

# **L'ECOS en orthophonie : exercer et évaluer les attitudes professionnelles dans le master universitaire**

Martinez PEREZ TRECY

Orthophoniste

Conseillère pédagogique et chargée de cours adjointe

Département de Logopédie - Université de Liège

Bât. B32, place des Orateurs 2

4000 Liège

Belgique

Courriel : [trecy.martinezperez@uliege.be](mailto:trecy.martinezperez@uliege.be)

## **RÉSUMÉ**

L'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) est utilisé comme un outil pédagogique pour exercer et évaluer les compétences cliniques des étudiants dans les formations en sciences de la santé. Dans sa forme classique, l'ECOS consiste en une série de consultations durant lesquelles l'étudiant réalise des actes cliniques avec un patient simulé, en présence d'un évaluateur. À travers notre article, nous proposons tout d'abord des ressources aux équipes pédagogiques qui souhaitent mettre en place un ECOS formatif ou certificatif dans le cursus de formation de leurs étudiants. Nous développons notamment les conditions qui facilitent l'implémentation du dispositif, les questionnements et les points de vigilance dans la construction d'un ECOS et les données scientifiques actuelles sur les qualités psychométriques de l'outil. Dans un second temps, nous partageons notre expérience d'un ECOS formatif avec 96 étudiants en 3<sup>e</sup> année en orthophonie à l'Université de Liège (Belgique) qui ont réalisé une consultation simulée centrée sur la remise de conclusion.

**MOTS-CLÉS :** pédagogie universitaire, compétences, implémentation, jeu de rôle, recommandations.

## **OSCE in speech-language therapy: training and assessing the professional skills in an University Masters degree**

### **ABSTRACT**

The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is used as a teaching method used to train and assess the clinical skills of students in health sciences. Usually, the OSCE consists of a serie of short stations, in which each student demonstrates clinical skills with a simulated patient, in the presence of an examiner. In this article, we first provide practice guidelines for educational teams to develop their formative or certification OSCE in the curriculum of their students. In particular, we summarize the conditions that facilitate the implementation of the tool, the key points in the construction of an OSCE and the current evidence of the psychometric properties of the tool. In a second time, we report our experience of a formative OSCE with 96 third-year students in speech-language pathology at the University of Liège (Belgium) who conducted a simulated consultation centered on communicating the results of their assessment to parents.

**KEY WORDS:** university education, skills, implementation, role-play, Guidelines.

## ◆ INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation initiale des professionnels de la santé, les enseignants doivent développer des méthodes d'évaluations variées et complémentaires afin de cibler les connaissances, les compétences et les performances des étudiants (pyramide de Miller, 1990 ; Figure 1). Parmi ces initiatives pédagogiques, l'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) consiste en une consultation ou partie de consultation en présence d'un étudiant, d'un patient simulé (un patient formé, un acteur ou un enseignant)<sup>1</sup> et d'un évaluateur. Malgré le coût en énergie et en temps qu'implique la mise en place d'un ECOS, ce dispositif pédagogique apparaît le plus pertinent pour évaluer des compétences professionnelles, peu importe la taille de la cohorte d'étudiants (Harden, 2016).

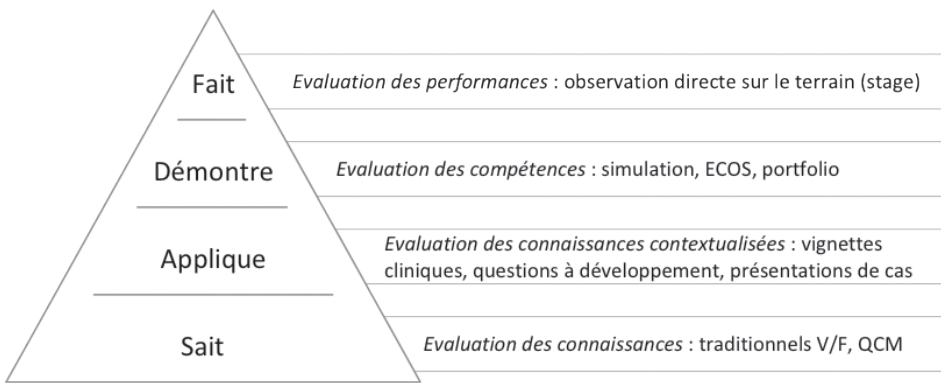


Figure 1. Évaluation des connaissances, compétences et performances (traduite et adaptée de Miller, 1990)

Initialement développé en 1975 pour les étudiants de médecine chirurgicale en Angleterre (Harden, Downie, Stevenson, & Wilson, 1975), l'ECOS est depuis massivement utilisé dans le cadre de la formation des professionnels de la santé (pour l'utilisation de l'ECOS en médecine familiale, voir Kreptul et Thomas, 2016 ; en anesthésie, voir Hastie *et al.*, 2014 ; en soins infirmiers, voir Rushforth, 2007 ; en psychiatrie, voir Plakiotis, 2017). Au 1<sup>er</sup> août 2018, une recherche dans la base de référencement Scopus indiquait 1599 articles scientifiques publiés sur l'ECOS dans les sciences de la santé et un pic en 2016 avec un nouvel article publié tous les 2 ou 3 jours ! L'engouement pour l'ECOS est tel qu'il a dépassé le cadre de la formation initiale et incite désormais des ordres professionnels à utiliser ce type d'évaluation pour l'examen d'entrée à la profession : par exemple,

<sup>1</sup> Notez qu'il existe également des ECOS qui n'impliquent pas la présence d'un patient simulé mais uniquement du matériel (enregistrement audio, vidéo, graphique, protocole complété,...). L'étudiant est alors invité à exécuter une procédure ou à interpréter les éléments cliniques fournis. Ce type d'ECOS ne sera pas traité dans le présent article.

au Royaume-Uni, les infirmiers et sages-femmes qui ont été formés en dehors de l'Union Européenne doivent notamment réussir plusieurs consultations simulées dans des centres reconnus.

Concrètement, l'ECOS s'apparente à un jeu de rôle durant lequel l'étudiant va démontrer ses compétences professionnelles en assurant une consultation (para)médicale avec un patient. Avant de pénétrer dans la pièce de consultation, l'étudiant reçoit quelques informations sur la consultation à réaliser. Ensuite, pendant un laps de temps déterminé, l'étudiant exécute différentes tâches cliniques avec le patient simulé tout en étant évalué par un observateur. Dans sa forme classique, plusieurs consultations (nommées « stations ») sont imposées afin d'évaluer l'étudiant dans des situations cliniques variées. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un « *Examen Clinique* » car il confronte l'étudiant à une situation habituellement rencontrée par le professionnel dans l'exercice de son métier et l'étudiant doit interagir avec le patient comme il le ferait avec un patient réel. Le caractère « *Objectif* » renvoie au fait que tous les étudiants sont évalués à l'aide des mêmes stations, avec la même grille et la même échelle de cotation. Le fait de noter chaque étudiant avec les mêmes critères rend l'évaluation plus objective. Finalement, le caractère « *Structuré* » réfère à la scénarisation poussée derrière chaque station de l'examen. La station est soigneusement construite de manière à cibler des compétences cliniques particulières. Le patient simulé reçoit un script détaillé pour s'assurer que les informations qu'il donnera à l'étudiant et les émotions qu'il manifesterà en sa présence sont identiques pour chaque étudiant. Le caractère structuré s'applique également à l'étudiant qui reçoit des consignes claires sur l'objectif à atteindre lors de la consultation. Quarante ans après la première publication sur l'ECOS, l'initiateur du dispositif, Harden, propose de privilégier le terme PECOS pour souligner que le dispositif est *potentiellement* un examen clinique objectif structuré. Il existe en effet de « bons » ECOS et de « moins bons » ECOS, car la fidélité et la validité du dispositif dépendent de la façon dont l'ECOS est implémenté (Harden, 2016).

Dans le cadre d'un ECOS, l'étudiant peut être appelé à établir l'anamnèse du patient, à pratiquer un examen physique ou comportemental, à décider des mesures de prise en charge du patient ou à explorer avec le patient les questions qui le préoccupent. Si les compétences exercées et évaluées chez l'étudiant renvoient majoritairement à des actes techniques et du raisonnement clinique (par exemple Lukas *et al.*, 2012 ; Zhu *et al.*, 2017), les compétences communicationnelles et relationnelles peuvent également être exercées et évaluées. Toutefois, ces compétences soulèvent davantage de questions au niveau de la fiabilité des jugements réalisés par l'évaluateur (notamment Selim *et al.*, 2012). Notre article s'inscrit dans la lignée des études qui se sont plus particulièrement intéressées à l'ECOS comme outil d'évaluation des attitudes professionnelles (et pas seulement « techniques ») des étudiants (Bagnasco *et al.*, 2016 ; O'Sullivan *et al.*,

2008 ; Saraiva *et al.*, 2016) testing, and innovation of the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). De plus, bien que ce dispositif pédagogique soit pertinent pour les sciences de la santé au sens large, il a jusqu'à présent fait principalement l'objet de publications scientifiques en médecine (par exemple Hastie *et al.*, 2014) et en soins infirmiers (par exemple Zhu *et al.*, 2017). Par contraste, l'expérience de ce type de dispositif au niveau de la formation en orthophonie est actuellement limitée, notamment en Europe, et absente au niveau de la littérature scientifique en orthophonie.

L'objectif de cet article est double : d'une part, proposer des premières ressources pour des équipes pédagogiques qui souhaitent mettre en place un ECOS formatif ou certificatif dans le cursus de formation de leurs étudiants ; d'autre part, partager notre expérience d'un ECOS formatif avec des étudiants en 3e année en orthophonie à l'Université de Liège (Belgique).

### ◆ MISE EN PLACE D'UN ECOS

#### Cadre général

Après 40 ans de pratique, Harden (2016) a pris le temps de tirer huit leçons de son expérience sur l'ECOS afin de favoriser sa mise en place et d'en augmenter le succès. Nous vous en présentons une synthèse : (1) obtenir un accord des autorités académiques pour la mise en place d'un projet *pilote* d'ECOS constitue la voie la plus rapide pour introduire un nouveau dispositif pédagogique au sein de la formation ; (2) compter sur le soutien de quelques *enseignants seniors* au sein de l'établissement de formation ; (3) disposer en tant qu'enseignant d'une *marge de liberté* pour innover dans la formation et l'évaluation des étudiants ; (4) ne pas s'arrêter aux ressources humaines limitées ou à la présence d'un grand nombre d'étudiants pour empêcher l'innovation. À sa connaissance, le coût ou le nombre d'étudiants n'a jamais empêché la mise en place d'un ECOS. La seule limitation est, selon Harden, l'imagination du développeur ; (5) faire preuve de flexibilité pour adapter la méthode au contexte local ; (6) réfléchir à l'implémentation qui impacte la validité et la fidélité du dispositif ; (7) se considérer, en tant qu'enseignant qui mène un ECOS, comme un chercheur en action qui fait évoluer la formation initiale ; (8) garder à l'esprit que la pédagogie universitaire est en constante évolution et que l'ECOS va et doit continuer à évoluer avec le temps.

Plus concrètement, le tableau 1 reprend diverses recommandations organisées en étapes pour le développement d'un ECOS. Il intègre principalement les conseils de Daniels et Pugh (2017) qui visent à augmenter la validité des ECOS, les suggestions de Nulty *et al.* (2011) qui souhaitent augmenter la plus-value du dispositif pour les étudiants, ainsi que les propositions de Zabar *et al.* (2012) qui

ciblent davantage les aspects organisationnels de l'ECOS. Ces recommandations sont développées d'un point de vue théorique dans la suite du texte, tandis que les illustrations qui se rapportent à notre expérience en orthophonie font l'objet d'une section à part entière dans notre article. Le lecteur intéressé par la logistique proprement dite de l'ECOS (nombre de stations, signal pour le lancement et la clôture d'une station...) pourra trouver des conseils pratiques dans l'article d'Harden (1990).

**Tableau 1.** Principales étapes dans la mise en place d'un ECOS (adaptées de Daniels & Pugh, 2017 ; Nulty *et al.*, 2011, Zabar *et al.*, 2012) et illustrations de notre expérience en orthophonie

Étapes		Points de vigilance	Illustrations en orthophonie à l'Université de Liège
1	<b>Définir l'objectif général de l'ECOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse préalable des besoins</li> </ul>	ECOS formatif et objectifs multiples : <ul style="list-style-type: none"> <li>Opportunité d'apprentissage dans un milieu <i>sécurisé</i> (étudiants et enseignants)</li> <li>Obtenir un feedback (étudiants)</li> <li>Repérer les étudiants à risque (enseignants)</li> </ul>
2	<b>Définir l'objet d'évaluation de chaque station : situations professionnelles et compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refléter des aspects de la pratique fréquents et liés à la qualité des soins</li> <li>Maintenir l'authenticité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remise de conclusion</li> <li>Compétences communicationnelles</li> <li>A travers une station de 10 minutes</li> <li>Situation professionnelle pas évaluée à un autre moment dans le programme et peu exercée dans les stages externes</li> </ul>
3	<b>Développer les cas et les consignes de chaque station</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au niveau clinique : refléter des cas cliniques fréquents et maintenir la complexité</li> <li>Au niveau pédagogique : consignes claires, tâches temporellement réalistes et de difficulté adaptée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cas : enfant de 4 ans ½ qui présente un trouble phonologique isolé</li> <li>Consigne – tâche : Présenter une synthèse du profil langagier au parent et aborder la recommandation d'une rééducation orthophonique</li> </ul>
4	<b>Construire un outil d'évaluation des compétences de l'étudiant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En fonction des compétences visées : checklist et/ou échelle globale</li> <li>Validité et fidélité</li> </ul>	3 sections dans notre outil d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> <li>8 items sur les compétences communicationnelles (échelles en 3 points)</li> <li>Avis du patient simulé</li> <li>Feedback libre de l'observateur : 2 forces et 1 point à améliorer</li> </ul>

5	<b>Recruter et entraîner les observateurs à l'outil d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validité et fidélité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 à 6 orthophonistes</li> </ul>
6	<b>Développer des scripts pour les patients simulés, les recruter et les entraîner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisation</li> <li>• Refléter des profils fréquents de patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 à 6 secrétaires de la faculté qui simulent le patient (ici le parent qui bénéficie de la remise de résultat)</li> <li>• Profils définis pour le patient : anxieux, culpabilise, dans le déni</li> </ul>
7	<b>Se lancer ! « Vouloir quelque chose mais ne pas essayer; c'est comme vouloir nager sans se mouiller » W. Kanadi</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 96 étudiants sur 2 années académiques</li> <li>• 3<sup>e</sup> année du master en orthophonie</li> </ul>
<b>Idéalement : Démontrer les qualités psychométriques de l'ECOS</b>			
<b>Idéalement : Évaluer les effets de l'ECOS</b>			

## Définir l'objectif général de l'ECOS

Préalablement au développement d'un ECOS, l'équipe enseignante doit analyser la situation de la formation afin de vérifier que l'ECOS constitue le dispositif pédagogique le plus pertinent par rapport à ces besoins. Lors de cette réflexion préalable, Hastie *et al.* (2014) recommandent de se pencher sur les besoins des différentes parties prenantes, à savoir les étudiants, les enseignants, la faculté, les patients, les maîtres de stage et les organismes professionnels (en cas d'accréditation). Des besoins *convergents* peuvent ainsi être identifiés : le besoin des enseignants et des étudiants de développer les compétences X et Y, le besoin des enseignants et des maîtres de stage de réguler les étudiants qui peuvent être admis en stage à l'externe, ou encore le besoin pour la faculté et les organismes professionnels de vérifier l'acquisition des compétences X et Y pour la diplomation et l'accès à la profession. Des besoins *spécifiques* à une des parties prenantes peuvent également émerger, tels que le besoin pour la faculté de rediriger les étudiants qui ne présentent pas un niveau de maîtrise suffisant vers une autre filière de formation.

Les besoins qui seront identifiés ont de fortes implications pour le développement de l'ECOS. Ainsi, si l'ECOS a pour objectif de permettre l'accès à un stage à l'externe, les stations qui composent l'ECOS devront permettre d'évaluer toutes les compétences minimales que doit démontrer un étudiant avant de pouvoir s'exercer avec des patients réels. Par contraste, le contenu des stations et l'évaluation de l'étudiant seront certainement différents si les résultats à l'ECOS interviennent en fin de formation pour l'octroi du diplôme. S'il s'agit d'un ECOS formatif, la procédure devra permettre à l'étudiant d'obtenir un retour précis sur

sa performance. Dans cette optique, un score global à l'ECOS ne sera pas pertinent et une grille qui permettra de fournir une appréciation détaillée (item par item) et qualitative (forces et faiblesses) devra être privilégiée.

### **Définir l'objet d'évaluation de chaque station : situations professionnelles et compétences**

L'ECOS ne permet pas d'évaluer toutes les facettes d'une compétence dans la variété des situations professionnelles possibles mais doit être utilisé pour évaluer un échantillon de compétences que l'étudiant doit démontrer au cours de sa formation dans une situation professionnelle donnée. Pour guider les décisions, Nulty *et al.* (2011) recommandent de cibler les situations professionnelles les plus fréquentes mais également de se focaliser sur les aspects de la pratique qui sont directement en lien avec la qualité des soins au patient. Dans cette logique, en orthophonie, il serait préférable de cibler la réalisation d'une anamnèse avec un parent plutôt que l'entretien anamnestique d'un patient dans le cadre d'une expertise juridique (moins fréquent) ou l'explication au patient des démarches administratives pour le remboursement des consultations (qui a peu d'influence sur la qualité des soins). Voici une liste non exhaustive de situations professionnelles en orthophonie qui répondent à ces recommandations et pourraient faire l'objet d'une station dans un ECOS : anamnèse, passation d'une épreuve langagière, annonce du diagnostic, remise de conclusion, planification du projet thérapeutique. En ce qui concerne les compétences, la littérature scientifique regorge d'exemples sur le large éventail possible des cibles - actes techniques, raisonnement clinique, professionnalisme, compétences communicationnelles - qui peuvent être déclinées en différentes facettes telles que le respect des consignes de passation d'un test, le diagnostic différentiel, l'écoute active, l'utilisation d'un langage adapté au patient, l'organisation de l'information, la gestion des émotions du patient, l'empathie, le respect du code éthique et déontologique, l'implication du patient dans la prise de décision, la compétence culturelle.

Le choix des situations professionnelles et des compétences évaluées dans les stations de l'ECOS peut également être guidé par les questions suivantes (Daniels et Pugh, 2017) : Est-ce que les situations professionnelles X et les compétences Y pourraient être exercées et/ou évaluées à un autre endroit dans le programme de formation ? Est-ce que ces situations professionnelles et ces compétences peuvent être évaluées de manière « authentique » dans l'ECOS ? À titre d'illustration en orthophonie, si l'équipe pédagogique n'a pas la possibilité d'organiser un ECOS dans un milieu hospitalier, il paraît peu opportun de choisir l'évaluation langagière d'un patient post-AVC en phase aiguë comme thématique d'une station. De la même manière, il est préférable de réaliser l'ECOS dans de véritables bureaux de consultation clinique plutôt que dans des salles de classe afin d'augmenter l'authenticité de la station (Zabar *et al.*, 2012). L'Université de Liège dis-



pose de plusieurs cliniques, notamment en Faculté de Médecine vétérinaire et en Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation, qui soutiennent la recherche et l'enseignement. L'une d'entre elles rassemble des psychologues et des orthophonistes qui réalisent des évaluations et des prises en charge avec des enfants, adolescents, adultes, couples et familles. Cette clinique, au sein même de la faculté, offre une infrastructure intéressante pour la réalisation des ECOS dans des locaux réels de consultation.

### Développer les cas et les consignes de chaque station

Comme pour le choix des situations professionnelles et des compétences, les cas doivent être représentatifs de la réalité professionnelle. Daniels et Pugh (2017) recommandent que chaque cas soit élaboré et/ou relu par un clinicien et par un enseignant : le clinicien va vérifier le caractère fréquent du cas tandis que l'enseignant va s'assurer que les consignes sont claires, que l'acte clinique peut être réalisé dans le temps imparti et que le niveau de difficulté est approprié à la cohorte d'étudiants visée. La durée habituelle d'une station se situe entre 5 et 10 minutes (Khan *et al.*, 2013) mais peut être allongée en fonction de l'objet d'évaluation. Si le temps et les ressources le permettent, la mise en place d'une phase pilote de l'ECOS permettra de valider les cas élaborés et d'identifier plus finement les ajustements nécessaires dans le niveau de difficulté de la tâche, le timing et les consignes communiquées à l'étudiant.

Si le niveau de difficulté de la station doit être contrôlé, la complexité ne doit toutefois pas être évitée. Au contraire, dans une approche-programme, les pédagogues recommandent de maintenir la complexité inhérente à la compétence<sup>2</sup> (à un niveau adapté pour l'étudiant) dans les activités d'apprentissage et d'évaluation (Prégent, Bernard et Kozanitis, 2009). Dans la même logique, au niveau de l'ECOS, il est préférable de demander à l'étudiant de réaliser une tâche de manière intégrée plutôt que morcelée (Mitchell *et al.*, 2009 ; Nulty *et al.*, 2011). Pour reprendre l'exemple de l'anamnèse en orthophonie, l'ECOS devrait porter sur un entretien anamnestique au sens large et pas se restreindre à la récolte d'informations sur l'histoire familiale du patient. Sur le terrain, l'orthophoniste pose des questions ouvertes puis rebondit sur les propos du patient pour affiner sa récolte d'informations, ce qui permet de rester dans l'échange (plutôt que l'interview) mais cela nécessite de faire preuve de flexibilité et de passer régulièrement d'un domaine à l'autre (histoire familiale, parcours scolaire, histoire médicale...). Autrement dit, la réalisation d'une anamnèse constitue un acte complexe qui doit le rester au sein de l'ECOS. Contraindre l'étudiant à un domaine de la vie du patient lors de l'ECOS favorisera une interview dirigée plutôt qu'un échange, et ne permettra pas d'évaluer chez l'étudiant sa capacité à rebondir sur les propos du patient.

2 La compétence est par définition « un savoir-agir complexe [...] » (Tardif, 2006)

Au terme de ces trois premières étapes, l'équipe enseignante aura défini un plan (« *blueprint* » dans les articles scientifiques sur l'ECOS) avec, pour chaque station, la durée, la situation professionnelle, les compétences visées et les caractéristiques des cas. Ce document permettra d'obtenir une vue d'ensemble de l'ECOS afin de vérifier que les compétences d'intérêts sont effectivement représentées dans les stations (Daniels et Pugh, 2017) et que les tâches et cas proposés constituent un échantillon représentatif de la réalité professionnelle (Zabar *et al.*, 2012).

### Construire un outil d'évaluation des compétences de l'étudiant

La grille d'évaluation pour chaque station peut prendre le format d'une checklist et/ou d'une échelle dite globale ou graduelle. Pugh *et al.* (2016) résumait la distinction des deux formats de la manière suivante : les checklists permettent d'évaluer *si* le comportement est réalisé alors que les échelles globales permettent d'évaluer *comment* le comportement est réalisé. Zabar *et al.* (2012) décrivent ces deux outils sous un autre angle, en fonction du type de cible à évaluer : les checklists sont utilisées pour évaluer des comportements spécifiques et temporellement définis, tandis que les échelles globales sont plutôt utilisées pour les compétences qui se développent le long d'un continuum d'intensité et qui ne se résument pas à un comportement unique.

À titre d'illustration en orthophonie, la passation d'une épreuve langagière au sein d'un ECOS sera surtout évaluée avec une checklist centrée sur la procédure d'évaluation (avec des items de type « énonce la consigne imposée par le test », « déclenche le chronomètre dès que le patient débute la lecture du 1<sup>er</sup> mot », « applique le critère d'arrêt » et une évaluation dichotomique « fait/pas fait »). Par contre, la planification d'un projet thérapeutique avec un patient au sein d'un ECOS sera plutôt évaluée avec une échelle globale sur les compétences communicationnelles de l'étudiant (avec notamment un item du type « implique le patient dans la prise de décision » et une évaluation graduelle en 5 ou 7 points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »).

Bien que les échelles globales soulèvent un questionnement sur leurs qualités psychométriques, elles reflètent la réelle nature du jugement humain en permettant des jugements « holistiques » au contraire des checklists qui segmentent les compétences (Sadler, 2009). Toutefois, afin d'augmenter la fidélité interjuge et la validité de contenu d'une échelle globale, la plupart des équipes décrivent, pour chaque item de leur grille d'évaluation, l'éventail des comportements observables sur le continuum (Tableau 2).

**Tableau 2.** Illustration d'un outil d'évaluation d'une station ECOS avec deux items ciblant des compétences communicationnelles et relationnelles

Utilisation d'un langage adapté au patient et consentement éclairé (traduit de Pugh et al., 2015 ; des descriptions ne sont pas proposées pour chaque chiffre)						
1	2	3	4	5	6	7
N'explique pas la procédure et les risques pour le patient		Explique certains aspects de la procédure mais ne fournit pas suffisamment d'informations pour un consentement éclairé (p.e. omet des informations essentielles, n'utilise pas un langage que le patient peut comprendre)		Explique clairement la procédure et ses risques mais ne vérifie pas sa compréhension (p.e. ne permet pas au patient de poser des questions)		Explique clairement la procédure et ses risques et s'assure qu'il a compris toutes les informations
Permet au patient d'exprimer ses émotions (adapté de Zabar et al., 2012)						
1	2			3		
Répond inadéquatement aux réactions émotionnelles du patient (n'offre pas d'opportunité au patient de les exprimer, coupe le patient, est sur la défensive)	Autorise le patient à exprimer ses émotions mais n'attend pas que le patient ait pu le faire et continue l'entrevue			Permet au patient de s'exprimer sur ses émotions et lui donne pleinement le sentiment de l'avoir écouté avant de continuer l'entrevue		
Compétences d'écoute (traduit de Medical Council of Canada, 2013)						
0	1	2	3	4	5	
Interrompt de manière inappropriée, ignore les réponses du patient	Impatient	Plutôt insuffisant, un peu attentif	Plutôt suffisant, un peu attentif	Attentif aux réponses du patient	Attentif de manière constante aux réponses et préoccupations	

Une échelle globale peut également être proposée au patient simulé pour qu'il puisse évaluer son degré de satisfaction de la rencontre avec l'étudiant (Pell *et al.*, 2010), mesure massivement utilisée avec des patients réels lorsqu'un établissement médical évalue la qualité des services de soins. Sur cette échelle globale, le patient simulé pourrait indiquer le degré avec lequel le patient aimerait à nouveau rencontrer ce professionnel de santé ou s'il le recommanderait à un membre de son entourage. Homer et Pell (2009) vont jusqu'à intégrer l'évaluation du patient simulé, à hauteur de 10 à 20 %, au score total de l'étudiant à la station.

Finalement, plusieurs auteurs ont développé des procédures pour déterminer un score seuil qui permettrait d'identifier les étudiants à risque suite à l'ECOS. Trois méthodes sont actuellement proposées pour définir un score seuil à chaque station : Angoff, Groupe Borderline et Régression borderline (voir Yousuf *et al.*, 2015, pour une description détaillée des méthodes).

## Recruter et entraîner les observateurs à l'outil d'évaluation

Zabar *et al.* (2012) ont listé les meilleures pratiques pour le recrutement et l'entraînement des observateurs-évaluateurs. Tout d'abord, il est préférable de sélectionner des évaluateurs qui adhèrent aux valeurs du programme de forma-

tion. Ensuite, ils recommandent de fournir des directives écrites sur l'objectif de la station, la façon de compléter l'outil d'évaluation, et de les sensibiliser aux biais potentiels et aux erreurs de notation. Daniels et Pugh (2017) suggèrent également de les informer sur le niveau des étudiants et ce qui peut être attendu sur base de leur formation. Idéalement, un entraînement avec les observateurs devrait être proposé car il augmente considérablement la fidélité de l'évaluation. Toutefois, cette démarche étant chronophage, elle est généralement réservée pour les ECOS avec des enjeux importants. Pour cet entraînement, Zabar *et al.* (2012) suggèrent de rassembler plusieurs évaluateurs pour observer conjointement des vidéos d'étudiants lors d'un ECOS précédent, de les inviter à comparer leurs évaluations et discuter des similitudes et des divergences. Indépendamment de cet entraînement, Zabar et ses collègues recommandent également de fournir une rétroaction aux évaluateurs, après l'ECOS, sur la façon dont ils ont noté les performances des étudiants par rapport aux autres évaluateurs.

Bien que les évaluateurs soient généralement des enseignants ou des professionnels du terrain, de plus en plus d'auteurs ont expérimenté l'ECOS avec des étudiants seniors (c'est-à-dire des étudiants en dernière année de formation) comme évaluateurs, procédure présentant des avantages en termes d'apprentissage pour les étudiants et diminution des ressources pour l'équipe organisatrice de l'ECOS (Burgess *et al.*, 2013 ; Jayakumar, 2015 ; Khan, Payne et Chahine, 2017).

### Développer des scripts pour les patients simulés, les recruter et les entraîner

La présence de patients simulés est essentielle pour permettre aux apprenants de démontrer leurs compétences cliniques dans une situation proche de la réalité. Si certaines équipes ont recours à des étudiants seniors ou à des enseignants, le recrutement de personnes inconnues pour les étudiants est massivement privilégié. Volontaires ou défrayées, ces personnes sont entraînées à simuler l'histoire, le profil et l'attitude d'un patient. Le terme « patient standardisé » est également employé car plusieurs personnes peuvent être entraînées à simuler le même patient.

Pour le recrutement des patients, Adamo (2003) suggère d'évaluer les qualités suivantes chez les candidats : ponctualité, implication (lecture des documents fournis), écoute active, capacité à s'adapter à différents styles d'interlocuteur, à simuler un état émotionnel, à adapter leur comportement en réponse à un feedback. Zabar *et al.* (2012) évoquent quant à eux les avantages et les limites à recruter des personnes qui présentent ou ont présenté le trouble ciblé dans la station. Si l'histoire personnelle du patient simulé permet d'augmenter l'authenticité de la station, le risque est qu'elle augmente de manière non contrôlée la charge émotionnelle du patient simulé ou que ses souvenirs interfèrent avec le script à

respecter. Des acteurs, amateurs ou professionnels, sont généralement considérés comme des candidats idéaux car ils peuvent plus aisément endosser un rôle. Il est néanmoins important de leur clarifier que le travail de patient simulé n'est pas un acte créatif et que l'improvisation doit être limitée.

Afin de garantir la standardisation de l'ECOS, les patients simulés reçoivent un script détaillé et participent à un entraînement. Le script doit être le plus précis possible : par exemple, en cas d'anamnèse, il devra contenir les détails importants de l'histoire du patient ou celle de son enfant et demander aux patients simulés de répondre « non » ou « je ne suis pas sûre », en fonction du contexte, pour des questions non anticipées de l'étudiant (Daniels et Pugh, 2017). Le script devra également inclure des éléments sur l'apparence du patient (par exemple anxieux ou calme) et sur son comportement (par exemple collaborant ou évasif). Idéalement, le script doit provenir d'un cas réel afin d'en augmenter l'authenticité. Dans certains cas, les patients recevront également des questions prédéterminées à poser à l'étudiant pour mieux évaluer la compréhension de l'étudiant (par exemple, « Est-ce vraiment nécessaire de débiter la prise en charge dès à présent ? N'est-il pas possible d'attendre 6 mois ou 1 an ? »).

En ce qui concerne l'entraînement des patients simulés, Zabar *et al.* (2012) propose un protocole en 8 étapes : (1) Fournir un aperçu du programme d'entraînement (parties prenantes, détails pratiques, objectifs du programme, historique du projet, expériences préalables dans la formation des étudiants...); (2) Explorer les attentes et les préoccupations des patients simulés; (3) Passer en revue chaque cas (lecture du script, prise de connaissance de l'état émotionnel à simuler et de l'intensité, du moment où le patient simulé doit poser une question particulière...); (4) Analyser une vidéo d'illustration (ce qui est attendu du patient simulé et de l'étudiant); (5) Analyser une démonstration en direct (un volontaire réalise la prestation et le reste du groupe analyse la prestation en se référant au script); (6) Permettre aux patients simulés d'analyser d'autres vidéos d'illustration (seuls ou en groupe); (7) Inviter les patients simulés à s'entraîner en binôme; (8) Organiser un ECOS d'essai. Si l'entraînement rigoureux permet de garantir une standardisation des stations, les limites de temps et de ressources obligent parfois les équipes à réduire cet entraînement. Selon Zabar et ses collègues, s'il s'agit d'un ECOS formatif, deux heures d'entraînement peuvent suffire avec des patients qui ont déjà une expérience antérieure. Par contre, s'il s'agit d'un ECOS sommatif, l'entraînement doit rester plus conséquent et oscille classiquement entre 10 et 20 heures.

### **Idéalement : Démontrer les qualités psychométriques de l'ECOS**

Comme évoqué dans l'introduction de cet article, l'ECOS est a priori un dispositif pertinent pour évaluer les compétences des étudiants. Toutefois, de nombreuses adaptations de l'ECOS peuvent entraîner des inconsistances au niveau de la fidélité et de la validité (Rushforth 2007).

La fidélité renvoie au degré avec lequel une évaluation va reproduire les mêmes résultats. La validité correspond quant à elle au degré avec lequel une évaluation reflète effectivement ce qu'elle est censée mesurer. Pour transposer ces concepts au dispositif qui nous préoccupe, l'ECOS sera fidèle si l'étudiant obtient le même score en répétant la même station (fidélité test-retest<sup>3</sup>), le même score à une station avec des évaluateurs différents (fidélité interjuge), le même score à des items de stations différentes évaluant la même connaissance ou compétence (fidélité interne). Afin d'augmenter la fidélité de l'ECOS, Hastie *et al.* (2014) recommandent de décrire les comportements attendus dans la grille d'évaluation (fidélité interjuge) et de proposer plusieurs stations qui évaluent des connaissances ou compétences similaires (fidélité interne). Pugh *et al.* (2016) suggèrent une autre approche pour diminuer les différences inter-évaluateurs : réduire la charge cognitive pour compléter la grille d'évaluation en diminuant le nombre d'items et en ajustant le langage utilisé pour décrire les items et les comportements. Finalement, Gupta *et al.* (2010) (cités par Leclercq *et al.*, 2016) observent une fidélité de 0.54 pour un ECOS dont la somme des stations équivaut à une heure et une fidélité de 0.90 pour un ECOS dont la somme des stations équivaut à 8 heures. Cette amélioration de la fidélité suggère que la longueur de l'ECOS impacte positivement la fidélité, car les éléments communs entre les stations sont mesurés à de plus nombreuses reprises pendant un ECOS plus long.

Tout comme la fidélité, la validité d'un outil – dont l'ECOS – repose sur différents indices (Hastie *et al.*, 2014 ; Pugh *et al.*, 2016). La validité *apparente* correspond au degré avec lequel l'ECOS semble mesurer ce qu'il est censé mesurer. Elle n'implique par conséquent pas une analyse approfondie et représente la forme la moins rigoureuse de validité. La validité de *contenu* requiert par contre une analyse fine des stations et des grilles d'évaluation afin de vérifier qu'elles mesurent l'intégralité de la compétence visée. Augmenter le nombre de stations permet généralement de mieux refléter l'étendue du concept à évaluer et, par conséquent, d'augmenter la validité de l'ECOS. De la même manière, augmenter le nombre d'items dans une grille d'évaluation augmente la validité de contenu mais un nombre d'items trop élevé par rapport au temps d'évaluation disponible entraînera au contraire une diminution de la qualité d'évaluation (Zabar *et al.*, 2012). La validité *concourante* correspond à la corrélation entre la performance de l'étudiant à l'ECOS et sa performance dans un autre dispositif d'évaluation portant sur les mêmes compétences ; tandis que la validité *prédictive* correspond à la corrélation entre la performance de l'étudiant à l'ECOS et une performance future (comme sa note lors d'un stage à l'externe). Le lecteur intéressé par l'évaluation des qualités psychométriques de l'ECOS trouvera dans l'article de Pell *et*

3 Notons que ce type de fidélité implique l'absence d'apprentissage de la personne évaluée entre les deux passations du test. Dans le cas de l'ECOS, il apparaît peu probable qu'un étudiant ne retire aucun apprentissage après sa 1<sup>re</sup> réalisation de la station. Le concept de fidélité test-retest apparaît par conséquent moins pertinent dans le cadre de l'ECOS.

*al.* (2010) de premières suggestions de mesures concrètes à employer (telles que l'alpha de Cronbach, le coefficient de détermination, le pourcentage d'échecs à une station, la comparaison de groupes d'étudiants à une même station mais avec un évaluateur différent).

Seuls 20 % des équipes qui ont expérimenté l'ECOS au sein de leur programme de formation ont fourni des données sur les qualités psychométriques du dispositif (Comert *et al.*, 2016 ; Patricio *et al.*, 2009, 2013). Si le caractère équitable du dispositif n'est pas contesté (Byrne et Smyth, 2008 ; Bagnasco *et al.* 2016), les résultats des études varient sur le niveau de fidélité et de validité. À titre d'illustration, Roberts *et al.* (2006) ont évalué la fidélité interjuge d'un ECOS ciblant des compétences cliniques d'étudiants en médecine et obtiennent un score satisfaisant (0.81). Par contre, Setyonugroho *et al.* (2015) ont proposé un ECOS visant des compétences communicationnelles chez des étudiants en soins infirmiers et remarquent une faible concordance dans le jugement des différents évaluateurs (0.46). Comme le suggère ce double exemple, l'évaluation des compétences transversales (telles que la communication ou le professionnalisme) apparaît plus sensible à la subjectivité que l'évaluation des compétences cliniques (Brannick *et al.*, 2011). Il est toutefois possible de limiter ce biais comme le suggère la revue systématique de Comert *et al.* (2016) sur les ECOS ayant ciblé les compétences communicationnelles. Parmi les études analysées, six équipes sur dix sont parvenues à développer des grilles d'évaluation avec une fidélité satisfaisante à excellente, à l'instar de Harasym, Woloschuk et Cuning (2008) qui obtiennent une fidélité interjuge de 0.87 à leur grille.

### **Idéalement : Évaluer les effets de l'ECOS**

Daniels et Pugh (2017) défendent l'intérêt d'évaluer les effets de l'ECOS. Du point de vue des enseignants, ils invitent les concepteurs à s'interroger sur les questions suivantes : Comment l'ECOS influence-t-il les soins offerts aux patients ? Comment l'ECOS influence-t-il des changements dans le programme si un nombre élevé d'étudiants échoue ? Au contraire, est-ce que des changements dans le programme modifient les performances des étudiants à l'ECOS ? Du point de vue des étudiants, les auteurs proposent les questionnements suivants : Si l'objectif est de stimuler l'apprentissage des étudiants, quelles sont les données qui montrent que l'étudiant apprend grâce à l'ECOS ? Est-ce que l'ECOS influence l'implication de l'étudiant ou sa manière d'apprendre dans la suite de son parcours de formation ? S'il y a une remédiation pour les étudiants qui échouent, quelles sont les données qui indiquent que leurs performances augmentent s'ils répètent l'ECOS après cette remédiation ?

### ◆ ILLUSTRATION D'UN ECOS FORMATIF EN ORTHOPHONIE À L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE

#### Objectifs de l'ECOS

Notre ECOS formatif s'intègre dans le dispositif dit « stage socle » au sein de la clinique universitaire pour tous les étudiants de 3<sup>e</sup> année du master<sup>4</sup> en orthophonie (logopédie) de l'Université de Liège (Martinez Perez *et al.*, 2014). Ce stage est complémentaire à ceux réalisés à l'extérieur du centre de formation et poursuit un double objectif : garantir une base commune nécessaire à la future pratique de l'orthophoniste et accompagner le développement réflexif en favorisant l'articulation des connaissances théoriques et des compétences cliniques.

Plus précisément, en ce qui concerne l'ECOS, les objectifs sont multiples. Nous souhaitons tout d'abord offrir aux étudiants une **opportunité d'apprentissage** par un exercice qui implique la combinaison de compétences. En lien avec notre référentiel de compétences (pour le lecteur intéressé par l'implémentation de notre programme de formation par compétence, voir Maillart et Martinez Perez, 2017), nous avons ciblé une compétence dite clinique, « l'évaluation », et une compétence dite transversale, « la relation professionnelle ». Ces deux compétences sont en effet indissociables dans la pratique professionnelle et la formation universitaire doit permettre aux étudiants de se familiariser avec cette complexité de mobiliser plusieurs compétences simultanément. C'est d'ailleurs la raison qui nous a incités à mettre en place un ECOS et pas uniquement un jeu de rôle en auditoire, entre étudiants, car l'ECOS augmente le caractère écologique de la situation clinique évaluée. L'ECOS incite ainsi davantage l'étudiant à adapter son niveau de langage à son interlocuteur (qui est un adulte peu ou pas connu de l'étudiant et sans connaissance en orthophonie) contrairement au jeu de rôle où l'étudiant qui joue le logopède s'exprime face à un autre étudiant de sa promotion qui simule le parent.

Au-delà d'une opportunité d'apprentissage, nous souhaitons également offrir un retour aux étudiants sur le niveau de développement de leurs compétences et leur permettre d'identifier leurs forces et les points d'amélioration avant le départ en stage à l'extérieur de l'université. Pour cela, nous avons intégré à la grille d'évaluation un espace pour des commentaires libres de l'observateur sur la performance de l'étudiant et nous avons filmé la station afin que l'étudiant puisse analyser sa performance.

Finalement, du point de vue de l'enseignant, l'ECOS permet d'identifier des étudiants à risque au niveau des attitudes professionnelles dans un milieu sécurisé, autrement dit sans préjudice pour le patient. Ce dépistage permet de mettre

4 Le Master en orthophonie (logopédie) dans les universités francophones belges s'étend sur 5 années d'étude.



en place des remédiations ciblées ou de rester particulièrement attentif à ces étudiants lors de leurs stages en dehors de la structure de formation.

## Méthodologie

### Contexte général

Depuis deux années académiques, une cinquantaine d'étudiants de 3<sup>e</sup> année en orthophonie à l'Université de Liège (Belgique) participent à l'ECOS formatif. Chaque année, entre 4 et 6 secrétaires de la faculté sont recrutés comme patients simulés et assurent le rôle de parent ; entre 3 et 6 orthophonistes (enseignantes ou maîtres de stage) assurent le rôle d'observateur-évaluateur.

Dans la dernière mouture, l'ECOS formatif s'insère dans une série de travaux pratiques qui portent sur l'appropriation d'une démarche d'évaluation et de prise en charge orthophonique. Dans ce cadre, chaque étudiant est notamment amené à corriger et rédiger un rapport orthophonique. L'ECOS clôture ce module en ciblant la remise de conclusion du profil langagier du patient sur lequel l'étudiant a préalablement travaillé.

### Objet de l'ECOS

Au cours de l'unique station de notre ECOS, l'étudiant doit réaliser une remise de conclusion en communiquant la synthèse du profil langagier du patient à son parent simulé et en recommandant la mise en place d'une rééducation orthophonique. Cet acte orthophonique a été choisi pour plusieurs raisons : tout d'abord, il constitue un acte qui implique, de la part de l'étudiant, une bonne maîtrise de l'évaluation langagière du patient et un ajustement important de sa communication pour pouvoir adapter son niveau de langage, être à l'écoute des émotions du parent et ajuster son attitude au fur et à mesure de l'entrevue. Ensuite, il s'agit d'un acte qui est rarement laissé sous la responsabilité de l'étudiant lors du stage à l'extérieur de l'université car la qualité de la remise de conclusion a des répercussions importantes sur l'adhésion au traitement du patient et de son entourage. Si les maîtres de stage proposent régulièrement aux stagiaires d'observer des remises de conclusions, ils sont par contre peu enclins à laisser le stagiaire gérer la remise de conclusion en raison des enjeux importants qui y sont liés. Il nous semblait donc important que tous les étudiants puissent réaliser eux-mêmes au minimum une remise de conclusion durant leur parcours de formation. De plus, le fait que les étudiants auront désormais une première expérience par l'ECOS pourrait inciter les maîtres de stage à offrir à l'avenir cette opportunité d'apprentissage à leur stagiaire, pour des cas simples par exemple.

## Cas développé dans l'ECOS et consignes aux étudiants

L'objectif de l'ECOS étant de cibler des actes cliniques représentatifs de la pratique professionnelle, nous avons choisi le cas suivant : Marie (nom d'emprunt, 4 ans ½) présente un trouble phonologique isolé (nombreuses occlusions, simplifications de groupes consonantiques et un répertoire phonémique incomplet). Par contre, ses compétences lexicales et morphosyntaxiques apparaissent préservées, tant en compréhension qu'en production. En raison des difficultés marquées en phonologie, une prise en charge orthophonique est conseillée. *D'un point de vue clinique*, ce cas correspond à un patient qui a été vu par l'encadrant de l'ECOS dans le cadre de la clinique universitaire de notre faculté. Il s'agit par conséquent d'un cas authentique.

*D'un point de vue pédagogique*, la première année d'implémentation de l'ECOS a permis d'ajuster la durée de la station : 10 minutes sont nécessaires et suffisantes pour permettre à l'étudiant de réaliser une synthèse du profil langagier du patient et d'aborder la recommandation de prise en charge avec le parent. Comme évoqué précédemment, l'ECOS fait suite à des travaux pratiques sur la correction des protocoles de Marie et la rédaction du rapport adressé aux parents et au médecin prescripteur. Une séance de débriefing avec l'encadrant permet de rectifier les éventuelles erreurs d'interprétation des résultats. Par conséquent, les étudiants maîtrisent le profil de Marie avant de réaliser l'ECOS. Finalement, une semaine au préalable, les étudiants s'entraînent en trinôme en auditoire (1 étudiant joue le parent, 1 étudiant joue le logopède, 1 étudiant observe et complète la grille d'observation), l'enseignant illustre un modèle de remise de conclusion et montre la vidéo d'une ancienne étudiante qui réalise une performance de qualité. Par conséquent, l'étudiant possède suffisamment de ressources pour obtenir, au minimum, une performance satisfaisante à la moitié des items contenus dans la grille.

L'encadré 1 reprend les consignes écrites fournies aux étudiants. Lors de la séance de préparation de l'ECOS en auditoire, les consignes sont expliquées oralement aux étudiants qui peuvent en retour poser leurs questions.

**Encadré 1 : Consignes pour les étudiants**

- Les étudiants doivent se présenter devant le bureau de consultation 10 minutes avant leur heure de passage et patienter devant le local.
- Au signal, vous entrez dans le local, vous vous dirigez vers le bureau (le parent sera déjà installé) et vous réalisez la remise de conclusion pendant 10 minutes. Deux personnes seront présentes : un parent (interprété par un adulte qui ne possède aucune connaissance en orthophonie) et un observateur (rôle assuré par un orthophoniste) dans un coin de la pièce. Vous devez uniquement interagir avec le parent. L'observateur prendra des notes sur votre performance (points forts et points à améliorer). Une caméra sera également en place pour filmer votre prestation. La fiche de l'observateur et la vidéo vous seront transmises ultérieurement.
- Pour rappel, en 10 minutes, vous devez présenter une synthèse du profil langagier de Marie à son parent et aborder la recommandation d'une prise en charge orthophonique. Attention à équilibrer votre préparation : si vous préparez trop la remise de conclusion, le risque est de ne pas prendre en compte les propos et les attitudes du parent. Vous devez rester spontanés et flexibles !
- Vous pouvez amener de quoi écrire, une feuille blanche, le rapport de Marie et des éventuelles notes personnelles qui les accompagnent.
- À la fin de la période de 10 minutes, vous entendez une alarme qui sera le signal pour arrêter votre remise de conclusion et quitter le local.
- À l'extérieur du local, vous devez remplir 2 questionnaires sur votre prestation. Une fois les questionnaires complétés, vous pouvez quitter le site.

**Grille d'évaluation de l'ECOS et consignes aux observateurs**

Notre grille d'évaluation comporte trois sections : (a) 8 items sur les compétences communicationnelles (avec trois niveaux de réalisation décrits, par exemple « N'explique pas le jargon utilisé OU jargonne trop fréquemment (5 ou +) », « Explique quelques fois le jargon utilisé (pas systématique) », « Évite complètement de jargonner OU explique toujours les max. 4 termes techniques utilisés ») et un score total sur 24 points ; (b) un espace pour permettre au patient simulé d'indiquer son ressenti sur l'entretien (A-t-il compris les informations ? S'est-il senti écouté ?) et (c) un espace libre pour indiquer deux forces de l'étudiant et un point à améliorer. L'encadré 2 reprend les consignes écrites fournies aux observateurs. Préalablement à l'ECOS, la grille a été communiquée aux observateurs avec un mot d'explication. En raison des contraintes de temps, aucun autre entraînement préalable à l'utilisation de la grille n'a pas été réalisé. À l'avenir, nous envisageons d'analyser avec les observateurs (pendant une heure) des extraits vidéos d'anciennes prestations (qui reflètent l'éventail des comportements observables) et d'augmenter l'étendue des échelles (avec cinq à sept graduations).

Notons que la première année d'implémentation, les observateurs écrivaient des verbatim pour illustrer leur appréciation mais la durée de la station ne permet pas de réaliser ce travail tout en restant attentif aux attitudes de l'étudiant.

### **Encadré 2 : Consignes pour les observateurs**

- Au premier signal de la secrétaire, l'étudiant entre dans l'auditoire, s'installe et réalise la remise de conclusion avec le parent simulé pendant 10 minutes. Pendant ce temps-là, vous prenez des notes sur le comportement de l'étudiant dans la grille prévue à cet effet.

- À la fin de la période de 10 minutes, vous entendez une alarme qui sera le signal pour arrêter l'étudiant dans la remise de conclusion et l'inviter à quitter l'auditoire. Vous aurez alors 5 minutes pour terminer de compléter la grille de l'étudiant avant l'arrivée d'un nouvel étudiant.

- Afin d'évaluer les compétences des étudiants en remise de conclusion, une grille de rétroaction a été créée avec plusieurs sections à compléter :

o Sur la page « recto », vous devez cocher les items qui correspondent le mieux à l'étudiant.

o Sur la page « verso », vous devrez

- (a) confirmer que l'étudiant a bien réussi, dans le temps imparti, à présenter le profil langagier de l'enfant et aborder la recommandation d'une prise en charge orthophonique;
- (b) demander au parent « simulé » s'il s'est senti écouté et s'il a compris les informations apportées par l'étudiant (et indiquer son avis sur la grille);
- (c) écrire 2 éléments positifs et 1 élément à travailler pour l'étudiant lors d'une situation similaire ultérieure. Ces points peuvent être différents des items de la page « recto » (ex : *Point à améliorer : Laissez davantage le temps au parent pour réagir à l'annonce du diagnostic*).

- Une copie de la grille sera ultérieurement communiquée à l'étudiant avec la vidéo de sa prestation.

## **Scripts aux parents simulés**

Afin de faciliter la mise en place de l'ECOS, nous avons recruté des secrétaires de la faculté pour assurer les rôles des patients simulés. Celles-ci ont été informées de l'objectif du dispositif, des attentes vis-à-vis de leur prestation et ont reçu un script (encadré 3) avec les différents états émotionnels à manifester.

**Encadré 3 : Consignes pour les parents simulés**

- **Contexte général :** Votre fille (Marie) a 4 ans 1/2 et vous avez demandé un bilan en langage oral car vous ne la comprenez pas bien (elle déforme les sons). L'orthophoniste a réalisé une anamnèse et deux séances d'évaluation orthophonique avec votre fille. À présent, c'est la séance de remise de conclusion durant laquelle l'orthophoniste vous explique les résultats de votre fille et ses recommandations.

- **Objectif de l'étudiant :** L'étudiant va vous expliquer ce qu'il a pu observer au niveau du langage de votre enfant et va vous recommander une prise en charge en orthophonie.

- **Votre rôle :**

o *Poser des questions si certaines informations ne sont pas claires ou trop techniques.* Lors du jeu de rôle, essayez d'être le plus naturel et spontané possible. Si vous ne comprenez pas certaines informations, n'hésitez pas à poser des questions comme dans un contexte réel.

o *Poser des questions sur « l'après » :* Combien de séances faut-il prévoir ? Est-ce que le grand-père peut amener l'enfant aux séances ? Est-ce que vous devez en parler à l'enseignant ? Est-ce que les séances se déroulent à l'école ? Que devez-vous faire pour être remboursé des séances en orthophonie ? Qu'est-ce que vous pouvez faire pour aider votre fille ?

o *Jouer un style de parent particulier (anxieux, qui culpabilise, qui est dans le déni)* pour entraîner l'étudiant à s'adapter au parent. Vous trouverez ci-dessous des idées pour adapter votre attitude en fonction du « type de parent ».

- **Si vous jouez un parent anxieux :** Vous avez tendance à dramatiser la situation, à vous focaliser uniquement sur les points fragiles de votre enfant, à les amplifier. Vous vous demandez si votre enfant va pouvoir s'en sortir à l'école primaire et secondaire, s'il faut rediriger votre enfant vers un enseignement spécialisé dès à présent, s'il faut prendre un professeur particulier en plus de l'orthophoniste, ...
- **Si vous jouez un parent qui culpabilise :** Vous vous culpabilisez par rapport aux difficultés de votre enfant. Vous vous demandez si vous n'êtes pas responsables avec votre époux/épouse de ses difficultés. Vous ne l'avez peut-être pas assez stimulé ou vous n'avez pas lu assez d'histoires quand elle était petite. Est-ce que le fait de l'avoir laissé jouer longtemps sur la tablette pourrait expliquer ses difficultés ? ...
- **Si vous jouez un parent dans le déni :** Vous êtes dans le déni par rapport aux difficultés de votre enfant. Vous avez une nièce qui avait les mêmes difficultés que votre enfant et qui est désormais en secondaire et tout se passe bien. Vous avez tendance à banaliser les propos de l'orthophoniste lorsqu'il vous explique les difficultés de votre enfant. Vous vous demandez s'il est vraiment nécessaire de réaliser une prise en charge et si vous ne pouvez pas attendre un an.

## Résultats et ajustements

### Verbatim

Lors des deux années d'expérimentation, un questionnaire a été complété par les étudiants qui ont réalisé l'ECOS. À la question « Est-ce que l'ECOS constitue une plus-value par rapport aux jeux de rôle en auditoire ? » 95 % des étudiants répondent par la positive. Leurs impressions générales confirment le réalisme de la station et soulignent également le caractère formatif du dispositif et la complexité de la tâche exigée : « C'est un dispositif très chouette qui nous permet de voir quels sont les aspects à améliorer dans la relation professionnelle et quels sont ceux pour lesquels on a plus de facilité » ; « C'est une bonne manière de s'entraîner, plus qu'en classe, car le parent est joué par une personne qui nous est inconnue » ; « La prestation de la personne qui représente le parent aide à se sentir dans une situation réelle et pousse à s'ajuster continuellement » ; « Au début, j'étais juste dans l'esprit "c'est un exercice, je ne suis pas en face d'un réel parent..." », mais j'ai vite oublié cela. Au cours de la conversation, on arrive à se sentir en situation réelle. » « C'est plus difficile que ce que l'on pense. Ce n'est pas facile d'avoir les bons mots face à un parent ».

### Effets sur les apprenants – 1<sup>re</sup> année

Lors de la 1<sup>re</sup> année de mise en place du dispositif, les étudiants étaient également invités à donner leur avis sur leur performance. À la question « *Avez-vous atteint votre objectif clinique ?* », 42 % des étudiants répondaient « oui » et 54 % répondaient « partiellement » alors que les orthophonistes jugeaient que seuls 13 % et 73 % des étudiants avaient atteint leur objectif complètement ou partiellement. De la même manière, à la question « *Avez-vous réussi à vous adapter au parent pendant la réalisation de l'ECOS ?* », 44 % des étudiants répondaient « oui » et 50 % répondaient « partiellement » alors que les orthophonistes identifiaient respectivement 15 % et 68 % des étudiants à ces stades de maîtrise. Ces premiers résultats suggèrent que l'autoévaluation par les étudiants de 3<sup>e</sup> année est difficile et qu'ils ont tendance à surévaluer leur niveau de maîtrise. De plus, les évaluations rendues par les orthophonistes indiquaient un niveau de réalisation de l'ECOS de faible qualité.

Lors de la 2<sup>e</sup> année de mise en place du dispositif, des ajustements ont été réalisés sur ces deux composants : les étudiants réalisent désormais la remise de conclusion relative à un patient sur lequel ils ont travaillé en profondeur (correction des protocoles et rédaction du rapport), ils s'entraînent à la remise de conclusion en trinôme et analysent un « bon modèle » d'un enseignant et d'un ancien étudiant. En ce qui concerne l'autoévaluation, les étudiants reçoivent la vidéo de leur prestation en complément à la grille complétée par l'observateur.

## **Effets sur les apprenants – 2e année**

La deuxième édition de l'ECOS a permis d'observer des performances de meilleure qualité chez les étudiants. Ainsi, selon les orthophonistes, 38 % des étudiants ont réussi à atteindre leur objectif clinique et à s'adapter au patient (score total à la grille entre 20 et 24) et 45 % des étudiants ont réussi à le faire partiellement (score total à la grille entre 17 et 19). La réplication de ces résultats avec les nouvelles cohortes d'étudiants permettra de vérifier que cette évolution positive est liée aux ajustements réalisés et pas à une cohorte particulière d'étudiants.

Afin d'évaluer l'impact de la rétroaction par vidéo sur l'autoévaluation des étudiants, ces derniers ont été invités à compléter la grille d'évaluation sur leur prestation à la sortie de la station (T1), puis avoir reçu la vidéo deux semaines plus tard (T2). La grille de l'observateur complétée leur a été fournie ultérieurement pour ne pas biaiser leurs autoévaluations. Les 72 grilles complétées par les étudiants (36 à chaque temps) ont été analysées avec un test de Wilcoxon (méthode d'analyse pour des variables ordinales avec deux groupes appariés). Aucune différence significative ( $p = .73$ ) n'est observée sur le score total entre leur première grille à la sortie de l'ECOS et la grille complétée sur base de la vidéo. Ce résultat suggère que cette procédure, sans autre accompagnement, ne semble pas suffisante pour améliorer les capacités d'autoévaluation des étudiants en 3e année de formation.

## **Fidélité interjuge de la grille – 2e année**

Finalement, la fidélité interjuge de la grille a été analysée lors de la 2<sup>e</sup> édition. Deux orthophonistes ont jugé les performances de chaque étudiant de la cohorte, dans les mêmes conditions : la grille était complétée pendant la prestation de l'étudiant (10 minutes) et le temps de battement entre deux étudiants (5 minutes) ; par groupe de 8 étudiants avec une pause d'une journée entre deux groupes. La concordance interjuge (via le calcul de corrélation du Tau de Kendall) apparaît satisfaisante pour le score total (.81) mais seuls trois des items (sur huit) qui composent la grille obtiennent également une corrélation satisfaisante (supérieure à .80). Comme souligné précédemment, aucun entraînement des observateurs n'a pu être réalisé jusqu'à présent et les items sont jugés sur des échelles à trois points. Cette procédure explique certainement les résultats que nous avons obtenus au niveau de la fidélité interjuge. Plusieurs pistes sont envisagées pour les éditions futures afin d'améliorer la fidélité des observations, à la fois au niveau de la grille et de l'accompagnement des observateurs.

### ◆ CONCLUSION

La mise en place d'un ECOS, comme tout autre dispositif pédagogique, est l'occasion de se (re)questionner sur les compétences à développer et à évaluer au cours d'un cursus universitaire, ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour former les professionnels de demain. Comme le soulignent Schelstraete et Maillart (2011), « former à la pratique clinique ne consiste pas simplement à fournir les tests et expliquer les techniques de traitement, en donnant aux étudiants l'occasion de les appliquer. [...] Il s'agit d'apprendre aux étudiants à mobiliser les connaissances théoriques et méthodologiques acquises préalablement ». Dans cette logique, l'ECOS constitue un outil pédagogique pertinent pour confronter l'étudiant à la complexité de la pratique orthophonique. De plus, comme illustré dans cet article, il permet également d'exercer et d'évaluer les compétences de communication qui constituent une qualité professionnelle incontournable des orthophonistes. Que ce soit dans sa forme classique (telle que développée dans notre article) ou dans une forme évoluée (telle que l'ECOS séquentiel avec un test de screening, Pell *et al.*, 2013), l'ECOS promet encore des jours heureux dans la littérature scientifique et, espérons-le, par des équipes pédagogiques impliquées dans la formation en orthophonie.

### ◆ REMERCIEMENTS

La mise en place d'un ECOS au sein de la formation en orthophonie de l'Université de Liège n'aurait pas vu le jour sans l'enthousiasme et le soutien de Christelle Maillart, professeure dans le Département de Logopédie, qui ne cesse d'initier des projets pour faire évoluer la formation initiale et promouvoir une pratique orthophonique de qualité. Je remercie également les collègues qui participent depuis deux ans à l'ECOS, en tant que parents simulés ou observateurs, et sans qui ce dispositif serait plus difficilement réalisé.



◆ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADAMO, G. (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Medical teacher*, vol. 25, n° 3, 262-270.
- BAGNASCO, A., TOLOTTI, A., PAGNUCCI, N., *et al.* (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, vol. 38, 54-60.
- BRANNICK, M., EROL-KORKMAZ, H., PREWETT, M. (2011). A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Medical education*, vol. 45, n° 12, 1181-1189.
- BURGESS, A., CLARK, T., CHAPMAN, R., *et al.* (2013). Senior medical students as peer examiners in an OSCE. *Medical teacher*, vol. 35, n° 1, 58-62.
- BYRNE, E., SMYTH, S. (2008). Lecturers' experiences and perspectives of using an objective structured clinical examination. *Nurse Education in Practice*, vol. 8, n° 4, 283-289.
- CÖMERT, M., ZILL, J., CHRISTALLE, E., *et al.* (2016). Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (OSCE) - A systematic review of rating scales. *PloS one*, vol. 11, n° 3, e0152717.
- DANIELS, V., PUGH, D. (2017). Twelve tips for developing an OSCE that measures what you want. *Medical teacher*, 1-6.
- HARASYM, P., WOLOSCHUK, W., CUNNING, L. (2008). Undesired variance due to examiner stringency/leniency effect in communication skill scores assessed in OSCEs. *Advances in Health Sciences Education*, vol. 13, n° 5, 617-632.
- HARDEN, R. (1990). Twelve tips for organizing an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical teacher*, vol. 12, n° 3-4, 259-264.
- HARDEN, R. (2016). Revisiting 'Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)'. *Medical education*, vol. 50, n° 4, 376-379.
- HARDEN, R., STEVENSON, M., DOWNIE, W., *et al.* (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal*, vol. 1, n° 5955, 447-451.
- HASTIE, M., SPELLMAN, J., PAGANO, P., *et al.* (2014). Designing and implementing the objective structured clinical examination in anesthesiology. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, vol. 120, n° 1, 196-203.
- HOMER, M. et PELL, G. (2009). The impact of the inclusion of simulated patient ratings on the reliability of OSCE assessments under the borderline regression method. *Medical teacher*, vol. 31, n° 5, 420-425.
- JAYAKUMAR, N. (2015). Student-examiners in an OSCE: Is it worth it?. *Medical teacher*, vol. 37, n° 4, 404-404.
- KHAN, K., GAUNT, K., RAMACHANDRAN, S., *et al.* (2013). The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE guide n°. 81. Part II: organisation & administration. *Medical teacher*, vol. 35, n° 9, e1447-e1463.
- KHAN, R., PAYNE, M., CHAHINE, S. (2017). Peer assessment in the objective structured clinical examination: a scoping review. *Medical teacher*, vol. 39, n° 7, 745-756.

- KREPTUL, D., THOMAS, R. (2016). Family medicine resident OSCEs: a systematic review. *Education for Primary Care*, vol. 27, n° 6, 471-477.
- LECLERCQ, D., PHILIPPE, G., VAN DER VLEUTEN, C. (2016). Trois méthodes pédagogiques en formations médicale et pharmaceutique : l'APP, les tests de progression et les ECOS. *Journal de Pharmacie Clinique*, vol. 35, n° 1, 7-22.
- LUKAS, R., ADESOYE, T., SMITH, S., *et al.* (2012). Student assessment by objective structured examination in a neurology clerkship. *Neurology*, vol. 79, n° 7, 681-685.
- MARTINEZ PEREZ, T., WILLEMS, S., MAILLART, C. (2014). Améliorer la formation clinique en logopédie par un stage socle au sein de l'université. Actes du 28e Congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire. <http://hdl.handle.net/2268/167797>
- MAILLART, S., MARTINEZ PEREZ, T. (2017). Décliner un référentiel en niveaux de développement et apprentissages critiques : quels impacts pour un programme en logopédie ? In POU MAY, M., TARDIF, J., GEORGES, F. (Eds). *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*, 97-118, De Boeck Supérieur : Louvain-la-Neuve.
- MILLER, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, vol. 65, n° 9, 63-67.
- MITCHELL, M., HENDERSON, A., GROVES, M., *et al.* (2009). The objective structured clinical examination (OSCE): optimising its value in the undergraduate nursing curriculum. *Nurse education today*, vol. 29, n° 4, 398-404.
- NULTY, D., MITCHELL, M., JEFFREY, C. A., *et al.* (2011). Best practice guidelines for use of OSCEs: maximising value for student learning. *Nurse Education Today*, vol. 31, n° 2, 145-151.
- O'SULLIVAN, P., CHAO, S., RUSSELL, M., *et al.* (2008). Development and implementation of an objective structured clinical examination to provide formative feedback on communication and interpersonal skills in geriatric training. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, n° 9, 1730-1735.
- PELL, G., FULLER, R., HOMER, M., *et al.* (2010). How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics-AMEE guide n°. 49. *Medical teacher*, vol. 32, n° 10, 802-811.
- PELL, G., FULLER, R., HOMER, M., *et al.* (2013). Advancing the objective structured clinical examination: sequential testing in theory and practice. *Medical education*, vol. 47, n° 6, 569-577.
- PLAKIOTIS, C. (2017). Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Psychiatry Education: A Review of Its Role in Competency-Based Assessment. In : VLAMOS, P. (Ed). *GeNeDis 2016*, 159-180, Springer : Cham.
- PATRÍCIO, M., JULIÃO, M., FARELEIRA, F., *et al.* (2009). À comprehensive checklist for reporting the use of OSCEs. *Medical teacher*, vol. 31, n° 2, 112-124.
- PATRÍCIO, M., JULIÃO, M., FARELEIRA, F., *et al.* (2013). Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education?. *Medical teacher*, vol. 35, n° 6, 503-514.

- PRÉGENT, R., BERNARD, H., KOZANITIS, A. (2009). *Enseigner à l'université dans une approche-programme : guide à l'intention des nouveaux professeurs et chargés de cours*. Presses inter Polytechnique.
- PUGH, D., HALMAN, S., DESJARDINS, I., *et al.* (2016). Done or almost done? Improving OSCE checklists to better capture performance in progress tests. *Teaching and learning in medicine*, vol. 28, n° 4, 406-414.
- PUGH, D., HAMSTRA, S., WOOD, T., *et al.* (2015). À procedural skills OSCE: assessing technical and non-technical skills of internal medicine residents. *Advances in Health Sciences Education*, vol. 20, n° 1, 85-100.
- ROBERTS, C., NEWBLE, D., JOLLY, B., *et al.* (2006). Assuring the quality of high-stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical teacher*, vol. 28, n° 6, 535-543.
- RUSHFORTH, H. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, vol. 27, n° 5, 481-490.
- SADLER, D. (2009). Indeterminacy in the use of preset criteria for assessment and grading. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, vol. 34, n° 2, 159-179.
- SARAIVA, M., PAULO, M., AVELINO-SILVA, T., *et al.* (2016). Evaluating Communication Skills of Geriatrics Fellows: Interrater Agreement of an Objective Structured Clinical Examination. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 64, n° 1, 206-207.
- SCHELSTRAETE, M.-A., MAILLART, C. (2011). Les défis d'une formation universitaire clinique en logopédie. In : ESTIENNE, F., VANDERLINDEN, F. (Eds). *L'orthophonie et la logopédie au fil des ans-Regards sur des pratiques*, 37-51. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- SELIM, A., RAMADAN, F., EL-GUENEIDY, M., *et al.* (2012). Using Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in undergraduate psychiatric nursing education: is it reliable and valid ? *Nurse education today*, vol. 32, n° 3, 283-288.
- SETYONUGROHO, W., KENNEDY, K., *et* KROPMANS, T. (2015). Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: a systematic review. *Patient education and counseling*, vol. 98, n° 12, 1482-1491.
- TARDIF, J. (2006). L'évaluation des compétences. *Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- YOUSUF, N., VIOLATO, C., ZUBERI, R. (2015). Standard setting methods for pass/fail decisions on high-stakes objective structured clinical examinations: a validity study. *Teaching and learning in medicine*, vol. 27, n° 3, 280-291.
- ZABAR, S., KACHUR, E., KALET, A., *et al.* (2012). *Objective structured clinical examinations: 10 steps to planning and implementing OSCEs and other standardized patient exercises*. Springer Science & Business Media : New York.
- ZHU, X., YANG, L., LIN, P., *et al.* (2017). Assessing Nursing Students' Clinical Competencies Using a Problem-Focused Objective Structured Clinical Examination. *Western journal of nursing research*, vol. 39, n° 3, 388-399.