

### Méthodes d'évaluation des compétences des apprenants

La performance des étudiants dans les filières de santé a traditionnellement été évaluée en s'appuyant sur l'observation et sur le jugement d'enseignant/expert. De nombreux aspects de la formation clinique nécessitent une démonstration des compétences et/ou des comportements qui ne peuvent pas être évalués par les épreuves écrites [1]. Selon le rapport de Flexner il y a plus d'un siècle, un examen écrit peut *"avoir une certaine valeur accessoire ; il ne touche pas le cœur de la matière"* [2]. En effet, l'examen écrit permet d'évaluer l'application de connaissances de l'apprenant dans des situations contextualisées. Les méthodes d'apprentissages et d'évaluation basées sur l'approche par compétences permettent de confronter les étudiants à des situations concrètes nécessitant de mobiliser les connaissances et les appliquer pour résoudre la situation clinique [3].

Les méthodes suivantes ont été décrites. La première est l'examen clinique objectif et structuré (ECOS) [4], méthode désormais appliquée au cours du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. La seconde méthode est la mini-évaluation clinique (Mini-Clinical Evaluation EXercice, Mini-CEX) [5], au cours de laquelle un formateur observe l'apprenant qui réalise une tâche clinique réelle, par exemple un interrogatoire ou un examen clinique. La troisième méthode s'appelle l'observation directe des compétences procédurales (Direct Observation of Procedural Skills, DOPS) [6] : c'est le cas par exemple d'un formateur qui observe et évalue un interne réalisant une vraie intervention chirurgicale. La quatrième méthode est l'évaluation 360° dont le principe consiste à recourir à plusieurs évaluateurs ayant des points de vue différents (des collègues, des collaborateurs de diverses professions, ou des patients). Cette technique permet d'évaluer les multiples facettes de la compétence ; par exemple, dans un format de simulation d'une première journée de travail en milieu clinique [7]).



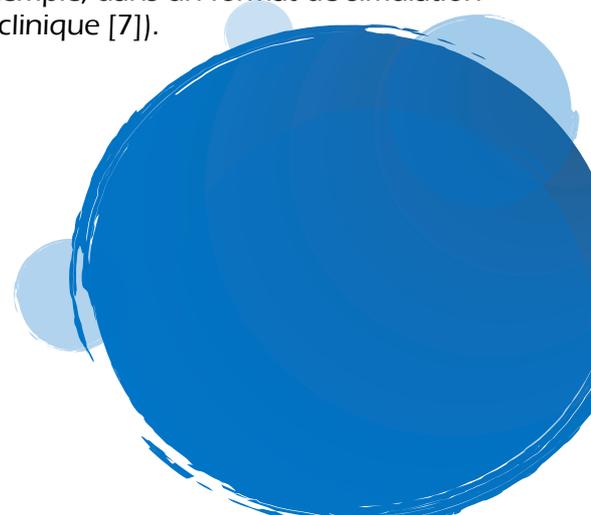
*Auteurs :*  
Dr Eva Feigerlova ;  
Pr Emmanuel Simon  
*Relecture : Membres  
du comité pédagogie*



[contact@sofrasims.org](mailto:contact@sofrasims.org)



[www.sofrasims.org](http://www.sofrasims.org)



Le tableau ci-dessous résume les méthodes principalement utilisées :

	Description	Avantages	Inconvénients
<b>Mini-CEX et DOPS</b>	- Évaluation des performances dans le milieu professionnel/ sur le terrain de stage (niveau «fait» selon Miller) [8]	- Observation dans le milieu professionnel	- Manquent de standardisation - Ne peuvent pas évaluer un grand nombre d'étudiants en même temps
<b>Méthode 360°</b>	- Évaluation de plusieurs facettes de la compétence (niveaux « appliquer » et « construire » selon la taxonomie de Bloom)	- Simulation réaliste du milieu professionnel	- Ne permet pas d'évaluer une action dans la pratique professionnelle
<b>ECOS</b>	- Évaluation standardisée des performances dans un environnement simulé (niveau « montre comment » ou « analyse » et « évalue » selon la taxonomie de Bloom)	- Évaluation des éléments observables et mesurables - Tous les candidats font face à la même situation	- Permet d'évaluer une démonstration pratique de performances dans des environnements simulés

Les résultats de l'évaluation des compétences des apprenants peuvent être articulés avec le modèle d'évaluation de la formation en 4 niveaux de Donald Kirkpatrick. L'évaluation des compétences correspond au niveau 2 de Kirkpatrick. Le modèle de Kirkpatrick, pourtant largement employé, présente quelques limites et les évaluateurs l'utilisant devraient les connaître. Par exemple, le modèle ne prend pas en compte des facteurs individuels. Les comportements plus complexes tels que les niveaux 3 et 4 selon Kirkpatrick sont difficiles à évaluer. De plus, le modèle suppose que plus le niveau est élevé, plus le résultat est important, mais ceci n'est pas nécessairement le cas et dépend des objectifs d'évaluation. Enfin, le modèle de Kirkpatrick néglige des facteurs contextuels qui peuvent influencer l'efficacité de la formation et les résultats obtenus tels que la disponibilité d'un matériel/équipement nécessaire ou de l'environnement sur le terrain de stage permettant l'acquisition des compétences/comportements. D'autres modèles d'évaluation plus complexes existent, par exemple le modèle RE-AIM composé de cinq dimensions : *Reach - Effectiveness - Adoption - Implementation - Maintenance* (9) ou le modèle CIPP (*Context, Input, Process and Product*) (10). La mise en place de ces programmes d'évaluation prend plus de temps et par conséquent ils sont utilisés moins souvent.

Le choix d'une méthode d'évaluation des compétences dépend des objectifs, des ressources disponibles et du périmètre de l'évaluation. Pour choisir une méthode il est important de s'interroger en particulier sur la finalité de l'évaluation.

## Références

1. Wood TJ. Exploring the role of first impressions in rater-based assessments. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2014;19(3):409–27.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. No. 4. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
3. Miller BM, Moore DE Jr, Stead WW, Balse JR. Beyond Flexner: a new model for continuous learning in the health professions. *Acad Med.* 2010;85(2): 266–72.
4. Khan KZ, Gaunt K, Ramachandran S, Pushkar P. The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE guide no. 81. Part II: organisation & administration. *Med Teach.* 2013;35(9):1447–63.
5. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.* 2003;138(6):476–81.
6. McLeod R, Mires G, Ker J. Direct observed procedural skills assessment in the undergraduate setting. *Clin Teach.* 2012;9(4):228–32.
7. Harendza S, Berberat PO, Kadmon M. Assessing competences in medical students with a newly designed 360-degree examination of a simulated first day of residency: a feasibility study. *J Community Med Health Educ.* 2017;7:4.
8. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990.
9. Glasgow RE et al. Evaluation the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *A J Public Health.* 1999; 89(9):1322-1327.
10. Kool B et al. Is the delivery of a quality improvement education program in obstetrics and gynaecology for final year medical students feasible and still effective in a shortened time frame? *BMC Med Educ* 201; 17(1): 91.