L'enseignement médical à l'université de Montréal : du modèle européen au modèle américain (1843-1980)

Denis Goulet

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2746>

DOI : 10.4000/ccrh.2746

ISSN : 1760-7906

Éditeur

Centre de recherches historiques - EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 12 avril 1994

ISSN : 0990-9141

Référence électronique

Denis Goulet, « L'enseignement médical à l'université de Montréal : du modèle européen au modèle américain (1843-1980) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2746> ; DOI : 10.4000/ccrh.2746

Ce document a été généré automatiquement le 21 avril 2019.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

L'enseignement médical à l'université de Montréal : du modèle européen au modèle américain (1843-1980)

Denis Goulet

NOTE DE L'AUTEUR

L'auteur remercie le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour son aide financière.

Cet article traite de la problématique de l'enseignement médical au Québec en fonction du développement et de la domination des modèles européens et américains aux XIX^e et XX^e siècles. Il montre qu'au modèle clinique européen, qui constituait la référence générale du curriculum des études médicales durant tout le XIX^e siècle, s'est peu à peu substitué au XX^e siècle un modèle américain d'enseignement de la médecine basée sur la formation scientifique et sur le développement des laboratoires médicaux. Il met en évidence le rôle majeur joué par les grands organismes médicaux américains – American College of Surgeons, Rockefeller Foundation – dans l'introduction de programmes normatifs et le développement de la recherche médicale en territoire québécois.

- 1 L'enseignement médical à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal comprend trois grandes phases de développement que l'on peut résumer ainsi : une première phase de domination du modèle européen (1843-1920) ; une seconde de cohabitation des modèles européens et américains suivie d'une influence croissante du modèle américain (1920-1960) ; une troisième de maturité, de spécificité et d'autonomie (depuis 1960). Soulignons que la Faculté de médecine de l'Université de Montréal se dénomma École de médecine et de chirurgie de Montréal jusqu'à 1920¹. Je passe par ailleurs sous silence dans la suite de cet article les querelles qui ont opposé l'École de médecine et de chirurgie de Montréal à la Faculté de médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal entre les années 1880 et 1890. Retenons simplement qu'elles ont fusionné en 1890 et qu'elles prendront le nom de Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1920.

Domination du modèle européen (1843-1920)

- 2 La première phase comprise entre les années 1843 et 1920 – qui débute avec la création de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal (école initialement bilingue puis unilingue française à partir de 1847) et se termine par son affiliation à l'Université de Montréal – est caractérisée par l'application plus ou moins fidèle du modèle européen et en particulier du modèle français : cours magistraux, prépondérance de l'enseignement des matières traditionnelles (anatomie, physiologie, pathologie interne et externe, *materia medica*, etc.), développement de l'enseignement clinique, utilisation de l'amphithéâtre classique, rôle subalterne des sciences de base et réticence des autorités à accorder un rôle important aux matières de laboratoire.
- 3 La consolidation de la première école de médecine francophone à Montréal au XIX^e siècle répondait aux besoins suscités par les développements du savoir médical et particulièrement de la médecine anatomo-clinique. Les leçons cliniques devenaient des compléments essentiels aux procédures de rationalisation du normal et du pathologique. La structuration des pratiques hospitalières rejoignait, quand elle ne les engendrait pas, les nouveaux horizons de l'investigation clinique et chirurgicale. L'enseignement médical au Québec francophone possédait l'avantage de se mouvoir avec relativement d'aisance dans un monde où les sciences n'étaient qu'une sorte de complément à la formation de l'honnête homme. Les cours de chimie, d'anatomie, de pathologie, de physiologie, de pharmacie, d'obstétrique et les leçons concernant les maladies des femmes et des enfants visaient essentiellement à préparer l'étudiant aux techniques fondamentales et minimales du diagnostic, de la thérapeutique, de l'accouchement ou de la chirurgie.
- 4 Les premiers professeurs de l'Ecole avaient tous été plus ou moins influencés par les modèles cliniques européens, notamment par les écoles de médecine de Paris et d'Édimbourg. Les docteurs McNider et Peltier avaient reçu leur diplôme de l'université d'Édimbourg. Quant au docteur Badgley, après des études en Grande-Bretagne et à Paris, il devint un ardent promoteur de la méthodologie clinique et de l'usage du stéthoscope. Ils installeront une modeste salle de dissection, élément indispensable à l'acquisition de certaines notions d'anatomie, mettront sur pied un petit laboratoire de chimie et s'efforceront, non parfois sans quelques difficultés, d'offrir l'expérience clinique jugée nécessaire à la formation de leurs étudiants.
- 5 Les cours de base, essentiellement magistraux, étaient étayés par de larges extraits d'ouvrages pour la plupart français. Les leçons cliniques conservaient aussi ce caractère

magistral puisque les étudiants devaient se contenter d'écouter les remarques du professeur et d'observer passivement les signes cliniques de la maladie et les opérations chirurgicales. Tout de même, les conditions d'enseignement clinique s'amélioreront peu à peu. Les nouveaux professeurs embauchés par l'école avaient eux aussi complété leur formation au sein des institutions médicales parisiennes ou britanniques. Parmi ceux-ci mentionnons, les docteurs Brosseau et Desjardins qui s'embarquèrent pour Paris le 6 mars 1873, afin d'y effectuer un stage d'études d'environ un an. Brosseau séjournera par ailleurs à Londres. Il est certain que ces médecins et leurs collègues ont contribué à modifier quelque peu l'enseignement clinique à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal. Les professeurs de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal mettent désormais davantage l'accent sur l'anatomie-pathologique lors des cliniques médicales et chirurgicales, « laquelle plus que jamais le professeur s'appliquera d'inculquer aux étudiants² », note l'annuaire de 1875. Il demeure néanmoins que l'école n'offrait guère une formation suffisante en ce domaine. La plupart des étudiants ne voyaient que rarement une lésion organique ou tissulaire. Ce type d'enseignement demeurerait encore peu structuré, comme c'est le cas d'ailleurs de la plupart des écoles médicales nord-américaines. La méthodologie anatomo-clinique à l'École de médecine et de chirurgie, comme en bien des facultés, se résumait la plupart du temps à étayer quelques « explications théoriques par des exemples d'anatomie-pathologie³ ».

- 6 Les modalités de cet enseignement varieront assez peu jusqu'au tournant du xx^e siècle. La clinique médicale, désormais associée aux cours de chimie médicale et de diagnostic médical, avait pour objet de « fournir au médecin praticien des moyens de reconnaître les maladies⁴ ». Les observations chimiques se bornaient la plupart du temps à des analyses quantitatives et qualitatives des « divers fluides de l'économie », à savoir l'examen chimique du sang, des urines, notamment des dépôts et calculs urinaires. Quant aux cliniques chirurgicales, généralement précédées d'une présentation détaillée du cas, elles permettaient aux élèves d'assister dans un petit amphithéâtre à la plupart des opérations effectuées sur les patients des salles publiques. On leur enseignait alors le diagnostic, le pronostic et le traitement à l'aide de pièces anatomiques, d'appareils, de planches, etc. Ils s'initiaient ensuite, quoique passivement, « aux règles de l'art chirurgical », aux procédés d'anesthésie à l'éther et au chloroforme⁵ ainsi qu'aux procédés de ligature des plaies. Au tournant des années 1880, la présence du professeur et de ses cohortes d'étudiants est donc devenue une scène familière aux institutions hospitalières. L'influence de la médecine hospitalière – largement popularisée tout au long du xix^e siècle par les écoles de médecine de Paris, de Vienne, de Londres et d'Édimbourg – s'accroît sensiblement.
- 7 L'enseignement donné à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, jusqu'à sa fusion en 1890 avec sa concurrente montréalaise affiliée à l'Université Laval, répondait généralement aux critères fonctionnels et pragmatiques d'une pratique médicale orientée certes vers les soins de base en cabinet privé mais aussi vers les soins d'urgence offerts par les institutions hospitalières dont la demande était croissante en milieu urbain. En ce sens, la tradition clinique française, adoptée et transmise par les professeurs de l'Ecole avec un enthousiasme non dénué d'une francophilie nationaliste, s'accordait fort bien à ce contexte. Tellement bien que, nous l'avons montré dans un ouvrage publié récemment⁶, l'ensemble des disciplines médicales, y compris les sciences de laboratoire, se plièrent, jusque tard au xx^e siècle, à la domination de la clinique. Cette idéologie utilitariste où une nouveauté médicale était jugée en terme d'efficacité prophylactique, diagnostique ou thérapeutique – tels ces engouements pour les antiseptiques, la radiologie,

l'électrothérapie ou la sérothérapie – reléguait au second plan les processus biochimiques fondamentaux, lesquels constituaient pourtant, à l'aurore du xx^e siècle, la voie royale d'une meilleure connaissance de la maladie.

- 8 Or, l'enseignement de la bactériologie au sein de l'École de médecine et de chirurgie est essentiellement envisagé sous un angle pratique. Alors que la théorie des germes était de plus en plus reconnue par la majorité des élites de la profession médicale – hygiénistes, médecins, chirurgiens – durant les décennies 1880 et 1890, comme fondement de la prévention du processus infectieux, les procédés diagnostiques et thérapeutiques de la bactériologie commenceront à s'implanter au Québec au tournant du xx^e siècle⁷, notamment grâce à l'introduction de cours de bactériologie dans les programmes des facultés de médecine. L'École de médecine et de chirurgie tout comme la Faculté de médecine de l'Université Laval et sa consœur anglaise en pathologie médicale, jouera un rôle très important dans l'introduction des techniques bactériologiques en territoire québécois. Encore une fois, les liens qui unissent certains membres de la faculté avec leurs collègues français favoriseront son introduction. L'enseignement de la bactériologie en milieu francophone a été largement favorisé par l'Institut Pasteur qui avait inauguré le 15 mars 1889 un cours de « microbie technique »⁸ destiné à enseigner « les méthodes microbiennes dans leur application à la médecine »⁹. Entre 1892 et 1905, de nombreux jeunes médecins québécois francophones intéressés par cette nouvelle discipline iront se perfectionner à Paris¹⁰. Ceux-ci, à l'instar de leurs collègues anglophones qui préfèrent se rendre en Allemagne¹¹, deviendront en quelque sorte, selon l'expression de Claire Salomon-Bayet, les « hommes-relais » de la bactériologie en terre québécoise¹². Ils ne tarderont pas à s'intégrer à l'élite académique et médicale de la première décennie de notre siècle et à promouvoir le développement, selon leurs propres termes, d'une médecine « scientifique »¹³. Or parmi ces premiers pasteuriens qui ont suivi les cours de Roux et Metchnikoff, nombreux sont ceux qui feront carrière au sein de l'École de médecine et de chirurgie. Mentionnons les chirurgiens Marien et Mercier qui seront parmi les premiers à introduire une méthodologie aseptique en territoire québécois et le docteur Bernier qui deviendra en 1910 le premier titulaire de la chaire de bactériologie de l'École de médecine et de chirurgie. Il est certain que les canaux « culturels » qui ont été conservés en territoire québécois entre les anglophones et la Grande-Bretagne et les francophones et la France ont joué un rôle important dans l'orientation de l'enseignement de la médecine tout comme ils ont joué un rôle dans l'importation de nouveautés méthodologiques telles que l'antisepsie au Montreal General Hospital et l'asepsie à l'Hôtel-Dieu de Montréal et à l'Hôpital Notre-Dame¹⁴. Pourtant, malgré le fait que ces premiers pasteuriens aient favorisé l'organisation d'un enseignement pratique de la bactériologie et la mise sur pied de petits laboratoires, les activités de recherche demeurèrent très restreintes. La faculté en 1910 possédait bien des laboratoires de chimie, d'histologie, de bactériologie mais ceux-ci servaient surtout à enseigner les rudiments pratiques nécessaires au diagnostic et à la thérapeutique¹⁵.
- 9 Certaines réformes avaient été entreprises depuis les années 1890 au niveau des matières enseignées (bactériologie, chimie et physique médicale), de la durée des études (portées à cinq ans à partir de 1909), et des méthodes diagnostiques (mise en place de petits laboratoires et importation de nouveaux moyens d'investigation clinique). Néanmoins, la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, à l'instar de plusieurs écoles et facultés médicales américaines et canadiennes, ne répondait pas entièrement aux exigences formulées par A. Flexner, représentant de la fondation Carnegie.

- 10 Flexner se montrait convaincu de la nécessité d'orienter la formation médicale vers la recherche et l'enseignement académique plutôt que vers la formation professionnelle¹⁶. Les facultés et les écoles médicales devaient en conséquence promouvoir l'enseignement des sciences fondamentales, augmenter considérablement le temps alloué à la formation dans les laboratoires et embaucher des professeurs à temps plein. L'enseignement clinique était aussi jugé important, mais Flexner l'envisageait surtout comme une expérience pratique de l'étudiant au lit du malade étroitement liée au laboratoire et à la salle d'investigation en anatomopathologie. En somme, la formation des étudiants, après une période d'initiation aux sciences de base et aux fondements théoriques de la science médicale, devait être largement axée sur la fréquentation régulière des laboratoires et des salles des hôpitaux¹⁷.
- 11 Or, à l'École de médecine et de chirurgie, l'importance accordée aux cours magistraux et l'accent mis sur l'enseignement clinique sacrifiaient quelque peu aux exigences d'une médecine qui s'orientait vers une formation plus poussée en physico-chimie et en microbiologie. Elle dispensait un enseignement encore largement calqué sur le régime des études médicales françaises : enseignement magistral important, prépondérance des matières traditionnelles, enseignement clinique, mise en place de travaux pratiques, etc.
- 12 Quant à l'organisation des laboratoires au début du ^{xx}e siècle, là encore, elle ne répondait qu'en partie aux objectifs défendus par A. Flexner et la Fondation Carnegie. Conséquence d'une perception très répandue dans le monde médical de l'époque où le laboratoire était considéré essentiellement comme un support à l'enseignement technique et comme un complément plus ou moins important à la formation théorique et clinique de l'élève. Les finalités de l'enseignement des pratiques de laboratoire se juxtaposaient aux finalités pragmatiques de l'enseignement clinique.

Cohabitation des modèles européens et américains et influence croissante du modèle américain (1920-1960)

- 13 La deuxième phase de développement de l'enseignement médical qui se situe entre les années 1920 et 1960 est caractérisée par la pénétration progressive du modèle américain axé sur la formation scientifique du candidat aux études de médecine, sur le développement des sciences de base, sur l'accroissement de l'enseignement pratique en laboratoire et sur le développement de la recherche biomédicale. Cette phase est aussi caractérisée par la persistance du modèle français : année pré-médicale, contacts étroits des professeurs avec les institutions médicales françaises, engagement de professeurs européens, programme de 5 ans, procédure de nomination des professeurs titulaires largement inspirée du modèle français du début du siècle, rédaction obligatoire d'une thèse pour les candidats au diplôme, cours préparatoire classique, etc. Il y a donc jusqu'au deuxième conflit mondial, cohabitation des deux modèles. Par la suite, le modèle américain prendra davantage d'importance.
- 14 Plusieurs raisons ont présidé à cette progression de l'influence américaine au détriment de l'influence européenne durant les décennies subséquentes. L'insistance des Américains à vouloir standardiser les études médicales sur le continent américain, les offres alléchantes de subventions, le relatif isolement de l'Europe durant les premières et deuxième guerres mondiales et les possibilités d'internat et de spécialisation offertes par

les institutions américaines devenaient des éléments incontournables. Les comités d'accréditation et les grands organismes susceptibles de verser des subventions importantes ont exercé des pressions importantes dans le choix des orientations prises dans le domaine des études médicales en territoire canadien. En réponse à une offre de subvention de 500 000 \$ de la fondation Rockefeller répartie sur plusieurs années, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, fort mal pourvue financièrement, n'a d'autre choix en 1920 que de se conformer aux conditions assorties à l'obtention d'une telle subvention : nomination d'un directeur d'études, création d'une année pré médicale, développement des laboratoires, transformation du programme d'études, etc. De même, l'American Medical Association débutera en 1926 en territoire québécois ses visites d'agrément, lequel agrément, qui était évidemment assorti de conditions précises, donnait le droit de pratiquer en territoire américain aux diplômés de la faculté. Soulignons par ailleurs que les autorités de la fondation Rockefeller ne se gênaient pas pour marquer leur désaccord quant aux orientations pédagogiques de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et à son attachement au modèle français. Le docteur Pearce, délégué de la fondation Rockefeller, exprime clairement sa désapprobation à ce sujet : « Rien ne semble montrer que les membres de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ont la moindre idée des principes régissant l'éducation moderne et en ce qui regarde la méthodologie utilisée, ils se réfèrent presque exclusivement et avec une grande fierté à l'École de médecine de Paris¹⁸. »

- 15 Aussi le docteur Pearce se montre-t-il satisfait quelques mois plus tard d'avoir rallié à sa philosophie médicale le doyen Harwood : « Par des rencontres et par l'échange de correspondances, son éducation a rapidement progressé au cours des derniers mois et déjà il a initié des changements au sein de la faculté que je considérais encore impossible quelques semaines auparavant¹⁹. »
- 16 L'influence de la médecine européenne, particulièrement du modèle français, demeurera néanmoins importante jusqu'aux années 1950. Reflet de l'influence qu'exerce toujours la France auprès des membres du conseil, l'année pré médicale adoptée par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1920 est une réplique parfaite du système français : même dénomination, même cours et même structure pédagogique où les tâches d'enseignement sont partagées par les facultés des sciences et de médecine²⁰. On avait préféré ce système à celui des études pré médicales de deux ou trois ans établi dans plusieurs facultés nord-américaines, notamment à McGill, à Johns Hopkins ou à Harvard²¹. Soulignons aussi qu'en 1932, sur les 80 professeurs de la faculté qui avaient poursuivi, durant une période variant de quelques mois à quelques années, des études à l'étranger, tous sauf un avaient fait un stage plus ou moins prolongé à Paris. Troisième exemple : le 22 janvier 1927, est inauguré l'Institut scientifique franco-canadien, à la suite de la collaboration financière des gouvernements québécois et français ainsi que de l'Université de Montréal. La fondation de cet institut, inspirée en grande partie par la francophilie des membres de la faculté de médecine, visait principalement « à resserrer les liens scientifiques entre la France et le Canada [francophone] en invitant au pays les maîtres les plus éminents de la science française pour donner des séries de cours ou de conférences²² ». Quatrième exemple : l'exigence imposée par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1939 d'une thèse écrite, empruntée au modèle français, constituait un cas unique en Amérique du Nord. Cinquième exemple : le souci de prodiguer un enseignement dans la langue de Molière se doublait chez certains de la crainte « de voir [l']enseignement s'américaniser²³ ». A cause de l'occupation allemande

en France, un embargo sur les livres français avait été promulgué par les autorités fédérales. Cet embargo inquiétait les autorités universitaires. Le doyen Lesage s'en faisait l'écho avec son lyrisme habituel : « Nous ne pouvons plus nous procurer les livres et les journaux de médecine français indispensables à notre enseignement et à nos élèves [...] Si maintenant, nous ne pouvons plus compter sur les publications françaises, quel sombre avenir est réservé à notre Université et à notre race²⁴. »

- 17 Mentionnons aussi les recherches conjointes entreprises sur le BCG dès 1926 à l'Université de Montréal par le docteur Beaudoin et le docteur Pettit, délégué de l'Institut Pasteur de Paris. Dernier exemple : lors de l'annonce publique de la création de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale le 12 octobre 1945, le doyen Dubé mentionnait que l'Université ne devait « rien négliger pour placer au premier rang cette science d'inspiration française qui se rattache au grand Claude Bernard, le fondateur de la médecine expérimentale²⁵ ». Aucune occasion n'était négligée pour souligner les liens étroits qui unissaient la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à la science médicale française.
- 18 Durant l'entre-deux-guerres, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal s'est trouvée en quelque sorte coincée entre les exigences des autorités médicales américaines et les pressions culturelles et idéologiques d'une société « distincte » où ses élites, représentées en grande partie par les professions libérales et les membres du clergé, sont encore très largement attirées par les modèles institutionnels européens. Les exigences pédagogiques, scientifiques et institutionnelles de la profession médicale américaine, en constante évolution, qui annonçaient une période novatrice dans le domaine de l'enseignement médical, se heurtèrent souvent à la relative stabilité de nos institutions.
- 19 Il faut aussi souligner que de fortes résistances persistaient chez certains membres du Conseil quant à l'importance à accorder à l'enseignement des sciences et aux activités de recherche fondamentale. Lors d'une discussion sur l'abrogation de l'année pré-médicale en 1934, le doyen Lesage exprimait l'avis partagé par quelques-uns de ses collègues que « les élèves perdent une année complète » et qu'en définitive, « la faculté a pour but de faire des médecins et non des savants²⁶ ». Il considérait aussi que le temps alloué aux études des sciences devrait être consacré aux cliniques. Position que ne partageaient certes pas les docteurs Baril et Masson qui estimaient que l'étude des sciences de base était fondamentale pour la formation de futurs chercheurs en science médicale.
- 20 De tels débats sur la place à accorder aux sciences biologiques et physico-chimiques dans l'enseignement et la pratique médicale étaient alors monnaie courante dans la communauté médicale internationale. Jusqu'à la seconde guerre mondiale, nombreux seront les médecins qui percevront comme une menace l'interdisciplinarité croissante des activités scientifiques liées à la médecine. Certains s'inquiétaient de cet « engouement intempestif pour les sciences » qui risquait de « déséquilibrer l'enseignement de la médecine » et d'affaiblir « la souplesse et l'humanitarisme » du praticien²⁷. La plupart des membres du conseil médical de la faculté partageaient à des degrés divers cette crainte de voir les disciplines scientifiques supplanter « l'étude de l'anatomie, de la physiologie normale et pathologique et l'enseignement de la clinique ». Certes, l'instruction scientifique est jugée nécessaire mais elle « ne doit pas devenir proportionnellement excessive ni prépondérante dans son application »²⁸. En conséquence, l'orientation philosophique de l'enseignement médical demeurait liée au crédo de la médecine clinique : « Tout dans l'enseignement de la médecine doit concourir à éclairer la clinique et à rendre son étude plus pénétrante. La connaissance de l'homme sain, celle de l'homme

malade s'acquiert au contact de l'homme, au lit du malade, en y appliquant d'abord les lois traditionnelles de la séméiologie et de la pathologie et ensuite celles de la physico-chimie²⁹. »

- 21 La période comprise entre les années 1942 et 1960, qui débute par l'installation de la faculté dans le nouvel édifice universitaire, donne en effet naissance à certaines réformes académiques et administratives au sein de la faculté. Malgré l'énergie déployée à constituer un hôpital universitaire et en dépit des difficultés financières qui ont marqué ces années, les modifications apportées aux programmes d'études, l'augmentation du budget de l'université alloué à l'engagement de professeurs à temps plein dans les départements cliniques et l'émergence d'un noyau de professeurs susceptibles d'améliorer et d'étendre les activités de recherche avaient certes contribué à améliorer la qualité de l'enseignement médical prodigué à la faculté.
- 22 Malgré la pression constante des visites d'agrément monopolisées par les Américains, le programme de la faculté ne s'est jamais parfaitement conformé aux directives strictes des organismes américains. L'on se montrait généralement réticent à accorder davantage de responsabilités aux étudiants probablement en raison d'une philosophie de l'éducation encore dominante au Québec qui privilégiait largement l'apprentissage passif au détriment d'une implication active des étudiants. La structure didactique des collèges classiques favorisait largement les exposés magistraux, les examens réguliers et l'encadrement sévère des étudiants. Bien des professeurs de la faculté, qui avaient eux-mêmes reçus une formation plutôt passive, avaient peine à se défaire de ce schéma traditionnel. Même là où le programme académique prévoyait des exercices pratiques, plusieurs enseignants se bornaient à effectuer eux-mêmes la démonstration devant des étudiants frustrés d'être de nouveau confiné à un rôle passif. Contrairement à de nombreuses facultés de médecine américaines, le développement professionnel et scientifique de l'étudiant en médecine basé sur l'encouragement des initiatives personnelles, sur le développement du sens des responsabilités et sur un apprentissage régulier et progressif de la pratique clinique n'était guère suivi à la lettre à l'Université de Montréal. En 1955, les étudiants de 4^e année recevaient 377 heures de leçons magistrales et 629 heures d'enseignement clinique. Or, le plus souvent, cet enseignement en milieu hospitalier ne donnait lieu à aucun travail régulier d'apprentissage dans les spécialités enseignées.

Phase de maturité, de spécificité et d'autonomie

- 23 La troisième phase qui se situe entre les années 1960 et 1980, que j'appellerai phase de maturité et d'autonomie, est caractérisée par le développement d'une spécificité de l'enseignement médical où la Faculté de médecine de l'Université de Montréal opère une transition des sciences médicales vers les sciences de la santé et où elle modifie son programme en fonction d'objectifs définis par ses membres.
- 24 Durant la décennie 1960, des correctifs majeurs seront enfin apportés à l'orientation académique. La philosophie régissant l'enseignement de la médecine aura alors nettement tendance à se démarquer de l'approche paternaliste et protectrice³⁰ qui caractérisait le modèle académique antérieur pour privilégier une approche de l'enseignement basée sur la responsabilité individuelle, la motivation, le travail personnel et l'apprentissage direct. Ces objectifs constitueront des paramètres importants, voire essentiels, d'une nouvelle approche académique.

- 25 La période comprise entre 1960 et 1980 est aussi caractérisée par une orientation encore plus marquée vers les grands courants pédagogiques nord-américains et les hautes performances en recherche scientifique : abolition de la 5^e année d'études ; réduction de l'enseignement théorique ; développement de l'enseignement pratique (symposium, tutorisme, laboratoire, temps libre dirigé, etc.) ; meilleure corrélation des matières au sein des programmes d'enseignement en sciences fondamentales et en sciences cliniques ; organisation d'un externat complet à l'hôpital dès la 3^e année et amélioration du cadre de l'enseignement et des méthodes d'évaluation de l'étudiant. Mais, en même temps, les solutions originales aux défis lancés par la complexification des structures de soins et des programmes d'enseignement médicaux sont de plus en plus définies à la suite d'une consultation des membres de la faculté. Alors que depuis les années 1920, la faculté s'efforçait avec plus ou moins de bonheur de répondre aux critiques et aux suggestions de l'American Medical Association, de l'American Association of Medical Colleges – se trouvant en quelque sorte inféodés à ces organismes –, voilà que ce sont ses propres membres qui, par l'intermédiaire de comités internes d'évaluation, indiqueront les principales lacunes de la faculté et proposeront les solutions de rechange. En 1977, plus du tiers des professeurs de la faculté participait activement à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'études. Se concrétisait ainsi une phase d'autonomie ou de maturité sans précédent dans l'histoire de la faculté.
- 26 Tâche délicate, les autorités de la faculté recherchaient une formule de compromis qui favorise à la fois la formation des omnipraticiens et le développement des études supérieures et de la recherche : « le défi le plus difficile à relever est encore celui d'intégrer plus adéquatement l'enseignement de la médecine comme science à celui de la médecine comme service à la communauté³¹ », mentionnait le doyen P. Bois en 1975. Les recommandations du comité du programme allaient donc dans le sens de cet ambitieux objectif. Il fallait favoriser l'intégration des sciences cliniques aux aspects fondamentaux de la médecine de même qu'aux techniques d'investigation les plus récentes.
- 27 Pour la première fois à la faculté, la formation de l'étudiant ne se limitait plus seulement aux aspects cognitifs (connaissances fondamentales et cliniques) et aux aspects psychomoteurs (observation médicale, discussion du diagnostic, plan de traitement, etc.) mais l'on considérait comme essentiel le développement des aspects socio-affectifs de la pratique médicale tels que la relation patient-médecin (sympathie, tact, respect, intérêt pour leur famille, etc.), l'auto-évaluation, l'auto-enseignement, etc. Les autorités de la faculté tenaient de plus en plus compte des aspects socio-psychologiques et relationnels – expérience d'intégration à une équipe, apprentissage contrôlé du contact avec le patient, augmentation de la confiance en soi, importance de la dimension humaine de la médecine, etc. – jugés désormais nécessaires à la pratique de la médecine générale.
- 28 La tâche des autorités en matière d'orientation pédagogique n'était pas terminée. Les dirigeants de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal devaient désormais s'efforcer de répondre aux critiques de plus en plus vives suscitées par la déshumanisation des soins, de même qu'ils devaient veiller à intervenir efficacement pour éviter la domination de l'acte médical technocratique axé essentiellement sur l'efficacité scientifique.

NOTES

1. Sur une histoire détaillée de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, voir D. Goulet, *Histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*, Montréal : VLB, 1993.
2. *L'Opinion publique*, 16 septembre 1875.
3. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal*, 1875-1876, p. 7.
4. *Ibid.*, p. 12.
5. « Le docteur E. D. Worthington, ancien élève du docteur J. Douglas, effectue la première intervention chirurgicale majeure à l'aide de l'éther sulfurique le 14 mars à Sherbrooke. Il s'agit d'une amputation du genou. [...] Le docteur H. Nelson publie de son côté un article dans le numéro de juin 1847 du *British American Journal of Medical and Physical Science* où il rapporte les résultats d'expériences effectuées sur les propriétés de l'éther. [...] La première utilisation du chloroforme au Canada serait l'œuvre du docteur A. F. Holmes, professeur de médecine théorique et pratique à l'université McGill. [...] Il s'agit de légères anesthésies pour des cas d'obstétrique. Il aurait obtenu le chloroforme de la S. J. Lyman & Co. de Montréal » (D. Goulet, A. Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques médicales (1639-1939)*, Montréal : éditions VLB, 1992, p. 451-52).
6. D. Goulet, *Histoire*, op. cit. note 1.
7. Sur ce point et les suivants, voir D. Goulet, D. et O. Keel, « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, XLVI (1993) 417-42 ; D. Goulet, *Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930)*, Thèse de Ph D, département d'histoire, Université de Montréal, 1992 ; D. Goulet et O. Keel, « L'introduction de la médecine pasteurienne au Québec », *Actes du XXXI^e congrès international d'histoire de la médecine*, Bologne : Monduzzi Editore, 1988, 823-38.
8. Lors de l'inauguration de l'Institut Pasteur, le 18 novembre 1888, Pasteur soulignait les trois fonctions essentielles qui incombaient à cette nouvelle institution : « [Il] sera à la fois un dispensaire pour le traitement de la rage, une centre de recherche pour les maladies infectieuses et un centre d'enseignement pour les études qui relèvent de la microbie ». M. Faure, *Histoire des cours de l'Institut Pasteur*, Institut Pasteur, n.d. p. 3. Sur l'histoire de l'Institut Pasteur voir M. Morange (dir.), *L'Institut Pasteur. Contributions à son histoire*, Paris : La Découverte, 1991, p. 89-102.
9. Archives de l'Institut Pasteur, Paris, document 9474. Essentiellement basé sur la pratique des méthodes microbiennes, l'enseignement de Roux visait à faire connaître aux élèves « les organismes microscopiques les plus intéressants, surtout ceux qui sont pathogènes, et les mettre à même de faire des travaux personnels ». Ce choix n'est pas anodin vu l'importance que prendront les techniques bactériologiques dans la pratique médicale et l'appui ultérieur de la profession médicale à la promotion de cette nouvelle discipline. Cette orientation favorisait une clientèle surtout composée de médecins susceptibles de répandre parmi leurs collègues les habitudes de laboratoire.
10. C'est entre les années 1896 et 1905 que la représentation québécoise à l'Institut Pasteur sera la plus forte : vingt médecins francophones québécois s'inscrivent au cours de microbie technique dispensé par Roux et Metchnikoff. Cf. Archives de l'Institut Pasteur, *Cours de microbie technique 1889-1956, Liste des élèves*. Voir aussi D. Goulet et O. Keel, « Les hommes-relais », op. cit. note 7.
11. Les médecins anglophones préféraient, probablement en partie pour des raisons linguistiques, se rendre à Berlin suivre les cours théoriques et pratiques de Koch. Tel est le cas du

docteur W. G. Johnston qui, au tournant des années 1890, séjourne en Allemagne dans les laboratoires de Virchow et de Growitz et se consacre exclusivement à l'étude de la bactériologie. C'est là qu'il puise les connaissances fondamentales qui lui permettront de pratiquer et d'enseigner la bactériologie à l'université McGill et au Montreal General Hospital. Il deviendra l'un des premiers membres de la Society of American Bacteriologists. Cf. D. Goulet, *Des miasmes*, op. cit. note 7.

12. En ce qui regarde les États-Unis, Rothstein souligne que pour « to teach the laboratory courses, the medical schools turned to the young European-trained medical scientists, who were the only ones trained in microscopy and laboratory methods. Many medical schools turned over the entire basic science curriculum to one or two individuals », W. G. Rothstein, *American Medical Schools and the Practice of American Medicine*, New York et Oxford : Oxford UP, 1987, p. 106.

13. L'emploi fréquent de cette expression par les Parizeau, Dubé, Mercier, etc., est déplacé puisque la médecine québécoise était, depuis au moins la deuxième moitié du siècle, basée sur une approche clinique qui suivait les enseignements des écoles de Paris, de Londres, de Berlin ou d'Édimbourg et dont les pratiques s'appuyaient en partie sur les acquis de la physiologie expérimentale à partir des travaux de Magendie, Bernard, Traube ou Müller. On peut comprendre néanmoins que les nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques issues de travaux en laboratoire soient apparues aux yeux de certains comme les fondements d'une nouvelle médecine « scientifique ».

14. Sur cette problématique, voir D. Goulet, *Des miasmes*, op. cit. note 7.

15. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie. Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal*, 1903, p. 59.

16. « Flexner's approach to medical education emphasized research and academic education rather than professional training. He relegated to a secondary consideration the need for medical schools to provide the nation with an adequate number of physicians and scarcely mentioned the problems confronting low income medical students » (W. G. Rothstein, *American Medical*, op. cit. note 12, p. 147).

17. Comme le soulignent pertinemment K. Ludmerer et W. G. Rothstein, le rapport Flexner n'a pas, contrairement à une opinion encore largement répandue, initié les réformes modernes de l'enseignement médical aux États-Unis : « most schools introduced laboratory teaching and extended their course to four years in the 1890s and that many improvements occurred in clinical teaching at that time, These reforms in medical education occurred in the decades before the Flexner report, not as a result of it » (W. G. Rothstein, op. cit. note 12, p. 146). « A myth arose – one that Flexner never vigorously denied – that the report represented the demarcation between the <<pre-modern>> and <<modern>> periods of medical education and that Flexner in one swoop pulled antiquated medical schools, kicking and screaming in resistance, into the twentieth century [...] Recent books on medical education have continued to popularize the fiction that little had transpired in medical education until Flexner in one stunning blow modernized an anachronistic system » (K. Ludmerer, *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*, New York : Basic Books, 1985, p. 176 et 181).

18. « There is no evidence that they have the slightest idea of the principle of modern education and as far as methods are concerned are guided almost entirely by the Paris School to which they refer with great pride » (R. M. Pearce, *Report of Dr R. M. Pearce on Faculté de médecine de l'Université de Montréal, visits, 13 mai, 7-8 juillet 1920*, The Rockefeller Foundation Archives, New York, p. 21).

19. « By interviews and correspondence, his education has progressed rapidly in the last few months and already he has brought about changes which in March I considered impossible » (ibid., p. 22).

20. À partir de 1893 en France, la formation scientifique des étudiants en médecine fut renforcée. En plus du baccalauréat classique (lettres et philo) fut imposée une année préparatoire effectuée à la faculté des sciences et conduisant au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (PCN). À partir de 1911, les études médicales en France furent rapportées à cinq ans

après le PCN (C. Coury, *L'enseignement de la médecine en France*, Paris : Expansion scientifique, 1969, p. 139 et 143).

21. Voir W. G. Rothstein, *op. cit.* note 12 et K. Ludmerer, *op. cit.* note 17.

22. L. Chartrand, Duchesne, R., Gingras, Y., *Histoire des sciences au Québec*, Montréal : Boréal, 1987, p. 253.

23. « L'impossibilité de s'en procurer pour un temps plus ou moins long apparut comme un grave danger. La France fournissait la plupart des manuels de l'enseignement supérieur, car il n'existe guère de manuels canadiens, nos professeurs se trouvant aussi peu libres d'en rédiger qu'ils le sont de se livrer à la recherche » (*Université de Montréal. Annuaire général 1942-1943*, p. 73).

24. *L'action universitaire*, 5/1/1941.

25. Cité par A. Yanacopoulos, *Hans Selye ou la cathédrale du stress*, Montréal : Le jour, 1992, p. 190.

26. *Procès-verbaux du Conseil de la faculté de médecine de l'université de Montréal*, 19/12/1934, p. 284.

27. R. Amyot, « Les sciences dans l'enseignement de la médecine », *L'Union médicale du Canada*, LXV (1937) 296-97.

28. *Ibid.*, p. 294.

29. *Ibid.*, p. 295.

30. Cette approche paternaliste se retrouve dans l'ensemble des rapports entretenus avec les étudiants. Ainsi, en 1949, l'exécutif du conseil médical s'accorde pour que la revue médicale fondée par des étudiants soit « contrôlée par les membres de la faculté au sujet de la valeur des articles à imprimer » (*Procès-verbaux de l'exécutif de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*, 11/10/1949, p. 183).

31. P. Bois, « Souhaits du doyen », *Informed*, I (1977) 1.

AUTEUR

DENIS GOULET

Chercheur postdoctoral (Université de Montréal)