

INSTITUTION ET SCIENCES : MODÈLES ET RÉFORMES À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENEVE (1930-1973)¹

—
Mireille LADOR

Mireille LADOR

*Institut Louis Jeantet d'histoire de la médecine
Genève*

Cet article reprend le fil de l'histoire de la faculté de médecine de Genève, depuis les années 1930, et fait suite à celui de Philip Rieder. Il est donc inutile de revenir sur le contexte général de la faculté de la période précédente. Si le contexte est le même, l'égrenage du temps va apporter d'autres problèmes auxquels la faculté sera obligée de se mesurer. Des évolutions scientifiques, économiques et sociales vont amener la faculté à redéfinir sans cesse sa mission, celle de former des médecins.

Cette période très contemporaine ressemble à un âge d'or de la profession médicale. Il n'est plus nécessaire pour les médecins de s'imposer, leur tâche est maintenant de répondre aux attentes dont ils sont investis, aux attentes qu'ils nourrissent eux-mêmes face aux savoirs

¹ - Je souhaite remercier ici Vincent Barras, Andrea Carlino, Brigitte Clerc et Micheline Louis-Courvoisier pour les discussions fructueuses et les relectures attentives qui m'ont aidée à écrire cet article.

2 - LASSERRE (André), *La Suisse des années sombres*, Lausanne, Payot, 1989 ; RUFFIEUX (Roland), *La Suisse de l'entre-deux-guerres*, Lausanne, Payot, 1974 ; MARTIN (William), *Histoire de la Suisse*, Lausanne, Payot, 1959, p. 319-362.

3 - Voir le graphique n° 1, p. 97.

4 - Pour une analyse du contexte de l'entre-deux-guerres pour les universités, lire MARCACCI (Marco), *L'histoire de l'Université de Genève, (1559-1986)*, Université de Genève, 1987, p. 191-200, et MARTIN (Paul-Edmond), *Histoire de l'Université de Genève, L'université de 1914 à 1956*, Genève, t. IV, 1958. Nous retrouvons les mêmes problèmes pour l'université de Lausanne : WISARD (François), *L'université vaudoise d'une guerre à l'autre*, Lausanne, Payot, 1998.

et aux pratiques médicales. Je propose de lire cette période à partir de deux axes : l'interaction de la faculté avec le monde scientifique et la redéfinition de l'étudiant en tant qu'assise ou légitimation de la faculté.

Comment la faculté s'est-elle adaptée à cette transformation de l'image de la médecine ? Telle est la première question à laquelle j'essaierai de répondre. L'article de Philip Rieder a souligné l'importance du nombre d'étudiants pour l'institution au cours des premières décennies. Cette constante se modifiera après la deuxième guerre mondiale. Il est clair que « l'étudiant » reste une composante essentielle pour l'institution, et le nombre garantira toujours une stabilité. Cependant, l'utilisation sera autre.

Le propos de cet article s'articule autour de trois phases. Tout d'abord, dans ce que j'ai intitulé « une assise fragilisée » pour caractériser l'entre-deux-guerres, l'institution survit, malgré une situation économique peu favorable à son développement. Cependant, sous cette apparente stagnation, des mouvements induits par les professeurs par l'intermédiaire de réseaux personnels, s'épanouissent pleinement dans la période suivante. Cette période, intitulée « une confrontation au modèle », qui commence dès les années d'après guerre, est caractérisée par l'attrait, nouveau, pour la médecine qui se pratique aux États-Unis, où certaines institutions deviennent le lieu privilégié pour de jeunes chercheurs du monde entier aspirant à compléter leur formation. Européens, et nombre de Suisses, vont y puiser des informations scientifiques et y découvrent le désir de participer activement aux nouvelles découvertes scientifiques. De ces échanges naissent des propositions importantes d'innovations dans l'enseignement. Enfin, l'introduction de nouveautés nécessite un « réajustement ins-

titutionnel », caractéristique de la troisième période, qui à Genève, débute véritablement à partir de 1964, et qui voit les préoccupations pédagogiques prendre une place nouvelle.

UNE ASSISE FRAGILISÉE : 1930-1945

Il faut rappeler ici les rapports de force entre l'État et la faculté de médecine, exposés dans l'article précédant, et qui voient la faculté se cramponner jalousement à ses gains d'autonomie, développer des revendications de compétence scientifique, tout en étant structurellement dépendante du bon vouloir de l'État. La crise économique des années vingt frappe de plein fouet la Suisse². Toutes les universités helvétiques constatent une forte diminution du nombre de leurs étudiants étrangers³, certains étant partis à cause de la guerre, et d'autres, en raison des troubles monétaires de l'immédiat après-guerre⁴. Cette perte d'élèves fragilise d'autant l'assise de la faculté. L'isolement dans lequel l'école de médecine se retrouve pendant la deuxième guerre mondiale, accroît les difficultés.

Au premier regard, il est tentant de décrire cette période comme un moment de stagnation dans l'histoire de la faculté. Les budgets sont diminués, les laboratoires et cliniques voient le nombre de leurs employés réduit. Dans ce contexte, il est impensable pour les enseignants et chercheurs de réclamer de nouveaux moyens pour développer soit des recherches soit de nouveaux enseignements. Néanmoins, et malgré cette impression de stagnation qui émane de la faculté au cours de cette période, quelques initiatives sont prises par les professeurs, qui se réaliseront dans la période suivante.

On relève d'abord un intérêt grandissant pour les États-Unis, suggérée par la politique d'abonnement aux revues américaines. Durant cette période, plus d'une vingtaine de titres de revues s'ajoutent sur les rayonnages des bibliothèques de professeurs, augmentant ainsi la part des revues étrangères (principalement françaises, allemandes, anglaises et américaines)⁵. De même, les titres se spécifient : *Journal of Roentgenology*, *Journal of Experimental Medicine*, *Advances in Enzymology*, *Journal of Clinical Endocrinology*, marquant ainsi un regroupement éditorial autour de spécialités, ainsi que l'intérêt des médecins et professeurs pour ces domaines spécifiques.

La volonté affichée par certains professeurs de poursuivre l'acquisition de ces revues américaines, malgré l'isolement quasi total de la Suisse pendant la deuxième guerre mondiale, nous informe de la valeur que les professeurs de Genève leur confèrent. Dans une entrevue enregistrée du professeur honoraire Fabre, celui-ci raconte : « Pendant toute la guerre, il [le professeur Bickel, médecine interne et de la polyclinique médicale] avait trouvé un système pour recevoir les revues américaines dont on était complètement coupé (...) et il organisait chaque année les journées thérapeutiques. C'était vraiment des moments très importants dans la vie de la médecine de Genève. Toute une journée où il y avait des conférences, dont la moitié était faite par lui et l'autre moitié par ses collaborateurs Mozer, Mach, Della Santa, sur les acquisitions récentes, sur la thérapeutique⁶ ». C'est là une trace de l'importance que peuvent prendre les réseaux individuels dans des périodes de précarité de la faculté. Cet exemple illustre le rôle que jouent les stratégies et les réseaux individuels pour compenser l'immobilisme relatif de l'institution avant les années 1950.

La création de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) en 1943, constitue une autre initiative qui aura une conséquence importante par la suite. Fondée sous l'impulsion du professeur Gigon de Bâle, avec la participation de toutes les facultés de médecine helvétiques, les objectifs de cette académie sont triples. Il s'agit d'établir une interface avec le monde scientifique international, d'organiser le monde médical suisse et de favoriser recherches et formations à l'extérieur du pays par un système de bourses, et implicitement, de se démarquer de la science allemande. L'isolement que connaît la Suisse pendant la guerre incite les hommes de la faculté à établir des relations avec les autres facultés étrangères, ce qui devient un but important pour la médecine suisse. Un compte rendu, paru dans le *Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales*, de la semaine médicale franco-suisse qui se tient en octobre 1946 à Genève, résume : « Tous les discours témoignaient de la profonde gratitude de la France envers la Suisse pour ses ressources humanitaires et l'aide apportée à la France pendant et après la guerre. (...) La Semaine médicale n'a donc pas seulement servi à communiquer de nouvelles connaissances scientifiques, mais elle a aussi libéré la médecine suisse de son isolement dû à la guerre, en rétablissant les anciennes relations avec la médecine française⁷ ».

Ces premières prises de contact vont permettre à la faculté de médecine de s'ouvrir sur le monde, surtout après la deuxième guerre mondiale, ce qui va nécessiter des échanges non seulement d'informations scientifiques, mais aussi de chercheurs. La constitution de l'Académie, avec son système de bourses, trouvera son plein essor après la guerre.

5 - Les revues américaines s'ajoutent aux autres revues étrangères, dont les professeurs reconduisent les abonnements. Leur nombre augmente sensiblement à partir de 1925. A noter l'abonnement au *Lancet* (Londres) dès 1921.

6 - Institut Louis-Jeantet, Genève (désormais IJ), Interview du professeur Jean Fabre le 10 mai 1995, par Chantal Berthoud.

7 - *Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales* (dorénavant ASSM), 1946, p. 461-462.

8 - À propos du modèle allemand, voir ici l'article de Philip Rieder, et sa bibliographie en note 8.

9 - « One of the most unambiguous changes in the twentieth century is the displacement, after 1945, of the center of gravity of the Western world to the United States. (...) The image of the US army distributing a miraculous medicine (penicillin) in Europe at the end of the war reminds us that the war also changed the character of biomedical research. PESTRE (Dominique), « Science, Political Power and the State », *Science in the Twentieth Century*, KRIGE (John) et PESTRE (D.) (eds) Harwood academic publishers, 1997, p. 69-70. Voir aussi REINDGOLD (Nathan), « Science and government in the United States since 1945 », *History of Science*, vol. 32, 1994, pp. 361-86, ou encore WRIGHT (Susan), *Molecular Politics*, University Press of Chicago, 1994, pp. 21-31.

10 - Dont la « American Swiss Foundation for scientific exchange », basée à Boston dont le Dr Homburger est le représentant légal,

UNE CONFRONTATION AU MODÈLE : 1945-1964

Durant la période de la guerre et de l'immédiat après-guerre un revirement de références s'opère. Le modèle est désormais les États-Unis et non plus l'Allemagne⁸. Cette transition trouve son origine dans les résultats thérapeutiques obtenus pendant la deuxième guerre mondiale en Amérique, entre autres, par la découverte des premiers antibiotiques. L'organisation particulière de la recherche américaine, associée à un soutien financier important, public et privé, permet aux institutions américaines de se profiler comme « leader » international dans le domaine des sciences médicales, attirant ainsi bon nombre de chercheurs étrangers⁹.

Les professeurs de médecine sont sensibles à cet appel. Ils s'informent et recensent les bourses de voyages d'études¹⁰. Les plus prisées sont celles de l'Académie suisse des sciences médicales¹¹. Mais les voyages ne relèvent pas uniquement d'une nécessité de formation scientifique : « Tout récemment, Monsieur Mach a fait un voyage de trois mois aux États-Unis d'Amérique, non pas tant pour y compléter ses connaissances que pour s'y documenter sur les méthodes de travail si fructueuses des Instituts scientifiques du Nouveau Monde¹² ». Et le professeur Fabre présente l'état d'esprit qui prédomine à cette époque : « Mach nous a ouvert sur l'étranger, il a vraiment favorisé, orienté des séjours à l'étranger pour plusieurs de ses collaborateurs, dont moi. (...) J'ai fait ensuite six mois aux États-Unis, au « Massachusetts General Hospital » qui [était] la Mecque de la médecine, (...) c'était un service où vraiment c'est là qu'était la pointe, le fer de lance de la médecine contempo-

raïne. (...) C'est le service où s'est formé Alex Muller. (...) Muller a vraiment apporté à Genève les méthodes, je dirai l'esprit du « Massachusetts Hospital ». Il s'en est beaucoup inspiré et c'était un modèle qui méritait d'être reproduit¹³ ». L'ensemble de ces voyages de formation va renforcer le poids de ce qui a été appelé le « modèle américain¹⁴ ».

Ce modèle mérite une analyse, car il sert de référence à toute une génération de professeurs et de chercheurs et va conditionner l'orientation de la faculté de médecine de Genève, dès les années 1950. De plus, il permet de saisir pleinement les tensions inévitables entre un idéal et la réalité avec laquelle les membres de la faculté sont obligés de composer lors de toute tentative de modification institutionnelle. Or, c'est justement lors des frictions entre le cadre de référence et la complexité d'une situation, que l'historien/ne récolte le plus d'informations.

Les professeurs de la faculté retiennent cinq composants, issus du modèle, qui lui assurent, à leurs yeux, son succès : une technicité qualifiée parfois d'audacieuse qui permet des prouesses opératoires¹⁵ ; une éducation médicale qui semble pouvoir digérer les nombreuses connaissances nouvelles apparaissant sur le marché médical ; une interaction importante entre laboratoire et clinique ; une fluidité d'informations permettant une meilleure communication entre spécialistes et enfin, celui qui permet la réalisation des quatre autres éléments, un fort soutien financier à la recherche de la part de l'État et du secteur privé américain. La première des conséquences de l'attrait pour ce modèle, va être de lancer, à la faculté, une réflexion sur l'éducation médicale.

L'ENJEU DE L'ENSEIGNEMENT

C'est au cours des derniers mois de la deuxième guerre mondiale que les professeurs discutent des besoins d'une réforme de l'éducation médicale. Ils envoient le professeur Posternak à un congrès international sur la réforme des études qui se tient à Londres en 1953¹⁶. Leurs questionnements, récurrents dans les procès-verbaux de la faculté, concernent autant la manière d'intégrer les nouveautés scientifiques dans le cursus, que les critères d'évaluation des étudiants. Car, les professeurs en ont conscience, et c'est là un fait nouveau, « c'est par la qualité des étudiants que l'on juge le niveau d'une faculté¹⁷ ». De ce fait, ils se renseignent auprès des autres facultés helvétiques sur les critères d'évaluation des futurs médecins. De même, et par souci de bonne publicité, ils s'informent des exigences d'appréciation qui prédominent dans les institutions américaines¹⁸.

Pour comprendre comment l'image et l'idéal du modèle américain ont pris corps à Genève, la lecture d'un cahier spécial du journal *Médecine et Hygiène*, consacré essentiellement aux études médicales, constitue une approche intéressante. Quelques chercheurs en formation aux États-Unis donnent leurs impressions et leurs analyses du système d'éducation médicale de ce pays¹⁹. L'argument principal qui ressort de l'ensemble de ces articles est que la conception de la médecine aux États-Unis est différente de celle qui existe en Suisse. Par exemple, les études précliniques des institutions américaines qu'ils ont visitées, permettent de consolider le lien entre les recherches en laboratoire et les mises en pratique cliniques. Or selon les auteurs, les réussites médicales proviennent de cette importante interaction. « Entre les deux guerres et surtout après la dernière

guerre mondiale, la médecine a subi non seulement une évolution, mais une révolution. Elle tend à devenir une science. Le but du médecin d'aujourd'hui est d'analyser, d'évaluer et de comprendre les forces dynamiques variées qui sont en jeu dans l'être humain malade. Cette compréhension de la maladie dépend à un tel point des sciences de base que ces dernières jouent un rôle de plus en plus grand dans la vie de tous les jours d'un médecin²⁰ ». La relation entre le laboratoire et la clinique suscite beaucoup d'admiration de la part des post-gradués suisses. Forts de ce constat, ils préconisent une réforme des études médicales helvétiques, dans laquelle un apport plus consistant en sciences de base, comme l'anatomie, la physiologie, l'histologie et la biochimie, permettrait d'adapter l'éducation médicale à une meilleure connaissance de l'homme malade. L'éditorialiste complète, d'une plume acérée : « L'expérience américaine montre que, si la clinique reste la base d'une médecine quotidienne, elle doit être absolument complétée par la médecine expérimentale, par la recherche thérapeutique et surtout par la recherche physio-pathologique qui fera le pont entre la physiologie classique (qui fut longtemps le seul domaine de la recherche en médecine) et la pathologie (souvent enseignée aujourd'hui comme une langue morte, lorsqu'elle n'établit pas la relation directe entre les lésions anatomiques et les symptômes cliniques), la recherche biochimique et la recherche épidémiologique. (...) Nous apprendrons ainsi à nous éloigner des fausses impressions déductives et suggestives de cliniciens qui ne confrontent pas constamment « leur art » avec les faits expérimentaux. Il faut cesser de croire à nos sens : ils sont incapables de nous donner l'accès à la compréhension des mécanismes profonds de la vie²¹ ».

créée grâce à des investissements de l'industrie helvétique signalée par le doyen. Le Bulletin de l'ASSM, dans son numéro de 1945, signale en plus l'existence de la « Swiss American Center of medical exchange and information », basée à New-York et dirigée par le Dr de Saussure, ainsi que l'aide que la « Rockefeller Foundation » est prête à donner en Suisse pour soutenir la recherche scientifique et médicale. Procès-verbaux de la faculté de médecine de Genève, 5 décembre 1944 (dorénavant PVFMG).

11 - Par exemple par M. Montandon [prof. extr. d'ORL] (PVFMG, le 1^{er} juillet 1946).

12 - Archives du Sujet, dorénavant AS, 1984 21/11, Rapport concernant le Dr René S. Mach pour le nommer professeur associé, Genève, 17. 12. 1952.

13 - IJ, Interview du professeur Fabre cité note 6.

14 - Un article retrace l'importance et l'impact du modèle américain sur les structures institutionnelles britanniques : BYNUM (W.F.), « Sir George Newman and the American Way », *The*

History of Medical Education in Britain, NUTON (Vivian), PORTER (Roy) (eds), Clio medica, 1995, p. 37-50.

15 - « A Rochester, dans le Minnesota, la clinique Mayo peut actuellement s'enorgueillir d'avoir une des premières équipes qui travaille en circulation extra-corporéale totale. » CALAME (André) « Regards sur la chirurgie américaine actuelle », *Revue médicale de la Suisse Romande*, vol. 76, 1956, p. 971-972.

16 - *Procès-verbal des séances plénières de la faculté de médecine*, le 31 mai 1954.

17 - MULLER (Alex-F.), « Les études médicales aux États-Unis », *Médecine et Hygiène*, n° 419, p. 32.

18 - « Le Dr Homburger attire l'attention sur le fait que certains étudiants américains, qui ont été refusés dans leur pays, sont acceptés en Suisse, ce qui risque de nous faire du tort. », PVFMG, le 13 février 1945.

« Doctorat avec ou sans thèse ? Bâle et Zürich exigent la thèse. Berne et Lausanne n'ont pas encore répondu. Zürich estime qu'une décision doit être prise par

Ce long extrait est intéressant à plus d'un titre. Tout d'abord, il a le mérite de synthétiser la conception de base du groupe d'auteurs de ce cahier. Ensuite, son ton tranché permet de dégager clairement les récriminations contre la médecine telle qu'elle est pratiquée et enseignée à Genève à ce moment. Comparer l'enseignement d'une discipline à une « langue morte », dénote pour le moins le désir de l'auteur de désigner ce passé comme appartenant à un passé révolu. Enfin, cet extrait suggère une lecture plus fine, qui accorde la place à des concepts implicites dans lesquels la pratique médicale devrait pouvoir se jauger uniquement selon des critères de rentabilité et d'efficacité. C'est laisser l'espace au lecteur d'imaginer des transitions entre une médecine accusée d'être un « art » et une médecine portée par la science. Cette citation donne aussi l'occasion de suggérer le potentiel d'un discours réducteur sur l'esprit de toute une génération, modelant de fait la vision d'une réalité. Le travail de relecture de l'histoire consiste précisément à cerner ces ambiguïtés qui interagissent avec une réalité difficilement saisissable.

Les abondantes descriptions des structures médicales américaines qui jalonnent les articles de ces jeunes post-gradués ne font que renforcer la constatation des insuffisances et des retards de la faculté de médecine de Genève. Durant les années 1950 à 1960, nombreuses sont les plaintes de ces hommes face aux multiples problèmes qu'ils rencontrent dans leurs efforts pour transformer la réalité genevoise. La distance entre leur idéal, représenté par le modèle américain, et la réalité institutionnelle est grande. Du point de vue des enseignants, les besoins en médecine croissent de manière exponentielle. Les nouveaux laboratoires, ainsi que le matériel nécessaire à la recherche coûtent

cher, et cela sans évoquer la croissance des attentes placées par la population dans la médecine. L'une des pierres d'achoppement permanente, qui ressort des archives de la faculté, demeure la question financière, ou plus précisément le sentiment d'un manque de volonté politique de soutien à la recherche. Georges-H. Fallet, dans un article intitulé « Un centre de recherches sur les maladies rhumatismales, tel qu'il est conçu et organisé aux États-Unis » constate : « Naturellement, un tel organisme ne peut fonctionner sans le secours de nombreux fonds. Là est toujours le point névralgique lorsque l'on commence à parler de recherches en Suisse, et chacun se retranche derrière les modestes ressources helvétiques pour affirmer que la chose est impossible sans l'opulence américaine. (...) En somme, on a l'impression que le peuple américain désire la recherche médicale parce qu'il sait qu'il en est le premier bénéficiaire. Pour en arriver là, dans notre pays, il suffirait peut-être que les médecins et surtout les centres universitaires intéressent davantage encore le public aux problèmes de la médecine²² ».

Le docteur Fallet propose explicitement de faire appel au public pour soutenir la recherche en Suisse. Cette suggestion tranche avec les récriminations les plus communes de la majorité des professeurs, qui souhaitent une aide financière provenant du domaine public, soit par l'accroissement du budget cantonal (qui est seul à supporter la dépense universitaire, à cette époque), soit par le moyen de subventions fédérales.

Le problème est particulièrement aigu. Pour toutes les transformations envisagées, la difficulté principale demeure le financement des projets de recherches, et ceci malgré la création en 1952 du Fonds national de la recherche scientifique (FNRS). Pourtant, une

expansion est considérée comme légitime par la Faculté, pour suivre les progrès scientifiques des grandes institutions étrangères. L'explosion du savoir médical se traduit par une augmentation des spécialités dans nombre de disciplines et entraîne une pression sur les structures même de la Faculté. Le règlement interne qui émane de la loi sur l'Instruction publique (1940), arrête le nombre de matières enseignées, rendant difficiles à opérer les ajustements, ressentis comme nécessaires dans les années 1960. Les structures obsolètes de l'institution ne permettent pas aux professeurs d'adapter leur enseignement à l'évolution toujours plus rapide des sciences médicales.

Au quotidien, les professeurs et les étudiants en subissent les conséquences. Dans leurs efforts pour répondre au modèle qu'ils se sont fixés, l'augmentation du nombre de matières enseignées les oblige à intégrer les nouveautés dans leurs enseignements, par exemple en dédoublant leurs heures. Ce bricolage entraîne une surcharge des horaires pour les enseignants comme pour les étudiants. La croissance importante du nombre des étudiants, qui atteint un premier sommet en 1955, comme le confirme le graphique n° 1 p. 97, occasionne une pénurie de locaux. Des solutions urgentes sont prises, sans pour autant qu'il y ait une réflexion d'ensemble. Le résultat aboutit à une délocalisation des enseignements. Simultanément, la multiplication des matières médicales rend nécessaire une réorientation générale des études de médecine.

RÉAJUSTEMENTS INSTITUTIONNELS : DE 1964 À AUJOURD'HUI

Jusque dans les années soixante, la faculté n'a que peu trouvé les moyens de

satisfaire ses ambitions. Nonobstant, les demandes réitérées des professeurs auprès du département de l'Instruction publique, un changement de responsable politique à la tête de ce département genevois, ainsi que, plus généralement, la prise en compte par les politiciens suisses du prestige des sciences, vont permettre des réalisations pratiques, et répondre de cette façon aux attentes énoncées au cours de la décennie précédente. En premier lieu, suite à la rédaction du rapport Labhardt en 1964²³, le Parlement fédéral adopte une loi instituant une aide financière aux cantons universitaires. Ce soutien permet d'alléger les finances cantonales et injecte de l'argent dans le développement des hautes écoles.

Alors que les moyens sont rassemblés pour la recherche, la faculté genevoise définit les priorités de la réforme pédagogique. Cette démarche coïncide avec celles des autres facultés helvétiques. Les réformes s'élaborent non seulement sur le contenu, mais également sur les formes d'apprentissage. Les modifications apportées aux examens fédéraux à partir de 1964, constituent un bon exemple de la nature des changements pédagogiques discutés alors. En effet, les examens fédéraux de 1964 débouchent sur un remaniement des branches sanctionnées, avec l'adoption d'une troisième propédeutique portant sur les branches cliniques de base. Ces changements, rompent non seulement avec l'habituelle adjonction des matières sujettes à examens qui avait cours jusqu'en 1935²⁴, mais s'intègrent aussi dans une réforme éducative plus vaste. Pour suivre l'évolution du savoir médical et celle des méthodes d'acquisitions des connaissances, quinze ordonnances seront nécessaires entre 1969 et 1975. Dans le premier arrêté de 1969, il est fait mention, notamment, de l'autorisation pour

l'ensemble des facultés suisses. », PVFMG, le 24 mai 1948.

19 - *Médecine et Hygiène*, n° 419, 1959, p. 31-42.

20 - MULLER (Alex-Fritz) « Les études médicales aux États-Unis » *Médecine et Hygiène*, n° 419, 1959, p. 33.

21 - RENTCHNICK (P.), « De la recherche médicale », *Médecine et Hygiène*, n° 419, 1959, p. 31.

22 - FALLET (Georges-H), « Un centre de recherches sur les maladies rhumatismales tel qu'il est conçu et organisé en Amérique », *Médecine et Hygiène*, n° 14, 1956, p. 171.

23 - LABHARDT (André), *Aide aux universités*, Berne, 1964 (connu comme le « Rapport Labhardt »). Labhardt, professeur de lettres à Neuchâtel, est le président de la commission sur l'aide aux universités.

24 - « Règlement des examens fédéraux pour les médecins, les médecins-dentistes, les pharmaciens, les médecins-vétérinaires du 22 janvier 1935 », *Loi Fédérale*, vol 51, 1935, p. 42-79.

25 - « Arrêté du Conseil Fédéral concernant des

dérogrations
expérimentales au
règlements des
examens fédéraux
pour les professions
médicales du 23
décembre 1969 »,
Recueil des Lois, 1969,
p. 1 308.

26 - AS, dossier de
nomination 320A3,
*Extrait du rapport du
professeur Vassalli*,
novembre 1966.

27 - *La vie
universitaire, journal
des étudiants*, 1974,
p. 2.

28 - *Tribune de
Genève*, 30 novembre
1968.

29 - Professeur
responsable de la
sous-commission de la
Commission
interfacultés suisse de
médecine. Le plan
Rossi entre en vigueur
par un arrêté du
Conseil Fédéral, le 23
décembre 1969.
Contrairement à son
nom, il ne s'agit pas
concrètement d'un
plan, mais plutôt de
lignes directrices à
appliquer en fonction
des réalités de
l'institution médicale
concernée.

30 - *Mémorial du
Grand Conseil*, 1971,
p. 3 457.

31 - Cf. l'article de
Philip RIEDER,
p. 71-83.

les facultés d'expérimenter de nouvelles méthodes d'enseignement et d'entreprendre des réorganisations des plans études²⁵. Cette clause permet à l'institution genevoise de s'adapter aux exigences des sciences médicales, entre autres, par la création de nouveaux enseignements. Elle amorce un espace ouvert sur la réflexion relative aux modalités de la transmission du savoir médical. En effet, dès 1969 le cursus universitaire diminue de deux semestres. Or, pour pouvoir intégrer tous les domaines d'enseignement sanctionnés par un examen dans une période d'apprentissage plus courte, il devient nécessaire d'introduire de nouvelles méthodes d'enseignement, telle l'adoption de cours coordonnés ou d'enseignement intégré, aux dépens de certains cours ex-cathedra²⁶.

Les réformateurs genevois ont découvert le principe des cours coordonnés à l'université de Cleveland (États-Unis). Le concept de base consiste à présenter, sur une brève période, un organe ou un système (digestif, respiratoire, etc.) en faisant intervenir toutes les disciplines ou spécialités impliquées autour de l'organe ou du système. Cet outil pédagogique vise à diminuer l'effet de répétition que l'étudiant pouvait ressentir en suivant des cours sur le même organe à travers plusieurs spécialités et qui, de l'avis des professeurs novateurs, transmettait une vue « éclatée » de l'organe²⁷.

De même, un enseignement par petits groupes se met en place, dans le but de faire participer les étudiants à leur propre formation. Cette méthode pédagogique, qui débute à la faculté en 1968, est l'occasion pour le professeur Fabre de constater que « le temps des chaires est révolu (...) [E]n médecine interne, l'enseignement est partagé entre les cours académiques et les visites auprès des malades par groupes de trois à huit étudiants. C'est la fin d'une pratique

ancienne qui voulait que des centaines d'étudiants massés dans un amphithéâtre contemplent leur « patron » avec son malade²⁸ ».

Ces réformes de l'enseignement, adoptées dès le milieu des années 1960, et intitulées « Plan Rossi²⁹ », sont confrontées néanmoins à un certain nombre de résistances, provenant autant de l'intérieur de l'institution que de l'extérieur. Elles revêtent, de plus, diverses formes, structurelles, conjoncturelles et générationnelles, qui exacerbent les dynamiques institutionnelles. Cette constatation renforce l'intérêt de réfléchir au devenir d'une institution dans son contexte.

L'un des problèmes majeurs qui freinent considérablement le développement de la faculté relève des structures juridiques de l'université. Pour chaque achat de matériel, les professeurs doivent en référer au responsable du département de l'Instruction publique³⁰. Cette procédure, outre qu'elle nécessite du temps, les met à la merci des aléas politiques³¹. De plus, le règlement interne de la faculté, calqué sur celui de l'université, indique exactement l'intitulé des chaires. De ce fait, toute innovation implique un vote au Sénat, décision qui doit recevoir, ensuite, l'aval du département de l'Instruction publique. Comme c'était le cas des examens fédéraux avant leur modification de 1964, la structure est trop rigide pour pouvoir s'adapter rapidement aux changements. Après deux ans de discussions au Grand Conseil, une loi sur l'Université est votée en 1973. C'est la première qui concerne uniquement la haute école, ce qui dénote une nouvelle manière de concevoir les rapports entre l'État et l'Université. L'une des principales innovations de cette loi concerne l'autogestion dans les domaines de l'organisation, de la gestion, de la réglementation académique

et administrative. De plus, elle permet à l'Université d'élaborer des budgets en fonction de ses besoins et de les proposer au Grand Conseil. La loi donne à l'Université une spécificité par rapport aux autres institutions qui dépendent du département de l'Instruction publique. Cette loi, qui concerne toute l'université, introduit une structure en départements, chacun regroupant plusieurs spécialités voisines qui constituent ensemble une branche scientifique spécifique. Pour la faculté de médecine, cette concentration correspond à l'esprit de la réforme qu'elle a entamée depuis plusieurs années, et dont la conséquence est une réorganisation profonde des matières enseignées. Ainsi, à titre d'exemple, la morphologie, l'anatomie et l'histologie sont réunis dans un même département. De même, la chirurgie reprend toutes les sous-spécialités, y compris la chirurgie infantile, rattachée auparavant à la pédiatrie. Il revient aux professeurs et aux enseignants d'organiser ensemble le contenu et la forme de leur cours au sein de leur département.

Les résistances conjoncturelles sont aussi multiples. Tout d'abord, l'enseignement intégré par petits groupes implique une augmentation du nombre des enseignants. Une augmentation qui devient impérieuse, alors que le nombre des immatriculations s'accroît sous la pression de la démocratisation des études. Lorsqu'en 1965-66, un deuxième pic dans la courbe des étudiants est atteint, les professeurs demanderont l'application d'un « numerus clausus ». Cette solution n'est adoptée par le département de l'Instruction publique que pour deux ans, la clause ayant soulevé une vague de mécontentement parmi la population estudiantine. Il faut attendre la loi sur l'Université de 1973, pour qu'un grand nombre de professeurs, chargés de cours, etc., puissent être engagés et

viennent ainsi renforcer l'effectif des enseignants. Le nombre de professeurs ordinaires passe de 34 en 1970 à 46 en 1975. De même, celui des professeurs extraordinaires augmente de 8 en 1970 à 17 en 1975 (cf. graphique n° 2, p. 97).

Mais chaque solution comporte son revers de médaille. A mesure que l'effectif des professeurs augmente proportionnellement à celle des étudiants, la machine administrative doit aussi se perfectionner. Il devient difficile de gérer l'entreprise qu'est devenue la faculté. Les organes de décision doivent aussi s'adapter aux changements. De fait, en 1968, en même temps que l'entrée en vigueur des cours coordonnés, le décanat se renforce. La charge de doyen passe à plein temps (le professeur est déchargé de son enseignement) et une équipe de trois ou quatre professeurs assiste le doyen dans son travail. De nombreuses commissions sont créées, certaines permanentes, d'autres provisoires³². L'une de celles-ci, la commission des bâtiments, aura une longue vie. En effet, les plaintes adressées par les professeurs au sujet de la vétusté des locaux³³, des laboratoires, ainsi que de la dispersion des instituts, ont suscité une réflexion entre médecins et architectes sur les nouvelles constructions nécessaires. Un projet important voit le jour en 1968. Seulement, pour des raisons politiques et économiques, la construction d'un nouveau bâtiment est constamment reportée pendant plus de dix ans. Ce n'est qu'en 1981 que se termine le chantier du Centre médical universitaire, la nouvelle école de médecine.

Enfin, le dernier type de résistance appelant une analyse est celle des problèmes générationnels. L'accroissement des effectifs d'enseignants implique nécessairement une modification des équilibres régissant le groupe des professeurs. En forçant le trait, il est possible

32 - En 1972, il existe quinze commissions permanentes et cinq temporaires.

33 - « Le professeur Rutishauser suspend son enseignement : l'Institut de pathologie est trop vétuste. », *Tribune de Genève*, 1966, AS 1984 21/20-21.

34 - Professeur de pathologie (1974-1988). *Compte rendu succinct de la séance de la Faculté du 29 mai 1967*. AS 1984 21/22.

35 - Charles Rouiller, professeur d'histologie-embryologie de 1958 à 1973.

36 - *Compte rendu succinct de la séance de Faculté du 26. 06. 1967*. Les professeurs Montandon et Favarger ont successivement 62 ans et 58 ans. Le premier a bénéficié d'une bourse de l'Académie pour un voyage aux États-Unis de 1946 à 1947. Rien n'est précisé dans la biographie du second, concernant un séjour en Amérique. A l'inverse, Bernard Jeanrenaud, âgé de 37 ans, s'est formé aux États-Unis entre 1956 et 1960 en diabétologie et en recherches cliniques.

37 - II, interview du professeur Posternak le 15 février 1995 par Chantal Berthoud : « la complexification des domaines rend indispensable la division des chaires, des anciennes chaires ».

38 - Professeur Pierre Vassalli et professeur Guido Majno

39 - PVFMG, le 2 avril 1968.

de trouver une ligne de démarcation entre les professeurs plus âgés considérés par la jeune génération comme les vestiges de la tradition clinique française, et les plus jeunes, dont l'orientation pour la recherche dénote aux yeux de la génération précédente la perte d'une part essentielle de ce qui constitue la médecine : le rapport humain avec le patient. Mais les différences ne s'articulent pas uniquement autour des antagonismes vieux/jeunes, Europe/Amérique, clinique/recherche. Elles touchent aussi aux connaissances médicales proprement dites. Il est parfois difficile aux professeurs plus âgés d'estimer correctement la valeur scientifique de leurs futurs collègues. Par exemple, en 1967 la thèse d'habilitation pour le « privat-docent de François Chatelanat³⁴ » est d'une telle technicité, que les professeurs chargés de la juger demandent des compléments d'information auprès d'un de leurs collègues, le professeur Charles Rouiller, plus qualifié qu'eux en histologie-embryologie³⁵. De même, le choix d'une autre langue que le français dans la rédaction des thèses, suscite des réactions parmi les professeurs : « M. Montandon demande s'il est admissible de présenter une thèse d'habilitation en anglais, à quoi le doyen répond par l'affirmative. Cependant M. Favarger pense qu'il convient de préciser qu'il ne faut l'admettre qu'à titre exceptionnel³⁶ ».

Enfin, les modifications des examens (1964), ou l'introduction des départements (loi sur l'Université, 1973) sont autant d'occasions qui se présentent pour organiser les services différemment. Certains professeurs éprouvent des difficultés à s'adapter. L'exemple du professeur Bickel est intéressant à plus d'un titre. Pendant longtemps, il avait regroupé sous son enseignement la totalité de la médecine interne. Après la guerre, il fut l'un des promoteurs des

réformes entreprises pour adapter la faculté aux nouveautés thérapeutiques provenant d'outre Atlantique. Cependant, force lui est de constater qu'il ne peut plus suivre le développement de toutes les nouvelles disciplines et sous-disciplines. En 1964, en raison des modifications apportées aux examens fédéraux, il prend la décision de démissionner de la clinique et d'enseigner uniquement la pharmacothérapie. Suite à cette décision, le collège des professeurs convient de diviser la clinique en deux : une clinique médicale, dirigée par Alex-Fritz Muller et une clinique thérapeutique sous la responsabilité de René S. Mach. Cette mesure illustre le constat du corps professoral, de l'impossibilité pour un seul professeur de diriger une grande unité hospitalière. Elle éclaire par ailleurs la complexification de l'organisation interne de la faculté de médecine. A partir des années 1960, il devient impossible de gérer seul une grosse unité (hospitalière ou d'enseignement). L'époque est dorénavant aux groupes d'enseignants³⁷. Le dédoublement de la chaire de pathologie en 1971 suit cette même logique³⁸.

Le passage de la chaire au département ne va pas sans tension. Ces modifications internes se heurtent aussi aux résistances des personnes impliquées, et engendrent parfois des conflits. Dans une séance du collège des professeurs du 2 avril 1968, le professeur Montandon s'exclame : « Il ne suffit pas pour cela d'imiter les méthodes utilisées dans certaines universités américaines, car les problèmes ne se posent pas de la même manière ici et aux États-Unis, tout au moins en ce qui concerne l'ORL, branche dont la tradition et les conceptions européennes sont différentes³⁹ ».

Sans procéder à des généralisations hâtives, il est clair que des résistances au modèle américain sont présentes. En

effet, l'esprit d'innovation véhiculé par ce modèle se heurte à des traditions institutionnelles et scientifiques, et cela se vérifie plus spécifiquement dans certains domaines d'enseignement. De même, l'aspect générationnel, amplifié par la démarcation paradigmatique réclamée par les « jeunes », constitue une autre forme de résistance avec laquelle le groupe de professeurs va devoir composer au quotidien.

*
* *

Les méandres du parcours sinueux des réformes institutionnelles illustrent, au cours de la période envisagée, une tension entre les aspirations de l'institution et le cadre dans lequel elle se trouve cantonnée. L'intérêt de suivre dans les détails la progression des réformes réside dans la mise à jour de la complexité des interactions entre la faculté et son environnement. Un environnement qui, comme la faculté, prend des visages multiples et devient de plus en plus difficile à cerner au fur et à mesure que la période observée se rapproche de la nôtre.

À défaut de saisir la réalité pédagogique au quotidien, l'analyse du discours sur l'enseignement et l'évocation des stratégies tant individuelles que collectives permettent de restituer, en partie du moins, le sens que prend au cours du temps la mission première de l'institution, à savoir, la formation du futur médecin.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme du survol de l'histoire de la faculté de médecine de Genève proposé dans ces deux articles, il nous paraît utile de tirer quelques conclusions générales.

L'histoire d'une institution sur une période longue permet de dégager des

problématiques conçues en fonction de la mise en perspective de la réalité de l'institution avec son passé et son avenir. C'est l'intérêt que nous avons perçu dans la confrontation continue des spécificités pédagogiques de l'école de médecine au cours des deux volets de son histoire que nous avons étudiés respectivement. Une démarche qui autorise une prise de distance par rapport au sujet et s'avère utile, notamment dans la préhension de l'histoire récente de la Faculté.

En effet, et l'histoire sur le long terme proposée ici le démontre, si l'étudiant constitue un des éléments de légitimité de la faculté de médecine de Genève, il n'en demeure pas moins que l'utilisation de « l'argument étudiant », évolue en fonction du temps. De même, entre les discours sur les « modèles universitaires » auxquels les professeurs aspirent d'une part, et la réalité de l'institution de l'autre, il y a une distance, variable elle aussi en fonction du temps. Un hiatus qui est exploité de manière distincte suivant la finalité du moment : s'il s'agit d'attirer des étudiants, c'est la proximité du modèle idéal qui est souligné, si au contraire le but est de trouver des crédits, ce sont les disparités entre la réalité genevoise et le modèle qui sont mises en avant.

Le meilleur moyen pour cerner ces évolutions discursives est, à notre avis, de restituer les discours dans leur contexte. Ce travail historique permet de reconstituer une série de stratégies institutionnelles mises en place autour de « l'argument étudiant » ou « l'argument modèle » : des bricolages qui prennent, la plupart du temps, la forme de stratégies collectives ou individuelles de membres de la faculté, des démarches entreprises en dehors de la structure stricte de l'institution, soit dans des directions politiques, scientifiques ou administratives. Ces stratégies sont essentiellement l'œuvre de profes-

40 - MULLER (Alex-Fritz) « Les études médicales aux États-Unis », *Médecine et Hygiène*, n° 419, 1959, p. 33.

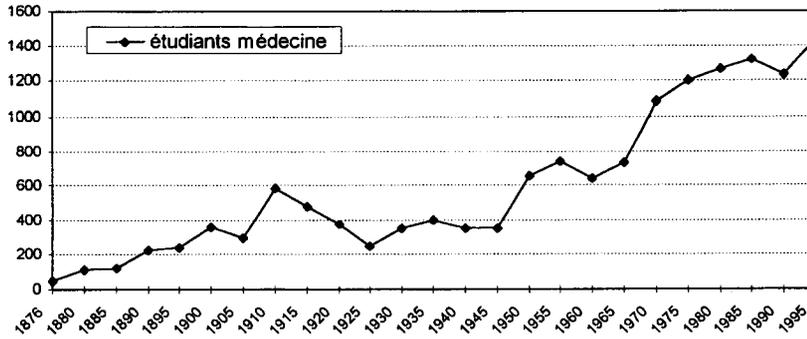
seurs et tendent à mettre régulièrement le fonctionnement et le rôle de l'école en question, d'adapter les structures et les valeurs de l'institution aux problèmes et au contexte du moment. Il faut constamment redéfinir ce qu'est une faculté de médecine et quel médecin il s'agit de former pour demain.

Il est frappant de constater que c'est le nombre d'étudiants qui confère, dans un premier temps, la légitimité de l'école. Par contraste, dans les années 1960, le centre d'excellence que cherche à devenir la Faculté de Genève, voit naître un intérêt nouveau pour la qualité de la formation des étudiants, à tel point qu'on en vient à limiter leur nombre, suite à des demandes réitérées d'introduction de « *numerus clausus* ». Ces changements de statut de l'étudiant reflètent ceux de la logique institutionnelle, axée dans un premier temps sur des réalités financières, pour se décaler ensuite vers des considérations d'excellence (scientifique et pédagogique).

Dans une transformation parallèle, les relations qu'entretient l'institution avec les savoirs médicaux ont diamétralement changé. Au risque de forcer le trait, si, dans la première période, il suffisait de « connaître » pour transmettre un savoir médical, avec l'explosion des sciences médicales, il s'agit plutôt de « comprendre ». C'est en ces termes que le renouveau de la formation médicale universitaire après la deuxième guerre mondiale sera exprimée. A cette époque, le professeur Muller est celui qui a le mieux synthétisé la rupture : « La première responsabilité d'une école de médecine est de réveiller et de développer chez l'étudiant l'esprit analytique et scientifique afin qu'il comprenne les phénomènes morbides. L'enseignement en conséquence doit être dirigé vers la compréhension des faits et non seulement vers

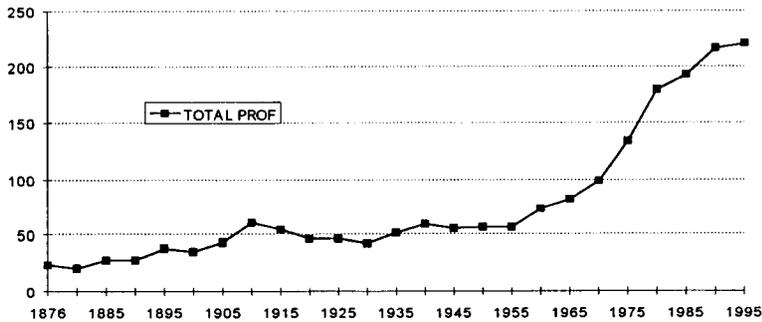
leur connaissance⁴⁰ ». Une formulation forte qui exprime bien la transition d'une école professionnelle en marge de la science, une école qui transmet un savoir, à un centre de recherche et de formation qui se doit de participer à l'élaboration des savoirs médicaux sur le plan international.

Graphique n° 1
Évolution du nombre des étudiants en médecine
(1876-1995)



(Les chiffres représentent le nombre absolu d'étudiants.)

Graphique n° 2
Évolution du nombre des professeurs de médecine
(1876-1995)



(Les chiffres représentent la somme des professeurs ordinaires, professeurs extraordinaires et les privat-docents.)