

FACTORS DETERMINING THE RESULTS OF THE EXAMINATION OF THE WEST AFRICAN COLLEGE OF SURGEONS IN GENERAL SURGERY

LES FACTEURS DETERMINANT LES RÉSULTATS DE L'EXAMEN DU COLLEGE OUEST AFRICAIN DES CHIRURGIENS EN CHIRURGIE GENERALE

AJAO OG, AJAO OO¹, *UGWU BT², YAWE KDT³, EZEOME ER⁴

Abstract

Background: The general surgery results of the West African College of Surgeons (WACS) post-graduate fellowship examination could not be regarded as satisfactory when compared with the results of similar post-graduate examinations in some developed countries. For example the pass rate of the West African College of Surgeons examination was usually under 40% whereas the pass rate in oral examination in a similar post-graduate examination, the American Board of Surgery was 84% in 2006, 73% in 2012. The first time pass rate in general surgery of final year general surgery residents at the American Board of Surgery qualifying and certifying examinations were 74% - 78% between 2000 and 2007.

Aim & Objectives: To identify the factors responsible for the high failure rate at the general surgery fellowship examinations of the West African College of Surgeons.

Study design: Descriptive study .We studied and analyzed the West African College of Surgeons examination results for April 2012, October 2012, April 2013 and October 2013 with emphasis on the results, the conduct of the examination and the opinion from fellows about the examiners.

Well structured questionnaires were sent to fellows who had passed all the various fellowship examinations of the West African College of Surgeons in general surgery to indicate their opinion about the examination, and the examiners.

Setting: University College Hospital, Ibadan, and Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria.

Methodology: The first part of the study dealt with an analysis of each section of the examination prospectively studied over a 2-year period. This consisted of four sets of examination results. The second part was a questionnaire-based study administered to Fellows who had passed the WACS final fellowship examination in general surgery. The questionnaire had three sections: primary, part 1 and part 2 and included basic demographics, date at attempts in each grade of the examinations and the outcome. It also included the views of the respondents on the conduct of the examination and outcome. The data were analyzed using Microsoft Excel.

Result: A total of 720 candidates with age range of 28 – 39 years and a mean of 33.2 years sat for the Part 1 Fellowship examinations in 2012 and 2013 with an average of 180 candidate per examination. At the Part 2 fellowship examination, 84 candidates with the age range of 31 – 42 year and a mean of 36.5 years sat the Part 2 Fellowship examination with an average of 21 candidates for each Part 2 examination in general surgery during the same period. The examinations held in April and October of each year. While an average of 28.8% of the candidates passed, an average of 71.2% of the candidates failed the Part 1 Fellowship examinations in 2012 and 2013. The aggregate clinical score was responsible for failure in 59.5% of the candidates. In the Part 2 Fellowship examination in general surgery during the same period, 31.5% of the candidates passed while an average of 68.5% of the candidates failed per examination. The aggregate clinical score was responsible for 53.3% of the candidates who failed the Part 2 examination. Furthermore, 60 – 69.7% of the candidates had a favourable opinion about the conduct of the examination, 54.5 – 63.6% rated the professionalism of the examiners high, even though the pass rate at the first attempts of the various grades of the examination by the respondents was about 50 percent.

Conclusion: The clinical part of the examination is a major factor.responsible for the high failure rate in the general surgery fellowship examinations of the West African College of Surgeons. In order to mitigate this, residents in training should be exposed to the clinical management of a wide range of cases in the discipline with majority of the operations performed by them under the direct supervision of their consultants.

KEY WORDS: West African Fellowship Examination, General surgery, High failure Rate, Opinion, Conduct and the examiners, More clinical exposure.

Résumé

Contexte: Les résultats de chirurgie générale du Collège ouest-africain des chirurgiens (COAC) postuniversitaire de l'examen de bourses ne pouvaient pas être considérés comme satisfaisant en comparaison avec les résultats des examens postuniversitaires similaires dans certains pays développés. Par exemple le taux du Collège ouest-africain de l'examen des chirurgiens était habituellement 'moins de 40%', tandis que le taux de réussite à l'interrogatoire oral lors d'un examen postuniversitaire similaire, le conseil d'administration Américain était de 84% en 2006, 73% en 2012. Le premier taux de réussite de temps en chirurgie générale de l'année dernière des résidents en chirurgie générale du conseil d'administration Américain de chirurgie, qualifications et examens de certification étaient 74% - 78% entre 2000 et 2007.

But et objectifs: identifier les facteurs responsables du taux élevé d'échec aux examens généraux de bourses en chirurgie du Collège ouest-africain des chirurgiens.

Conception de l'étude: Étude descriptive. Nous avons étudié et analysé les résultats d'examen du Collège ouest-africain des chirurgiens pour Avril 2012, Octobre 2012, Avril 2013 et Octobre 2013, avec l'accent sur les résultats, la conduite de l'examen et l'avis des boursiers sur les examinateurs.

Bien de questionnaires structurés ont été envoyés aux boursiers qui avaient passé tous les différents examens de bourses du Collège ouest-africain des chirurgiens en chirurgie générale pour indiquer leur opinion sur l'examen et les examinateurs.

Définition: Le Collège Hospitalier Universitaire d' Ibadan, et l'hôpital universitaire de Jos, Jos, au Nigeria.

Méthodologie: La première partie de l'étude portait sur une analyse de chaque section de l'examen étudiée de manière prospective sur une période de deux ans. Il s'agissait de quatre ensembles de résultats d'examen. La deuxième partie est une étude basée sur un questionnaire administré aux boursiers qui avaient passé l'examen final de bourses du COAC en chirurgie générale. Le questionnaire comportait trois sections: primaire, partie 1 et partie 2 et des données démographiques de base inclus, date à tentatives dans chaque grade des examens et les résultats. Elle comprenait également les points de vue des répondants sur la conduite de l'examen et les résultats. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de compression de données.

Résultat: Un total de 720 candidats ayant une tranche d'âge des 28 à 39 ans et une moyenne de 33,2 d'années assis pour la partie 1 des examens de bourses en 2012 et 2013 avec une moyenne de 180 de candidats par examen. Lors de l'examen de bourses Partie 2, 84 candidats avec la tranche d'âge des 31 à 42 ans et une moyenne de 36,5 d'années ont passé l'Examen Bourse de la Partie 2, avec une moyenne de 21 candidats pour chaque Partie 2 de l'Examen en chirurgie générale au cours de la même période. Les examens organisés en Avril et Octobre de chaque année. Alors une moyenne de 28,8% des candidats ont réussi, une moyenne de 71,2% des candidats n'a pas réussi la partie 1 des examens de bourses en 2012 et 2013. Le score clinique global était responsable de l'échec dans 59,5% des candidats. Dans la Partie 2 de l'Examen de bourses en chirurgie générale au cours de la même période, 31,5% des candidats ont réussi alors qu'une moyenne de 68,5% des candidats a échoué par examen. Le score clinique global était responsable de 53,3% des candidats qui ont échoué l'examen de la Partie 2. En outre, de 60 à 69,7% des candidats ont une opinion positive sur le déroulement de l'examen, de 54,5 à 63,6% évalué le professionnalisme des examinateurs élevés, même si le taux de réussite dans les premières tentatives des différents grades de l'examen par les répondants était d'environ 50 pour cent.

Conclusion: La partie clinique de l'examen est un facteur important responsable du taux élevé d'échec dans les examens généraux de chirurgie de bourses du Collège ouest-africain des chirurgiens. Afin d'atténuer ce risque, résidents en formation doivent être exposés à la gestion clinique d'un large éventail de cas dans la discipline à la majorité des opérations effectuées par eux sous la supervision directe de leurs consultants.

MOTS CLÉS: Boursiers de l'examen d'Afrique de l'Ouest, la chirurgie générale, le taux d'échec élevé, l'opinion, la conduite et les examinateurs, plus d'exposition clinique.

Introduction

The pass rate at the general surgery examinations of the West African College of Surgeons could be improved. The pass rate at each examination had remained under 40% with up to 60% failure rate in the past few years, and the reasons needed to be determined. In most countries, including developing countries, admission into medical school is highly competitive; same with general surgery at postgraduate level. In spite of this, surgery still attracts most of the best residents among their peers. The failure rate for similar post-graduate examination is about 16 - 27 percent¹ in some countries. The pass rate at the American Board of Surgery qualifying and certifying examinations of 607 final year residents who graduated between 2000 and 2007 was 74% - 78%². The purpose of this paper is to analyze the results of the general surgery fellowship examinations of the West African College of Surgeons over a 2-year period in order to identify the factors responsible for the high failure rates.

Materials and Methods

The results of parts 1 and 2 fellowship examinations of the West African College of Surgeons in April 2012, October 2012, April 2013, and October 2013 were analyzed with a view to determining the reasons and the section or sections of the examination responsible for the high failure rate.

A well-structured questionnaire was administered to fellows of the West African College of Surgeons working in two teaching hospitals in Nigeria – one in the north and the other in the southern part of Nigeria after

Introduction

Le taux de réussite aux examens de chirurgie générale du Collège ouest-africain des chirurgiens pourrait être amélioré. Le taux de réussite à chaque examen était resté moins de 40% avec un taux d'échec de 60% dans les quelques dernières années, et les raisons nécessaires pour être déterminé. Dans la plupart des pays, y compris les pays en développement, l'admission dans l'école de médecine est très concurrentielle; même avec la chirurgie générale au niveau du troisième cycle. En dépit de cela, la chirurgie attire toujours la plupart des meilleurs résidents parmi leurs pairs. Le taux d'échec similaire d'examen post universitaire est d'environ 16 à 27 cent dans certains pays¹. Le taux de réussite à du Conseil d'Administration Américain de chirurgie en qualifications et en examens de certification de 607 résidents d'année dernière ayant obtenu leur diplôme entre 2000 et 2007 était de 74% - 78%². Le but de cet article est d'analyser les résultats des examens généraux de bourses en chirurgie du Collège ouest-africain des chirurgiens sur une période de deux ans afin d'identifier les facteurs responsables des taux élevés d'échec.

Matériels et méthodes

Les résultats des parties 1 et 2 des examens de bourses du Collège ouest-africain des chirurgiens en Avril 2012, Octobre 2012, Avril 2013 et Octobre 2013 ont été analysés en vue de déterminer les raisons et la ou les sections de l'examen responsables du taux élevé d'échec.

Un questionnaire bien structuré a été administré aux boursiers du Collège ouest-africain des chirurgiens travaillant dans deux hôpitaux d'enseignement au Nigeria - un dans le nord et l'autre dans la partie sud du Nigeria après avoir obtenu l'approbation du Collège ouest-africain des chirurgiens. Chaque répondant a indiqué son / ses données démographiques, le nombre de fois qu'il a fallu pour passer chaque partie de l'examen de bourses, ainsi que leur impression de la

AJAO OG, AJAO OO¹, *UGWU BT², YAWE KDT³, EZEOME ER⁴

Department of Surgery, University College Hospital, Ibadan, Nigeria.

¹University College Hospital Ibadan, Nigeria.

²*Department of Surgery, Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria.

E-mail: ugwub@yahoo.com

³Department of Surgery, University of Maiduguri Teaching Hospital, Maiduguri, Nigeria.

⁴Department of Surgery, University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria

*Correspondence

Grant support: None

Subvention: Aucun

Conflict of interest: None

Conflit d'intérêts: Aucun

obtaining the approval of the West African College of Surgeons. Each respondent indicated his/her demographics, the number of times it took to pass each part of the fellowship examination, as well as their impression of the conduct and the professionalism of the examiners in the various sections of the examination as shown in Fig 1. The results of the examinations and the responses to the questionnaire were analyzed using Microsoft Excel.

Results

Part 1 Examination

In the April 2012 examination, 197 candidates sat the part 1 examination in general surgery and the failure rate was 70.1%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: Multiple Choice Questions (MCQ) 1 (61.4%); Aggregate of the clinical examinations (60.4%); Short cases (46.7%); Paper one (42.1%); Essay one (37.1%) and Long case (36.5%) as shown in Table 1. In the October 2012 examination, 178 candidates sat the part 1 examination and the failure rate was 69.1%. The sections of the examination responsible for the failure in order of importance are; Aggregate of the Clinical examinations (53.9%); Short cases (49.4%); MCQ 1 (46.1); MCQ 2 (38.2); Essay 2 (36.5); Oral 1 (35.4\$); Oral 2 (32.0%) as also shown in Table 1. There were 33 respondents to the questionnaire in the Part 1 Fellowship examination.

In April 2013 examination, 177 candidates sat the examination and the failure rate was 79.1%. The sections of the examination responsible for the failure rate in order of importance are: Aggregate of the clinical examinations (68.4%); MCQ 2 (58.8%); Short cases (54.2%); Essay 1 (46.9%); Long case (41.8%); and Paper 2 (40.1%) as indicated in Table 1.

In October 2013 examination, 168 candidates sat the examination and the failure rate was 66.7%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: Aggregate of the clinical examinations (55.4%); Short cases (51.2%); Paper 2 (42.3%); Paper 1 (32.7%); Oral 1 (32.1%); Long case (30.4%) as in Table 1.

conduite et le professionnalisme des examinateurs dans les différentes sections de l'examen comme le montre la figure 1. Les résultats des examens et les réponses au questionnaire ont été analysés à l'aide du logiciel de compression de données.

Résultats

Partie 1 de l'examen

Lors de l'examen d'Avril 2012, 197 candidats se sont présentés à une partie de l'examen en chirurgie générale et le taux d'échec était de 70,1%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: questions à choix multiples (QCM) 1 (61,4%); Total des examens cliniques (60,4%); Cas courts (46,7%); un Livre (42,1%); un Essai (37,1%) et cas long (36,5%), comme indiqué dans le tableau 1. Lors de l'examen Octobre 2012, 178 candidats ont passé la partie 1 de l'examen et le taux d'échec était de 69,1%. Les sections de l'examen responsables de l'échec par ordre d'importance sont; Total des examens cliniques (53,9%); Cas courts (49,4%); QCM 1 (46,1); QCM 2 (38,2); Essai 2 (36,5); Oral 1 \$ (35,4); Oral deux (32,0%) comme le montre également le tableau 1. Il y avait 33 répondants au questionnaire dans la Partie 1 de l'Examen de bourses.

Durant l'Examen d'Avril 2013, 177 candidats ont passé l'examen et le taux d'échec était de 79,1%. Les sections de l'examen responsables du taux de défaillance par ordre d'importance sont: Agrégat des examens cliniques (68,4%); 2 QCM (58,8%); cas Courts (54,2%); 1 Essai (46,9%); Cas Long (41,8%); et 2 Papiers (40,1%), comme indiqué dans le tableau 1.

En Examen d'Octobre 2013, 168 candidats ont passé l'examen et le taux d'échec était de 66,7%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: Agrégat des examens cliniques (55,4%); Cas courts (51,2%); Livre 2 (42,3%); Livre 1 (32,7%); Oral 1 (32,1%); Cas Long (30,4%) comme indiqué dans le tableau 1.

Table 1: PASSES IN EACH SECTION OF THE EXAMINATION IN PART 1

SECTIONS OF THE EXAMINATION	APRIL 2012 197candidates %(number)	OCT. 2012 178candidates %(number)	APRIL 2013 177candidates %(number)	OCT. 2013 168candidates %(number)
MCQ 1	38.6 (76)	53.9 (96)	70.1(124)	NA
ESSAY 1	62.9 (124)	70.8 (126)	53.1 (94)	NA
MCQ 2	75.1 (148)	61.8 (110)	41.2 (73)	NA
ESSAY 2	65.0 (128)	63.5 (113)	71.6 (127)	NA
PAPER 1	57.9 (114)	67.4 (120)	77.4 (137)	67.3 (113)
PAPER 2	88.3 (174)	72.5 (129)	59.9 (106)	57.7 (97)
ORAL 1	74.1 (146)	64.6 (115)	74.6 (132)	67.9 (114)
ORAL 2	70.6 (139)	68.0 (121)	71.8 (127)	70.2 (118)
LONG CASE	63.5 (125)	71.3 (127)	58.2 (103)	69.6 (117)
SHORT CASE	53.3 (105)	50.6 (90)	45.8 (81)	48.8 (82)
CLINICAL(Average)	39.6 (78)	46.1 (82)	31.6 (56)	44.6 (75)
TOTAL PASS	29.9 (59)	30.9 (55)	20.9 (37)	33.3 (56)

NA = Not Available

Tableau 1: PASSE DANS CHAQUE SECTION DE L'EXAMEN DANS LA PARTIE 1

ARTICLES DE LA EXAMEN avril 2012

197 candidats

% (Nombre) octobre 2012

178 candidats

% (Nombre) avril 2013

177 candidats

%(Nombre) octobre 2013

168 candidats

% (Nombre)

QCM 1 38,6 (76) 53,9 (96) 70,1 (124) NA

ESSAI 1 62,9 (124) 70,8 (126) 53,1 (94) NA

QCM 2 75,1 (148) 61,8 (110) 41,2 (73) NA

ESSAI 2 65,0 (128) 63,5 (113) 71,6 (127) NA

PAPIER 1 57,9 (114) 67,4 (120) 77,4 (137) 67,3 (113)

PAPIER 2 88,3 (174) 72,5 (129) 59,9 (106) 57,7 (97)

ORAL 1 74,1 (146) 64,6 (115) 74,6 (132) 67,9 (114)

ORAL 2 70,6 (139) 68,0 (121) 71,8 (127) 70,2 (118)

LONG CAS 63,5 (125) 71,3 (127) 58,2 (103) 69,6 (117)

CAS COURT 53,3 (105) 50,6 (90) 45,8 (81) 48,8 (82)

CLINIQUE (moyenne) 39,6 (78) 46,1 (82) 31,6 (56) 44,6 (75)

PASS TOTAL 29,9 (59) 30,9 (55) 20,9 (37) 33,3 (56)

NA = Non disponible

TABLE 2: PASSES IN EACH SECTION OF THE EXAMINATIONS IN PART 2

% PASSES/ YEAR	APRIL 2012 Total (25)	OCT. 2012 Total (19)	APRIL 2013 Total (18)	OCT. 2013 Total (22)
MCQ 1	68 (n17)	68.4 (n13)	38.9 (n7)	NA
ESSAY 1	60 (n15)	52.6 (n10)	77.8 (n14)	NA
MCQ 2	84 (n21)	68.4 (n13)	44.4 (n8)	NA
ESSAY 2	80 (n20)	47.4 (n9)	72.2 (n13)	NA
PAPER 1	84 (n21)	78.9 (n15)	50 (n9)	86.4 (n19)
PAPER 2	92 (n23)	84.2 (n16)	61.1 (n11)	81.8 (n18)
ORAL 1	76 (n19)	89.5 (n17)	66.7 (n12)	63.6 (n14)
ORAL 2	64 (n16)	84.2 (n16)	66.7 (n12)	59.1 (n13)
LONG CASE	72 (n18)	68.4 (n13)	66.7 (n12)	77.3 (n17)
SHORT CASE	52 (n13)	47.4 (n9)	66.7 (n12)	50.0 (n11)
CLINICAL(Average)	40 (n10)	42.1 (n8)	50 (n9)	54.6 (n12)
TOTAL PASS	36 (n9)	36.8 (n7)	16.7 (n3)	36.4 (n08)

NA = Not Available

TABLEAU 2: PASSE DANS CHAQUE SECTION DES ÉPREUVES EN PARTIE 2

% PASSES / EN avril 2012

Total (25) octobre 2012

Total (19) avril 2013

Total (18) octobre 2013

Total (22)

QCM 1 68 (n17) 68,4 (n13) 38,9 (n7) NA

ESSAI 1 60 (n15) 52,6 (n10) 77,8 (n14) NA

QCM 2 84 (n21) 68,4 (n13) 44,4 (n8) NA

ESSAI 2 80 (n20) 47,4 (n9) 72,2 (n13) NA

PAPIER 1 84 (n21) 78,9 (n15) 50 (n9) 86,4 (n19)

PAPIER 2 92 (n23) 84,2 (n16) 61,1 (n11) 81,8 (n18)

ORAL 1 76 (n19) 89,5 (n17) 66,7 (n12) 63,6 (n14)

ORAL 2 64 (n16) 84,2 (n16) 66,7 (n12) 59,1 (n13)

LONG CAS 72 (N18) 68,4 (n13) 66,7 (n12) 77,3 (n17)
CAS COURT 52 (n13) 47,4 (n9) 66,7 (n12) 50,0 (n11)
CLINIQUE (moyenne) 40 (n10) 42,1 (n8) 50 (n9) 54,6 (n12)
PASS TOTAL 36 (n9) 36,8 (n7) 16,7 (n3) 36,4 (n08)

NA = Non disponible

**TABLE 3: RECORDED HIGHEST PERCENTAGE OF FAILURE IN EACH SECTION
IN ORDER OF IMPORTANCE**

PART I

APRIL 2012

- 1) MCQ1 – $(100 - 38.6) = 61.4\%$
- 2) CLINICALS– $(100 - 39.6) = 60.4\%$
- 3) SHORT CASES– $(100 - 53.3) = 46.7\%$
- 4) PAPER 2– $(100 - 57.9) = 42.1\%$
- 5) ESSAY 1 – $(100 - 62.9) = 37.1\%$
- 6) LONG CASES– $(100 - 63.5) = 36.5\%$

OCTOBER 2012

- 1) CLINICALS– $(100 - 46.1) = 53.9\%$
- 2) SHORT CASES– $(100 - 50.6) = 49.4\%$
- 3) MCQ 1– $(100 - 53.9) = 46.1\%$
- 4) MCQ 1– $(100 - 61.8) = 38.2\%$

APRIL 2013

- 1) CLINICALS– $(100 - 31.6) = 68.4\%$
- 2) MCQ 2– $(100 - 41.2) = 58.8\%$
- 3) SHORT CASES– $(100 - 45.8) = 54.2\%$
- 4) ESSAY 1 – $(100 - 53.1) = 46.9\%$
- 5) LONG CASES– $(100 - 58.2) = 41.8\%$
- 6) PAPER 2– $(100 - 59.9) = 40.1\%$

OCTOBER 2013

- 1) Clinicals– $100-44.6 = 55.4\%$
- 2) Short cases– $100-48.8 = 52.2\%$
- 3) Paper 2– $100-57.7 = 42.3\%$
- 4) Paper 1- $100- 67.3 = 32.7\%$
- 5) Oral 1 $100-67.9 = 32.1\%$
- 6) Long case $100-69.6 = 30.4\%$

TABEAU 3: ENREGISTRÉ PLUS FORT POURCENTAGE DE NON dans chaque d'importance section par ordre

PARTIE I

Avril 2012

- 1) QCM 1- (100 à 38,6) = 61,4%
- 2) Clinique- (100 à 39,6) = 60,4%
- 3) CAS COURTS (100 à 53,3) = 46,7%
- 4) PAPIER 2 (100 à 57,9) = 42,1%
- 5) ESSAI 1 (100 à 62,9) = 37,1%
- 6) Valises longues - (100 à 63,5) = 36,5%

Octobre 2012

- 1) Clinique- (100 à 46,1) = 53,9%
- 2) CAS COURTS (100 à 50,6) = 49,4%
- 3) QCM 1- (100 à 53,9) = 46,1%
- 4) QCM 1- (100 à 61,8) = 38,2%

Avril 2013

- 1) Clinique- (100 à 31,6) = 68,4%
- 2) QCM 2- (100 à 41,2) = 58,8%
- 3) CAS COURTS (100 à 45,8) = 54,2%
- 4) ESSAI 1 (100 à 53,1) = 46,9%
- 5) - Valises longues (100 à 58,2) = 41,8%
- 6) PAPIER 2 (100 à 59,9) = 40,1%

Octobre 2013

- 1) Clinique- 100 à 44,6 = 55,4%
- 2) Courts cas - de 100 à 48,8 = 52,2%
- 3) Papier 2 - 100 à 57,7 = 42,3%
- 4) Papier 1 -100- 67,3 = 32,7%
- 5) Oral 1 100 à 67,9 = 32,1%
- 6) cas de longue de 100 à 69,6 = 30,4%

TABLE 4: RECORDED HIGHEST PERCENTAGE FAILURE IN EACH SECTION IN ORDER OF IMPORTANCE

PART 2

APRIL 2012

- 1) CLINICALS– $(100 - 40) = 60\%$
- 2) SHORT CASES– $(100 - 52) = 48\%$
- 3) ESSAY 1 – $(100 - 60) = 40\%$
- 4) ORAL 2 – $(100 - 64) = 36\%$
- 5) MCQ 1– $(100 - 68) = 32\%$

OCTOBER 2012

- 1) CLINICALS– $(100 - 42.1) = 57.9\%$
- 2) SHORT CASES– $(100 - 47.4) = 52.6\%$
- 3) ESSAY 2 – $(100 - 47.4) = 52.6\%$
- 4) ESSAY 1 – $(100 - 52.6) = 47.4\%$

APRIL 2013

- 1) MCQ 1– $(100 - 38.9) = 61.1\%$
- 2) MCQ 2– $(100 - 44.4) = 55.6\%$
- 3) PAPER 1– $(100 - 50) = 50.0\%$
- 4) CLINICALS– $(100 - 50) = 50.0\%$

OCTOBER 2013

- 1) SHORT CASES– $(100 - 50.0) = 50\%$
- 2) CLINICALS– $(100 - 54.6) = 45.4\%$
- 3) ORAL 2 – $(100 - 59.1) = 40.9\%$
- 4) ORAL 1 – $(100 - 63.6) = 36.4\%$
- 5) LONG CASE– $(100 - 77.3) = 22.7\%$
- 6) PAPER 2– $(100 - 81.8) = 18.2\%$
- 7) PAPER 1– $(100 - 86.4) = 13.6\%$

TABLEAU 4: e Lplus élevé enregistré POURCENTAGE ÉCHEC dans chaque section par ordre d'importance

PARTIE 2

Avril 2012

- 1) Clinique- (100-40) = 60%
- 2) CAS COURTS- (100-52) = 48%
- 3) ESSAI 1- (100-60) = 40%
- 4) ORAL 2- (100-64) = 36%
- 5) QCM 1- (100-68) = 32%

Octobre 2012

- 1) Clinique - (100 à 42,1) = 57,9%
- 2) CAS COURTS- (100 à 47,4) = 52,6%
- 3) ESSAY 2- (100 à 47,4) = 52,6%
- 4) ESSAI 1- (100 à 52,6) = 47,4%

Avril 2013

- 1) QCM 1- (100 à 38,9) = 61,1%
- 2) QCM 2- (100 à 44,4) = 55,6%
- 3) PAPIER 1- (100-50) = 50,0%
- 4) Clinique- (100-50) = 50,0%

Octobre 2013

- 1) CAS COURTS- (100 à 50,0) = 50%
- 2) Clinique- (100 à 54,6) = 45,4%
- 3) ORAL 2- (100 à 59,1) = 40,9%
- 4) ORAL 1- (100 à 63,6) = 36,4%
- 5) LONG CASE- (100 à 77,3) = 22,7%
- 6) PAPIER 2- (100 à 81,8) = 18,2%
- 7) PAPIER 1- (100 à 86,4) = 13,6%

TABLE 5 : THOSE THAT FAILED ONLY BECAUSE OF FAILURE IN CLINICALS

	<u>PART ONE</u>	<u>PART TWO</u>
April 2012	43.5% (60/138)	81.25% (13/16)
October 2012	29.3% (36/123)	75% (9/12)
April 2013	87.1% (122/140)	40% (6/15)
October 2013	7.1% (8/112)	13.6% (3/22)

Fig 1. QUESTIONNAIRE

An Analysis of West African College of Surgeons Results.

This study is being done with a view of identifying the weakness of our examination and improving the results in future. Please fill the form to assist us and send the completed form to:

Prof. O. G. Ajao, Department of Surgery, UCH, Ibadan. Thanks for your assistance.

Initials:

Sex:

Age: at 1st attempt Primary.....at the successful attempt Primary.....

Age: at 1st attempt part 1..... at the successful attempt part1

Age: at 1st attempt part 2..... at the successful attempt part 2.....

Name of your Institution:

(1) YOUR OPINION ABOUT THE CONDUCT AND ORGANISATION OF THE EXAMINATION

POOR AVERAGE GOOD EXCELLENT

Primary _____

Part1 _____

Part 2 _____

(2) YOUR OPINION ABOUT THE EXAMINERS

POOR AVERAGE GOOD EXCELLENT

Primary _____

Part1 _____

Part2 _____

(3) IN WHICH ATTEMPT DID YOU PASS

1st attempt 2nd attempt 3rd attempt 4th attempt 5th attempt 6th attempt Other

Primary _____

Part1 _____

Part2 _____

(4) OTHERS

Month 1st attempt Month passed year 1st attempt year passed

Primary _____

Part1 _____

Part2 _____

(5) WHICH PART OF THE EXAMINATION DO YOU FIND MOST DIFFICULT (Fill which is applicable) Key: 1 = most difficult followed by 2 etc to.....8 = least difficult.

MCQ 1 MCQ 2 ESSAY 1 ESSAY 2 SHORT CASES LONG CASES ORAL 1 ORAL 2

Primary _____

Part 1 _____

Part 2 _____

(6) DO YOU CLERK EVERY NEW PATIENTS ADMITTED IN YOUR UNIT BEFORE SITTING FOR THIS EXAMINATION (mark one)

Clerk all patients / About 50% of admitted patients / Occasionally / Not clerk at all

(7) DO YOUR TRAINERS ALLOW YOU TO PERFORM SURGERY

All the time/ some of the time/ Not at all

(8) DO YOU THINK YOU HAVE ADEQUATE SURGICAL EXPERIENCE

Adequate/ Fairly adequate/ Not adequate.

ANY OTHER COMMENT:

MANY THANKS FOR YOUR SPARING TIME TO FILL THIS QUESTIONNAIRE .

TABLE A: NUMBER OF TIMES CANDIDATES SAT FOR THE EXAMINATION BEFORE PASSING

	<u>1st attempt</u>	<u>2nd attempt</u>	<u>3rd attempt</u>	<u>4th attempt</u>	<u>others</u>
Primary:	55.2% (16/29)	31.0% (9/29)	10.3% (3/29)	3.4% (1/29)	
Part One	54.5% (18/33)	39.4% (13/33)	6.1% (2/33)		
Part Two	54.5% (18/33)	27.3% (9/33)	12.1% (4/33)	6.1% (2/33)	

Note: 4 candidates had waiver for the primary Examination.

TABLE B: OPINION ABOUT THE EXAMINATION

	<u>Poor</u>	<u>Average</u>	<u>Good</u>	<u>Excellent</u>
Primary	-----	17.24% (5/29)	69.0% (20/29)	13.8% (4/29)
PartOne	-----	24.2% (8/33)	69.7% (23/33)	6.0% (2/33)
Part Two	-----	30.3% (10/33)	60.6% (20/33)	9.0% (3/33)

Note: 4 candidates had waiver for the Primary Examination

TABLE C: OPINION ABOUT THE EXAMINERS

	<u>Poor</u>	<u>Average</u>	<u>Good</u>	<u>Excellent</u>
Primary	-----	22.6% (7/31)	61.3% (19/31)	16.1% (5/31)
Part One	6.1% (2/33)	30.3% (10/33)	54.5% (18/33)	9.1% (3/33)
Part Two	3.0% (1/33)	24.2% (8/33)	63.6% (21/33)	9.1% (3/33)

2 candidates did not comment on the Primary examination.

TABLEAU 5: CEUX QUI FAILED seulement en raison de PANNE DANS Clinique

PREMIÈRE PARTIE DEUXIÈME PARTIE

Avril 2012 43,5% (60/138) 81,25% (13/16)

Octobre 2012 29,3% (36/123) 75% (9/12)

Avril 2013 87,1% (122/140) de 40% (6/15)

Octobre 2013 7,1% (8/112) 13,6% (3/22)

Fig 1. QUESTIONNAIRE

Une analyse de Collège Ouest Africain des Chirurgiens Résultats.

Cette étude est réalisée en vue d'identifier la faiblesse de notre examen et l'amélioration des résultats à l'avenir. Se il vous plaît remplir le formulaire pour nous aider et envoyer le formulaire dûment rempli à:

Prof. OG Ajao, Département de chirurgie, UCH, Ibadan. Merci pour votre aide.

Initiales:

Sexe:

Âge: au 1er essai primaire au primaire tentative réussie

Âge: au 1er partie une tentative les succès tentative part1.

Âge: à la 1ère partie tentative 2 Dans la partie de tentative réussie 2

Nom de votre institution:

(1) VOTRE OPINION SUR LA CONDUITE ET ORGANISATION DE L'EXAMEN

Mauvais moyen bien excellent

Primaire _____

Partie 1 _____

Partie 2 _____

(2) VOTRE OPINION SUR LES EXAMINATEURS

Mauvais moyen bien excellent

Primaire _____

Partie 1 _____

Partie 2 _____

(3) dans laquelle TENTATIVE avez-vous passé

1ère tentative 2ème tentative 3ème tentative 4ème tentative 5ème tentative 6ème tentative Autres

Primaire _____

Partie 1 _____

Partie 2 _____

(4) AUTRES

Mois 1ère tentative Mois passé années 1ère tentative année passée

Primaire _____

Partie 1 _____

Partie 2 _____

(5) QUELLE PARTIE DE L'EXAMEN trouvez-vous le plus difficile (Remplissez ce qui est applicable)
Légende: 1 = plus difficile suivie par 2 etc à 8 = moins difficile.

QCM QCM 1 2 1 ESSAI ESSAI 2 CASES court et à long CAS ORAL 1 ORAL 2

Primary _____

Partie 1 _____

Partie 2 _____

(6) Avez-vous COMMIS TOUS LES NOUVEAUX patients admis dans votre unité avant de se asseoir pour cet examen (un e marque)

Tous les patients / Environ 50% des patients admis / Occasionnellement / Non greffier du tout

(7) Ne vos formateurs vous permettent d'effectuer CHIRURGIE

Tout le temps / une partie du temps / pas du tout

(8) Pensez-vous que vous avez une expérience SURGICAL SUFFISANT

Adéquat / Assez adéquat / non adéquat.

TOUTE AUTRE COMMENTAIRE:

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE TEMPS SPARING POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

TABLEAU A: NOMBRE DE CANDIDATS TEMPS SAT POUR L'EXAMEN AVANT LEUR PASSAGE

1ère tentative 2ème tentative 3ème tentative 4ème tentative autres

Primaire: 55,2% (16/29) 31,0% (9/29) de 10,3% (3/29) 3,4% (1/29)

Première partie 54,5% (18/33) 39,4% (13/33) de 6,1% (2/33)

Deuxième partie 54,5% (18/33) 27,3% (9/33) de 12,1% (4/33) 6,1% (2/33)

Remarque: quatre candidats avaient dérogation pour l'examen primaire.

TABLEAU B: AVIS SUR L'EXAMEN

	Poor	Average	Good	Excellent
Primary	-----	22.6% (7/31)	61.3% (19/31)	16.1% (5/31)
Part One	6.1% (2/33)	30.3% (10/33)	54.5% (18/33)	9.1% (3/33)
Part Two	3.0% (1/33)	24.2% (8/33)	63.6% (21/33)	9.1% (3/33)

2 candidates did not comment on the Primary examination.

Part 2 Examination

In the April 2012 examination, 25 candidates sat the examination and the failure rate was 64%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: Aggregate of the clinical examinations (60%); Short cases (48%); Essay paper 1 (40%); oral 2 (36%); MCQ 1 (32%); long case (28%); oral1 (24%) as shown in Table 2.

In the October 2012 examination, 19 candidates sat the part 2 examination and the failure rate was 63.2%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: Aggregate of the clinical examinations (57.9%); Short cases (52.6%); Essay paper 2 (52.6%); Essay paper 1 (47.4%) as indicated in Table 2.

In the April 2013 examination, 18 candidates sat the part 2 examination and the failure rate was 83.3%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: MCQ 1 (61.1%), MCQ 2 (55.6%); Aggregate of the clinical examinations (50%); Paper 1 (50%); Paper 2 (38.9%) as also shown in Table 2.

In the October 2013 examination, 22 candidates sat the examination and the failure rate was 63.6%. The sections of the examination responsible for the failure in descending order are: Short cases (50%), Aggregate of the clinical examinations (45.4%), Oral 2 (40.9%), Oral 1 (36.4%), Long case (22.7%), Paper 2 (18.2%), Paper 1 (13.6%) also shown in Table 2. There were 33 respondents to the questions on the Part 2 section of the questionnaire.

Failure rates in various sections in both parts 1 and 2 are as shown in Tables 3 and 4. The failure rates in the Clinical aspects of the examination are as shown in Table 5

Partie 2 d'Examen

Durant l'Examen d'Avril Examen 2012, 25 candidats se sont présentés à l'examen et le taux d'échec est de 64%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: Agrégat des examens cliniques (60%); Cas de courte durée (48%); 1 papier d'Essai (40%); deux oraux (36%); 1 QCM (32%); cas long (28%); 1 examen oral (24%), comme illustré dans le tableau 2.

Lors de l'examen Octobre 2012, 19 candidats se sont présentés à l'examen partie 2 et le taux d'échec était de 63,2%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: Agrégat des examens cliniques (57,9%); Courts cas (52,6%); papier Essai 2 (52,6%); papier Essai 1 (47,4%), comme indiqué dans le tableau 2.

Durant l'examen d'Avril 2013, 18 candidats se sont présentés à l'examen de la partie 2 et le taux d'échec était de 83,3%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: QCM 1 (61,1%), QCM 2 (55,6%); Total des examens cliniques (50%); Document 1 (50%); Document 2 (38,9%) sous forme également indiqué dans le tableau 2.

Lors de l'examen d'Octobre 2013, 22 candidats se sont présentés à l'examen et le taux d'échec était de 63,6%. Les sections de l'examen responsables de l'échec dans l'ordre décroissant sont: cas courts (50%), d'agrégats, des examens cliniques (45,4%), par voie orale deux (40,9%), par voie orale 1 (36,4%), cas de longue durée (22,7%), Livre 2 (18,2%), Livre 1 (13,6%) ont également indiqué dans le tableau 2. Il y avait 33 répondants aux questions sur la section de la Partie 2 du questionnaire.

Les taux d'échec dans les différentes sections dans les deux parties 1 et 2 sont indiqués dans les tableaux 3 et 4. Les taux d'échec dans les aspects cliniques de l'examen sont présentés dans le tableau 5

Findings from the questionnaire

A total of 100 copies of questionnaire were administered on surgical fellows but 33 responded. The responders were primarily from Jos University Teaching Hospital, Jos in Plateau state and the University College Hospital, Ibadan in Oyo State.

The age of the responders when they sat the Primary Examination ranged between 26 - 28 years while the age range at Part 1 was 28 - 39 years, and the age range at Part 2 was 31 - 42 years.

For the Primary Examination, the pass rate was highest (55.2%) at the first attempt, the same was true for Part 1 as the pass rate at first attempt was 54.5%, as well as 54.5 % pass rate at first attempt for Part 2 as show in Table A.

Many of the responders had favourable opinions on the conduct of the fellowship examination: Good in 69% of the responders for Primary; 69.7% for Part 1 and 60% for Part 2 as shown in Table B.

Also the majority of the respondents had favourable opinion on the professionalism of the examiners. For Primary Examination 61.3% scored the examiners Good; 54.5% did so for Part 1 and 63.6% for Part 2 as shown in Table C.

Some responders made some comments worth noting. One writes, "Let us reduce the individual idiosyncrasies (by the examiners)". Another wrote, "There is need for training centers to have dedicated Part 2 programmes". And a third responder wrote, "I think the examination is generally fair. However some examiners have a specific idea which they may insist is the only way especially if they are the senior examiners". Another wrote, "The exam is fraught with subjectivity and bias from examiners and centers who (sic) have more examiners." Another wrote, "College should have a unified method of clinical examination. Avoid

Les résultats du questionnaire

Un total de 100 exemplaires de questionnaires ont été administrés sur des boursiers chirurgicaux, mais 33 ont répondu. Les intervenants étaient principalement de l'hôpital universitaire de Jos, Jos dans l'Etat de Plateau et le Collège Hospitalier Universitaire, Ibadan dans l'Etat d'Oyo.

L'âge des répondants quand ils ont passé l'examen primaire variait entre 26 à 28 ans, tandis que la tranche d'âge à la partie 1 était de 28 à 39 ans et la tranche d'âge à la partie 2 était de 31 à 42 ans.

Pour l'examen primaire, le taux de réussite était le plus élevé (55,2%) à la première tentative, il en était de même pour la partie 1 quand le taux de réussite à la première tentative a été de 54,5%, ainsi que 54,5 du taux de réussite de% à la première tentative de la partie 2 comme montré dans le tableau A.

La plupart des intervenants avaient des opinions favorables sur le déroulement de l'examen de bourses: Bonnes dans 69% des intervenants pour le primaire; 69,7% pour la partie 1 et 60% pour la partie 2, comme indiqué dans le tableau B.

Aussi la majorité des répondants avaient l'avis favorable sur le professionnalisme des examinateurs. Pour l'examen primaire 61,3% a marqué les examinateurs Bon; 54,5% l'ont fait pour la partie 1 et de 63,6% pour la partie 2, comme indiqué dans le tableau C.

Certains intervenants ont fait des commentaires à noter. On écrit, «Réduisons les particularités individuelles (par les examinateurs)». Un autre a écrit: «Il est nécessaire pour les centres de formation d'avoir consacré une partie deux programmes». Et un tiers intervenant a écrit, "Je pense que l'examen est généralement équitable. Cependant, certains examinateurs ont une idée spécifique qu'ils peuvent insister est la seule façon surtout si elles sont les examinateurs principaux ". Un autre a écrit, "L'examen se heurte à la subjectivité et la partialité des examinateurs et les centres qui (sic) ont plus d'examineurs." Un autre a écrit, " Le Collège devrait avoir une méthode unifiée de l'examen clinique. Évitez les examinateurs avec les particularités lors de l'examen. Harmoniser la formation des

examiners with idiosyncrasies during the examination. Harmonize training of candidates with overseas examination". Another wrote, "Some of the examiners were horrible (and he/she mentioned a name)". Another wrote, "A good College". Another wrote, "Training centers need to establish and sustain credible structured (programme)". Another wrote, "Need to emphasize more on practical aspects".

Discussion

Many surgical trainers show a great deal of interest in the performance of residents under their care. Mark W. Puls in the January 2013, Vol. 98, No.1, pages 54-57 issue of the Bulletin of the American College of Surgeons wrote, "According to Frank R. Lewis, MD, FACS, executive director, American Board of Surgery, the failure rate for oral exam of the American Board of Surgery has increased from 16 per cent in 2006 to 27 per cent in 2012 (personal communication with Dr. Lewis, November 14, 2012)¹." Similarly, the first time pass rate of 607 final year residents who graduated between 2000 - 2007 at the American Board of Surgery qualifying and certifying examinations ranged between 74% - 78%². It had also been shown that general surgery residents who failed their in-training formative examinations were more likely to fail the final qualifying and certifying examinations at the first attempt².

Over the years attempts had been made by Colleges of Surgeons to improve on surgical training of residents. In January 1939, some guidelines were published in the Bulletin of the American College of Surgeons Vol. 24, No.1. There it said, "The support of hospitalis essential to qualify candidates for fellowship which is equivalent to qualifying them as competent surgeon from a surgical point of view."³

Even though this is not within the purview of this study, the experience of some of the authors who have examined many repeaters at these fellowship examinations over the years indicates that the quality of the

candidates with the exam in the foreign country ». Un autre a écrit: «Certains des examinateurs étaient horribles (et il / elle a mentionné un nom)". Un autre a écrit, "Un bon collège". Un autre a écrit, "les centres de formation doivent établir et maintenir un programme crédible et structuré (programme)". Un autre a écrit, "besoin d'insister davantage sur les aspects pratiques".

Discussion

Beaucoup de formateurs chirurgicaux montrent beaucoup d'intérêt dans l'exercice de résidents sous leur garde. Mark W. Puls dans le numéro du Bulletin de Collège Américain des Chirurgiens Janvier 2013, Vol. 98, n ° 1, pages 54-57 a écrit: «Selon Frank R. Lewis, MD, FACS, directeur exécutif, Conseil d'Administration Américain de Chirurgie, le taux d'échec pour l'examen oral a augmenté de 16 pour cent en 2006 à 27 pour cent en 2012 (communication personnelle avec le Dr Lewis, le 14 Novembre 2012) ¹. "De même, le premier taux de réussite de temps de 607 résidents de dernière année ayant obtenu leur diplôme entre 2000 - 2007 au Conseil d'Administration Américain de Chirurgie en qualifications et en examens de certification se situait entre 74% - 78% ². Il a également été montré que les résidents en chirurgie générale qui n'ont pas leurs examens de formation en formation étaient plus susceptibles de faire échouer la qualification finale et examens de certification à la première ESSAI ².

Au fil des années, des tentatives ont été faites par les collèges des chirurgiens pour améliorer la formation chirurgicale des résidents. En Janvier 1939, des lignes directrices ont été publiées dans le Bulletin de Collège Américain des Chirurgiens Vol. 24, n ° 1. Là, il a dit, «Le soutien de l'hôpital est essentiel pour qualifier les candidats pour une bourse qui est équivalent à les qualifier chirurgien compétent d'un point de vue chirurgicale³."

Même si ce n'est pas du ressort de cette étude, l'expérience de certains des auteurs qui ont examiné de nombreux répéteurs à ces examens de bourses au fil des ans indique que la qualité de la performance des répéteurs et

performance of the repeaters and their surgical knowledge after some attempts improve with every attempt at the examination. This tends to justify that there should be no limit imposed on how many times a candidate can sit for the examination since it is an exit examination.

It may also be argued that since Primary examination is essentially basic science in nature, it is probably of little relevance for admission to surgical residency training programme. This can be replaced with an in-house MCQ or Objective Structured Clinical Examination (OSCE) and interview conducted by each individual institution for selection. This in-house evaluation and selection is being done in any case even after a candidate has passed the Primary Examination when the applicants are more than the spaces available. The place of Primary Examination therefore before selection for residency training programme can be considered superfluous and placing an unnecessary academic burden on the candidates. The reports of some of the accreditation visits available to us suggest that poor knowledge of basic sciences especially in anatomy and physiology, play some part in the high failure rate.

In this study, one factor that is responsible for such a high failure rate we see in the examination is the clinical part of the examination as shown in Tables 3 and 4. This is even more pronounced in the Part Two examination. Of all the sections of the clinical examination, failure rate in the short cases is higher than in the long case examination. Failure in both short cases and long case at the same time by a candidate does occur although not as common as failure in either the short or the long cases. The results of the examination were found to be generally poor, and the clinical part of the examination was one reason why majority of the candidates failed.

The way to solve this problem is to allow residents to take more active part in patient management. They should be made to do

leur connaissance chirurgicale après quelques tentatives améliorent avec toute tentative de l'examen. Cela tend à justifier qu'il devrait n'y avoir aucune limite imposée sur le nombre de fois où un candidat peut se présenter à l'examen car il est un examen de sortie.

Il peut aussi faire valoir que, depuis l'examen primaire est essentiellement la science fondamentale dans la nature, il y a probablement peu d'intérêt pour l'admission au programme de formation chirurgicale de résidence. Cela peut être remplacé par un QCM en interne ou un examen clinique objectif structuré (de l'OSCE) et l'interview réalisé par chaque institution pour la sélection. Cette évaluation de sélection à l'interne est faite dans tous les cas, même après que le candidat ait réussi l'examen primaire lorsque les demandeurs sont plus que les espaces disponibles. Le lieu de l'examen primaire avant la sélection pour le programme de formation en résidence peut être donc considéré comme superflu et imposer un fardeau inutile sur les candidats académiques. Les rapports de certaines visites d'agrément dont nous disposons suggèrent que la mauvaise connaissance des sciences de base en particulier dans l'anatomie et de la physiologie, joue un certain rôle dans le taux d'échec élevé.

Dans cette étude, un facteur qui est responsable d'un tel taux d'échec élevé que nous voyons dans l'examen est la partie clinique de l'examen comme indiqué dans les tableaux 3 et 4. C'est encore plus prononcé dans la deuxième partie de l'Examen. De toutes les sections de l'examen clinique, le taux d'échec dans les cas courts est plus élevé que dans le cas long d'examen. Le défaut dans les deux cas à court et long cas en même temps par un candidat ne se produit même si pas aussi commun que l'échec soit à court ou à long cas. Les résultats de l'examen ont été jugés généralement pauvres, et la partie clinique de l'examen était une raison pour laquelle la majorité des candidats a échoué.

La façon de résoudre ce problème est de permettre aux résidents de prendre part plus active dans la gestion des patients. Ils

many more surgical procedures under the active assistance and supervision of the consultants in many cases for guidance and practical surgical training. It is common knowledge that accreditation exercises often insist that residents don't receive enough training to prepare them for the clinical examination especially the short cases aspect of the examination. This is most likely due to the fact that interaction between the residents and their trainers in the clinics, where most short cases are seen, is minimal.

This analysis does not include thesis or dissertation defence which is a limitation of this study. Research is necessary for the advancement of knowledge, introduction of innovation and for acquisition of additional qualification like MD or MS after fellowship examination^{4,5,6}.

With regards to surgical training, surgical residents should be encouraged to be involved in evidence-based medicine⁷. This refers to "conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients⁸." During training, residents should also be encouraged to have critical appraisal skills. Kao et al⁸ described this as "the skills to read and interpret the medical literature so that they can determine the validity, reliability, credibility and utility of individual articles." But this cannot be achieved if our surgical residents are not allowed enough exposure to clinical skills and be guided to show responsibility during their training. After passing the Part 2 fellowship examination, the trainee is on his own ready to play the role of a consultant. Therefore the American system here has some value because a Chief resident (that is a resident in his final year) has the responsibility of a consultant but with the trainer available for help and supervision. But without this experience it can be a disaster. Nakayama, Hatcher and Macon as quoted by Hoyt in the Bulletin of the American College of Surgeons said, "The transition from being a chief resident on June 30 to a surgeon in independent practice on

devraient être faits pour faire beaucoup de procédures chirurgicales plus sous l'assistance active et la supervision des consultants dans de nombreux cas pour l'orientation et la formation chirurgicale pratique. Il est de notoriété publique que les exercices d'accréditation insistent souvent pour que les résidents ne reçoivent pas assez de formation pour les préparer à l'examen clinique en particulier le cas à court aspect de l'examen. Ceci est probablement dû au fait que l'interaction entre les résidents et leurs formateurs dans les cliniques, où la plupart des cas sont des vues courtes, est minime.

Cette analyse ne comprend pas la thèse ou un mémoire de défense qui est une limitation de cette étude. La recherche est nécessaire pour l'avancement des connaissances, l'introduction de l'innovation et pour l'acquisition de qualification additionnelle comme MD ou MS après l'examen de bourse^{4,5,6}.

En ce qui concerne la formation en chirurgie, les résidents en chirurgie devraient être encouragés à être impliqués dans la médecine fondée sur des preuves⁷. Il s'agit de «l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions sur les soins de patients⁸ individu." Pendant la formation, les résidents devraient également être encouragés à avoir des compétences en évaluation critique. Kao et coll.⁸ décrit cela comme «les compétences nécessaires pour lire et interpréter la littérature médicale afin qu'ils puissent déterminer la validité, la fiabilité, la crédibilité et l'utilité des articles individuels." Mais cela ne peut être atteint que si nos résidents en chirurgie ne sont pas autorisés en exposition suffisante aux cliniques compétences et être guidés pour faire preuve de responsabilité lors de leur formation. Après avoir passé l'examen de bourses Partie 2, le stagiaire est sur son propre prêt à jouer le rôle d'un consultant. Par conséquent, le système américain a ici une certaine valeur parce qu'un résident en chef (qui est un résident en dernière année) a la responsabilité d'un consultant, mais avec le formateur disponible pour l'aide et la supervision. Mais sans cette expérience, il peut être un désastre. Nakayama, Hatcher et Macon cité par Hoyt dans le Bulletin de la Collège Américain des Chirurgiens a déclaré,

July 1 is a daunting step.....⁹” This is more so, if they have not performed any major surgery on their own. It has been shown by many surgical educators that important factors contributing to the development of confidence for a surgical trainee include exposure to a wide variety of patients, clinical problems and management of critically ill patients^{10,11,12}.

At present, our training programme is similar to one advocated by Halsted as far back as 1904 where trainees received increasing responsibility with each advancing year^{13,14}. In the American system, surgical residency consists of 60 months of training in an accredited programme, and the graduating residents must log 750 major operative cases with at least, 150 of them performed under supervision during the Chief Resident year^{13,15}. As a means of catching up to the latest technological advancement American Board of Surgery (ABS) “included Fundamentals of Laparoscopic Surgery (FLS) in its requirements for initial certification in 2010¹⁴.” In fact it has gone a step further: “The Residency Review Committee for Surgery (RRCS) has mandated that residents perform 35 upper endoscopies and 50 colonoscopies before completion of general surgical training¹⁴.”

It is therefore not surprising that judging from their products and their contributions to development in surgical discipline, many American institutions have one of the best surgical residency programmes in the world. Our own programme can also be improved upon by laying emphasis on performing surgical procedures, properly guiding the candidates as to what is expected of them in the examination¹⁶ and by holding seminars to update the examiners on the fundamentals of surgical examination. After all, not every clinical teacher is ideal to serve as a postgraduate examiner especially in surgical discipline¹⁷. And for in-house selection of residents, the use of MCQ and/or OSCE¹⁸ mode of assessment is recommended in order to ensure that cognitive knowledge and basic skills are emphasized from the onset.

"La transition d'être un résident en chef le 30 Juin à un chirurgien dans la pratique indépendante le 1er Juillet est une étape ardue⁹." C'est d'autant plus, si elles n'ont pas effectué une chirurgie majeure sur leur propre. Il a été démontré par de nombreux éducateurs chirurgicaux que les facteurs importants qui contribuent au développement de la confiance pour un stagiaire en chirurgie comprennent l'exposition à une grande variété de patients, des problèmes cliniques et la gestion des patients gravement malade^{10,11,12}.

À l'heure actuelle, notre programme de formation est similaire à celle préconisée par Halsted aussi loin que 1904 où les stagiaires ont reçu une responsabilité croissante avancée à chaque année^{13,14}. Dans le système américain, résidence en chirurgie se compose de 60 mois de formation dans un programme accrédité, et les résidents diplômés doit se connecter 750 cas majeurs opératoires avec au moins 150 d'entre eux effectuée sous surveillance pendant l'année^{13, 15} résident en chef. Comme un moyen de rattrapage à la dernière avancée technologique du Conseil d'Administration American de Chirurgie (CAAC) "inclus LES Principes de la chirurgie laparoscopique dans ses exigences pour la certification initiale en 2010¹⁴." En fait, il est allé plus loin: "La Revue de résidence Comité pour la chirurgie (CRR) a exigé que les résidents effectuent 35 endoscopies supérieures et 50 coloscopies avant la fin de formation chirurgie générale¹⁴”.

Il n'est donc pas surprenant que juger par leurs produits et leurs contributions au développement de la discipline chirurgicale, de nombreuses institutions américaines ont l'un des meilleurs programmes de résidence en chirurgie dans le monde. Notre propre programme peut également être amélioré en mettant l'accent sur la réalisation d'interventions chirurgicales, bien guider les candidats quant à ce qui est attendu d'eux dans le examen¹⁶ et en organisant des séminaires de mettre à jour les examinateurs sur les principes fondamentaux de l'examen chirurgical. Après tout, pas chaque enseignant clinique n'est idéal pour servir d'examineur troisième cycle en particulier dans la discipline chirurgicale¹⁷. Et pour la sélection interne des résidents, l'utilisation de QCM et/ou OSCE¹⁸ mode d'évaluation est recommandée afin d'assurer que les connaissances et les compétences cognitives de base sont favorisées dès le début.

During the period of this study, some assertions were made by some residents interviewed which we could not verify because the assertions were not within the purview of this study. But they are important enough to be noted probably for future study. It was claimed that the failure rate on the first day of the examination was usually much higher than on the second day of the examination. The clinical part of part 1 examination is a 2-day exercise because of the large number of candidates which may be up to 100 candidates. If this observation is true the possible explanation for this is because by the second day, the candidates must have had an idea of the cases used in the clinical examination as well as the questions at the oral examinations from their colleagues examined on the first day. The second assertion is that the pass rate in the other centres that conduct the same examination is far higher than the pass rate at the Ibadan centre in Nigeria. Hopefully, these two assertions will be areas for future study.

Limitations of this study: The geographical spread of the responders to the questionnaire is limited and did not include questions on the Part 2 dissertation.

Furthermore, the study did not involve fellows of the College who took the examination outside Nigeria.

Conclusion: The clinical part of the examination is a major factor responsible for the high failure rate in the general surgery fellowship examinations of the West African College of Surgeons. In order to mitigate this, residents in training should be exposed to the clinical management of a wide range of cases in the discipline with majority of the operations performed by them under the direct supervision of their consultants.

Acknowledgement: We would like to thank Dr. Peter Solomon Danjuma for administering the questionnaire at the Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria.

Pendant la période de cette étude, certaines affirmations ont été faites par certains résidents interrogés que nous ne pouvions pas vérifier parce que les affirmations n'étaient pas du ressort de cette étude. Mais ils sont suffisamment importants pour être noté probablement pour une étude future. On a prétendu que le taux d'échec le premier jour de l'examen était généralement beaucoup plus élevé que le deuxième jour de l'examen. La partie clinique de la partie 1 d'examen est un exercice de 2 jours en raison du grand nombre de candidats qui peuvent être jusqu'à 100 candidats. Si cette observation est vraie que l'explication possible c'est parce que le deuxième jour, les candidats doivent avoir eu une idée des cas utilisés dans l'examen clinique ainsi que les questions aux examens oraux de leurs collègues ont examiné le premier jour. La deuxième affirmation est que le taux de réussite dans les autres centres qui effectuent le même examen est beaucoup plus élevé que le taux de réussite au centre Ibadan au Nigeria. Nous espérons que ces deux affirmations seront des domaines pour de futures études.

Limitations de cette étude: La répartition géographique des intervenants au questionnaire est limitée et ne comprenait pas des questions sur la Partie 2 de la thèse.

En outre, l'étude ne comportait pas des membres du Collège qui ont pris l'examen en dehors du Nigeria.

Conclusion: La partie clinique de l'examen est un facteur important responsable du taux élevé d'échec dans les examens généraux de chirurgie de bourses du Collège ouest-africain des chirurgiens. Afin d'atténuer ce risque, les résidents en formation doivent être exposés à la gestion clinique d'un large éventail de cas dans la discipline à la majorité des opérations effectuées par eux sous la supervision directe de leurs consultants.

Remerciements: Nous tenons à remercier le Dr Peter Solomon Danjuma pour l'administration du questionnaire à l'Hôpital universitaire de Jos, Jos, au Nigeria.

REFERENCES

1. Puls MW. College leaders answer the question, "Why is rural surgery an important issue now?" Bulletin American College of Surgeons. Jan 2013, Vol 98; November 1: Pages 54-57.
2. De Virgilio C, Yaghoubian A, Kaji A, Collins JC, Deveney K, Dolich M et al. Predicting performance on the American Board of Surgery Qualifying and Certifying examinations: a multi-institutional study. Arch Surg. 2010; 145:852-856.
3. Centennial reprint: Graduate training for general surgery and the surgical specialties. Bulletin of the American College of Surgeons. March 2013. Vol.98 No.3 pages 54-63.
4. Ajao OG. Thesis/Dissertation as a part of Surgery Fellowship Examination: Is this necessary? J of the West African College of Surgeons. 2012; 2: 53-56.
5. Eke N, Commentaries. J of the West African College of Surgeons. 2012; 2:56-58.
6. Bode CO. Commentaries. J of the West African College of Surgeons. 2012; 2: 59.
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425.
8. Kao LS, Boone D, Mason RJ. Antibiotics Vs Appendectomy for Uncomplicated Acute Appendicitis. JACS 2013;216:501-505
9. Hoyt, DB. Looking forward. Bull ACS Feb 2013; Vol 98 Number 2: Pages 7-10.
10. Coleman, JJ, Esposito TJ, Rozycki, GS et. al. Early sub-specialization and perceived competence in surgical training. Are residents ready? J.Am Coll Surg 2013; 216:764-773.
11. Lewis, FR, Klingensmith ME. Issues in general surgery residency training-2012. Ann Surg 2012; 256:553-559.
12. Binenbaum G, Musick DW, Ross HM. The development of physician confidence during surgical and medical internship. Am J Surg 2007; 193:79-85.
13. Grillo HC. To impart this art: The development of graduate surgical education in the United States. Surgery 1999; 125 (1): 1-14.

RÉFÉRENCES

1. Puls MW. Dirigeants du Collège répondent à la question: «Pourquoi est la chirurgie rurale une question importante maintenant?», Bulletin de l'American Collège of Surgeons. Janvier 2013, Vol 98; 1 novembre: Pages 54-57.
2. De Virgilio C, Yaghoubian A, Kaji A, Collins JC, Deveney K, Dolich M et al. Prédire les performances sur le Conseil d'Administration de Chirurgie de qualification et de certification des examens: une étude multi-institutionnelle. Arche Surg. 2010; 145: 852-856.
3. réimpression Centennale: Diplômé d'une formation pour la chirurgie générale et les spécialités chirurgicales. Bulletin de l'American Collège of Surgeons. Mars 2013. Vol.98 No.3 pages 54-63.
4. Ajao OG. Thèse / mémoire dans le cadre de chirurgie de bourses examen: Est-ce nécessaire? J du Collège ouest-africain des chirurgiens. 2012; 2: 53-56.
5. N, Eke commentaires. J du Collège ouest-africain des chirurgiens. 2012; 2: 56-58.
6. Bode CO. Commentaires. J du Collège ouest-africain des chirurgiens. 2012; 2: 59.
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence de base de la médecine. JAMA 1992; 268: 2420-2425.
8. Kao LS, Boone D, Mason RJ. Antibiotiques Vs appendicectomie pour appendicite aiguë non compliquée. JACS 2013; 216: 501-505
9. Hoyt, DB. Attendre avec impatience. Bull ACS février 2013; Vol 98 Numéro 2: Pages 7-10.
10. Coleman, JJ, Esposito TJ, Rozycki, GS et. al. Sous-spécialisation précoce et la compétence perçue dans la formation chirurgicale. Les résidents prêts? Coll Surg J.Am 2013; 216: 764-773.
11. Lewis, FR, Klingensmith ME. Questions en général la chirurgie résidence training-2012. Ann Surg 2012; 256: 553-559.
12. Binenbaum G, Musick DW, Ross HM. Le développement de la confiance de médecin pendant stage chirurgicaux et médicaux. Am J Surg 2007; 193: 79-85.
13. Grillo HC. Pour conférer cet art: Le développement de l'éducation chirurgicale diplômé aux Etats-Unis. Chirurgie 1999; 125 (1): 1-14.

14. Polavarup HV, Kulaylat AN, Sun S, Hamed OH. 100 years of surgical education. The past, present and future. Bulletin American College of Surgeons July 2013; 98 (7) 22-27.
15. Sachdeva AK, Bell RH Jr. Britt LD, Tarpley JL, Blair BG, Tarpley MJ. National efforts to reform residency education in surgery. Acad Med. 2007; 82(12): 1200-1210
16. Ajao OG, Ugwu BT. Some factors responsible for failure in fellowship examination in surgery – A viewpoint. J West Africa Coll Surgeon 2011; 1: 41-52.
17. Ajao OG, Ugwu BT. Evaluating the evaluators in postgraduate fellowship examination – A viewpoint. J West Africa College of Surgeons 2011; 1: 97-104.
18. Ajao, OG, Alao, AO. Objective structured clinical examination (OSCE) revisited: A view-point. J of Surg and Surgical Sciences. 2008; 1: 1-4
14. Polavarup HV, Kulaylat AN, Sun S, Hame 100 ans d'enseignement de la chirurgie passé, le présent et l'avenir. Bulletin Am Collège of Surgeons Juillet 2013; 98 (7) 22-27.
15. Sachdeva AK, Bell Jr. RH Britt LD, Tarpley JL BG, Tarpley MJ. Les efforts nationaux vi réformer la formation des résidents en chirurgie Acad Med. 2007; 82 (12): 1200-1210
16. Ajao OG, Ugwu BT. Certains facteurs responsables de l'échec dans l'examen de bourses en chirurgie - Un point de vue. J A de l'Ouest Coll Chirurgien 2011; 1: 41-52.
17. Ajao OG, Ugwu BT. Évaluer les évaluateurs troisième cycle Examen de bourses belvédère. J West Africa College of Surgeons 2011; 1: 97-104.
18. Ajao, OG, Alao, AO. Examen clinique c structuré (OSCE) revisité: Un belvédère de Chirurgie et des Sciences chirurgicales. 2008; 1: 1-4