



CAME Voice/Voix

Le mini-CEX constitue-t-il l'outil optimal à l'ère de l'éducation fondée sur les compétences? Moyez B Ladhani, MD, FRCPC, Université McMaster

Le mini exercice d'évaluation clinique (mieux connu sous le nom de mini-CEX) consiste en une brève observation directe de l'interaction stagiaire-patient à des fins d'évaluation. Le mini-CEX a été étudié à la fois dans des contextes d'éducation prédoctorale et postdoctorale, qui recourent de nombreuses spécialités. Bon nombre d'études ont démontré la fiabilité et la validité conceptuelle, convergente et prédictive de cette méthode. De plus, le mini-CEX favorise une observation et une rétroaction plus fréquentes auprès de l'apprenant. En dépit des données de recherche, des préoccupations ont été soulevées en ce qui concerne la conception de l'outil et ce qu'il mesure.

Hawkins et al. (2010) ont évalué les recherches entourant le mini-CEX menées entre 1995 et 2009 et ont constaté que la notation pour le mini-CEX était semblable aux autres formes de notation globale; les évaluateurs n'ont pas utilisé intégralement l'échelle en neuf points, l'extrémité inférieure de l'échelle étant demeurée largement inutilisée. En outre, les compétences individuelles avaient tendance à être hautement corrélées, probablement du fait que les formes de notation comportaient des descripteurs qui se chevauchaient. L'échelle utilisée dans le cadre du mini-CEX est conçue pour les gradations linéaires de rendement mais elle ne comporte aucun point de référence permettant d'attribuer le rendement du stagiaire à une catégorie ou à une notation en particulier, ce qui oblige les évaluateurs du corps professoral à recourir à l'évaluation normative (Crossley et Jolly, 2012).

Crossley et al. (2011) se sont penchés sur ces problèmes en prenant trois outils d'évaluation en milieu de travail (EMiT), c'est-à-dire le mini-CEX, l'outil d'évaluation des soins actifs (ACAT) et la discussion d'histoires de cas, et ils ont créé de nouvelles échelles comportant des descripteurs axés sur le comportement, qui s'harmonisent avec différents niveaux de formation et des jalons. À l'aide de l'échelle modifiée, les cliniciens étaient plus aptes à faire la distinction entre les stagiaires dont le rendement était élevé et ceux dont le rendement était faible et parvenaient ainsi à mieux s'entendre quant au rendement d'un stagiaire. Crossley et Jolly (2012) ont formulé les recommandations suivantes en vue d'améliorer l'outil EMiT :

1. Les outils EMiT doivent s'accompagner de balises liées au concept de l'indépendance clinique, qui permettraient de mesurer le degré de progression et de perfectionnement des stagiaires.
2. Les évaluateurs doivent poser des jugements plus fiables quant au rendement des candidats dans un contexte donné ou pour une activité en particulier. Les outils d'évaluation EMiT doivent mettre l'accent sur la compétence propre à l'activité, tout en évitant que des compétences multiples ne soient évaluées en même temps.

Ces deux démarches simples doivent être envisagées par toute personne ayant recours au mini CEX ou à des outils d'évaluation EMiT semblables.

Crossley J, Johnson G, Booth JWade W. 2011. Good questions, good answers: Construct alignment improves the performance of workplace-based assessment scales. *Medical Education*, 45(6), 560-569.

Crossley J, Jolly B. 2012. Making sense of work-based assessment: Ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people. *Medical Education*, 46(1), 28-37.

Hawkins,RE, Margolis MJ, Durning SJ, Norcini JJ. 2010. Constructing a validity argument for the mini-clinical evaluation exercise: A review of the research. *Academic Medicine*, 85(9), 1453-1461.