

Zeitschrift:	Bulletin / Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten = Association Suisse des Professeurs d'Université
Herausgeber:	Vereinigung Schweizerischer Hochschuldozenten
Band:	30 (2004)
Heft:	4
Artikel:	Réformes des études de médecine de la dernière décennie en Suisse
Autor:	Bader, Charles
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-894292

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 28.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Réformes des études de médecine de la dernière décennie en Suisse

Charles Bader

1. Introduction

Au cours des dix dernières années, des changements considérables ont eu lieu dans l'enseignement aux étudiants en médecine et dans l'organisation du pilotage des études de médecine en Suisse. Afin de comprendre les raisons et les conséquences de ces réformes, un bref rappel de la situation en cours jusqu'au début des années 1990 est nécessaire. On verra pourquoi il a été jugé nécessaire de revoir la formation médicale en s'appuyant notamment sur le rapport de la Commission Interfacultés médicale suisse (CIMS) "La réforme nécessaire des études de médecine en Suisse" (référence 1). On analysera les obstacles à l'adaptation du curriculum par le passé, l'analyse suggérant des moyens d'y remédier (référence 2). Après cela, nous décrirons la nature de la réforme souhaitée et sa justification pédagogique. On verra ensuite que les réformes en Suisse n'ont pu se concrétiser que grâce à l'octroi de dérogations à l'ordonnance fédérale de 1980. A titre d'exemple, on examinera plus en détail la réforme des études à Genève et ce qui a vraiment changé, avant d'établir un bref état des lieux en Suisse et les leçons qu'on peut en tirer. On verra par exemple que ces réformes ont contribué à orienter le projet de loi sur les formations médicales universitaires (révision de la loi de 1877).

Avant de conclure, nous examinerons comment et pourquoi les Facultés de médecine réagissent à deux nouveaux défis, d'une part la mise en place des directives de la Déclaration de Bologne, et, d'autre part, les propositions de réformes des structures et pilotage des Facultés de médecine suisses (Projet "Kleiber").

2. Rappel des structures du curriculum médical traditionnel

Le curriculum traditionnel des médecins est dicté par l'ordonnance fédérale de 1980 (ordonnance générale 811.112.1 concernant les examens fédéraux des professions médicales et ordonnance 811.112.2 concernant les examens de médecin).

La première année comprend l'enseignement et des examens dans les branches suivantes (premier examen propédeutique ; 4 examens):

- Physique et physiologie générale
- Chimie minérale, chimie-physique, chimie organique, chapitres choisis de biochimie
- Biologie générale et biologie humaine (en 2 examens) incluant la biologie moléculaire et cellulaire, la génétique, la cytologie, l'histologie générale, l'embryologie, l'anatomie comparée, l'écologie et des chapitres choisis d'anatomie

La deuxième année comprend l'enseignement et des examens dans les branches suivantes (deuxième examen propédeutique ; 4 examens théoriques et 4 examens pratiques):

- Morphologie et embryologie (en 2 examens séparés)
- Physiologie
- Biochimie

La troisième année comprend l'enseignement et des examens dans les branches suivantes

(1ère partie de l'examen final: 5 examens théoriques)

- Physiopathologie
- Pharmacologie et toxicologie
- Pathologie générale
- Microbiologie
- Bases de la médecine psychosociale

Lors des trois dernières années (4ème à 6ème), les étudiants suivent une formation théorique et pratique en clinique et disposent d'une année d'études à option.

Deux sessions d'examens contribuent au contrôle des connaissances

2ème partie de l'examen final:

5 examens théoriques selon le procédé des questions avec plusieurs réponses à choix (QCM)

- Médecine interne et pharmacothérapie
- Chirurgie y compris médecine de catastrophes, anestésiologie
- Pédiatrie / Gynécologie et obstétrique
- Médecine sociale et préventive, y compris médecine du travail et des assurances
- ORL- / Dermatologie- vénéréologie / Ophthalmologie

12**9 examens pratiques**

- Médecine interne y compris neurologie et rhumatologie®
- Psychiatrie
- Gynécologie et obstétrique
- ORL
- Dermatologie et vénérérologie
- Ophtalmologie
- Pathologie spéciale (macroscopie et microscopie [2 notes])
- Radiologie médicale
- Médecine légale

3ème partie de l'examen final:

- 3 examens pratiques
- Médecine interne
- Chirurgie
- Pédiatrie

En schématisant,:;

- les étudiants abordent en première année, les sciences naturelles (physique, chimie) et de la vie (biologie). L'idée "pédagogique" originelle était de donner au futur médecin une imprégnation scientifique qui l'accompagnerait tout au long de ses études et pour le reste de sa vie ;
- lors de la 2ème année, les étudiants se familiarisent avec l'être humain normal. L'idée "pédagogique" originelle était que la maîtrise du normal était indispensable avant d'aborder le pathologique ;
- Lors de la 3ème, les étudiants abordent les sciences cliniques de base (pathologie, pharmacologie, etc.) avant d'entamer les 3 dernières années où ils seront exposés à des patients et acquièrent une formation clinique théorique et pratique dans les différentes disciplines médicales.

Precisons que ce modèle de formation est toujours très largement en vigueur dans le monde entier malgré des critiques formulées depuis plus d'un siècle et des dépenses considérables pour inciter les Facultés de médecine à en changer et à revoir leur programme d'études (par exemple, huit facultés de médecine des Etats-Unis ont partagé, après une sélection, un subside de La Robert Wood Johnson Foundation s'élevant pour chacune jusqu'à 2.5 millions \$ sur 4 ans pour développer des réformes dont on espérait qu'elles "*would result in physicians being better prepared for the real world of modern-day medicine, where many of the diseases faced have causes rooted in socioeconomic factors and lifestyle choices*". Apparemment, les résultats ont été plutôt décevants (<http://www.rwjf.org/reports/npreports/prephysicians.htm>) essentiellement en raison des nombreux obstacles dressés sur la voie du changement d'un programme d'études universitaires.

Un aspect important des réformes des études de médecine est de rendre l'enseignement plus pertinent pour les étudiants dont le but est de devenir médecins. Cette pertinence, on le verra plus loin, passe par une meilleure intégration des très nombreuses disciplines qui interviennent dans le curriculum. L'expérience en aux Etats-Unis comme ailleurs montre que l'intégration est l'un des obstacles les plus difficiles à vaincre lorsqu'on veut introduire une réforme: il faut en effet vaincre la réticence des représentants des diverses disciplines qui ont chacun organisé un enseignement centré sur l'enseignant plutôt que sur l'étudiant. J'entends par là que l'enseignant organise son enseignement de A à Z selon ce qui lui semble être le bon ordre des choses pour lui et dans sa discipline sans se préoccuper autre mesure de ce que les étudiants apprennent en même temps dans d'autres disciplines.

Qu'on me permette d'illustrer cette difficulté par deux disciplines enseignées actuellement en première année de médecine, la physique et la chimie. Ces deux disciplines sont souvent considérées comme des piliers inébranlables de toute formation universitaire à prétention scientifique et donc comme étant indispensables à la formation de médecins dignes de ce nom. Cela a conduit à des enseignements certes adaptés aux médecins mais dont le rendement en termes de maîtrise de la branche reste très faible. Seuls 10 à 15% des étudiants acquièrent une maîtrise suffisante de ces disciplines de base pour pouvoir en utiliser les principes, dans un contexte médical, lors des années suivantes. Nous pensons donc qu'il faudrait revoir la façon d'enseigner ces disciplines fondamentales aux futurs médecins. Nous plaidons pour une intégration de chapitres choisis au moment où ils sont vraiment utiles dans le curriculum médical. Or l'utilité de ces chapitres de physique et chimie n'est probablement pas maximale en 1ère année!

A titre d'exemple, la physique des gaz prend tout son sens lorsque les étudiants étudient la respiration et plus tard, en anesthésiologie, et c'est là qu'un enseignement ciblé pour des médecins devrait être donné en coordination avec les enseignants des domaines médicaux correspondants.

Précisons que nous tenons très fermement à un enseignement de la médecine fondé sur une approche scientifique. La physique et la chimie ont une place importante dans le curriculum médical mais pas sous la forme administrée actuellement. Les enseignants de ces disciplines doivent reconstruire la nécessité de les enseigner comme un tout s'administrant linéairement de A à Z, sans tenir compte du reste du curriculum. On relèvera en passant que l'enseignement de la physique et de la chimie en Faculté de Sciences ne semble pas être parfait non plus, sur le plan pédagogique, si on se réfère à des articles récemment publiés dans Nature et Science (Cf. Références 3 et 4).

Notons pour conclure ce chapitre sur l'enseignement linéaire et non coordonné des disciplines que les difficultés rencontrées avec les physiciens et les chimistes se rencontrent également avec les physiologistes, biochimistes, morphologistes, etc. L'enseignement intégré de la médecine se heurte automatiquement à une résistance des enseignants de disciplines car il nécessite une coordination entre enseignants des diverses disciplines. Cela signifie plus de temps consacré à l'enseignement au détriment d'autres activités académiques.

3. Pourquoi une remise en cause des études de médecine traditionnelles?

Le rapport de la CIMS (référence 1) souligne que l'évolution de plus en plus rapide des connaissances et des techniques dans le domaine biomédical, de l'informatique et de la communication fait qu'il ne sera plus possible pour un étudiant d'acquérir pendant sa formation l'ensemble des instruments théoriques et pratiques dont il aura besoin pour le reste de sa carrière. La société a donc besoin désormais de médecins qui sauront évoluer avec elle. Ils devront être capables de faire face à un flux d'informations de disciplines très différentes et dont certaines ne sont actuellement pas encore connues. Ces futurs médecins devront être capables d'extraire, de façon autonome, l'essentiel des informations qui les concernent pour résoudre les problèmes de santé de leurs patients et de la société. Ils devront par ailleurs être encore plus attentifs que par le passé à l'établissement d'une relation de confiance avec des patients de mieux en mieux informés (la vulgarisation médicale dans les médias, l'accès direct à l'information sur Internet, etc. ne facilitent pas l'établissement d'une telle relation). Ils devront aussi savoir interagir constamment et de façon adéquate avec leurs collègues médecins et leurs collaborateurs paramédicaux.

Les questions qui se posaient au début des années 1990 étaient: formons-nous nos étudiants à cet avenir? Les aidons-nous à pouvoir s'adapter continuellement et de façon autonome? On pouvait en douter dans la mesure où les Facultés de médecine continuaient l'enseignement par discipline, *ex cathedra*, à des amphithéâtres surpeuplés. Sur le plan pédagogique, rien ou presque n'avait changé depuis le début du XXe siècle dans la plupart des Facultés de médecine, alors même que la médecine et les exigences du public n'étaient plus les mêmes qu'au début du siècle (Cf. Référence 5).

On s'étonnera peut-être de ce que la formation médicale n'a pas été *spontanément et progressivement* adaptée pour faire face à l'évolution de la science et de la société. Il y a certes eu des obstacles légaux, mais d'autres éléments ont également joué et jouent encore un rôle important. La structure de fonctionnement du monde académique garantit une grande autonomie, très importante pour la créativité en recherche, mais qui n'est pas sans inconvénient dans d'autres secteurs. Elle peut conduire à la perception d'une "Tour d'ivoire" évoquée souvent par des observateurs externes lorsqu'ils s'expriment sur l'Université. La liberté académique favorise un certain égocentrisme qui nuit à l'esprit d'entreprise de l'Université et peut entraîner un certain conservatisme des professeurs et des Facultés. Le "confort" de l'autonomie peut mener les universitaires (et les Facultés) à négliger de s'interroger sur leurs rôles par rapport aux besoins de la société et à oublier qu'il y a des comptes à rendre.

4. Les obstacles à l'évolution des études de médecine

Un cadre légal inadapté à l'évolution de la médecine moderne

La *loi de 1877* qui accordait au titulaire d'un diplôme fédéral de médecin le droit de pratique autonome dans le territoire fédéral n'a pris en compte que ce qui existait alors: à cette époque, le médecin apprenait un métier qu'il pouvait exercer ensuite sa vie durant essentiellement avec les éléments acquis durant ses études. Cette loi ne prévoyait pas l'explosion des connaissances et les spécialisations.

Une conséquence de ce droit de pratique immédiat, délivré à la fin des études, a été l'accumulation excessive de matières de plus en plus spécialisées dans la formation de base. Une seconde faiblesse de la loi est que des adaptations de la formation et des examens ne pouvaient être réalisées que par voie d'ordonnances (un processus lourd et lent, car les ordonnances doivent être approuvées par le parlement).

L'Ordonnance fédérale de 1980, actuellement en vigueur, a souvent été invoquée comme principal obstacle à une adaptation de la formation médicale. Les examens fédéraux strictement définis par disciplines (Cf. section 2) rendent effectivement difficiles les intégrations horizontales (coordination de l'enseignement dispensé au cours d'une même année) ou verticales (coordination de l'enseignement dispensé tout au long de la formation). On notera toutefois que l'ordonnance de 1980 (811.112.2 pour médecins) était dotée d'une *clause d'expérimentation* (art. 19), introduite par les parlementaires et qui permettait aux Facultés d'expérimenter des modèles de formation et d'exams dans le domaine de la médecine générale, et ce dans les 10 ans qui suivaient l'entrée en vigueur de l'ordonnance. Or, il a fallu attendre 15 ans et les conseils judiciaires du Prof Thomas Zeltner (Directeur de l'OFSP) pour que certaines Facultés de médecine prennent conscience de l'existence de cette clause d'expérimentation et la mettent enfin à profit pour entreprendre des réformes. Les véritables raisons de l'absence de changement de la formation médicale ne sont donc manifestement pas exclusivement d'origine légales.

Réformer est un effort et l'organisation des Facultés tendait à s'y opposer

Une réforme de la formation médicale implique que la Faculté de médecine et les hôpitaux qui participent à la formation se lancent ensemble dans la nouveauté (à titre d'exemple, dans le nouveau curriculum genevois cela concerne 1400 enseignants dont 66% de personnel hospitalier ou praticiens de ville). Il s'agit de modifier des modes de raisonnement et surtout de surmonter les vieilles habitudes conservatrices des Facultés de médecine. On a vu (Cf. section 2.) que les exams et par conséquent l'enseignement étaient entièrement organisés par l'Ordonnance de façon disciplinaire, et donc nécessairement sous la gouverne quasi exclusive de Départements traditionnels disciplinaires (Département de morphologie, biochimie, physiologie, etc.). A cela il faut ajouter que:

- les structures administratives académiques des Facultés étaient le plus souvent sans pouvoir réel pour organiser le changement majeur que représente une réforme des études (durée très brève des décanats qui étaient avant tout des structures de services, c'est-à-dire manquant d'autorité pour introduire des réformes). Or, il fallait des organes de commandement, élaborant puis mettant en œuvre une politique facultaire, indispensables pour pouvoir agir dans la durée, exactement comme c'est le cas pour un gouvernement exécutif.
- avec une exception (Berne avec l'IAWF), les Facultés suisses (comme beaucoup dans le monde) n'était dotée d'aucun support pédagogique professionnel leur permettant de remettre en cause leur façon d'enseigner.
- la valorisation de l'enseignement au niveau des promotions et des nominations était négligée. La politique académique orientait la motivation des universitaires presque uniquement vers la recherche ou les soins.

On comprendra pourquoi très peu de Facultés de médecine traditionnelles en Suisse comme d'ailleurs dans le reste du monde (le modèle est universel!) ont tenté d'introduire un changement substantiel de leur programme d'études de médecine. Notons que la notion d'une direction d'entreprise dotée d'une vision innovatrice pour faire face aux nécessités de changement dictées par le marché n'est pas évidente non plus dans l'industrie et que cela s'enseigne et s'apprend (Cf. réf. 6).

5. Nature de la réforme vue dans la perspective de la pédagogie de l'adulte

Une réforme moderne se doit de prendre en compte les acquis de la pédagogie de l'adulte: l'adulte apprend et retient mieux dans un contexte de pertinence par rapport à l'objectif final en vue duquel il a entrepris des études. Or, une enquête faite à Genève sur 260 étudiants au début de la 2ème année d'études (de 2000 à 2002) avec un taux de réponse à 80% a montré que 94% des étudiants pensaient consacrer plus tard l'essentiel de leur temps aux soins aux patients. Seuls 6% pensaient se consacrer à d'autres activités. L'objectif lointain de nos étudiants est donc clair et il serait logique d'orienter l'enseignement sur la pratique de la médecine avec des patients, si l'on souhaite rendre l'enseignement pertinent et donc motivant. Tout au moins serait-il logique que l'abord d'un thème de science de base soit mis dans une perspective médicale, pour susciter l'intérêt et favoriser ainsi un meilleur apprentissage.

Or, il faut bien reconnaître que malgré quelques touches cosmétiques ici ou là, la Physique, la Chimie, la Physiologie, la Morphologie, pour ne parler que de ces disciplines, continuent à être enseignées linéairement pratiquement sans synchronisation et concertation avec le reste du programme, plutôt que sous forme d'injections appropriées dans le cadre d'un problème médical, à divers moments choisis du curriculum et y compris dans les années cliniques, voire dans les formations de spécialistes en post-grade.

Toujours dans la perspective d'une pertinence médicale de l'enseignement, dès le début des études de médecine, on soulignera que le patient qui consulte un médecin ne se présente en général pas avec un problème lié à une discipline spécifique. Il se présente avec un problème médical ("J'ai eu mal à la gorge, depuis plusieurs jours je me sens faible et fiévreux avec des douleurs musculaires, mon nez coule, je tousse sans arrêt et j'ai de la difficulté à respirer"). Pour expliquer un tel tableau, évoquant un épisode grippal avec d'éventuelles complications il va falloir intégrer plusieurs disciplines (microbiologie, épidémiologie, pathologie, pathophysiologie, etc.). On trouve ici la justification de l'idée pédagogique à la base de **l'apprentissage par problèmes**¹⁾: on y apprend les divers concepts impliqués dans un problème médical de façon intégrée *et dans le contexte du futur fonctionnement professionnel*. Précisons que cela ne réduit en rien le sérieux et les exigences par rapport aux connaissances à acquérir dans les diverses disciplines! Simplement, au lieu d'apprendre toute la physiologie de A à Z en 2ème année et la pathologie de A à Z en 3ème année, l'étudiant apprend des éléments de pathologie et de physiologie, de microbiologie, d'épidémiologie à propos d'un même problème médical, dans un contexte qui ressemble beaucoup à celui qu'il rencontrera en pratique clinique.

Les travaux en pédagogie de l'adulte montrent également qu'on réactive mieux les connaissances acquises dans un contexte pertinent pour l'apprentissage (ici celui de la médecine). C'est ce qui a justifié la proposition de la CIMS de centrer l'apprentissage le plus tôt possible sur des problèmes médicaux et d'intégrer l'apprentissage des disciplines autour de ces problèmes.

Deux autres concepts importants dans la réforme sont l'introduction précoce des étudiants aux compétences cliniques et l'ouverture sur les dimensions communautaires de la médecine. Pourquoi attendre plusieurs années pour sensibiliser les étudiants aux enjeux de la relation médecin-patient et d'une façon générale leur permettre d'acquérir les compétences cliniques qui sont le pain quotidien du médecin? Dialoguer avec un patient tout en essayant de se faire une idée concrète de son problème médical, arriver à le convaincre de l'importance de changer ses habitudes de vie ou de prendre de façon régulière un médicament est un long apprentissage qui requiert un développement personnel considérable. Ce n'est pas un luxe de s'y plonger dès le début des études.

Première dérogation à l'ordonnance: réforme des études à Genève

Il se trouve que c'est à Genève que le besoin de changer en profondeur les études de médecine s'est fait ressentir en premier, en 1990. Le délai pour proposer de tester un nouveau modèle d'études était en principe passé, mais l'Office fédéral de la justice a conclu que le respect de l'esprit de l'article 19 de l'ordonnance 811.112.2 était plus important que le respect des délais et a donc autorisé le test, dès 1995, d'un modèle spécial d'enseignement et d'examen à la Faculté de médecine de Genève. La première volée d'étudiants a commencé un nouveau curriculum basé sur l'apprentissage par problèmes par thème (par exemple, Croissance, Vieillissement, Infection, Défense et immunité, Perception-Emotion-Comportement) ou par systèmes (par ex. Cœur et circulation, Respiration) dans des Unités d'apprentissage dès la 2ème année. L'organisation du curriculum genevois ainsi que des précisions sur les formats d'enseignement peuvent être consultés sur le site de l'enseignement: <http://edumed.unige.ch/index.php>.

¹⁾ L'apprentissage par problèmes (APP) a été introduit à la faculté de médecine de l'université de Genève en 1995. Actuellement, ce format d'apprentissage est utilisé durant les années 2 et 3 du curriculum. Il s'effectue par des séances en petits groupes (6-9 étudiants) sous la conduite d'un tuteur. Il est basé sur des problèmes cliniques à expliquer ou à résoudre afin d'acquérir des connaissances essentielles en sciences médicales de base, cliniques et psycho-sociales.

Ces problèmes sont traités selon une séquence de 8 étapes réparties en 3 moments: tutorial (2h), Auto-apprentissage et bilan (2h)

(pour plus de précision: <http://edumed.unige.ch/etudes/formats/app/>

Le tableau général du curriculum figure ci-dessous.

Etudes de médecine à Genève 2^{ème} et 3^{ème} années (dès octobre 1995)

	oct	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	oct																																							
Semaines	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

2e	Module 1								Module 2								Vacances/Service militaire				
	Introduction	Croiss./Veillist.	Nutrition	Digestion	vec	et	Reproduction	Synthèse	R	EV	Coeur	Circu-	vac	-lation	et	Excrétion et	Homéostasie	Respiration	Synthèse	R	EV
	Cellulaires																				
	Compétences Cliniques (CC) et Dimension Communautaire (DC)								CC et DC		CC et		DC		CC et DC						

Module 3							Module 4							Immersion en Communauté		
Locomotion	Perception , et Comportement	vac	Emotions	Synth.	R	EV	vac	Défenses et Immunité	vac	Infections	R	EV	vac	Vacances/Service militaire		
CC et DC			CC et DC		CC et DC			CC et DC		CC et DC						

La deuxième et la troisième années sont organisées en unités de formation axées sur des problèmes cliniques courants, que les étudiants traitent en petits groupes (Cf. note 1) lors de tutoriaux. Ils abordent les problèmes en intégrant sciences de base, sciences cliniques et sciences psychosociales et définissent leurs objectifs d'apprentissage. Ils étudient ensuite de manière autonome en lisant des traités ou autres documents et ressources.

Etudes de médecine à Genève 4^{ème} à 6^{ème} années (dès octobre 1997)

Etude des courants de l'air dans la vallée de la Dordogne

La quatrième et la cinquième années d'études constituent un ensemble composé d'une Unité d'Introduction à la Démarche Clinique (UIDC) et de plusieurs unités d'Apprentissage en Milieu Clinique (AMC). Dans les AMC, les étudiants, subdivisés en sous-groupes (I à V dans le tableau) font des rotations successives dans tous les services indiqués. Ils sont intégrés aux services tout en ayant une formation théorique en parallèle.

L'objectif principal de l'UIDC est de permettre aux étudiants d'accomplir une transition entre les années précliniques (Apprentissage Par Problèmes, APP) d'une part, et les années cliniques (Apprentissage en Milieu Clinique, AMC) d'autre part. Il s'agit donc d'une transition entre Sciences Médicales de Base et Sciences Médicales Cliniques.

Cette transition s'effectue en introduisant les étudiants au raisonnement clinique au moyen de l'Apprentissage à la Résolution de Problèmes, qui vise à l'acquisition d'une démarche diagnostique systématique et séquentielle. A l'issue de l'UIDC, les étudiants devraient avoir acquis un degré de préparation leur permettant d'aborder les AMC de diverses spécialités, en sachant :

- aborder la prise en charge complète d'un patient
 - utiliser une approche pluridisciplinaire si nécessaire

Quelle différence après l'introduction du nouveau programme à Genève?

La différence fondamentale est que les décisions pédagogiques sur les objectifs d'apprentissage se prennent de façon *pluridisciplinaire* dans les Unités d'apprentissage avec un regard des Comités de programme préclinique et clinique. Les compétences disciplinaires sont toujours au premier plan mais les représentants des disciplines dialoguent entre eux et des cliniciens participent à l'ajustement continu du programme *dès le début des études de médecine*. Les compétences cliniques sont enseignées dès le début du programme. Les examens ont été ajustés en conséquence.

On voit donc qu'il y a eu un profond changement de l'organisation et du pilotage de l'enseignement dont un effet favorable est qu'il permet des réajustements continus.

Les étudiants sont-ils plus autonomes dans leur apprentissage, ce qui était l'un des objectifs importants poursuivis? Sont-ils devenus de meilleurs communicateurs? Sont-ils mieux adaptés à leur rôle d'assistants médecins après la fin de leurs études? Savent-ils mieux travailler dans l'interdisciplinarité et dialoguer entre eux dans leurs activités de médecins? Il est encore difficile de se prononcer avec certitude. Un programme de suivi des étudiants est en cours. Son objectif est de mesurer la capacité du programme à former des étudiants ayant les compétences souhaitées, en évaluant leurs performances au cours de leur formation post-graduée. En effet, une telle évaluation nous semble essentielle pour démontrer le bien-fondé des options choisies, pour pallier aux imperfections si nécessaire et pour adapter, de façon continue et pertinente, notre programme de formation des médecins.

Suite à cette première dérogation accordée à Genève, d'autres demandes de dérogations ont été soumises rapidement par les autres Facultés de médecine, ce qui nous amène à brièvement évoquer l'état des réformes en cours en Suisse.

6 . Etat des réformes des études de médecine dans les Facultés de médecine suisses

Les Facultés de médecine suisses ont développé des réformes différentes selon les possibilités locales mais toutes ont opté pour une exposition précoce de leurs étudiants à des compétences cliniques et relationnelles.

- *Genève* a commencé, comme déjà dit, en 1995 une réforme qui a touché les années 2 à 5. La première année sera réformée dès octobre 2004. La sixième année (année à option) a été maintenue telle quelle.
- *Berne* a commencé en 1996 avec une réforme de la première année (apprentissage par problèmes). Elle a ensuite étendu sa réforme pédagogique aux années 2 et 3. On notera que Berne avait été la seule Faculté de médecine suisse à réellement faire évoluer son enseignement dans les années cliniques dès la fin des années 1970, introduisant l'enseignement par blocs, avec une activité clinique et pratique importante. Contrairement à Genève, Berne n'a donc pas eu à modifier considérablement son enseignement dans la partie clinique de son curriculum.
- *Bâle* a commencé sa réforme en 1998, en modifiant d'abord les 3ème et 4ème années, là où une claire volonté de changement existait. Elle a pu initier ensuite, en 2001, une réforme des 1ère et 2ème années.
- *Lausanne* entame dès octobre 2004 une réforme complète de son curriculum.
- *Zürich* a aussi un programme de réforme en cours, la réforme de la 1ère année commençant cette année. On notera toutefois qu'à Zürich l'enseignement en 2ème et 3ème année se fera par disciplines.

7. Leçons des réformes

Les leçons à retenir du processus de réforme des études de médecine en Suisse peuvent se résumer comme suit.

- Une réforme ne peut se réaliser que là où des enseignants influents sont prêts à collaborer pour initier un processus de changement et lorsqu'une volonté politique existe (décanat fort). Récemment tous les décanats des Facultés de médecine suisses se sont renforcés. Ils ont constitués un Collège des Doyens et un Collège des vice-doyens responsables de l'enseignement. A la CIMS, les délégués des Facultés sont les Doyens et les vice-doyens responsables de l'enseignement. Cela a considérablement amélioré la coordination et la rapidité des prises de décisions en matière d'enseignement.
- Il vaut mieux laisser une Faculté réaliser une réforme à la mesure de ses possibilités à un moment donné (par exemple se concentrer sur la période de son choix, comme Berne et Bâle initialement) que de la forcer à adhérer à un modèle global de réforme lorsqu'elle n'est pas prête à le réaliser.
- Il est illusoire d'essayer d'imposer une réforme commune à toutes les Facultés de médecine. Les enseignants ont besoin de s'approprier leur propre modèle quitte à l'adapter ensuite. C'est aussi une richesse d'avoir en Suisse des modèles différents et donc des expériences pédagogiques différentes, dont les autres Facultés peuvent s'inspirer.

8. Conséquences des dérogations: autonomie et contrôle de qualité

L'avalanche de demandes de dérogations n'a pas manqué d'inquiéter la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss et a constitué l'un des déclencheurs de la création, en 1997, de la Commission fédérale chargée de l'élaboration, sous la présidence du Prof Thomas Fleiner, d'un projet de loi sur les formations médicales universitaires (qui est devenu, après divers avatars, la "MedBG"). Plusieurs acteurs des réformes au sein de Facultés de médecine Suisses ont été membres de cette Commission. Ils ont pu faire valoir l'importance de laisser une grande autonomie aux Facultés de médecine dans la façon d'organiser leur propre curriculum. Une trop grande autonomie faisait peur à beaucoup de membres de la Commission, en particulier aux responsables politiques: Qu'allait-il advenir de la mobilité des étudiants? Comment garantirait-on une qualité uniforme?

La mobilité des étudiants suisses (d'ailleurs très limitée dans le passé) a été préservée par l'instauration d'un système de crédits (European Credit Transfer System) et par des accords interfacultaires du Collège des vice-doyens responsables de l'enseignement.

En ce qui concerne *le conflit possible entre autonomie des Facultés et la qualité de la formation* il est apparu à la Commission Fleiner, dès le début des travaux, qu'une façon d'y parvenir était d'introduire un système externe de contrôle de qualité, l'accréditation, selon un modèle similaire à celui existant aux Etats-Unis, et faisant appel à des experts internationaux. Cette notion a ensuite très opportunément été introduite dans la loi sur l'aide aux Universités de 1999, qui institue une accréditation de toutes les filières de formation universitaires, y compris la médecine. On notera d'ailleurs que les Facultés de médecine Suisses se sont toutes volontairement soumises, en 1999, à une procédure d'accréditation pilote (les rapports d'accréditations sont disponibles sur les sites web des Facultés de médecine).

D'autres mesures de contrôle de qualité sont:

1. l'élaboration par la CIMS du catalogue des objectifs de la formation médicale prégraduée (<http://www.smifk.ch/>). Ces objectifs sont désormais utilisés dans le choix des questions pour les examens écrits et font foi également pour les examens oraux.
2. l'instauration dans le projet de loi (MedBG) d'un examen fédéral final commun à toutes les Facultés de médecine, contrôlant le produit fini, c'est-à-dire le *diplômé fédéral apte à pratiquer la médecine sous la supervision d'un médecin lui-même détenteur d'un titre de spécialiste obtenu après une formation post-grade*. On remarque que dans le cadre de cette nouvelle loi, le médecin titulaire du diplôme fédéral ne peut plus pratiquer immédiatement de façon autonome. Cela permet un allègement du curriculum au profit d'autres sujets d'études.

L'examen final uniifié est en voie d'élaboration à l'instigation d'un groupe de travail de la CIMS et du Comité directeur des examens fédéraux, en collaboration avec le Collège des Doyens des Facultés de médecine et avec le soutien de l'OFSP.

Des tests pilotes d'examens oraux structurés et d'examens de compétences cliniques structurés ont été effectués de façon coordonnée à Genève et à Berne avec des étudiants volontaires des 5 Facultés de médecine. Ce nouveau type d'examens ouvre clairement la voie à une évaluation globale de nos étudiants nettement plus valide, fiable et reproducible que les examens oraux actuellement en vigueur.

Le principe d'un examen structuré est de tester les étudiants sur plusieurs problèmes cliniques standardisés, soigneusement sélectionnés et préparés par des experts des différentes Facultés. Pour chaque situation une grille d'évaluation est élaborée qui permet aux différents examinateurs d'évaluer la prestation de l'étudiant de façon standardisée. Pour l'examen oral structuré, on utilise des vignettes cliniques, qui permettent d'évaluer:

- le raisonnement clinique,
- le choix des examens complémentaires,
- l'interprétation de ces résultats,
- la démarche thérapeutique.

Pour l'examen clinique structuré, on utilise des patients standardisés, qui ont appris à jouer de façon reproducible le rôle d'un patient présentant un tableau clinique. On teste alors, toujours avec une grille de réponse pré-établie pour l'examinateur, la capacité de:

- collecter des données,
- élaborer un diagnostic pertinent,

- effectuer l'examen physique approprié,
- éduquer ou de conseiller le patient,
- proposer un plan de suivi et de prise en charge,
- communiquer oralement,
- avoir une relation interpersonnelle.

9. Réformes des études de médecine et interventions récentes d'organismes politiques: fusion propositions de réformes des structures et pilotage des Facultés de médecine suisses (Projet "Kleiber"); application de la Déclaration de Bologne aux études de médecine (Projet de la CRUS)

L'idée de revoir le pilotage de la médecine universitaire suisse et de mettre les Facultés de médecine sous une tutelle fédérale "intelligente" (c'est-à-dire en mesure de mieux comprendre les spécificités et les contraintes propres à la médecine) sur le modèle des Ecoles Polytechniques Fédérales, avec plus de moyens et de flexibilité pour la recherche, mérite une réflexion sérieuse. Les charges financières des Facultés de médecine deviennent de plus en plus lourdes pour les cantons. En ce qui concerne le recrutement de Professeurs, les moyens dont disposent les Facultés de médecine pour leur attribuer un environnement de recherche correspondant à leurs attentes sont notoirement insuffisants et certains excellents candidats étrangers renoncent à accepter les postes. Tout aussi inquiétant: on commence à observer une fuite de cerveaux des Facultés de médecine vers les Ecoles polytechniques Fédérales, où des salaires et des moyens bien plus considérables leur sont proposés pour la poursuite de leurs recherches. C'est très préoccupant pour l'avenir et la compétitivité des Facultés de médecine suisses et pour un enseignement médical au meilleur niveau.

En ce qui concerne le changement des structures (*fusion des Facultés de médecine*), si nous ne mettons pas en doute le bien-fondé de la redistribution des activités de médecine cliniques hautement spécialisées à des fins d'économie et surtout d'expertise optimale dans le cas de patients soumis à des interventions chirurgicales peu fréquentes (greffes de foie, etc.), nous ne voyons pas en revanche ce qu'on pourrait gagner sur le plan de la formation en créant des mégaFacultés de médecine régionales. Les Facultés actuelles ont, d'une façon générale, à l'exception peut-être de Zürich, la taille optimale permettant de s'adapter facilement à l'évolution des besoins en termes de formation. Plus grand signifie souvent plus d'inertie, moins de flexibilité et d'efficacité. Si on ajoute le fait que les Facultés actuelles ont toutes leur histoire de vie (et leur "chimie propre") et plus de 100 ans de compétition "amicale", on voit mal le gain qu'entraînerait leur fusion. On peut craindre d'énormes pertes d'énergie en ballets diplomatiques pour fabriquer des Facultés "siamoises" alors que la collaboration spontanée entre Facultés régionales donne déjà actuellement de bons résultats.

En ce qui concerne *l'application de la Déclaration de Bologne* à la formation des étudiants en médecine, la CIMS et les Facultés de médecine ne considèrent pas comme des éléments négatifs certaines des évolutions souhaitées par le monde politique et universitaire.

Sensibles à la possibilité de créer, dans le cadre des postulats de la Déclaration de Bologne, de nouvelles filières menant possiblement à des métiers nouveaux, les Facultés de médecine se sont récemment déclarées prêtes à adapter leurs filières selon le modèle Bachelor/Master. Elles restent néanmoins conscientes que leur rôle principal reste la formation de médecins. Pour cette raison et les arguments évoqués plus haut (Cf. sections 2 et 5 relative à l'enseignement des Sciences) elles s'opposent fermement à un modèle d'enseignement commençant par un Bachelor en "life sciences" pures et dures. En revanche, la notion de filières permettant d'orienter certains étudiants en médecine vers la recherche fondamentale et la recherche clinique semble hautement souhaitable pour préparer une relève académique compétitive sur le plan international.

De même, il peut être parfaitement envisageable de donner accès aux études de médecine, moyennant des modules d'adaptation, à des étudiants titulaires d'un Bachelor en sciences. La CIMS a créé un groupe de travail chargé de faire des propositions dans ce sens. Un premier rapport, présenté lors de la séance du 30 juin 2004, a montré que les Facultés de médecine étaient prêtes à faire des efforts considérables. Mais la CIMS a estimé indispensable d'évaluer soigneusement la faisabilité de ces projets et la planification de leur mise en oeuvre. En effet, ces adaptations ne doivent pas déstabiliser les réformes déjà mises en place et, par là même, la formation de nos futurs médecins.

10. Conclusions

Il n'est pas exagéré de dire que les Facultés de médecine suisses ont été exemplaires en réalisant des changements majeurs, sur le plan pédagogique, que beaucoup de pays aimeraient réaliser. Mais il me semble légitime de souligner que ces développements n'ont été possibles que grâce à la mise en place d'une remarquable solidarité nationale qui s'est établie au niveau des instances fédérales de pilotage des études de médecine, la CIMS et le Comité directeur des examens fédéraux. Il faut aussi relever l'intervention précieuse de la Fédération des Médecins Suisse (FMH), qui a su instaurer à un moment décisif, un dialogue régulier et fructueux avec les Décanats des Facultés de médecine. Enfin, il convient de rendre hommage aux instances fédérales (Office fédéral de la Santé Publique et Office fédéral de la Justice) qui ont su interpréter intelligemment les lois et règlements pour rendre possible ces réformes, ainsi que la compréhension de la Conférence Universitaire Suisse (CUS) et de la Conférence des Recteurs des Universités Suisses (CRUS) qui, même si elles ont eu quelques difficultés à comprendre parfois les particularités propres aux études de médecine, ont su appuyer certains développement importants, notamment les critères d'accréditation des Facultés de médecine suisses qui ont pu être alignés, pour l'essentiel, sur les critères de la World Federation for Medical Education.

Des changements majeurs ne peuvent être réalisés sans le concours de femmes et d'hommes de bonne volonté à tous les niveaux de décision. Qu'ils trouvent ici le témoignage de gratitude d'une personne qui, depuis 15 ans, a eu le privilège de mesurer de près, à son modeste niveau, les difficultés considérables qu'il y a à introduire des réformes, que ce soit sur le terrain local ou au niveau fédéral.

Références

- 1. La Réforme nécessaire des études médicales en Suisse / Die Dringlichkeit der Reform des Medizinstudiums in der Schweiz** (1996) Wauters J.P., Bader, C., Berger, E.G., Bloch, R., Isler, R., Ludwig, H., Haab, P., Rager, G., Schorr, M., Chassé, E., Müller, M.B., Simonin, C. Bulletin des médecins suisses, 77:2036-2045
- 2. Raisons et objectifs d'une réforme: répondre aux changements de notre société.** (2000) Bader, C. MEDUCS, 12: 9-12
- 3. Spare me the lecture** (2003) Powell, K. Nature, 425: 234-236
- 4. Scientific Teaching** (2004) J. Handelsman, D. Ebert-May, R. Beichner, P. Bruns, A. Chang, R. DeHaan, J. Gentile, S. Lauffer, J. Stewart, S. M. Tilghman, W.B.Wood. Science 304: 521-522
- 5. The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. Constant concerns** (1995) N.A. Christakis JAMA, 274:706-711
- 6. The Innovator's Dilemma** (1997) C.M. Christensen, Harvard Business School Press



Philosophie in der Medizin

Plädoyer für die Einführung eines "Philosophikums" im Medizinstudium *)

Peter Stulz

"Quod optimus medicus sit quoque philosophus"
Galen (129 - ca. 200 n. Chr)

Im 19. Jahrhundert hat die Medizin ihre Wissenschaftlichkeit zurückerobern müssen, indem sie die Naturwissenschaften und die Technik als richtungsgebende Massstäbe wählte, gleichzeitig aber den Menschen einseitig auf mechanische Zusammenhänge reduzierte. Am Beginn des 21. Jahrhunderts bedarf diese Medizin einer Rückbesinnung: Sie braucht zur Ergänzung ihres ungestümen naturwissenschaftlichen Aufbruchs dringend eine Erweiterung durch geisteswissenschaftliche Normen. Es ist die vordringliche Aufgabe der heutigen Medizin und der von morgen, eine Synthese zwischen naturwissenschaftlicher-technischer und geisteswissenschaftlich-humanistischer Kultur anzustreben. Der folgende Artikel will diese These begründen.

*) Auszug aus einer Diplomarbeit im Nachdiplomkurs "Philosophie und Management" der Universität Luzern.