissement Privés en Santé
CRFS	Centre Régional de Formation en Santé
DER	Directrice des Études et de la Recherche
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EC	Élément constitutif
3FPT	Fonds de Financement de la Formation Professionnelle et Technique
HCR	Haut-Commissariat pour les Réfugiés
IASM	Institut Africain de Santé Moderne
LMD	Système Licence-Master-Doctorat
LSIO	Licence en Sciences Infirmières et Obstétricales
MESRI	Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OOAS	Organisation Ouest-africaine de la Santé
PATS	Personnel Administratif, Technique et de Service
PER	Personnel d'Enseignement et de Recherche
PV	Procès-Verbal
SAC	Service à la Communauté
TD	Travaux dirigés
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TP	Travaux pratiques
UE	Unités d'Enseignement

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	2
INTRODUCTION.....	4
1. PRÉSENTATION DE L'INSTITUT AFRICAIN DE SANTÉ MODERNE.....	4
2. AVIS SUR LE RAPPORT D'AUTO-ÉVALUATION.....	5
3. DESCRIPTION DE LA VISITE SUR LE TERRAIN	6
4. APPRÉCIATION DE L' IASM AU REGARD DES STANDARDS DE QUALITÉ DE L'ANAQ-SUP	9
5. MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA DERNIÈRE ÉVALUATION.....	20
6. POINTS FORTS DE L'ÉTABLISSEMENT	23
7. POINTS FAIBLES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	23
8. APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	24
9. RECOMMANDATION À L'IASM.....	24
10. RECOMMANDATIONS À L'ANAQ-SUP	25
11. PROPOSITION D'AVIS	26

Introduction

L'Institut africain de Santé moderne (IASM) a sollicité, auprès du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, l'habilitation à délivrer des diplômes de Licence en Sciences Infirmières et Obstétricales (LSIO)- option « infirmier » et Licence en Sciences Infirmières et Obstétricales (LSIO)- option « sage-femme » conformément aux dispositions de la Loi sur le Système Licence-Master-Doctorat (LMD). C'est dans ce cadre que l'Autorité nationale d'Assurance Qualité de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (ANAQ-Sup) a commis un groupe de trois (3) experts externes pour procéder à l'évaluation institutionnelle de l'établissement.

La mission s'est déroulée le 20 décembre 2024 selon un agenda qui a été stabilisé et validé après que l'administration de l'école supérieure de formation professionnelle en santé ait donné son avis de non-objection sur la composition de l'équipe d'experts et sur la date de l'évaluation externe. Les documents de références pour l'évaluation (projet d'agenda, référentiel d'évaluation institutionnelle de l'ANAQ-Sup, rapport d'auto-évaluation, grille d'exploitation de rapport d'auto-évaluation institutionnelle par les experts externes...) ont été préalablement mis à la disposition des membres de l'équipe d'experts par courrier électronique.

1. Présentation de l'Institut Africain de Santé Moderne

L'Institut africain de Santé moderne est une institution de formation en santé créée en 2014. Il a par la suite reçu une autorisation d'ouverture du Ministère de la Formation et de l'Enseignement professionnel de l'apprentissage et de l'artisanat sous les numéros 0184/MFPAA/SG/DFPT/MN et RepSEN/Ensup-priv /AP/352-2017. Il a également bénéficié d'un agrément provisoire du Ministère de l'Enseignement supérieur de la Recherche sous le numéro 001768 MESR/DGES/DESP en date du 4 août 2017 pour dispenser une formation de Licence en Sciences infirmières et obstétricales/LSIO Options infirmier d'état et Option Sage-femme d'état).

Il offre également des formations d'Assistant infirmier, Infirmier breveté, Infirmier de bloc opératoire, Aide-soignant, Délégué médical, Secrétaire médicale et Gestionnaire-vendeur en pharmacie.

La maquette pédagogique de formation en LSIO s'appuie sur celle du programme harmonisé de l'Organisation ouest africaine de la Santé adopté par l'ensemble des 15 pays de la CDEAO permettant une mobilité académique des enseignants et étudiants des institutions de formation reconnues au niveau sous-régional.

L'établissement s'appuie sur un partenariat avec des collectivités territoriales et des structures de santé avec lesquelles il a signé des conventions.

Elle est dotée des organes de gouvernance suivants :

- Le Conseil supérieur d'établissement ;
- Le Conseil pédagogique ;
- La Direction générale ;
- Le Service financier ;
- Le Service logistique et technique comprenant : Le Bureau de la scolarité, Le Bureau du personnel, l'antenne médico-sociale et prévention des conflits.

Les contacts de l'Institution sont les suivants :

- Adresse : Liberté 6 extension Villa N°26 en face du Camp Leclerc.
- Téléphone : +221 33 864 59 58-+221 33 827 38 73
- E-mail: iasmsenegal2014@gmail.com
- Site web: <https://iasmsante.com>; Page Facebook: Institut Africain de Santé Moderne ; Instagram : <https://www.instagram.com/iasmsenegal/>

2. Avis sur le rapport d'auto-évaluation

Le rapport d'auto-évaluation respecte le canevas défini par le guide d'auto-évaluation fourni par l'ANAQ-Sup. C'est un document de soixante-dix-huit (78) pages et des annexes. Il a été élaboré à la suite de l'auto-évaluation du programme conduite par un comité de pilotage dont l'acte de création n'est pas annexé au rapport. Tous les standards du rapport d'autoévaluation ont été renseignés.

La liste des membres du comité de pilotage de l'auto-évaluation institutionnelle est insérée à la page 9 (Tableau N°2). Le comité de pilotage est composé de 14 membres dont 7 femmes et 7 hommes ; les étudiants sont pas représentés. La liste des membres comporte les noms et prénoms des membres, leurs adresses électroniques, numéros de téléphone, leur fonction et leur statut au sein du comité de pilotage ainsi que les fonctions occupées dans l'établissement. L'agenda du processus d'auto-évaluation est inséré à la page 6 (Tableau N°1) du document

transmis en date du 15 novembre 2024.

Le rapport fait ressortir certains points essentiels du plan stratégique de l'établissement tels que la vision, les valeurs, la mission, les objectifs stratégiques et la stratégie de gestion de la qualité.

3. Description de la visite sur le terrain

✍ Accueil dans l'établissement

Nous avons été accueillis à 9 heures par le Directeur de l'établissement qui nous a souhaité la bienvenue. Ce dernier nous a par la suite installé dans la salle de réunion de l'établissement située au rez-de-chaussée où nous avons une première rencontre avec l'administration de l'établissement et les membres du comité de pilotage (cf. rencontre avec les entités de l'établissement).

✍ Rencontre avec les différentes entités de l'établissement

- ***Rencontre avec l'équipe de Direction et le comité de pilotage de l'auto-évaluation institutionnelle***

La première rencontre réunissait les experts, l'équipe administrative et les membres du comité de pilotage. Après les mots de bienvenue prononcés par le Directeur, la rencontre a été ouverte par le Président du comité des experts.

Par la suite une séance de présentation individuelle des participants suivie de la présentation brève de l'institution (statut, la gouvernance, les missions) puis du rapport d'auto-évaluation. Ces deux interventions ont été suivies des commentaires des experts portant sur le contenu du rapport et les éléments de preuve. De nombreuses questions ont été posées portant sur la gouvernance administrative et pédagogique, l'application du système LMD et du programme harmonisé de l'OOAS, les stages, les contrats des employés et leur prise en charge sanitaire (mutuelle, assurance), les approches pédagogiques, le management de la qualité, les investissements prévisionnels pour une autonomie en ce qui concerne les infrastructures et les PER, la place de la recherche dans les missions. Une liste des éléments de preuves a été identifiée au cours des discussions pour une mise à la disposition des experts.

Des réponses ont été apportées par les différents intervenants de l'institution ainsi que la mise à la disposition des experts des éléments de preuve souhaités.

- ***Rencontre avec le Personnel enseignant et de Recherche (PER)***

La rencontre avec le comité de pilotage a été suivie de la rencontre avec le Personnel Enseignant et de Recherche (PER). Les discussions ont concerné les types de contrat. Il a été noté que certains PER n'ont pas de contrat formalisé.

Le point sur les approches pédagogiques et les méthodes d'évaluation a été discuté en insistant sur la mise en œuvre de l'approche par compétence. La faible utilisation des outils digitaux et de l'enseignement en mode virtuel était également notée.

La sécurisation des épreuves d'évaluation a été également abordée pour éviter les risques de fuite ; cette question a été également largement abordée avec l'administration de l'école. Un PER a bénéficié d'une formation continue en pédagogie universitaire.

- ***Rencontre avec le Personnel Administratif et Technique (PATS)***

Le personnel administratif jugeait satisfaisant l'environnement de travail. Ils ont tous un contrat permanent, soit en CDI ou en CDD. Toutefois, les techniciens de surface ne disposent pas de contrat formel. Les PATS ne disposent pas d'assurance-maladie et n'ont pas adhéré à une mutuelle de santé.

Par ailleurs, ils ne bénéficient pas de formation continue ou de recyclage. Pour certains, il n'existe pas d'adéquation entre les diplômes obtenus et les postes occupés. Par exemple, un Diplômé d'informatique est utilisé surtout pour des tâches de reprographie ou comme coursier. Il ne dispose pas de contrat.

- ***Rencontre avec les étudiants***

Huit (8) étudiants des différents niveaux d'études dont 4 filles et 4 garçons ont participé à la rencontre avec les experts. Un (1) étudiant d'origine étrangère était originaire de la Mauritanie. Ce dernier prétend avoir connu l'école à travers les bonnes appréciations qui lui sont faites dans son pays. Cinq nationalités étrangères étaient représentées lors de cette rencontre avec les étudiants (Guinée, Mauritanie, Gabon, Comores, Congo). Cette rencontre a essentiellement portée sur la vie sociale des étudiants, les conditions d'études, les approches pédagogiques et les méthodes d'évaluation.

Les étudiants semblent satisfaits des approches pédagogiques ainsi que de leur environnement d'apprentissage.

Ils sont satisfaits de leur environnement social et s'investissent beaucoup pour la réalisation d'activités dans le cadre de la responsabilité sociale d'entreprise de leur école (dépistage du cancer des cols au sein des communautés, sensibilisation des populations, séances de prières à l'intention du personnel et des étudiants disparus, dons de sang).

Toutefois, il n'y a pas de représentation des étudiants au comité pédagogique.

Les évaluations des enseignements sont souvent pas effectuées à travers une plateforme dédiée. La grille d'évaluation a été fournie.

✍ **Visite des locaux et laboratoires de l'institution**

Après la rencontre avec les étudiants, les locaux administratifs, les salles de cours et les salles de simulation ont été visités sous la direction du personnel administratif et des membres du comité de pilotage (COPIL) avec une présence constante et engagée de l'équipe administrative de l'établissement. Cette dernière a pris note de toutes les remarques positives ainsi que des aspects à améliorer.

✍ **Réunion de restitution de la visite des locaux et laboratoires**

La réunion de restitution de la visite de site avec le Comité de Pilotage s'est déroulée à 17h. Elle a permis à l'équipe des évaluateurs externes de faire le point des activités de la journée et de communiquer leur impression globale sur le programme objet de l'évaluation. Les points forts et les points à améliorer ont été ressortis et des recommandations principales formulées, en attendant le rapport provisoire qui leur sera transmis dans les meilleurs délais.

✍ **Appréciation de la visite (difficultés, facilités, leçons apprises, etc.)**

Aucune difficulté n'a été rencontrée au cours de la visite. Nous avons été très bien reçus par les principaux responsables de l'établissement conduits par le Directeur. La visite s'est déroulée dans d'excellentes conditions, dans une ambiance empreinte de cordialité et d'échanges fructueux avec toutes les composantes de l'institution.

Nous avons rencontré une équipe ouverte, humble, très réceptive et disposée à prendre en compte les recommandations issues de cette évaluation. Ils ont mis à notre disposition tous les documents requis pour la vérification des éléments de preuve.

4. Appréciation de l' IASM au regard des standards de qualité de l'ANAQ-Sup

Champ d'évaluation1 : Stratégie, organisation, fonctionnement et gestion de la qualité au sein de l'établissement

Standard 1.01 : *L'établissement 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. Il dispose d'un plan stratégique*

L' IASM a élaboré un plan stratégique pour la période 2019-2024. Dans ce dernier, la vision, les valeurs et les missions de l'établissement y sont bien définies. Les orientations stratégiques prioritaires, les objectifs et les lignes d'action y sont bien décrits ainsi que les indicateurs. Le budget des activités y figure. Toutefois, un cadre de mesure des performances n'est pas élaboré. L'institution a bien défini son positionnement par rapport au contexte national et régional en ayant pour ambition de devenir une structure de référence en terme de qualité pour la formation des infirmiers et des sage-femmes. Un nouveau plan stratégique est en cours d'élaboration. Ce dernier devra tenir compte des observations faites sur le précédent.

L'institution adhère également aux orientations actuelles au niveau national en ce qui concerne l'application du système LMD mais également au niveau régional et international avec l'adoption du curriculum harmonisé de l'Organisation Ouest-africaine de la Santé (OOAS) pour la formation des infirmiers et des sage-femmes dans l'espace CEDEAO.

Appréciation du Standard 1.01: Atteint

Standard 1.02: *Les processus, les compétences et les responsabilités décisionnels sont déterminés. Le PER, le PATS et les étudiants sont impliqués dans les processus décisionnels qui concernent l'enseignement, la recherche, l'innovation, le service à la communauté et l'insertion.*

Les processus, les compétences et les responsabilités décisionnelles sont contenus dans un manuel de procédures administratives, financières et comptables de l'IASM. La gouvernance administrative et technique de l'institution repose sur plusieurs organes : Le conseil supérieur d'établissement équivalent au conseil d'administration (liste fournie dans le rapport d'auto-évaluation), la Direction générale, le Conseil pédagogique (liste fournie dans le rapport d'auto-évaluation), le service financier, le conseil de discipline et de

résolutions des conflits et la Cellule Interne d'Assurance Qualité (CIAQ). En revanche, un conseil de classe n'est pas mis en place.

Le PER est composé de : la Directrice des Études ; les Coordonnateurs de filières (filiale infirmière et filiale sage-femme) ; les Enseignants-Chercheurs ; les Enseignants vacataires.

La Cellule Interne d'Assurance Qualité est dirigée par un responsable chargé de sa mise en œuvre. L'organigramme, le plan stratégique, le manuel des procédures administratives, techniques et financières, le règlement intérieur, les actes de création des instances, les actes de nomination de responsables et les Procès-verbaux de rencontres en sont des éléments de preuve. L'ensemble des organes mis en place sont fonctionnels ; des procès-verbaux de réunions régulières ont été fournis.

Appréciation du Standard 1.02 : Atteint

Standard 1.03 : *L'établissement dispose des personnels et des structures lui permettant de réaliser ses objectifs en fonction de son plan stratégique.*

L'IASM dispose d'un personnel dont les fonctions sont précisées dans le manuel de procédure et représentées dans un organigramme fonctionnel.

Il dispose de 38 enseignants dont 3 ont un statut de contractuels (pour un total de 285 étudiants en 2024). Ceci représente un très faible ratio enseignant permanent /étudiant (1 enseignant pour 7 étudiants, 1 enseignant permanent pour 94). Le nombre très faible d'enseignants permanents représente un risque pour la qualité des enseignements.

Concernant les infrastructures et les équipements, la visite des locaux et l'inventaire nous permettent d'affirmer que l'institution dispose de suffisamment de ressources matérielles pour atteindre ses objectifs de formation. Elle dispose de 6 salles fonctionnelles de cours corrects, d'1 salle de simulation pour les soins infirmiers et les soins obstétricaux bien aménagée et assez-bien équipée. L'aménagement de chacune de ces salles, en fonction des différentes compétences attendues chez les sage-femmes et les infirmiers est souhaité. et L'IASM dispose d'une salle d'informatique dotée de 12 ordinateurs connectés sur internet permettant aux étudiants de faire des recherches sur les bases de données virtuelles ainsi qu'une bibliothèque physique disposant d'ouvrages pédagogiques très récents mais dont la quantité est à renforcer.

L'IASM dispose aussi de ressources financières essentiellement tirées de ressources internes (frais de scolarité des étudiants) et d'une stratégie de financement probante lui permettant d'atteindre les objectifs déclinés dans le plan stratégique. Toutefois

l'institution gagnerait à diversifier ses sources de financement pour assurer sa pérennité ; ce, en s'appuyant sur son outil de plaidoyer auprès des partenaires que représente son plan stratégique.

Appréciation du Standard 1.03 : Atteint

Standard 1.04 : *Le budget est adéquat aux objectifs de l'établissement. Les sources du financement et leurs conditions sont transparentes et ne restreignent pas l'indépendance décisionnelle de l'établissement en matière d'enseignement, de recherche, d'innovation, de service à la communauté et d'insertion.*

Les sources de financements de l'institution sont clairement identifiées et transparentes (frais de scolarité des étudiants). La gestion fiduciaire nous semble transparente eu égard aux explications fournies. Les bilans financiers sont régulièrement certifiés. Toutefois, les sources de financement sont très restreintes constituées uniquement des inscriptions des étudiants. Le Budget serait équilibré pour le moment. Toutefois, il ne permet pas d'effectuer de gros investissements.

Appréciation du Standard 1.04 : Atteint

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

L'institution dispose d'une cellule interne d'assurance qualité (CIAQ) créée par Note de service n° 017/2021/2022 du 10 octobre 2022 du Directeur Général (Note de nomination du responsable de la Cellule Interne d'Assurance Qualité et de Service à la Communauté (CIAQ : SAC). La composition des membres de la CIAQ n'est pas précisée dans le rapport. La CIAQ est responsable du management de qualité. Le statut du responsable de la cellule d'assurance qualité et ses prérogatives sont définis. L'IASM a élaboré ainsi une déclaration de politique qualité. En revanche, il ne dispose pas encore de manuel qualité.

Appréciation du Standard 1.05 : Partiellement Atteint

Standard 1.06 : *L'institution a mis en place des mécanismes fonctionnels pour prévenir et résoudre les conflits.*

L'institution a mis en place un conseil de discipline et de gestion des conflits attesté par un acte de création. Il n'existe pas de document de politique écrite pour la résolution des conflits. Toutefois le contenu doit être amélioré. Il n'existe pas encore de rapports écrits sur des conflits constatés ; aucun conflit n'ayant encore été rapporté. Des outils de collecte de données sur les conflits identifiés ne sont pas identifiés ni de fiche de signalement. Des sessions de renforcement des compétences sur les mécanismes de résolution des conflits ne sont pas organisés.

Appréciation du Standard 1.06 : Partiellement Atteint

Champ d'évaluation 2 : Offre de formation

Standard 2.01 : *L'établissement offre des formations conduisant à l'obtention de diplômes académiques ou professionnels avec des objectifs déterminés. Ces formations s'intègrent dans l'offre de formation supérieure existante dans l'établissement et celle au niveau national ou la complètent de façon judicieuse.*

L'institution propose un Diplôme de LSIO - options « infirmier » et « sage-femme ». L'offre d'études et de formation répond bien la vision formulée par l'institution.

La licence en Sciences Infirmières et Obstétricales – option « infirmier » et La licence en Sciences Infirmières et Obstétricales - option « sage-femme » s'insèrent bien dans l'offre actuelle de formation supérieure au niveau national mais également au niveau régional dans le cadre de l'harmonisation des programmes par l'OOAS.

Appréciation du Standard 2.01 : Atteint

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

L'institution n'a rapporté aucune activité de mobilité académique au plan national ou international. Il n'existe pas de politique définie de mobilité pédagogique.

Appréciation du Standard 2.02 : Non Atteint

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

L'IASM adhère actuellement aux conditions d'obtention des diplômes académiques qui sont définies au niveau national. L'obtention de la LSIO - option « infirmier » et « sage-femme » repose jusqu'à présent sur l'organisation d'un examen de certification pour l'ensemble des écoles de formation à l'issue duquel un Diplôme d'état d'infirmier ou de Sage-femme est délivré aux étudiants ayant validé avec succès les épreuves. Il faut souligner que cette procédure de délivrance de diplômes ne répond pas aux exigences actuelles du système LMD qui doit aboutir à l'obtention d'une Licence. Aucune politique de délivrance de Diplôme propre à l'institution n'est définie.

Appréciation du Standard 2.03 : Non Atteint

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

L'institution organise effectivement le suivi du cursus pédagogique de ses étudiants au cours des formations théoriques mais également au niveau des sites de stage pratique où

des moniteurs sont présents. Cependant les ratio enseignants-étudiants sont très insuffisants.

Il ne s'est pas doté d'une stratégie formelle de suivi du devenir de ses Diplômés. Il existe un mécanisme de collectes d'informations périodiques auprès des étudiants avec la conception d'une base de données des alumni. Cependant, le taux d'insertion est très faible.

Appréciation du Standard 2.04 : Atteint

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

L'institution n'évalue pas régulièrement ses programmes. Toutefois, les enseignements sont régulièrement évalués par les étudiants à travers une plateforme dédiée et de façon anonyme. Un rapport de ces évaluations est élaboré mais non partagé à tous les intervenants.

Appréciation du Standard 2.05 : Non Atteint

Champ d'évaluation 3 : Recherche et innovation

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

L'institution ne mène pas des activités de recherche. Il n'a pas également conçu une politique de recherche conformément à ses missions et aux orientations du système LMD ; ce qui est une faiblesse. L'enseignement virtuel n'est pas utilisé malgré la conception en cours d'une plateforme E-learning.

Appréciation du Standard 3.01 : Non atteint

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

L'IASM garantit effectivement l'intégration des connaissances scientifiques actuelles dans la formation au niveau national. Elle actualise également le contenu des enseignements en fonction des données scientifiques au niveau mondial ; la majorité des intervenants étant des universitaires habitués à la recherche et aux publications scientifiques. Par ailleurs l'école met en œuvre le nouveau curriculum de formation des infirmiers et des sage-femmes de l'espace CEDEAO adopté par le Ministère de la santé et de l'Action Sociale (MSAS) ; ce dernier privilégie l'utilisation de données factuelles locales, régionales et internationales pour adapter les contenus des programmes.

Appréciation du Standard 3.02 : Atteint

Champ d'évaluation 4 : Service à la communauté (SAC)

Standard 4.01 : *L'établissement s'est doté d'une politique en matière de SAC.*

L'Institution a mis en place des mécanismes pour la formalisation des services à la communauté. Un responsable a été désigné (responsable CIAQ/SAC). Des activités sont menées par l'école en appui aux populations résidant dans la zone qui l'héberge. Des rapports sont disponibles. Toutefois, les activités devraient être planifiées et inscrites dans le budget de l'établissement. L'établissement ne s'est pas encore doté d'une politique écrite en matière de service à la communauté.

Appréciation du Standard 4.01 : Partiellement Atteint

Standard 4.02: *L'établissement favorise et met en œuvre le SAC*

Des activités d'appui aux communautés sont régulièrement organisées telles que des séances de dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, des journées de nettoyage du quartier, des visites de pouponnières avec dons divers.

Appréciation du Standard 4.02 : Atteint

Champ d'évaluation 5 : Insertion

Standard 5.01 : *L'établissement s'est doté d'une politique d'appui à l'insertion des étudiants.*

L'établissement ne s'est pas doté d'une politique d'appui à l'insertion. Toutefois, il accompagne certains étudiants dans la recherche d'emploi.

Appréciation du Standard 5.01 : Non Atteint

Standard 5.02 : *L'établissement favorise et met en œuvre une politique de préparation à l'insertion*

L'IASM santé ne met pas en œuvre une politique de préparation à l'insertion pour les étudiants.

Appréciation du Standard 5.02 : Non Atteint

Champ d'évaluation 6 : Personnel d'Enseignement et/ou de Recherche (PER)

Standard 6.01 : *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.*

Les procédures de recrutement et de promotion du PER ne sont pas règlementées ni publiées. Le recrutement ne se fait pas sur la base d'un appel à candidature.

Toutefois, le recrutement du personnel tient effectivement compte des compétences didactiques et des qualifications scientifiques.

Appréciation du Standard 6.01 : Partiellement Atteint

Standard 6.02 : *L'établissement règlemente la formation et le perfectionnement du PER sur les plans didactique et professionnel.*

L'établissement règlemente effectivement la formation des PER. Les enseignants permanents bénéficient régulièrement de renforcement de capacités, particulièrement en ce qui concerne les approches pédagogiques et pour certains de formations diplômantes.

Les autres catégories de PER relèvent souvent des universités ou des structures de santé et bénéficient régulièrement de renforcement de capacités dans leurs structures respectives.

Appréciation du Standard 6.02 : Atteint

Standard 6.03 : *L'établissement conduit une politique durable de la relève.*

L'établissement ne conduit pas encore une politique durable de relève.

Appréciation du Standard 6.03 : Non Atteint

Standard 6.04 : *L'établissement offre l'accès à un service de conseil en plans de carrière.*

L'établissement n'offre pas d'accès à un service de conseil en plans de carrière.

Appréciation du Standard 6.04 : non Atteint

Champ d'évaluation 7 : Personnel Administratif, Technique et de Service (PATS)

Standard 7.01 : *Les procédures de recrutement et de promotion du PATS sont règlementées et publiées.*

Les procédures de recrutement et de promotion du personnel administratif et technique ne sont pas règlementées ni publiées. Le recrutement ne se fait pas sur la base d'un appel à candidature. Toutefois, ces dernières sont bien décrites dans le manuel de procédure. Les postes sont alignés sur les compétences spécifiques.

Appréciation du Standard 7.01 : Partiellement Atteint

Standard 7.02 : *L'établissement garantit la formation et le perfectionnement du personnel Administratif, Technique et de Service (PATS).*

L'établissement n'a pas encore mis en place un mécanisme pour garantir la formation et le perfectionnement du personnel administratif, technique et de service.

Appréciation du Standard 7.02 : Non Atteint

Champ d'évaluation 8 : Étudiant (e) s

Standard 8.01 : *Les conditions et les procédures d'admission dans les programmes de formation de l'établissement sont conformes aux textes et publiées.*

Les procédures d'admission à l'IASM et les conditions dans les programmes d'études et de formation ne sont publiées. Les informations sont accessibles sur le site internet de l'institution (<https://iasmsante.com>), les réseaux sociaux (Page Facebook: Institut Africain de Santé Moderne ; Instagram : <https://www.instagram.com/iasmsenegal/>) et le Guide de l'étudiant.

Appréciation du Standard 8.01 : Atteint

Standard 8.2 : *L'égalité des chances entre hommes et femmes est effective.*

L'égalité des chances entre hommes et femmes est bien réalisée au sein de l'institution. Toutefois, concernant les étudiants, le ratio est favorable aux femmes (93,68% en 2024), compte tenu certainement de la féminisation des professions infirmière et sage-femme.

Appréciation du Standard 8.02 : Atteint

Standard 8.03 : *L'établissement observe la progression des étudiant (e)s dans leur cursus ainsi que la durée des études.*

L'institution observe effectivement la progression des étudiants au cours des formations théoriques, pratiques par simulation ou au niveau des terrains de stage (existence de liste de vérification et de grille d'évaluation des compétences ; supervision formative directe par les enseignants permanents et les encadreurs de stage ; rapports de stage). Les taux de

réussite sont disponibles et analysés. Cependant les taux d'achèvement ne sont pas déterminés. Seules les statistiques de réussite à l'examen de certification nationale organisé par le Ministère de la santé et de l'action sociale sont disponibles.

Appréciation du Standard 8.03 : Atteint

Standard 8.04 : *L'encadrement et le soutien permettent l'atteinte des objectifs de formation de l'établissement et de chacune des unités qui la composent.*

Le taux d'encadrement réel est satisfaisant si nous considérons l'ensemble des PER disponibles (38 enseignants pour 285 étudiants soit 1 ratio 1 pour 7 étudiants). Toutefois, le personnel permanent est très faible (ratio 1 pour 95 ; loin du minimum souhaité 10%). Pour le taux d'encadrement, il est ainsi globalement satisfaisant.

Appréciation du Standard 8.04 : Partiellement Atteint

Standard 8.05 : *L'établissement veille à l'existence et au fonctionnement d'un service de conseil destiné aux étudiant(e)s.*

L'institution ne dispose pas d'une structure d'accueil et d'orientation et de conseil aux étudiants ni de cellules formalisées dédiées aux étudiants. Le dispositif est pour le moment très informel.

Appréciation du Standard 8.04 : Non Atteint

Champ d'évaluation 9 : Infrastructures et équipements

Standard 9.01 : *L'établissement dispose d'infrastructures et d'équipements permettant la réalisation de ses objectifs de formation et/ou de recherche à moyen et à long terme.*

La visite des locaux nous a permis de noter que l'institution consentit un investissement considérable sur une infrastructure satisfaisante et sur des équipements de qualité et fonctionnelles pour la réalisation des objectifs de formation à court et long terme (la véracité de toutes les illustrations contenues dans le rapport d'auto-évaluation institutionnelle a pu être confirmée). Les salles de classe (6) sont suffisantes et fonctionnelles ; le matériel pédagogique est en quantité suffisante et fonctionnel (Smart TV, Vidéoprojecteurs, tableau noir, pointeurs..) ; la bibliothèque malgré son exigüité dispose d'ouvrages récents et de bonne qualité adaptées aux formations proposées et d'un accès à des ouvrages électroniques ainsi qu'aux bases de données dans le domaine de la santé. Deux salles, un local assez équipé qui fait office de salles de simulations des compétences en sciences infirmières et obstétricales bien équipées et fonctionnelles sont aménagées. Les toilettes sont bien entretenues (avec distinction homme/femme), le dispositif de sécurité

est fonctionnel, les extincteurs et les plans d'évacuations disponibles. La connexion internet est de très bonne qualité. Les étudiants ont accès à un réfectoire et à des repas subventionnés (500 FCFA le repas). Une infirmerie est aménagée disposant de médicaments essentiels pour les premiers soins et dirigée par une infirmière diplômée de l'école. Des bureaux administratifs équipés, très bien ordonnés et fonctionnels.

Appréciation du Standard 9.01 : Atteint

Standard 9.02 : *Les ressources documentaires dont dispose l'établissement lui permettent de soutenir un enseignement et/ou une recherche de qualité.*

Les moyens informationnels de l'institution sont suffisants pour soutenir un enseignement de qualité. L'accès internet est de bonne qualité, une bibliothèque physique de très bonne qualité est disponible. Les ouvrages pédagogiques sont assez récents et adaptés.

Appréciation du Standard 9.02 : Atteint

Standard 9.03 : *L'établissement offre un service approprié aux personnes en situation de handicap.*

L'institution n'a pas prévu d'aménagement spécifique pour les étudiants en situation de handicap. Elle n'a pas non plus élaboré une politique destinée aux étudiants en situation de handicap ou ayant été rattrapé par un handicap en cours de cursus. Toutefois, le renforcement de la plateforme E-learning existante pourrait beaucoup améliorer la situation pédagogique de ces populations spécifiques.

Appréciation du Standard 9.03 : Non atteint

Standard 9.04 : *L'établissement dispose d'un système de prise en charge médicale, d'hygiène, de sécurité et de protection de l'environnement.*

L'établissement ne dispose pas de système de prise en charge médicale de ses employés (PATS ou PER). Il n'est affilié à aucune mutuelle de santé ni à des compagnies d'assurance. Il n'existe pas de conventions avec une structure de santé pour la prise en charge sanitaire des employés. En revanche, une infirmerie est aménagée avec la disponibilité de médicaments pour les premiers soins. La sécurité des locaux est assurée par des agents qui montent la garde à tour de rôle. Les plans d'évacuation des locaux en cas de catastrophe ne sont pas affichés. L'établissement ne dispose pas de Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS).

Appréciation du Standard 9.04 : Atteint

Champ d'évaluation 10 : Coopération

Standard 10.01 : *L'établissement noue des contacts aux niveaux national, régional et international. Elle promeut la collaboration avec d'autres établissements d'enseignement supérieur, avec les milieux professionnels et les acteurs sociaux pertinents.*

L'IASM noue des conventions avec les structures hospitalières de la région de Dakar. Il est également membre du Collectif sénégalais des chefs d'établissement privés de Santé (COSEPS). Il n'existe pas de convention avec des organisations non gouvernementales ni avec les collectivités territoriales ou autre organisme de financement.

Appréciation du Standard 10.01 : Partiellement Atteint

Champ d'évaluation 11 : Information et communication

Standard 11.01 : *L'établissement se fonde sur des informations pertinentes pour prendre des décisions stratégiques.*

L'établissement s'appuie sur les sources internes et externes d'informations pour motiver les prises de décision stratégiques. Concernant les sources internes, il s'agit de l'avis des étudiants. Des enquêtes de satisfactions ne sont pas effectuées ainsi que des évaluations des enseignements. Quant aux sources externes, il s'agit de toutes les informations reçues de la Direction de la formation du MSAS mais également du MESRI. L'appartenance de l'institution au réseau COSEPS offre des opportunités d'actualisation des informations pour une prise de décision stratégique.

Appréciation du Standard 10.01 : Atteint

Standard 11.02 : *L'établissement suit une politique de communication et d'information objective, efficace et transparente sur les plans interne et externe.*

La communication interne au sein de l'établissement est bien assurée à travers des réunions du staff administratif de partage d'informations, de circulaires d'informations à travers le mailing list de l'institution. La communication externe se fait à travers le site web et les pages Facebook et Instagram. Toutefois l'animation de ces outils digitaux de communication doit être renforcée. Les autres leviers de communication sur l'institution sont les activités d'appui communautaire qui donnent beaucoup plus de visibilité à l'IASM santé.

La bonne communication externe explique certainement le nombre important d'étudiants étrangers présents dans cet établissement (23% d'étrangers constitués de 12 nationalités : Comores, Gabon, Congo Brazzaville, RD Congo, Togo, Mauritanie, Mali, Guinée, Bénin, Tchad, Niger, Cameroun).

Appréciation du Standard 11.02 : Atteint

5. Mise en œuvre des recommandations issues de la dernière évaluation

L'analyse des recommandations faites à l'établissement lors de la visite précédente en date d'août 2019 (l'équipe d'évaluation était constituée du Professeur Ben Sikina Toguebaye, Professeur Ibrahima Diagne et Professeur Aly Ndiaye).

Nous avons noté des efforts considérables pour l'application des recommandations formulées aux plans de la gouvernance, pédagogiques et des infrastructures (Cf. Tableau ci-dessous).

Recommandations de l'évaluation institutionnelle externe de 2019	Niveau d'exécution (satisfaisant ; moyennement satisfaisant; pas du tout satisfaisant)	Commentaire
1. Améliorer la gouvernance administrative et académique de l'institut.	Satisfaisant	
2. Élever le niveau de recrutement des PER et leur proposer un plan de carrière.	Moyennement satisfaisant	
3. Mettre les maquettes d'offre de formation des parcours de licence en conformité à la réglementation nationale en la matière.	Satisfaisant	
4. Mettre les maquettes pédagogiques des programmes de Licence en harmonie avec les relevés de notes.	Satisfaisant	
5. Systématiser la production des syllabi par les enseignants et les mettre à la disposition des étudiants.	Moyennement satisfaisant	
6. Systématiser la production de rapports d'activités par les différents services.	Moyennement satisfaisant	Pas de rapport des services mais processus d'évaluation des performances des services
7. Prendre des mesures pour rendre le Conseil supérieur fonctionnel et le faire tenir les PV de ses réunions.	Satisfaisant	Environ 6 PV de réunions du Conseil Supérieur d'établissement fournis.
8. Nouer des relations de partenariat avec les institutions publiques d'enseignement supérieur nationales et œuvrer pour matérialiser les partenariats établis.	Pas du tout satisfaisant	
9. Confier la direction de la CIAQ à un agent permanent de l'institut qui pourrait être assisté par des personnes ressources externes, si besoin.	Satisfaisant	Acte de nomination d'un personnel de l'IASM (extinction de l'externalisation)
10. Œuvrer pour rendre le Comité de Gestion des Conflits fonctionnel et l'amener à produire des rapports annuels de ses activités.	Moyennement satisfaisant	Comité nommé avec coordination actée mais pas encore de rapport élaboré (absence de conflit signalé)
11. Formaliser la procédure de recrutement des PATS.	Moyennement satisfaisant	Procédure bien décrite dans le cahier de procédure mais procédure de recrutement non encore transparente (pas d'appel à candidature ni de publication)
12. Se doter d'un plan de développement des ressources humaines.	Pas du tout satisfaisante	
13. 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.	Pas du tout satisfaisante	Manuel en cours de conception. Politique qualité écrite

14. Créer et rendre fonctionnel un service d'accueil, de conseil, d'orientation et d'insertion en stage destiné aux étudiants.	Moyennement satisfaisant	Service d'accueil-orientation-conseil non encore individualisé
15. Améliorer la communication externe par notamment la création d'un site web fonctionnel.	Satisfaisante	Site web très fonctionnel ; Pages Facebook et Instagram conçu et animées
16. Réaliser des aménagements destinés aux personnes en situation de handicap facilitant leur accès aux locaux pédagogiques des étages supérieurs.	Pas du tout satisfaisant	Locaux loués non adaptés pour les personnes à mobilité réduite.

6. Points forts de l'établissement

- Bonne séparation de la gestion administrative et pédagogique ;
- Existence de coordonnatrices pour les filières « infirmier » et « sage-femme » ;
- Bonne interaction entre administration-enseignants et étudiants ;
- Existence d'une infirmerie au sein de l'institution pour la prise en charge des étudiants en cas de besoin ;
- Disponibilité d'un plan stratégique ;
- Existence d'organes de gouvernance fonctionnels (rencontres régulières du conseil supérieur de l'établissement, du comité pédagogique)
- Existence de grilles d'évaluation des compétences et des listes de vérification ;
- Réalisation d'évaluation des enseignements ;
- Réalisation d'enquêtes de satisfaction ;
- Existence de conventions de partenariat avec le milieu professionnel;
- Personnel enseignant très engagé et disponible ;
- Infrastructures pour la formation adaptée avec existence d'un laboratoire de simulation de très bonne qualité (compléter le coin du nouveau-né) ;
- Disponibilité d'une plateforme E-learning ;
- Disponibilité d'un site web, de Facebook et Instagram pour la communication externe.

7. Points faibles de l'établissement

Au plan de la gouvernance

- Absence d'outils de collecte de données et de fiche de signalement dans le cadre la résolution des conflits;
- Absence de politique écrite pour la prise en charge des personnes handicapées ;
- Absence de politique écrite de service à la communauté ;
- Absence de manuel qualité;
- Absence de bureau d'accueil-orientation-conseil dédié aux étudiants ;
- L'institution n'a pas de programme de recherche;

- Absence d'appel à candidature publié pour le recrutement des PER et des PATS ;
- Pas de contrat écrit de prestation de service pour certains prestataires ;
- Pas de couverture maladie pour les employés (Assurance ou Mutuelle) ;
- Sources de financement trop restreintes (uniquement les inscriptions).

Au plan pédagogique et recherche

- Faible utilisation de l'enseignement virtuel ;
- Nombre insuffisant d'enseignants permanents ;
- Absence de conseil de classe ;
- Faible sécurisation des épreuves d'examen avec plusieurs intervenants dans la chaîne de délivrance ;
- Absence de politique de mobilité académique ;
- Absence de politique de recherche.

Au plan des infrastructures

- Absence de projet d'autonomie concernant les infrastructures ;
- Bibliothèque physique exiguë.

8. Appréciation générale de l'établissement

L'IASM dispose d'une organisation, de ressources administratives, techniques, infrastructurelles et matérielles optimales lui permettant d'assurer une formation de qualité satisfaisante pour l'obtention d'une LSIO - options « infirmier » et « sage-femme ». Toutefois quelques petits ajustements doivent être opérés aux plans administratif, pédagogique et de la recherche pour répondre de façon optimale à ses missions déclinées dans leur document stratégique de planification pluriannuelle (Plan stratégique de l'établissement) et aux attentes conformes à une institution d'excellence d'enseignement supérieur .

9. Recommandation à l'IASM

Points faibles	Recommandations
Au plan de la gouvernance	
1. Absence de politique écrite pour la prise en charge des personnes handicapées et de service à la communauté	Élaborer des politiques écrites pour la prise en charge des personnes handicapées et de service à la communauté

2. Absence d' outils de collecte de données et de fiche de signalement dans le cadre la résolution des conflits	Élaborer des outils de collecte de données et de fiche de signalement dans le cadre la résolution des conflits
3. Absence de manuel qualité	Concevoir un manuel qualité
4. Absence de bureau d'accueil-orientation-conseil dédié aux étudiants	Aménager un bureau d'accueil-orientation-conseil dédié aux étudiants
5. L'institution n'a pas de programme de recherche	Concevoir un programme de recherche de façon inclusive avec toutes les parties prenantes
6. Recrutement des PER et PATS pas assez transparent	Effectuer des appels à candidature publiés dans les journaux et le site web de l'établissement pour le recrutement des PER et des PATS
7. Pas de contrat écrit de prestation de service pour certains prestataires	Formaliser les contrats pour tous les prestataires (PATS et PER) et les déclarer à l'inspection du travail
8. Pas de couverture maladie pour les employés (Assurance ou Mutuelle)	Souscrire à une assurance-maladie et une mutuelle pour les PER et les PATS permanents
9. Sources de financement trop restreint (uniquement les inscriptions).	Diversifier les sources de financement de l'institution pour assurer sa durabilité
Au plan pédagogique	
10. Faible utilisation de l'enseignement virtuel	Intégrer l'enseignement virtuel dans la formation (enseignement bimodal)
11. Faible sécurisation des épreuves d'examen	Assurer une meilleure sécurisation des épreuves d'évaluation en réduisant le nombre d'intervenants
12. Absence de politique de mobilité académique	Mettre en œuvre une politique de mobilité académique (convention avec d'autres structures de formation au niveau national ou régional)
13. Absence de politique de recherche	Mettre en œuvre une politique de recherche
Au plan des infrastructures	
14. Absence de projet d'autonomie concernant les infrastructures	Concevoir et mettre en œuvre un projet d'acquisition d'infrastructures propres adaptées (Concevoir un projet budgétisé et rechercher un financement)
15. Bibliothèque physique exigüe	Aménager une bibliothèque plus ergonomique

10. Recommandations à l'ANAQ-Sup

- Améliorer la communication avec les écoles de formations concernant la compréhension et l'application effective du système LMD ;

- Contribuer à l'application effective de la délivrance du Diplôme de LSIO par les établissements habilités en lieu et place du Diplôme d'état d'infirmier ou de sage-femme qui ne donne pas droit à une inscription au Master ; L'examen de certification pour l'accès à un Diplôme organisé par le Ministère de la Santé et de l'action sociale étant devenu obsolète eu égard aux orientations actuelles pour l'accès à un recrutement dans la fonction publique.

Par ailleurs, le Ministère de la santé et de l'Action Sociale n'a pas vocation à assurer des formations diplômantes ni délivrer des diplômes.

11. Proposition d'avis

- Après analyse du rapport d'auto-évaluation de l'IASM;
- Après évaluation de l'application des recommandations issues de l'évaluation externe institutionnelle en date d'août 2019 et constaté les efforts considérables faits par l'IASM ;
- Après réalisation de la visite externe à l'institution ;
- Après analyse de l'ensemble des éléments de preuve disponibles ;
- Le groupe d'experts-évaluateurs mandaté par le l'ANAQ-Sup donne :

Un Avis favorable pour l'habilitation de l'IASM à décerner les Diplômes de Licence en Sciences Infirmières et Obstétricales (LSIO), Option Sage-femme et Licence en Sciences Infirmières et Obstétricales (LSIO), Option Infirmier.

ANNEXES

AGENDA DE LA VISITE EXTERNE

Heures	Activités	Participants
08 h30 – 08h 45	• Arrivée et installation	Direction de l'établissement/ Responsable du programme, Directeur CIAQ et responsable comité de pilotage de l'auto-évaluation
	• Lancement des activités	
	• Présentation des acteurs	
	• Rappel des objectifs de la visite	
	• validation de l'agenda de travail	
	• Présentation sommaire de l'établissement: • missions de formation et gouvernance	
08h 45- 10h	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du programme et discussions (échanges, demande de documents complémentaires) • Présentation et échanges sur le rapport d'auto-évaluation institutionnelle (s'il s'agit d'une évaluation institutionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction de l'établissement, • Responsable du programme, •Directeur de la CIAQ, •Responsable comité de pilotage de l'auto-évaluation, etc.
10h – 11h	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien et discussions avec les enseignants du programme (ou cas d'une évaluation institutionnelle) • Entretien et discussions avec les enseignants de l'EES 	Enseignants du programme n'ayant pas de responsabilités administratives, académiques ou pédagogiques
11h – 12h	Entretien et discussions avec les PATS	PATS
12h – 13h	Entretien et discussion avec les étudiants	Étudiants choisis par les experts
Pause déjeuner		
14 h - 16 h	Visite des locaux et des infrastructures (locaux pédagogiques, bibliothèques, centres de documentation, bloc administratif, laboratoires et autres infrastructures pédagogiques, toilettes, dispositif de sécurité d'incendie, l'environnement)	Responsable du programme et le responsable du local à visiter
16h -16h 30	Synthèse de la journée	Experts-Évaluateurs
16h30-17 h 30	Restitution orale	Direction de l'établissement/Responsable du programme, directeur CIAQ, responsable comité de pilotage de l'autoévaluation, etc.
Fin de la visite		

LISTES DE PRESENCE



RENCONTRE DES EXPERTS AVEC LES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET COMITE DE PILOTAGE

Nom de l'institution : INSTITUT AFRICAIN DE SANTE MODERNE-DAKAR

Date : 20 décembre 2024

LISTE DE PRESENCE

Prénom	Nom	Fonction	Téléphone	E-mail	Signature
OMAR	SAMBA	DIRECTEUR GENERAL	77 64 97 36 1	oumar.ambal@ismz.gm	
Faton	SEYDI	Adjoint au Directeur Général	77 43 94 34 6	fatou.bintou@ismz.gm	
SIMONE	GOUE	Conseillère	77 54 48 77	simone.goue@ismz.gm	
Aissaton	Guèye	Enseignante	77 56 16 05 2	Aissaton.gu@ismz.gm	
Mamadou	BA	DT NÉFECHE	77 67 33 17 2	madou.b@ismz.gm	



CP

EVALUATION DES INSTITUTIONS DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE

Alphagredia	Thiam	Ameg-Suy	775316673	medplannedia Thiam@gmail.com	Thiam
Mamadou Saidou Diallo	-	Away-Suy	776301338	saidou1802@yahoo.fr	Way
Diomoune	Ndiaye	Ancog-Suy	77655660	oussoubaou@guccier.com	Diomoune



RENCONTRE DES EXPERTS AVEC LES PER

Nom de l'institution : INSTITUT AFRICAIN DE SANTE MODERNE-DAKAR

Date : 20 décembre 2024

LISTE DE PRESENCE

Prénom	Nom	Fonction	Téléphone	E-mail	Signature
Seydina	Alidou	Guissé	773071141	seydina@yahwo.fr	
Aissatou	Hane	Secrétaire	76-142-6155	haneraigaten91@gmail.com	
Aissatou	Guéye	TSS	77561605	haneraigaten91@gmail.com	
Makhoradi	Thien	Amq sup	775316673	makhoradi.thien@gmail.com	
Dourane	Netaye	Amq sup	76359600	ourane@yahwo.fr	

RENCONTRE DES EXPERTS AVEC LES PAIS

Nom de l'institution : INSTITUT AFRICAIN DE SANTE MODERNE-DAKAR

Date : 20 décembre 2024

LISTE DE PRESENCE

Prénom	Nom	Fonction	Téléphone	E-mail	Signature
Mme Aminahaba	Fall	Secrétaire	77 105 52 53	fall.dia@iasm.sn	
Alpha	Diallo	Regul Secrétaire	77658211	alpha.d@iasm.sn	
Rouza	Abdoulaye	Secrétaire	77 114 93 53	rouza.ab@iasm.sn	
Chloé Thaly	Wiberg	Fonctionnaire	78 183 48 74		
Mahouradia	Thiam	Analyste	775316673	mahouradiathiam@gmail.com	



EVALUATION DES INSTITUTIONS DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE

Ouvrage	Ndiaye	Anag-Sup	77629600	Ouvrage de formation	PHS
Mamadou Saidou	Diallo	Anag Sup	776301335	Ouvrage de formation	PHS



RENCONTRE DES EXPERTS AVEC LES ETUDIANTS

Nom de l'institution : INSTITUT AFRICAIN DE SANTE MODERNE-DAKAR

Date : 20 décembre 2024

LISTE DE PRESENCE

Prénom	Nom	Fonction	Téléphone	E-mail	Signature
Paul Joseph	MOUSEHO	L3SD	77 132 0905	Selmileng@gmail.com	
MOUSIDIFA	AZIHARI	L3SD	78 439 2012	eyhannous.befere@gmail.com	
Mame Saue'	Xiang	L3SD	77 494 7088	mamadane08@gmail.com	
Sokhna Bala	Guaye	L3SD	77 496 16 77	bsokhna@gmail.com	
Rachel Y. Nbiaye	Nbiaye	L3SD	77 77 75 31	ndiaye706@gmail.com	



ET

EVALUATION DES INSTITUTIONS DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE

Bious	H Bachelé	L1510	71.432-5595	discuon Bachelé @com	
POUABOU	Gemima	L2510	787177826		
Nacomie Sempré	EYANG BILIE	L3 Sange- feme	77-725-8223		EYANG
Aura Thiaye	Thiaye	L2 Sage feme	78-4303405		
Diakataou	Baldé	L2 Infirmerie	78-316-37-82	diakataou 518@gmail.com	
Kodiatou	Ba	L2 Infirmerie	78 487.47.33	ba kodiatou otogmat.com	
Mamadou Saidou	MIALLO	Ariag-fay	776301935	saidou 180alyabou.com	
Doucou	Mtiag	Auag-Sup	776399600	doucou @guail.com	