

L'examen de spécialiste¹

Hansueli Späth², Bernhard Rindlisbacher³

L'examen pour l'obtention du titre de spécialiste en «Médecine générale» a été introduit en 1997. Il s'agit d'un examen de spécialiste unique en son genre, exceptionnellement proche de la pratique, qui attire l'attention dans toute l'Europe et commence à éveiller l'intérêt des responsables des examens dans les pays qui nous entourent. Notre examen de spécialiste ne peut être réalisé qu'à la faveur de l'aide apportée par d'innombrables collègues, qui s'emploient activement à l'élabora-

tion de questions et agissent comme experts à l'examen pratique. Nous espérons naturellement que de nombreux jeunes collègues se joignent aussi à cette œuvre collective.

Ci-dessous, nous présentons le contexte historique, le processus de développement et les problèmes soulevés par cet examen, en liaison avec une rétrospective sur le cours de préparation et la première partie écrite théorique de l'examen 2004.

Légitimation et ancrage dans la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) de la FMH

Conformément à la RFP du 21 juin 2000, alinéa II, article 11, les sociétés de discipline médicale (SDM) sont compétentes pour:

- l'élaboration des programmes de formation postgraduée et leurs révisions (art. 17);
- l'organisation et l'exécution des examens de spécialiste (art. 22);
- prendre position sur les objections à l'octroi d'un titre de spécialiste ou d'un titre de formation approfondie (art. 46);
- l'exécution de visites pour la reconnaissance des établissements de formation postgraduée (art. 42 et 43, sera mis en application prochainement).

Historique

Lors de la révision de la RFP au début des années nonante, l'examen de spécialiste pour l'obtention d'un «titre FMH» fut juridiquement ancré pour toutes les sociétés de discipline médicale; depuis lors, les SDM sont responsables de sa forme et de son exécution. Depuis 1994, un groupe de réflexion issu du groupe de travail Formation postgraduée de la

SSMG a réfléchi sur ce que devait être l'examen de spécialiste en médecine générale. Dès le début, il n'y avait aucun doute sur le fait que cet examen devait prendre en compte et refléter la manière de travailler et le mode de pensée du médecin de premier recours. Dans cette idée, les examens à choix multiple (dans lesquels on contrôle principalement les connaissances purement factuelles) et les épreuves portant sur des techniques d'examen du patient paraissaient inappropriées. On se décida pour un examen en deux parties. La *première partie théorique* doit permettre d'apprécier les connaissances spécifiques à l'activité de médecin de premier recours, au moyen de questions à réponses brèves portant sur les problèmes courants rencontrés dans la consultation. Dans la *seconde partie pratique*, les candidats doivent démontrer leurs aptitudes à la communication, à la réflexion et à l'action spécifiques à la médecine de premier recours, en assumant eux-mêmes pendant deux heures la consultation d'un médecin de premier recours à son cabinet. Dans ce but, le «groupe traceur» fut élargi en novembre 1994; depuis lors des délégués de tous les cantons s'emploient à fabriquer des questions d'examen et à rechercher des médecins de premier recours disposés à l'exécution de la partie pratique de l'examen dans leur cabinet avec leurs patients et patients, fonctionnant alors comme experts en collaboration avec un co-examineur.

Depuis 1997, l'examen de spécialiste est administré sous cette forme et tous les candidats au titre de spécialiste en médecine générale doivent s'y soumettre. Après un délai d'épreuve et en vertu de dispositions transitoires, ce n'est cependant que depuis le 1^{er} janvier 2001 que l'examen doit être réussi.

1 La version en allemand de cet article est parue dans le numéro 45 de PrimaryCare

2 Membre de la commission d'examen «examen de spécialiste en médecine générale»

3 Collaborateur scientifique à l'Institut für Medizinische Lehre, Berne

Tableau 1. Blueprint examen de spécialiste en médecine générale, 1^{re} partie.

	Doit %	Effectif % 2004
A. Dimension médecine générale		
1. Savoir spécifique à la médecine générale	40	55
2. Consultation:	35	40
2.1. anamnèse	10	10
2.2. examen physique	8	6
2.3. examens complémentaires	6	5
2.4. traitement, prise en charge, décision	8	19
2.5. administration	3	0
3. Interaction/communication/ relation médecin-patient	15	3
4. Ethique	5	1
5. Droit	5	1
Total	100	100
B. Dimension connaissances spéciales en médecine générale		
1. Chirurgie	10	10
2. Médecine interne	30	34
3. Médecine du travail	2	1
4. Dermatologie	5	6
5. Gynécologie / obstétrique	6	5
6. Neurologie	7	7
7. Ophtalmologie	4	3
8. Oto-rhino-laryngologie	7	6
9. Pédiatrie	8	10
10. Psychiatrie, médecine psychosociale	9	9
11. Radiologie (radiodiagnostic)	5	3
12. Rhumatologie	7	6
Total	100	100
C. Dimension âge		
1. Nourrissons (0–1)	5	4
2. Enfants (1–11)	10	9
3. Adolescents (12–18)	10	6
4. Adultes (19–64)	45	61
5. Individus âgés (>64)	30	20
Total	100	100
D. Dimension conditions de consultation		
1. Consultation ordinaire au cabinet	70	78
2. Visite à domicile	10	15
3. Urgence	5	4
4. Consultation téléphonique	5	4
5. Consultation indirecte (expertise, demande d'avis)	5	0
Total	100	100

4 <http://www.ssmg.ch>, groupes de travail > formation postgraduée > examen de spécialiste > protocole peer review
5 PrimaryCare 2003, p. 229–33 et 252–5.

Contenu de l'examen

Le savoir spécifique de la médecine générale et la manière de procéder en médecine de premier recours ne sont pas aisés à examiner. Quels contenus sont importants, qu'est-ce qui survient fréquemment ou au contraire rarement? Les contenus de la médecine générale élargissent-ils principalement à des problèmes de médecine interne, de chirurgie ou même de psychiatrie? Quelle manière de procéder est appropriée dans une situation donnée? Il existe depuis l'an 2000 un plan («blueprint») de pré-requis pour le contenu, servant à l'élaboration de la partie *écrite théorique*. Il établit une répartition idéale des cas en quatre dimensions selon la problématique, la discipline, l'âge et les conditions de consultation. Le processus de consensus à plusieurs niveaux parmi les médecins de premier recours garantit que seuls donnent lieu à examen les contenus sur lesquels un consensus sur la manière adéquate de les traiter est trouvé.

Il n'est pas toujours possible de respecter les pré-requis du «blueprint». L'évaluation des examens des années passées a cependant montré que la représentativité du contenu de l'examen théorique en fonction de la répartition des cas sur les 4 dimensions était bonne.

Dans la partie *orale pratique* de l'examen, on choisit dans la mesure du possible des patients présentant des problématiques fréquemment rencontrées en pratique quotidienne au cabinet du généraliste. Puisqu'on se trouve dans une situation de consultation réelle (hormis les conditions d'examen), on juge principalement l'aptitude à communiquer du candidat, sa prise de contact avec le patient, et *comment* il résout le problème qui lui est posé, en impliquant le patient avec ses attentes et son système de valeurs. L'évaluation est faite en utilisant une check-liste (protocole de Laonto modifié) qui est connue du candidat déjà avant l'examen⁴. Avec l'accord écrit du patient, l'examen est enregistré en vidéo, permettant ainsi de disposer d'un moyen objectif de révision d'éventuelles situations sujettes à caution. L'enregistrement vidéo est détruit dans un délai d'au maximum un an.

Les feed-backs fournis par les candidats au sujet des examens écrits et pratiques auxquels ils ont participé attestent qu'avec notre examen de spécialiste, nous suivons le bon chemin. L'examen est dans la majorité des cas évalué comme équitable, pertinent et même intéressant.

La seconde partie orale pratique de l'examen a déjà fait auparavant l'objet d'une information détaillée par M. Peltenburg⁵, raison pour laquelle nous mettons ci-dessous l'accent sur la première partie écrite théorique.

Des objectifs et des exigences de haut niveau déterminent les coûts

Pour la SSMG qui l'organise, l'examen de spécialiste a depuis toujours été déficitaire.

Du moment que nous voulons offrir un examen déterminé par nos besoins spécifiques, nous renonçons aux catalogues de questions existantes et fabriquées ailleurs; nous n'achetons aucune question à l'étranger. Mais cela signifie que toutes les questions et réponses sont conçues par des collègues engagés à partir de leurs propres cas. Dans un premier round d'évaluation, les cas proposés sont expertisés par la commission d'examen et examinés du point de vue de leur applicabilité avec l'aide de l'Institut pour la formation prégraduée, postgraduée et continue de l'Université de Berne (IAWF, aujourd'hui «Institut für Medizinische Lehre IML»). Ensuite, une commission d'experts composée d'une vingtaine de collègues rédige chaque question et établit la clé de réponse correspondante. Il va sans dire que la création de telles questions, en relation étroite avec la pratique, et la rédaction de leur clé de réponse, nécessitent beaucoup de temps et représentent donc aussi un investissement financier élevé; mais nous voudrions fondamentalement nous en tenir à cette forme.

Les coûts pour la seconde partie sont aussi énormes, car les examens ont lieu dans nos cabinets médicaux. Le manque à gagner des deux collègues examinateurs (correspondant en règle générale à une demi-journée de travail pour chacun ou chacune, la mise à disposition de l'infrastructure ainsi que les coûts nécessités par la surveillance et l'enregistrement vidéo doivent donner lieu à indemnisation, au moins partielle. Mais là aussi, l'investissement vaut la peine, puisque les candidats peuvent ainsi disposer de patients «réels», présentant les problèmes rencontrés au quotidien d'un cabinet de médecine de premier recours.

En tant que spécialité spécifiquement extra-hospitalière, il est impossible d'utiliser l'infrastructure (locaux), les patients et surtout les experts d'institutions publiques (hôpitaux), qui permettraient un «subventionnement croisé» des coûts d'examen. Nos efforts pour obtenir un soutien financier de la part des cantons et des autorités de la santé publique n'ont jusqu'ici pas été couronnés de succès.

A contre-cœur, nous devons donc, dès 2005, porter la taxe d'examen à 1350 CHF (jusqu'ici 1200 CHF).

Bâle 2003 – préparation à l'examen

L'examen de spécialiste en médecine générale évalue le savoir, le jugement et le savoir-faire spécifique à la médecine de premier recours. Nous ne cessons de devoir prendre acte que cela ne peut pas, ou que de manière rudimentaire, s'apprendre dans les établissements de formation postgraduée habituels. Cette objection malheureusement vérifiée ne fait par ailleurs que souligner l'importance et le sens d'un stage au cabinet médical dans le cadre de la formation postgraduée. De plus, les résultats des examens nous mettent en main les moyens de rendre les médecins chefs (des établissements de formation postgraduée) attentifs au déficit éclatant de formation postgraduée spécifique à la médecine de premier recours. Naturellement, nous espérons que grâce à cela, nous aurons (à long terme) des postes et des possibilités de formation postgraduée mieux adaptés à la médecine de premier recours, permettant aussi d'augmenter, pour les médecins en formation postgraduée, l'attractivité de la médecine générale comme discipline spécialisée.

De temps à autre, nous entendons le reproche à peine voilé que les contenus de l'examen ne pourraient pas, pour les raisons évoquées ci-dessus, être suffisamment appris et qu'il ne serait par conséquent pas possible de se préparer à l'examen. Cela, et surtout le fait que la méthode d'examen de la partie écrite théorique, à savoir les questions ouvertes avec réponses courtes, constitue une nouveauté insolite pour les candidats, nous a poussés à répondre au désir d'une aide à la préparation de l'examen. Sur l'initiative du groupe de travail Formation postgraduée de la SSMG, notre secrétaire générale, Mme Kathrin Censier, a organisé la première journée de préparation à l'examen de spécialiste, qui a eu lieu le 8 novembre 2003 à Bâle, dans le cadre exceptionnel et évocateur du «Schlafschiff». En dépit de son délai de préparation et de publication très bref, cette journée, soutenue par la firme ICI, a rencontré un grand succès, avec la participation de 42 candidats venus de toutes les régions de Suisse.

En plus d'informations générales sur l'examen de spécialiste, sa philosophie, le mode de création des questions ainsi que sur la méthode de correction et d'évaluation, on offrit aussi aux participants un bref examen-test avec cinq cas provenant d'examens antérieurs. Ensuite, les participants eurent l'occasion de discuter leurs réponses au sein d'un groupe de travail, puis de les corriger à l'aide de la clé de réponse. Si certaines réactions peuvent certes signifier une meilleure compréhension de nos objectifs, les discussions parfois musclées qui ont eu lieu ont par ailleurs clairement montré que de nombreux candidats ma-

nifestent encore de grandes difficultés avec les principes de solution spécifiques à la médecine de premier recours.

Mais cette journée poursuivait aussi l'objectif d'une occasion de tisser des liens entre les participants. L'apprentissage et l'échange dans le cadre de groupements locaux peut beaucoup faciliter les choses! Et, en fait, après cette journée de préparation à Bâle, quelques groupes de travail se sont constitués.

L'évaluation de ce cours pilote a confirmé le besoin d'une journée d'information et de préparation à l'examen de spécialiste. Nous prévoyons de continuer à organiser une telle journée une fois par année, en janvier, en deux sessions séparées pour les Romands, respectivement les Alémaniques.

L'examen écrit théorique 2004

La première partie de l'examen de spécialiste de cette année s'est déroulée le 6 mai 2004 à Berne. Le nombre de candidats y participant était de 133, plus élevé que la moyenne des années 1999 à 2004 (121). 90 candidats passaient l'examen en langue allemande, 34 en français et 9 en italien.

En septembre 2003, la première étape de préparation de cet examen consista en un atelier de travail consacré à l'intégration de nouveaux cas avec élaboration de questions à réponse brève. En novembre 2003, les cas ainsi préparés furent, dans le cadre d'une première séance de révision, examinés par des membres du groupe examen, qui poursuivirent leur élaboration. Cette première révision permit l'acceptation préalable de 22 nouveaux cas. Lors de la deuxième séance de révision, en janvier 2004, des membres du groupe examen (pour la plupart différents de ceux de la première révision) ré-examinèrent encore une fois les questions et déterminèrent pour chaque question sa clé de réponse correcte, selon une procédure basée sur le consensus. Dans la composition de l'examen définitif, on reprit 6 autres cas d'examens précédents (respectivement 2 de 1999, 1 de 2000 et 3 de 2001), choisis en fonction des domaines du «blueprint» qui n'étaient encore pas suffisamment couverts. Ces cas repris purent immédiatement après être utilisés comme «ancrage» lors de l'évaluation statistique. Finalement, l'examen fut composé de 28 cas avec 86 questions à réponse brève (2002: 28 cas avec 78 questions; 2003: 26 cas avec 75 questions). Le nombre maximal de points qu'il était possible d'obtenir fut fixé à 186 (2002:200; 2003: 171 points). Pour chaque question particulière, les collègues du groupe d'experts à l'examen qui jusqu'ici avaient encore relativement peu été en contact avec l'examen estimèrent le nombre de points que le

groupe des «candidats limites» – ceux qui devaient juste encore réussir l'examen – obtiendraient en moyenne. Ce procédé reconnu sur le plan international permet, avant l'examen, d'élaborer une proposition pour la limite de réussite, basée sur une opinion d'experts. Les cas d'examen, rédigés à l'origine pour la plupart en allemand, mais deux en français, furent traduits dans les trois langues, puis encore une fois examinés par un expert du point de vue de la concordance de la traduction.

Les 133 cahiers de l'épreuve du 6 mai 2004 furent corrigés immédiatement à l'issue de l'examen. Afin de garantir une évaluation homogène pour tous les candidats, un cas donné était corrigé par un seul et même expert dans tous les 133 cahiers. Puis les résultats de l'examen furent introduits dans un programme d'analyse statistique informatisé, permettant d'évaluer indépendamment chaque question. Sur la base de cette analyse et après avoir tenu compte des commentaires des candidats et des experts et après un nouveau ré-examen de la teneur exacte des questions douteuses, la commission d'examen élimina 7 questions d'examen, car il y avait des indices que ces questions avaient pu être mal comprises par une partie des candidats.

On calcula si le groupe de candidats de cette année avait solutionné les cas repris d'examens précédents mieux ou moins bien que les candidats auxquels ces cas avaient été précédemment soumis. Il était ainsi possible d'estimer si, dans l'ensemble, le groupe de cette année était meilleur ou moins bon que les groupes des années précédentes. Par ailleurs, on compara le degré de difficulté des examens des années concernées. Ces données, avec la proposition du nombre de points à obtenir issue des estimations des experts, servirent de base à la commission d'examen pour fixer la limite de réussite.

La limite de réussite fut finalement fixée (après élimination de 7 questions) à 111 points sur les 171 possibles, correspondant à 64,9% du nombre maximum de points (l'année précédente: 64,5% du maximum possible). 5 candidats (21 l'année précédente) n'atteignirent pas la limite de réussite. D'une année à l'autre, la différence du nombre de candidats ayant échoué peut paraître grande; cependant, les résultats des analyses statistiques indiquent que la prestation moyenne du groupe de candidats de l'année précédente était effectivement moins bonne que celle de cette année.

Bien entendu, même avec ce procédé très raffiné, la fixation de la ligne de séparation entre réussi et échoué reste en partie dépendante de l'appréciation particulière de la commission d'examen. A part cela, la mesure de la connaissance au moyen de cet examen reste forcément entachée d'une certaine impré-

cision, tout comme n'importe quelle mesure des paramètres sanguins, par exemple. Il en va de même des examens sous forme de questions à choix multiple. Il s'agit d'un procédé «le meilleur possible» au vu de l'actuel «state of the art» dans le domaine de la théorie des examens. Il garantit dans une grande mesure la fiabilité et l'objectivité et se situe qualitativement très nettement au-dessus de la décision d'un seul ou de deux experts, prise à l'issue d'une discussion collégiale à propos de 3 ou 4 cas choisis plutôt au hasard.

La partie écrite de l'examen de spécialiste 2005 se déroulera le 12 mai 2005 à Berne. Les journées de préparation pour les candidats ont été prévues en allemand le 29 janvier 2005 à Zurich et en français le 5 février 2005 à Lausanne.

Dr Hansueli Späth
Höflistrasse 42
CH-8135 Langnau am Albis
huspaeth@bluewin.ch

Dr Bernhard Rindlisbacher
Traubenweg 67
CH-3612 Steffisburg
Bernhard.K.Rindlisbacher@hin.ch

Apropos

Weihnachtsgeschichten

Liebe Leserinnen und Leser,

Die Redaktion von PrimaryCare möchte zum Jahresende in der Nummer 51–52 / 2004, die am 17.12.2004 erscheinen wird, Weihnachtsgeschichten aus der Feder von Hausärztinnen und Hausärzten publizieren. Geschichten, die Euch besonders bewegt haben, könnt Ihr bis zum 29. November einsenden an Natalie Marty (marty@primary-care.ch).

Die Redaktion

Apropos

Histoires de Noël

Chères lectrices, chers lecteurs,

La rédaction de PrimaryCare souhaite publier dans son numéro de fin d'année (n° 51/52–2004 qui paraîtra le 17 décembre 2004) des récits de Noël écrits par des médecins de premier recours. Vous vous souvenez sûrement d'une histoire vécue qui vous a particulièrement touchée? Alors, chères et chers collègues, à vos plumes!

Vous pouvez adresser vos textes jusqu'au 29 novembre 2004 à Natalie Marty (marty@primary-care.ch).

Cordialement,

La rédaction