

Connaissez-vous les ECOS ? Une bonne manière d'évaluer les compétences cliniques

Cette après midi, je suis passé à la faculté des sciences de la santé de Sherbrooke. Nous avons parlé **ECOS**, « Examen clinique objectif structuré » ou « Évaluation clinique objective structurée ». Mais ce qui est une évidence au Québec ne l'est peut-être pas en France.... Si quelques facultés de médecine françaises utilisent ce type d'**évaluation**, à notre connaissance, en milieu paramédical, cette pratique d'évaluation n'est pas mise en œuvre.

Les ECOS représentent pourtant une des excellentes manières d'évaluer les **compétences** des soignants. Voici le mode d'emploi.

Un ECOS est une évaluation qui permet de valider les connaissances et compétences acquises tout au long de son cursus d'études. Ce sont des jeux de rôle, c'est-à-dire des simulations. Un étudiant est en situation de jouer le rôle d'un infirmier. Le rôle du patient est joué par un complice. A Sherbrooke, les évaluateurs peuvent utiliser un [patient standardisé](#).

Un ECOS est composé de plusieurs stations que l'étudiant rencontre successivement selon un scénario prévu à l'avance. Un problème nouveau lui est opposé à chaque station pour faire appel à son raisonnement clinique. D'autres stations peuvent évaluer des compétences d'observation ou de contrôle des erreurs. Chaque station dure douze minutes. Un professionnel du soin et un enseignant observent le déroulement du soin et évaluent à l'aide d'une grille standardisée. Plusieurs ECOS ponctuent la formation, ce qui permet d'augmenter le niveau de complexité des situations cliniques à traiter.

Un exemple d'ECOS en soins infirmiers est consultable [ICI](#). La procédure est décrite complètement, coté étudiant et coté évaluateur.

Les limites de l'ECOS

Dès la fin des années 1970, il est devenu une pratique de référence pour évaluer les compétences cliniques (Harden et Gleason, 1979). Très vite, la méthode de l'ECOS s'est stabilisée sous une forme d'échantillonnage : un étudiant intervient auprès de plusieurs patients et sa performance est évaluée sur le moment. L'évaluation est considérée rapidement comme fiable et robuste. Elle est considérée comme l'évaluation idéale de la compétence. Intéressant, non ?

Malgré sa large diffusion aux USA et au Canada et, dans une bien moindre mesure, sur le vieux continent, je m'interroge sur le caractère objectif de ce mode d'évaluation. Il me paraît souffrir, comme d'autres évaluations, des mêmes biais. Les cas sont précis et les patients standardisés, mais dans quelle mesure peuvent-ils être tout à fait standardisés ? Les patients sont des humains et non des machines. Ils sont pris dans le jeu de rôle et ne peuvent contenir tout à fait leur engagement dans la situation. L'égalité des candidats ne peut jamais être atteinte.

D'autre part, les évaluateurs, en dépit de l'usage de grilles d'évaluations critériées et standardisées, ne sont pas non plus totalement objectifs. Il persiste toujours une variabilité inter évaluateurs. Le fait est bien documenté.

L'équipe d'évaluateurs va également s'empresse de partager sa subjectivité lors de la prise de décision. Les phénomènes d'influence, de séduction, de marchandage sont bel et bien actifs. En cas d'harmonisation finale entre toutes les équipes d'évaluateurs, la pression de conformité jouera certainement aussi un rôle...

Je ne crois pas non plus que la compétence des évaluateurs soit parfaite. Ils ont beau être formés et standardisés,

ils évaluent selon leur propre cadre de référence et selon leur compétence du moment. Les évaluations ne sauraient être aussi performantes lorsqu'on évalue un geste technique ou une compétence communicationnelle en interaction avec le patient.

En dépit de ces limites, l'ECOS a été utilisé pour délivrer des permis d'exercice en médecine, en pharmacie en physiothérapie et dans autres disciplines au Canada. Au Québec, en 2000, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a voulu augmenter le niveau de l'examen du droit de pratique. L'ECOS est une des épreuves d'examen.

L'EOS, une pratique bien reçue.

Aujourd'hui, beaucoup d'étudiants et de professeurs considèrent qu'il s'agit un outil indispensable pour l'enseignement et l'évaluation des compétences cliniques. Ses avantages sont nombreux :

Un ECOS « formatif » représente une source d'informations précieuses sur les modalités d'examen et une manière moins « théorique » de faire de la formation. Les exercices sont plus « concrets » et rapportés plus clairement aux compétences visées.

C'est un outil intéressant pour guider les parcours de formation. Les orientations professionnelles peuvent être plus précoces et plus réfléchies. Par exemple, le choix de stage obéit à des arguments positifs, il se fait moins par défaut comme on le constate parfois.

D'une manière générale, cette modalité d'évaluation amène les formateurs et les tuteurs à réfléchir autrement l'ingénierie pédagogique. L'alternance devient plus intégrative en rehaussant la qualité des stages et en renforçant la pertinence de la formation en centre.

Pourquoi cela fonctionne t-il ?

Les raisons sont finalement bien connues, ce sont celles qui sous-tendent l'apprentissage par problème :

- Traitement actif de l'information, l'étudiant est mis en situation d'activité.
- Mobilisation des connaissances antérieures et ancrage des nouvelles connaissances
- Classement conceptuel et organisation réticulaire des connaissances. Les gestes, les raisonnements, les concepts sont organisés dans des ensembles produisant du sens. Ces ensembles conceptuels sont accessibles aisément en situation.

Il est frappant de voir combien la pratique des ECOS a pu remodeler la pédagogie outre-Atlantique. La formation traditionnelle a été passée au crible de l'approche par problèmes et de la mise en activité.

La voie est ouverte...

Bibliographie

Cossette, R., Mc Clish S. (2000). La tenue d'un examen clinique objectif structuré (ECOS) : ses étapes de réalisations, ses applications en laboratoire et en clinique et ses retombées pédagogiques. *Actes du colloque*

annuel. Journal de l'AEESICQ, 15(1), 12-14.

Sibert, L., Grand'Maison, P., Charlin, B., Grise, P. (2000). Développement d'un Examen Clinique Objectif Structuré pour évaluer les compétences des internes en urologie. *Pédagogie médicale*, 1 (1), 33-39.

Harden, R. M., Gleason, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Medical Education*, 13, 41-47.