

Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS)

Les premiers ECOS ont été menés par Harden en 1972 et décrits dans la littérature en 1975. Ils ont été créés dans le but d'améliorer l'évaluation des compétences cliniques des étudiants, alors faite au lit du malade¹. Des travaux plus récents sur la relation entre compétences et performances ont conduit Khan & Ramachandran à définir les ECOS plutôt comme l'évaluation d'une performance dans un environnement simulé².

La fiabilité et la validité des ECOS, sous réserve d'un nombre de stations suffisant, ont été démontrées dans plusieurs études³⁻⁵. De ce fait, un nombre grandissant d'institutions ont recours aux ECOS pour les évaluations finales des futurs professionnels de santé (par exemple, Conseil médical du Canada, Pharmacy Examining Board of Canada, Swiss Federal Licencing exam in Medicine, Haute École spécialisée de Suisse occidentale, United States Medical Licensing Examination, Nursing and Midwifery Council in the UK).

Auteur : Pr A Bellot
Relecture : Membres
du comité pédagogie,
Experts webinaire
ECOS

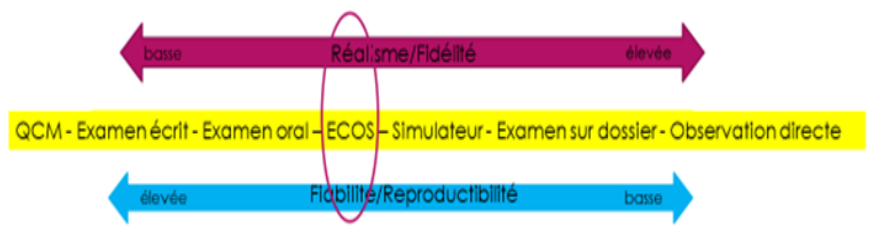
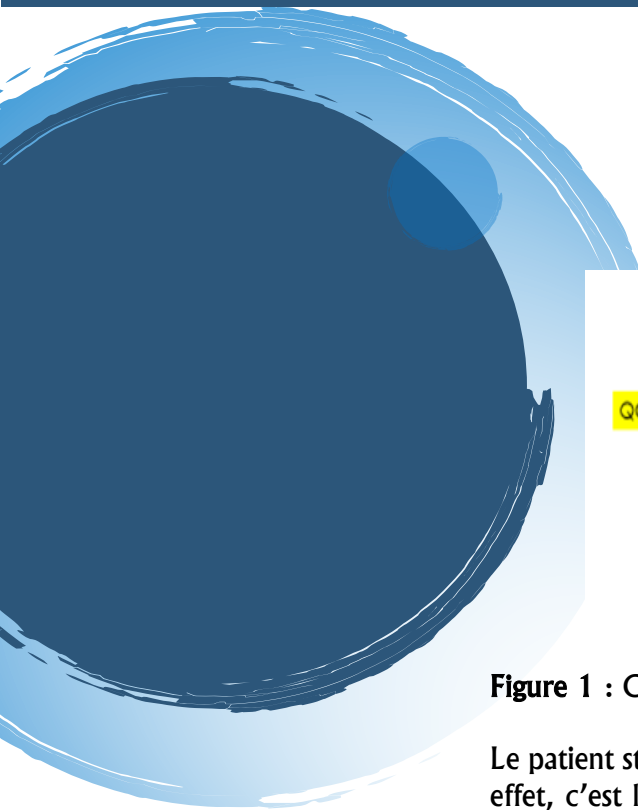
contact@sofrasims.org

www.sofrasims.org

Un examen ECOS est un parcours évaluatif et certificatif qu'effectue chaque candidat, dans une rotation au travers de plusieurs « stations ». Chaque station dure un nombre défini de minutes et correspond à une situation clinique simulée (patient standardisé, simulateur basse fidélité...)⁶. Tous les étudiants réalisent les mêmes stations dans un circuit donné ; il peut y avoir plusieurs circuits parallèles en fonction du nombre de candidats à évaluer. Dans une station, les candidats ont une ou plusieurs tâche(s) spécifique(s) à réaliser ; une « vignette » leur indique le contexte clinique et le type de tâches à effectuer ; ce sont les « Directives au candidat ».

La fiabilité et la validité de l'examen sont impactées par le nombre de stations et la durée totale de l'examen⁷. D'après Epstein, une fiabilité jugée adéquate peut être atteinte avec 14–18 stations de 5–10 minutes⁸. Des données plus récentes suggèrent des qualités psychométriques correctes avec un circuit de 8 à 10 stations minimum, si l'ECOS est intégré au sein d'un processus évaluatif incluant d'autres outils d'évaluation des compétences et en fonction des tâches demandées et du niveau de formation du candidat.

Les ECOS permettent d'allier fidélité et reproductibilité pour une évaluation contextualisée dans des dimensions de certaines compétences moins accessibles aux autres outils d'évaluation, notamment celles qui font intervenir la relation avec le patient ou les relations interprofessionnelles.



Test Blueprinting I: Selecting an Assessment Method, National Board Medical Examiners, 2019

Figure 1 : Continuité de méthodes d'évaluation

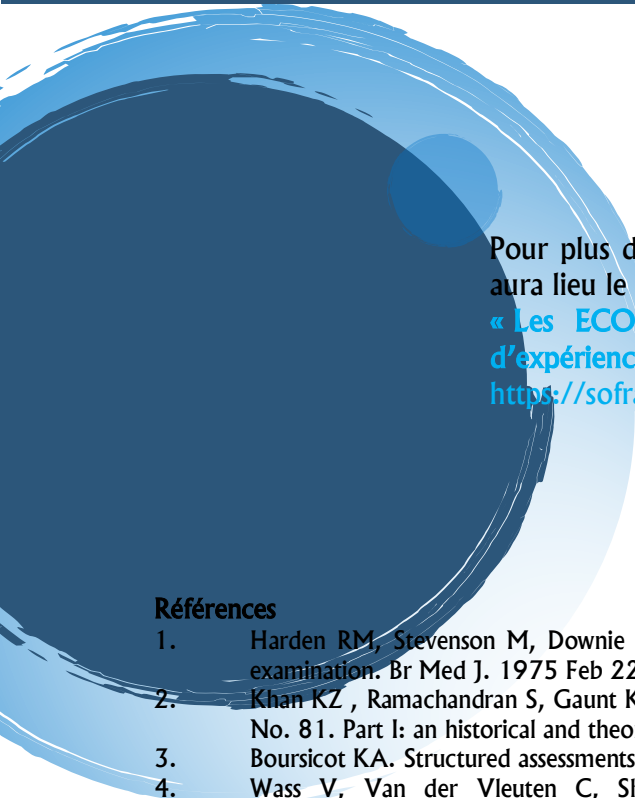
Le patient standardisé (PS) est un élément central du dispositif⁹ des ECOS. En effet, c'est l'interaction entre le patient standardisé et le candidat qui sert de support à l'évaluation. Les patients standardisés doivent être les plus similaires possibles entre les différents circuits tant au niveau des caractéristiques physiques que physiologiques, notamment si celles-ci impactent le scénario. Leurs attitudes et leurs réponses sont, elles, totalement standardisées. Les scénarios sont détaillés de façon exhaustive et comprennent les informations à donner aux candidats, les éléments pertinents de l'histoire du cas (antécédents, habitudes de vie...) et les réponses potentielles aux questions des candidats. Les patients standardisés doivent être recrutés, formés et entraînés rigoureusement. Des formations spécifiques sont à prévoir, avec une standardisation finale par l'un des responsables de la station.

La performance des candidats est évaluée par un (ou plusieurs) évaluateur(s) qui utilise(nt) une grille d'observation spécifique au contenu de la situation et aux tâches demandées. Tous les candidats sont évalués au moyen d'un canevas identique de grilles. Le contenu spécifique de chaque station n'est pas divulgué aux candidats. Le nombre d'items par grille est en général de moins de 20 afin de faciliter la notation par l'évaluateur. Les grilles sont testées en amont et les évaluateurs formés afin d'assurer là aussi une bonne qualité de l'évaluation.

Les ECOS peuvent également être utilisés dans un cadre formatif. Une rétroaction des PS sur le vécu relationnel peut alors être proposée et constitue une plus-value.

Outre la logistique, importante, mais non rédhibitoire, la principale limite des ECOS est d'évaluer essentiellement les habiletés cliniques observables. Il s'agit néanmoins d'un outil qui est considéré comme le « gold standard » pour l'évaluation des compétences cliniques. Son intégration dans les nouvelles modalités d'évaluation des compétences prévues dans la réforme du deuxième cycle (R2C) des études médicales en France représente une avancée majeure dans notre milieu vers une réelle « approche par compétences ».

Au final, ce format d'évaluation de la performance observable en contexte de simulation concerne toutes les personnes impliquées en simulation en santé.



Pour plus d'informations, ne manquez pas le webinaire de la SoFraSimS qui aura lieu le 27 janvier 2021 de 18h30 à 20h :

« Les ECOS : Pourquoi et Comment ? Place de la simulation : Partage d'expériences ».

<https://sofrasims.org/deuxieme-webinaire-de-la-sofrasims/>

Références

1. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975 Feb 22;1(5955):447-51.
2. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Med Teach*. 2013 Sep;35(9):e1437-46.
3. Boursicot KA. Structured assessments of clinical competence. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2010 Jun;71(6):342-4.
4. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet*. 2001 Mar 24;357(9260):945-9.
5. Turner JL, Dankoski ME. Objective structured clinical exams: a critical review. *Fam Med*. 2008 Sep;40(8):574-8.
6. Sibert L, Grand'Maison P, Charlin B, Grise P. Développement d'un Examen Clinique Objectif Structuré pour évaluer les compétences des internes en urologie *Pédagogie Médicale* 2000 Oct;1(1):33-9
7. Newble D. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Med Educ*. 2004 Feb;38(2):199-203.
8. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007 Jan 25;356(4):387-96.
9. Demaurex F, Vu N. Patients simulés/standardisés in: Boet S, Savoldelli G, Granry JC. *La simulation en santé, De la théorie à la pratique* : Springer, 2013;pp 51-62

