

L'application de la loi linguistique dans la politique hospitalière et le réseau des urgences à Bruxelles-Capitale: équilibrer l'offre et la demande d'une ville plurilingue et multiculturelle

Myriam VERKOUTER¹

Vrije Universiteit Brussel, Centrum voor de Interdisciplinaire Studie van Brussel,
Pleinlaan 2, B-1050 Brussel

The linguistic situation in Brussels hospitals has been the subject of much debate and research. A brief overview of the works which have been published over the last thirty years has made it possible to classify their objectives and arguments. The first part of the article sets out the statutes and legal framework under which hospitals operate, the language laws and the way in which they are monitored. The second part presents the results of a study, which consisted of recording the comments, experiences and remarks of Dutch-speaking general practitioners and their patients regarding their contacts with hospitals in the Brussels-Capital Region.

1. Introduction

Le 1er juin 2001, divers journaux flamands annoncèrent la création d'un «meldpunt» – un centre d'information et d'accueil où l'on peut déposer une plainte et qui enregistre les réclamations – pour traiter les plaintes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois. Cette décision découlait des propositions de la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, qui avait réuni autour de la table tant les ministres fédéraux que les ministres communautaires et régionaux responsables de la santé². A cette occasion, la ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances, Mieke Vogels, avait expliqué que le centre aurait pour mission d'examiner l'ampleur du problème linguistique dans les hôpitaux bruxellois³. «*Depuis des*

-
- 1 Avec mes plus sincères remerciements au Prof. Dr. Els Witte, directeur de thèse et du Réseau de Recherche Scientifique «Etude de Bruxelles et d'autres grandes villes multilingues» qui a rendu la traduction de cet ouvrage possible, ainsi qu'au Dr. Luc D'Hooghe, en tant que responsable du projet, et aux Prof. Dr. Hugo Baetens Beardsmore, Prof. Dr. Machteld De Metsenaere, Drs. Anja Detant et à Marie-Line Lecourt pour les nombreuses conversations, leurs précieux conseils et la lecture approfondie de mes textes.
 - 2 Vlaamse patiënten in Brussel kunnen taalklachten melden. In: *De Morgen*, 6 juni 2001. Er komt meldpunt taalklachten in Brusselse ziekenhuizen. In: *De Standaard*, 6 juni 2001. Bijkomende taalvoorwaarden. Meldpunt taalklachten bij gezondheidsdiensten en MUG moet zich aanpassen aan taal. In: *Het Nieuwsblad*, 6 juni 2001.
 - 3 Meldpunt registreert taalklachten over Brusselse ziekenhuizen. In: *Financieel Economische Tijd*, 6 juni 2001.

années, les néerlandophones se plaignent des services de santé bruxellois où les médecins et le personnel infirmier sont incapables de communiquer en néerlandais avec les patients. Et depuis des années, rien n'est fait pour remédier à cette situation. A présent, un premier pas est posé dans la bonne direction», avait déclaré la ministre Magda Aelvoet, sa collègue au niveau fédéral⁴.

Signaler l'existence de problèmes de communication dans les hôpitaux bruxellois et faire remarquer que peu ou rien n'est fait pour y remédier équivaut à enfoncer des portes ouvertes. Depuis les années soixante, le manque de services de soins de santé bilingues a non seulement été mis en évidence dans le discours politique des Flamands bruxellois et dans leur lutte pour une plus grande justice pour les patients néerlandophones, mais également par la communauté scientifique, qui voyait dans l'offre sanitaire de l'agglomération bruxelloise un sujet de recherche idéal.

En effet, suite aux diverses réformes de l'Etat belge et à la création de la Région de Bruxelles-Capitale, la gestion de l'offre sanitaire bruxelloise est devenue particulièrement complexe. La structure est décrite dans la première partie de cet article, laquelle examine également l'application de la loi linguistique dans les divers hôpitaux bruxellois. La deuxième partie de l'article présente l'analyse des résultats de l'étude '*Qualité de la communication au niveau des contacts des patients et des généralistes avec les institutions de soins bruxelloises*', que j'ai réalisée en 1999-2000 en tant que collaboratrice du Centre d'Etudes Interdisciplinaires de Bruxelles pour le compte de l'A.S.B.L. des généralistes néerlandophones à Bruxelles⁵. Cette étude porte sur la manière dont les patients des généralistes néerlandophones de Bruxelles et des communes périphériques utilisent l'offre sanitaire, les modalités de contacts avec les hôpitaux bruxellois et l'impact des facteurs socio-géographiques et culturels sur ces différents aspects.

4 Er komt meldpunt taalkachten in Brusselse ziekenhuizen. In: *De Standaard*, 6 juni 2001.

5 Verkouter, *Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen*, eindrapport, juni 2000, 214 + Bijlagen en Verkouter. De ziekenhuizen, de taalwetgeving en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: vergelijking van het aanbod met de behoeften van Nederlandstalige huisartsen en hun patiënten. In: Witte & Mares, *19 keer Brussel*. Brusselse thema's 7, VUB-Press, Brussel, 2001, pp. 447-494.

2. La structure de l'offre sanitaire, les hôpitaux bruxellois et la loi linguistique

2.1 *L'offre sanitaire à Bruxelles-Capitale au sein de la structure fédérale belge*

Pour comprendre la politique de l'offre sanitaire à Bruxelles, il convient de la resituer dans le contexte du modèle bruxellois, en particulier, et de la structure fédérale, en général. La langue et la territorialité jouent un rôle essentiel en tant que fondements de cette structure fédérale. Selon la langue officielle que l'on utilise et l'endroit où l'on habite, on appartient à l'une des trois communautés (la communauté flamande, la communauté française ou la communauté germanophone) et à l'une des trois régions (la Flandre, la Wallonie ou la Région de Bruxelles-Capitale). En Flandre, la langue prédominante est le néerlandais⁶. En Wallonie c'est le français, à l'exception de la petite communauté germanophone située à l'extrémité Est de la Belgique, dont la langue officielle est l'allemand. Seule la région de Bruxelles-Capitale est *de jure* bilingue (néerlandais/français) et, dans quelques communes situées le long de la frontière linguistique, une politique des minorités est appliquée par le biais de facilités linguistiques. Toute une série de compétences sont réparties à travers les Communautés et Régions, qui disposent à cet égard d'organes législatifs et exécutifs.

A Bruxelles, en ce qui concerne le secteur de la santé, les compétences sont réparties entre les pouvoirs. La Région de Bruxelles-Capitale est compétente en matière d'aide médicale urgente. Les Communautés flamande et française sont compétentes pour tout ce qui relève de leurs hôpitaux universitaires, des formations pour les médecins et les paramédicaux et de leurs propres secteurs de soins ambulatoires (notamment les soins à domicile, l'aide aux personnes âgées, les services de gardes-malades et les services de garde), pour autant que ceux-ci revêtent un caractère unicommunautaire⁷. En raison de l'absence de critères linguistiques et de l'aspect multiculturel de la métropole, un grand nombre de services, que ce soit en matière de santé, de culture ou d'aide sociale s'adressent à la fois à la communauté linguistique néerlandophone et à la communauté linguistique francophone. Or, tous ces services à caractère 'bicommunautaires' sont gérés par la Commission

6 Le néerlandais étant la langue officielle de la Flandre, le flamand est considéré comme un dialecte régional qui varie d'une région à l'autre.

7 Brans, Van Hassel & Rimanque, *De Vlaamse Gemeenschap in Brussel. De toepassing van art. 65 en 66 van de Brusselwet. Acco, Leuven, 1992, pp. 113-121.*

Communautaire Commune. Par conséquent, cette instance contrôle l'essentiel de l'offre sanitaire de la capitale: les hôpitaux généraux, les institutions de soins chroniques, les polycliniques, les maisons de repos, quelques centres médicaux et psycho-sociaux, etc. Dans leur ensemble, ces établissements sont regroupés sous la dénomination 'institutions de soins bicommunautaires'.

2.2 *La loi linguistique et les hôpitaux dans la Région de Bruxelles-Capitale*

Le régime linguistique diffère selon le statut de l'hôpital: les hôpitaux universitaires sont mono-communautaires et relèvent d'une seule communauté linguistique, tandis que les hôpitaux privés et publics sont bicommunautaires et servent en principe les deux communautés linguistiques prédominantes à Bruxelles.

Même si les hôpitaux universitaires recrutent activement dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes de la périphérie⁸, aucune loi ne les oblige à être bilingues: la langue véhiculaire officielle de l'hôpital universitaire appartenant à la Communauté flamande est le néerlandais, et dans les deux hôpitaux de la Communauté française, c'est le français.

Bien qu'en principe tous les hôpitaux généraux – appellation qui désigne à la fois les hôpitaux privés et les hôpitaux publics – soient bilingues de par la loi et que la Commission Communautaire Commune (CCC) contrôle leur programmation et leur organisation, le législateur a opéré jusqu'ici une distinction entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, en ce qui concerne le respect de la loi linguistique. Ainsi, les hôpitaux privés ne sont soumis à aucune obligation légale en matière d'organisation ou de fonctionnement⁹. Ils sont censés fournir les efforts nécessaires en vue d'assurer des services bilingues, mais leur régime linguistique n'est pas contrôlé. En revanche, les hôpitaux publics sont obligatoirement bilingues. Tout comme les autres services des Centres Publics d'Aide Sociale, il s'agit de services décentralisés

8 Les communes de la périphérie sont: Braine-l'Alleud, Waterloo, Sint-Genesius-Rode, Linkebeek, Beersel, Halle, Sint-Pieters-Leeuw, Drogenbos, Dilbeek, Wemmel, Grimbergen, Vilvoorde, Machelen, Zaventem, Kraainem, Wezembeek-Oppem en Tervuren.

9 Masschelein, Het Bestaande zorgaanbod. In: *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*, verslagboek van het colloquium van 9 mei 1998, Vlaams Komitee Brussel – Katholieke Universiteit Brussel, Brussel, 1998, p. 13.

des communes qui tombent sous la loi des services municipaux¹⁰. Ces lois linguistiques définissent le régime linguistique des contacts entre dispensateurs de soins et demandeurs de soins, ainsi que les connaissances linguistiques du personnel de l'hôpital. Comme pour les autres services municipaux de Bruxelles-Capitale, le régime linguistique dépend du choix linguistique du particulier (entendez par là: le patient et sa famille), pour autant que la langue choisie soit le néerlandais ou le français¹¹. Ceci suppose que le personnel de l'hôpital possède une certaine connaissance de ces deux langues véhiculaires. Le personnel qui est en contact avec le public doit prouver, lors de son engagement, sa connaissance de la deuxième langue. Le degré de connaissance dépend de la nature de la fonction à exercer et doit être prouvé avant l'entrée en fonction. Les hauts fonctionnaires doivent réussir un examen linguistique organisé par le Secrétariat Permanent de Recrutement, sous le contrôle de la Commission Permanente de Contrôle linguistique¹².

Dans le cadre de sa fonction de contrôle, la Commission Permanente de Contrôle linguistique est aussi chargée de traiter les plaintes portant sur l'application de la loi linguistique et est autorisée à ouvrir une enquête auprès des autorités administratives. Elle exerce sa fonction de contrôle par le biais d'avis. Au cours de cette dernière décennie, la Commission Permanente de Contrôle linguistique a émis 25 avis relatifs à la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois. Les plaintes et/ou demandes d'avis avaient trait au régime linguistique du personnel et des médecins, à la correspondance et à la facturation de l'hôpital, aux inscriptions dans les couloirs et dans les ambulances et à la nomination du personnel hospitalier.

10 Van Santen, *Taalwetgeving in Bestuurszaken*. Opleidingsinstituut van de Federale Overheid, Brussel, 1998, 121 p.

11 Van Santen, o.c., p. 31.

12 En outre, lors d'un recrutement de personnel, l'administration des communes et des C.P.A.S. doit répartir de manière équitable au moins 50% des postes d'un même degré entre les deux groupes linguistiques. Cette règle s'applique pour la désignation des fonctions inférieures au grade de directeur (rang 13). A partir du niveau de directeur, il existe une parité légale entre les deux groupes linguistiques.

3. Problèmes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois: domaines d'intérêts scientifiques et politiques

La densité de population de la Région de Bruxelles-Capitale s'élève à 950.000 habitants la nuit et 1.300.000 habitants le jour¹³. En tant que métropole, Bruxelles est avant tout une ville multiculturelle, où l'on parle principalement le français et, dans une moindre mesure, le néerlandais ainsi que d'autres langues. En tant que centre administratif et économique, Bruxelles exerce également une énorme force d'attraction sur les communes périphériques du Brabant flamand, où le néerlandais est la langue véhiculaire. De nombreux habitants de ces communes ne fréquentent que les institutions de soins bruxelloises, en raison du manque de services locaux, d'une meilleure mobilité des patients et d'une offre sanitaire plus diversifiée dans la capitale. Déjà en 1991, une augmentation du nombre d'hospitalisations avait été mise en évidence, dont la cause principale était le nombre accru de patients issus des régions flamande et wallonne (Taymans, 1991). Selon la conclusion de cette étude, la zone d'influence des hôpitaux bruxellois s'étend bien au-delà des 19 communes de la capitale; on peut même affirmer que leur force d'attraction est inversement proportionnelle à la distance entre le domicile du patient et la capitale et dépend de la présence ou de l'absence d'un secteur hospitalier important dans la zone d'origine¹⁴. Sur la base d'une estimation du nombre de Flamands bruxellois et de patients néerlandophones issus de la périphérie, Taymans a évalué le nombre de patients néerlandophones dans les hôpitaux bruxellois. Depuis, il est généralement admis qu'environ 30 pour cent des patients soignés dans les hôpitaux bruxellois sont néerlandophones.

Pourtant le français reste la langue véhiculaire dans les vingt-deux hôpitaux bruxellois, à l'exception de l'Academisch Ziekenhuis de la Vrije Universiteit Brussel (De Corte, 1993).

Ce déséquilibre entre le nombre de patients néerlandophones et le nombre de dispensateurs de soins parlant le néerlandais donne régulièrement lieu à des problèmes linguistiques, qui attirent à la fois l'attention du politique et les études scientifiques. Durant les dernières décennies, le discours politique est resté globalement inchangé. Par contre, l'attention scientifique est passée de l'approche purement politico-juridique des années soixante à une approche

13 Mols, Beaucarne, Bruyninx, Labruyère, De Myttenaere, Naeije, Watteeuw, Verset & Flamand, Early defibrillation by EMT's: the Brussels experience. In: *Resuscitation, Elsevier Science Ireland*, nr. 27, 1994, pp. 129-136.

14 *Ibid.*, p. 26.

plus sociologique et psychologique, qui s'est particulièrement développée au milieu des années nonante.

Cependant, deux thèmes ont de tout temps focalisé l'attention: la non-application de la loi linguistique d'une part et la validité restreinte de cette loi linguistique d'autre part. Dans le paragraphe précédent, nous avons expliqué pourquoi la loi linguistique ne vise que les hôpitaux publics. Encore faut-il préciser que, dans ces hôpitaux, cette loi ne concerne que le personnel nommé: les stagiaires, les remplaçants et les médecins indépendants ne sont pas soumis à un examen linguistique. Ainsi, bien que le bilinguisme soit obligatoire dans les hôpitaux publics et que 25 pour cent de la totalité des fonctions doivent être réservées à chaque groupe linguistique, le personnel soignant et paramédical est majoritairement francophone et ne parle pas le néerlandais. En ce qui concerne le corps médical, la situation est plus grave encore: seul 1 médecin sur 10 est néerlandophone et la plupart des spécialistes ne s'expriment qu'en français. Par conséquent, les contacts entre médecins et patients néerlandophones se déroulent généralement en français et les dossiers médicaux sont plus souvent rédigés dans la langue du médecin que dans celle du patient.

Ces constats ne sont cependant pas nouveaux; ils confirment dans une large mesure les résultats d'études antérieures. Une analyse descriptive du groupe d'étude 'Mens en Ruimte' datant de 1967 avait déjà mis en évidence le fait que la plupart des institutions étaient essentiellement ou exclusivement francophones (Mens en Ruimte, 1967). Le personnel néerlandophone occupait principalement les fonctions subalternes; les médecins et la direction étaient francophones. L'encouragement à parler le néerlandais émanait surtout du service social et du personnel infirmier, rarement des médecins ou de la direction. Les hôpitaux néerlandophones des communes de la périphérie faisaient nettement plus d'efforts pour enseigner le français à leur personnel. De plus, les hôpitaux bruxellois étaient non seulement confrontés à une connaissance insuffisante du néerlandais, mais également, de manière générale, à l'absence de connaissances dans d'autres langues. Cette situation engendra surtout des problèmes au sein des hôpitaux situés dans des communes à forte population d'immigrés. L'étude menée par le Vlaams Geneesheren Verbond (Association des Médecins Flamands) en 1972 renforça ces conclusions en insistant sur le problème de l'aide médicale urgente, pour laquelle il n'y a aucune liberté de choix puisque l'hôpital est imposé au patient placé en situation d'urgence (Vlaams Geneesheren Verbond, 1972).

En dépit d'un combat incessant du corps médical flamand et de certains politiciens néerlandophones, peu de mesures ont été prises, ces trente dernières années, pour remédier au manque de dispensateurs de soins néerlandophones. Hormis la fondation de l'Academisch Ziekenhuis de la Vrije Universiteit Brussel en 1977, la communauté flamande n'est pas parvenue à imposer le bilinguisme dans les autres hôpitaux bruxellois ni à rendre l'offre sanitaire bruxelloise plus accessible pour les patients néerlandophones. De plus, de nombreux arguments ont été avancés pour justifier le fait que la plupart des médecins néerlandophones préfèrent ne pas travailler à Bruxelles. Premièrement, Bruxelles est peu attrayante pour les néerlandophones, car ils se retrouveraient dans un cadre de vie et dans un cadre professionnel essentiellement francophones et seraient confrontés à une structure hospitalière déficiente pour les dispensateurs de soins néerlandophones. Deuxièmement, contrairement à leurs collègues francophones, la section néerlandophone de l'Ordre des Médecins ne les autorise à ouvrir qu'un seul cabinet privé en dehors de l'hôpital. Troisièmement, du fait de la mauvaise situation financière de certains hôpitaux et de certains patients, ils gagnent généralement mieux leur vie en Flandre (Cockx, 2001). Quatrièmement, les patients néerlandophones ne recherchent pas systématiquement un médecin ou un spécialiste néerlandophone, loin s'en faut. Van Gysel a mis en évidence le peu d'importance que certains patients accordent à la langue et à la proximité lors du choix d'un médecin (Van Gysel, s.d.). Le manque de médecins néerlandophones est ainsi largement compensé par la pléthore de spécialistes francophones exerçant dans la région bruxelloise (Masschelein, 1999).

Enfin, une question s'impose: celle de savoir dans quelle mesure le déséquilibre entre le nombre de médecins parlant le néerlandais et le nombre de patients néerlandophones porte atteinte à la qualité de la communication entre le demandeur et le dispensateur de soins. Cette question a été posée dans le cadre de l'évaluation de la communication dans les hôpitaux bruxellois aux généralistes néerlandophones et à leurs patients.

4. Evaluation de la communication entre demandeur et dispensateur de soins dans les hôpitaux bruxellois

4.1 Perspectives théoriques

A l'étranger, les relations entre médecin et patient ont suscité l'intérêt de la recherche scientifique dès les années septante. Le rapprochement, autour de ce sujet, de théories et de méthodes issues de la sociologie, de la psycho-

logie, de la linguistique et des sciences médicales, a fait naître une tradition de recherche interdisciplinaire, qui s'est surtout développée aux Etats-Unis et en Angleterre. Toutefois, en dépit des efforts scientifiques consentis, il n'a pas été possible de mettre en place une méthodologie commune, dans le cas particulier d'une approche interdisciplinaire de la communication entre demandeur et dispensateur de soins. Ainsi, dans la littérature anglo-saxonne, les auteurs signalent régulièrement la difficulté de se concentrer exclusivement sur les relations entre médecin et patient. Les théories élaborées par Shuy sur la communication entre médecin et patient découlent de ses recherches sur le terrain, qui portaient sur le processus d'apprentissage des enfants handicapés et sur l'approche du processus par les soignants; selon ses propres termes, l'élaboration de théories ne constituait pas un but en soi (Shuy, 1976). Cependant, dès que l'on se concentre exclusivement sur la relation médecin-patient, on a tendance à négliger les constructions sociales, angle sous lequel la question a été abordée le plus souvent, mais au détriment de l'aspect relationnel qui nous intéresse précisément. Lorsque les chercheurs se focalisent sur le comportement et les caractéristiques du patient, l'observation du médecin et de son environnement médical ne constitue plus un objet d'étude à intégrer dans leur analyse. Dans son étude, Barber a mis en évidence le manque d'informations sur le comportement des médecins eux-mêmes, leur manière de réagir face à différentes situations, en fonction du contexte social et du passé médical du patient (Barber, 1979). Les études de Fielding & Evered sont les principales contributions qui ont permis d'élargir la problématique: en comparant le comportement médical et le diagnostic des médecins aux interactions sociales et culturelles, ils les ont assimilés à une relation de pouvoir (Fielding & Evered, 1980).

En dépit de renseignements détaillés à propos des problèmes de communication entre demandeurs et dispensateurs de soins, aucun cadre pluridisciplinaire n'a pu être dégagé de manière cohérente et conceptuelle. En outre, les psychologues et les sociolinguistes manquent souvent d'informations sur le contexte politique et historique dans lequel les relations entre médecin, hôpital et patient s'établissent (Bouchard & Giles, 1982). Et bien que la recherche sur la relation entre médecin et patient se soit également répandue dans des pays et des villes polyglottes, elle a longtemps été menée indépendamment des recherches historiques et sociologiques sur la situation linguistique. A cet égard, il est frappant de constater que les études transfrontalières portant sur la langue dans les soins et services de santé sont relativement rares (Mc Rae,

1983). Par voie de conséquence, l'absence de données sur la manière dont se déroule la communication entre demandeurs et dispensateurs de soins dans un contexte bilingue a considérablement compliqué notre recherche.

En Belgique, la problématique du bilinguisme dans les hôpitaux bruxellois a souvent été ramenée à une opposition purement communautaire entre le néerlandais et le français. Ainsi, du fait des problèmes liés à l'application des lois linguistiques, la recherche reste essentiellement une initiative flamande, et ne suscite guère de réactions auprès des autorités politiques et scientifiques francophones. Les difficultés de communication entre les demandeurs et les dispensateurs de soins – même lorsqu'ils parlent la même langue – ont été à ce point sous-estimées qu'elles n'apparaissent quasiment jamais en tant que concept de recherche. Jusqu'à ce jour, la recherche n'a fourni que peu d'informations sur l'importance de la langue dans les modèles de choix des patients et des généralistes. Quels sont les patients qui accordent de l'importance à la langue? Dans quelle mesure et dans quelles circonstances? Comment choisissent-ils un hôpital? Quels sont les critères prépondérants et dans quelle mesure les caractéristiques socio-géographiques influencent-elles la langue utilisée par le patient lors de ses contacts avec l'hôpital? Autant de questions laissées en suspens et auxquelles notre étude a tenté d'apporter des réponses.

4.2 Présentation de l'étude

Au cours du colloque '*L'offre sanitaire néerlandophone dans la Région de Bruxelles-Capitale*' (mai 1998), quelques généralistes néerlandophones lancèrent l'idée de réaliser une étude sur la manière dont leurs collègues ainsi que leurs patients évaluent les contacts avec les hôpitaux bruxellois. Initialement, seules les plaintes devaient être enregistrées, mais on a élargi la base de données en y intégrant les expériences des patients et des généralistes lors de leurs contacts avec les institutions de soins bruxelloises, ainsi que leurs remarques à ce sujet.

L'étude empirique se compose d'une courte enquête écrite réalisée auprès d'une centaine de généralistes et de leurs patients d'une part, et d'une vingtaine d'interviews détaillées avec les généralistes participant à l'étude, d'autre part. L'enquête écrite constitue le pivot de l'étude et un échantillon de 100 généralistes a été extrait des listes de membres d'associations de médecins à Bruxelles et aux alentours, répartis entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Périphérie. Ces généralistes ont été chargés d'interroger leurs

patients à propos de leurs expériences avec les hôpitaux bruxellois à l'aide d'un formulaire d'enregistrement standard, élaboré et fourni par le chercheur du Centre d'Etudes Interdisciplinaires de Bruxelles. Un volet séparé servait également à évaluer leur propre expérience. Aux patients, il a été demandé de communiquer un certain nombre d'informations socio-géographiques, ainsi que l'hôpital qui les a pris en charge, le régime linguistique lors de leurs contacts hospitaliers, l'importance qu'ils accordent à la langue, leur évaluation des contacts et les motifs pour lesquels ils avaient choisi l'hôpital en question. Quant aux généralistes, ils devaient expliquer leurs raisons et fournir des informations sur leurs contacts avec l'hôpital ainsi qu'avec les services avec lesquels ils communiquaient. L'expérience des généralistes avec les hôpitaux bruxellois a été approfondie au cours des interviews que le chercheur a menées durant la période qui suivit l'analyse de l'enquête. Un grand nombre de constats ont ainsi pu être formulés, commentés et replacés dans un contexte plus général.

Sur une période de six mois, on a recueilli 640 formulaires d'enregistrement portant sur les données émanant de patients, plus une cinquantaine de formulaires dans lesquels figuraient exclusivement des données portant sur la communication entre le médecin et le personnel hospitalier. Au total, 60% de tous les généralistes néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie ont été invités à participer à cette étude. Toutefois, la moitié d'entre eux, soit 126 généralistes, ont refusé. Lors du recrutement des médecins, une collaboratrice du Conseil bruxellois de l'Aide Sociale notait les principales raisons de non-participation à l'enregistrement. De très nombreux généralistes bruxellois ont refusé de participer à l'enregistrement parce que leur consultation accueillait trop peu de patients néerlandophones. La deuxième raison pour laquelle les médecins préféraient ne pas participer tenait au fait que leurs patients étaient rarement orientés vers des hôpitaux bruxellois. Les autres raisons de leur non-participation avaient trait à un manque de temps, à l'existence d'un lien professionnel avec un hôpital particulier, à la participation à d'autres études ainsi qu'à un désintérêt pour la problématique de cette étude.

Le recrutement géographique de généralistes néerlandophones dans toutes les communes de la Région de Bruxelles-Capitale et des alentours nous a permis de recueillir des informations sur chaque hôpital bruxellois. Par ailleurs, ce mode de recrutement a également assuré une répartition équilibrée des patients interrogés à Bruxelles et dans la Périphérie. Sur la totalité des patients (N = 612), 327 habitaient dans la Périphérie et 285

habitaient dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le profil social des patients interrogés différencie à la fois Bruxelles de la Périphérie et les communes bruxelloises entre elles. Lors de l'analyse de la communication entre le patient et l'hôpital, les indicateurs d'âge, de niveau d'instruction et de langue préférentielle ont été pris en compte. Les indicateurs de sexe et de profession étaient moins pertinents: plus de femmes que d'hommes ont participé à l'enregistrement (55% versus 45%) mais ceci n'a pas provoqué de différences dans l'évaluation de la communication ou dans le choix de l'hôpital. Une petite minorité de patients exerçaient une profession libérale ou occupaient une fonction de cadre supérieur (9%). La plupart des patients étaient employés ou ouvriers (30%). 12,5% des patients n'exerçaient aucune profession. Enfin, le grand nombre de patients retraités (48,5%) s'explique par l'âge élevé: 49% des patients avaient plus de 65 ans. 22% des patients appartenaient à la catégorie des 51-65 ans et 20% à la catégorie des 31-50 ans. 9% des patients avaient moins de 30 ans. La plupart des patients avaient effectué des études d'enseignement secondaire (40,5%), 36% n'avaient suivi que l'enseignement primaire et 23,5% possédaient un diplôme d'enseignement supérieur. La plupart des patients avaient choisi le néerlandais comme langue préférentielle (76,5%). Une petite minorité avait choisi le français ou une autre langue. Il est frappant de constater qu'environ 18,5% des patients se déclarent bilingues. A Bruxelles, ce pourcentage passe à 20,5%.

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Le choix d'un hôpital dans la Région de Bruxelles-Capitale

D'après les réponses apportées à la question 'qui a choisi l'institution de soins?', nous avons constaté que la plupart des patients choisissent leur hôpital eux-mêmes (47,5%). Si l'on prend en considération les patients qui ont pris leur décision après avoir consulté leur généraliste et leur famille, ce pourcentage atteint 62%. Le rôle du généraliste est également important: dans 23% des cas, le généraliste décide de l'hôpital à la place du patient. Ensuite, le choix est du ressort du spécialiste (7%). 5% des cas correspondent à des urgences, et le choix revient alors à l'ambulancier. Seuls 3% des patients confient leur choix à des tiers.

Tant l'âge que le niveau d'instruction du patient semblent influencer le choix d'un hôpital. Les patients âgés de 31 à 50 ans choisissent de manière plus indépendante que les patients de moins de 30 ans. Pour ce dernier groupe d'âge, l'avis du généraliste exerce une influence prépondérante et les patients

sont bien plus nombreux à arriver à l'hôpital via le service des urgences. Le spécialiste a plus d'influence chez les plus de 50 ans, et plus le patient est âgé, plus il tient compte de l'avis de tiers. Ce constat vaut également pour les patients présentant un niveau d'instruction moins élevé. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le patient choisit son hôpital de manière indépendante. Les patients possédant un niveau d'instruction moins élevé préfèrent suivre l'avis des spécialistes ou de tiers.

Par ailleurs, les raisons qui influencent le choix d'un hôpital en particulier varient en fonction de l'âge et du niveau d'instruction. 28% des patients ont choisi l'hôpital pour sa localisation, 17,5% pour sa réputation et 13,5% donnent la priorité à la qualité des soins. 8% des patients tiennent compte, avant tout, de la langue de l'hôpital et pour 3% seulement, le coût des soins est le critère prépondérant. Les patients âgés accordent davantage d'importance à leurs contacts antérieurs avec l'hôpital. Les patients appartenant à la population active (âgés de 31 à 50 ans) se laissent surtout guider par la réputation de l'hôpital, du service ou du spécialiste. Chez les patients âgés de plus de 65 ans, la confiance dans l'institution et dans le spécialiste est le critère prépondérant. Si la situation de l'hôpital constitue un critère important pour toutes les catégories d'âge, elle occupe la première place pour les patients âgés de 51 à 65 ans. Il est frappant de constater que les personnes qui détiennent un niveau d'instruction supérieur accordent plus d'importance à la localisation de l'hôpital et à sa réputation.

Tableau 1: les motifs du choix de l'hôpital par rapport à l'âge du patient

	< 30 ans	31-50	51-65	> 65 ans	Total
les contacts antérieurs	34,5	24	30,5	31	30
la réputation de l'hôpital	15,5	28,5	21,5	15	19
la qualité des services	15,5	15	13,5	14,5	14,5
l'accessibilité de l'hôpital	28	19,5	29,5	26,5	26
l'aspect financier	3	3		4,5	3
la langue véhiculaire de l'hôpital	3	10,5	5,5	8	7,5
<i>Total</i>	100 (N = 32)	100 (N = 67)	100 (N = 75)	100 (N = 172)	100 (N = 341)

Tableau 1 (bis): les motifs du choix de l'hôpital par rapport au degré d'enseignement du patient

	études primaires	études secondaires	études supérieures	Total
les contacts antérieurs	38,5	23	28,5	30
la réputation de l'hôpital	16	18,5	25	19

la qualité des services	12,5	19,5	8,5	14,5
l'accessibilité de l'hôpital	24	26	28,5	26
l'aspect financier	4	4	1	3
la langue véhiculaire de l'hôpital	5	9	8,5	7,5
<i>Total</i>	100 (N = 120)	100 (N = 134)	100 (N = 84)	100 (N = 338)

4.3.2 L'importance de la langue dans le choix d'un hôpital et l'évaluation de la communication entre patient et dispensateur de soins

A la question de savoir si le patient accordait beaucoup ou peu d'importance à l'utilisation de sa langue préférée, la plupart des patients ont répondu 'beaucoup' à 'énormément' (au total 70%). Les patients bruxellois, les patients moins instruits et les jeunes patients accordent plus d'importance à l'utilisation de leur langue préférée que les patients de la Périphérie, les patients diplômés du niveau supérieur et les patients âgés (*cf.* Tableau 2).

Tableau 2: le profil du patient et l'intérêt qu'il porte vis-à-vis de l'emploi de sa langue véhiculaire par le personnel hospitalier

	énormément	beaucoup	plus ou moins	peu	aucun	Total
Domicile						
périphérie	33.6	34.5	19.4	9.3	3.2	100 (N = 345)
Bruxelles-capitale	37	34.9	15.8	8.8	3.5	100 (N = 284)
Degré d'enseignement						
primaires	36.8	30.9	19.5	8.6	4.1	100 (N = 220)
secondaires	34.7	39.5	14.1	10.1	1.6	100 (N = 248)
enseignement supérieur	34.5	30.3	22.8	7.6	4.8	100 (N = 145)
Age						
< 30 ans	33.3	45.6	10.5	8.8	1.8	100 (N = 57)
30-50	30.4	38.4	18.4	9.6	3.2	100 (N = 125)
50-65	41.4	30	17.9	7.9	2.9	100 (N = 140)
>65 ans	35.1	33.2	18.5	9.3	3.8	100 (N = 313)

Le rapport perceptible entre l'importance de la langue et le contexte socio-démographique du patient a été étudié en détail au cours des interviews avec les généralistes. Selon les généralistes interviewés, ce sont surtout les patients âgés qui sous-estiment l'importance de la langue dans le choix d'un hôpital ou d'un spécialiste. Ce n'est que lorsque certaines difficultés surviennent qu'ils prennent conscience de l'importance de la langue pour com-

muniquer avec les dispensateurs de soins. Le lien significatif entre la variable de l'âge et l'opinion des patients sur la qualité de l'accueil et de l'accompagnement a également été corroboré par d'autres études. Dans leur étude portant sur *'la qualité de l'accueil et de l'accompagnement dans les hôpitaux bi-communautaires de la Région de Bruxelles-Capitale'*, Laurent & Prims avaient constaté que les jeunes patients étaient plus critiques et que les patients de plus de 65 ans semblaient très satisfaits de leurs contacts hospitaliers (Laurent & Prims, 1992).

Par ailleurs, les généralistes de la périphérie bruxelloise sont, dans l'ensemble, plus sensibles à la langue de l'hôpital et en parlent à leurs patients avant de les orienter vers les hôpitaux bruxellois, et vers des institutions de soins universitaires francophones en particulier. Ceci explique en partie pourquoi dans notre enquête les patients de la périphérie, qui avaient malgré tout choisi un hôpital bruxellois, attachaient moins d'importance à l'utilisation du néerlandais.

Autre constat paradoxal: ce sont surtout les patients âgés, les patients ne possédant qu'un diplôme d'enseignement secondaire et les patients bruxellois qui attachent beaucoup d'importance à l'utilisation de leur langue maternelle, mais qui passent plus facilement au français que les patients jeunes, les patients ayant un niveau d'instruction plus élevé et les patients de la périphérie.

Ainsi, seulement 71,5% des patients néerlandophones bruxellois qui accordent une grande importance à l'utilisation de leur langue maternelle ont parlé néerlandais lors du premier contact avec le médecin spécialiste. Ce pourcentage diminue encore lorsque le patient néerlandophone n'a pas de préférence marquée pour l'emploi de sa langue maternelle. Ici aussi, les patients bruxellois, les patients ayant un niveau d'instruction moins élevé et les patients plus âgés passent plus rapidement au français. Les généralistes expliquent ce phénomène par une plus grande dépendance vis-à-vis de l'offre sanitaire, par le manque d'attention que ces patients prêtent à l'importance d'une bonne communication dans leur langue maternelle et par une plus grande adaptation à un environnement hospitalier francophone. Un généraliste a formulé ceci comme suit:

Plus le niveau d'instruction est élevé, plus le patient formule clairement ses attentes et ses exigences, alors que les personnes dont le niveau d'instruction est moins élevé ont justement plus besoin d'avoir un bon contact dans leur propre langue. Ces patients sont la plupart du

temps tellement démunis par rapport à l'ensemble des services de soins qu'ils ne seront pas du tout capables de s'imposer dans ce domaine¹⁵.

Cette regrettable contradiction a attiré, depuis les années septante, tant l'attention des psychologues que celle des sociolinguistes. Pour justifier ce comportement du patient démuné dans sa relation vis-à-vis de l'infrastructure de soins en général et vis-à-vis du médecin en particulier, les sociolinguistes ont distingué les *'attitudes'* du *'behaviour'* et des *'beliefs'* (Baetens Baerdsmore, 1991). Ainsi, un patient peut attacher beaucoup d'importance à l'utilisation de sa langue – dans ce cas, le néerlandais – et passer malgré tout automatiquement au français, en raison de ce qui est attendu de lui ou de son sentiment personnel qu'il sera ainsi mieux soigné, étant donné que la majorité des médecins et des membres du personnel soignant parlent le français. Dans cette perspective, non seulement il adaptera son régime linguistique, mais il donnera, de par son attitude, l'impression qu'il n'y a aucun problème de *'communication'*. L'absence d'une appartenance linguistique clairement revendiquée – 18,5% des patients interrogés n'ont exprimé aucune préférence pour le français ou pour le néerlandais – et la transition facile et rapide de beaucoup de patients néerlandais vers le français, compliquent bien souvent la communication avec le personnel hospitalier. Heller a déjà soulevé les difficultés de communication qui survenaient dans les environnements hospitaliers canadiens lorsque les patients et les dispensateurs de soins ne parlent pas la même langue, ainsi que les problèmes liés au *codeswitching* chez les patients bilingues qui alternent l'anglais et le français lors de leurs entretiens avec le personnel hospitalier (Heller, 1982). Des situations analogues se présentent régulièrement dans les hôpitaux bruxellois. Un généraliste bruxellois a relevé un lien entre le *codeswitching* et le profil social du patient:

Une grande différence entre jeunes patients et les patients plus âgés, est que ces derniers passent très facilement d'une langue à l'autre, et ceci est également vrai pour un certain nombre de patients francophones, qui tentent encore assez facilement de s'exprimer en néerlandais lorsque c'est possible. C'est beaucoup moins le cas chez les jeunes; la connaissance active du français chez les néerlandophones a également nettement diminué¹⁶.

Pour toutes ces raisons, un certain nombre d'hôpitaux bruxellois sont délibérément écartés des choix et la plupart des généralistes néerlandophones

15 La recherche qualitative a été traitée dans un document séparé: préparation, liste des généralistes sélectionnés ainsi que justification de la sélection, correspondance et textes des interviews: Verkouter, *De interviews: voorbereiding en follow-up*. Onuitgegeven werkdocument, Brussel, 2000.

16 Verkouter, *De interviews: voorbereiding en follow-up*. Losse nota's.

phones ont construit un réseau de médecins spécialistes et de services hospitaliers auxquels leurs patients néerlandophones peuvent s'adresser dans leur langue maternelle. Un généraliste néerlandophone exerçant à Bruxelles ou dans la Périphérie est avant tout un généraliste organisé: il ne collabore qu'avec un certain nombre d'hôpitaux et de services avec lesquels il entretient de bons contacts personnels et évite, dans la mesure du possible, les mauvaises expériences, en ne collaborant pas avec certaines personnes, certains services et certaines institutions; d'une part en raison de la langue, d'autre part en raison de la qualité des soins, de la rapidité de traitement, de la distance, du coût et de la mentalité de certains spécialistes et chefs de service. Ainsi, la majorité des généralistes néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie disposent pour chaque pathologie d'au moins un spécialiste et un service attirés, avec lesquels ils entretiennent de bons contacts, en néerlandais le plus souvent, mais quelquefois aussi en français. Certains généralistes ne veulent travailler qu'avec des spécialistes néerlandophones, d'autres, par contre, prennent d'abord en considération la qualité et la compétence du médecin, la langue n'intervenant qu'en second lieu. Les généralistes néerlandophones de la périphérie tiennent davantage compte de la langue véhiculaire de l'hôpital et du personnel que leurs collègues bruxellois, évitant ainsi les situations pénibles où le demandeur et le dispensateur de soins ne se comprennent pas.

4.3.3 La communication dans les services d'urgences de la Région de Bruxelles-Capitale

Nous avons constaté que la qualité de la communication décroît à mesure que le patient perd le contrôle du processus de choix. Lors d'une hospitalisation d'urgence, le choix se limite souvent à l'hôpital le plus proche où le médecin et le personnel de garde doivent tirer le patient d'embarras. En Belgique, dès qu'une personne compose le numéro de téléphone '100', elle est directement connectée avec la centrale des sapeurs-pompiers, qui centralise les appels et recherche le moyen le plus approprié pour aider les personnes en péril. La Région de Bruxelles-Capitale est équipée d'une vingtaine d'ambulances, postées en stand-by à la centrale ou dans l'un de ses huit avant-postes. Au total, on a le choix entre 17 services d'urgences spécialisés¹⁷. Cinq services

17 Les hôpitaux suivants ne disposent pas d'un service d'urgence spécialisé: la clinique Saint-Michel, la clinique Parc Leopold, l'hôpital César De Paepe, le centre hospitalier Baron Lambert et la nouvelle clinique de la Basilique

disposent en outre d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)¹⁸.

Durant la période d'enregistrement, 73 des patients interrogés ont été en contact avec les services d'urgences bruxellois. La plupart d'entre eux ont été directement soignés dans ces services (67%). En deuxième position venait le service de chirurgie cardio-vasculaire (8%) suivi du service d'orthopédie-traumatologie (5,5%). L'orientation des patients vers les services spécialisés s'opère le plus souvent à l'initiative des ambulanciers, donc de manière rapide et interne. Dans 44% des cas, le choix de l'hôpital a été effectué par la centrale des sapeurs-pompiers. Dans 28% des cas, les patients ont choisi eux-mêmes l'hôpital et dans 10% des cas, le généraliste a décidé de l'hospitalisation. 8,5% des patients ont choisi l'hôpital en accord avec leur généraliste.

Nous avons été frappés de constater qu'environ 57% des patients se déclarent mécontents de la communication avec les services d'urgence. Ce mécontentement passe à 62,5% si le choix de l'hôpital est fait par le service '100' ou par les ambulanciers.

Tableau 3: évaluation de la communication au service des urgences suivant la personne qui a fait le choix de l'hôpital

	Très bien	bien	passable	pas bien	mauvais	Total
Patient	23.3	30	10	20	16.7	100 (N = 30)
Généraliste	50	25	12.5		12.5	100 (N = 8)
Membre de la famille		100				100 (N = 1)
Service des urgences	6.4	15.6	15.6	34.4	28	100 (N = 32)
Autres	100					100 (N = 1)
<i>Moyenne</i>	<i>19.4</i>	<i>23.6</i>	<i>12,6</i>	<i>23,6</i>	<i>20,8</i>	<i>100 (N = 72)</i>

D'après les patients, le problème de la communication dans les services d'urgences tient surtout au caractère francophone du service, au manque d'explications de la part des médecins de garde et du personnel infirmier, aux longs délais d'attente, etc.

Les généralistes néerlandophones ont partiellement nuancé ces critiques, bien qu'ils aient également une idée claire de la manière dont un service d'urgences devrait fonctionner. Quelques-unes de leurs remarques ont retenu notre attention.

18 Les cinq hôpitaux suivants disposent d'un service mobile d'urgence et de réanimation: l'AZ-VUB, l'hôpital Erasme, les cliniques universitaires Saint-Luc, l'hôpital universitaire Saint-Pierre et la clinique générale Sainte-Elisabeth.

Premièrement, le fonctionnement du service d'urgences dépend largement des personnes de garde (accueil, infirmier/ière et médecin/spécialiste), de leur compétence en matière de communication et de leur connaissance d'une seconde ou troisième langue. Or, c'est précisément dans les services d'urgences que le problème des stagiaires et des médecins étrangers se pose avec le plus de gravité. Une autre discrimination existe entre les services, selon qu'ils disposent ou non de médecins et de spécialistes qui passent la nuit à l'hôpital. Deuxièmement, les soins de première ligne sont trop souvent négligés: de nombreux problèmes pourraient être évités si l'on faisait intervenir le médecin traitant ou un généraliste au préalable¹⁹. Plus que dans toute autre ville, on recourt abusivement aux services d'urgences dans la capitale: d'une part, parce que le patient n'a pas de médecin traitant et, d'autre part, parce que le seuil financier pour accéder à un service d'urgences est particulièrement bas. De plus, l'attitude et la mentalité des patients 'pressés' causent souvent des problèmes supplémentaires de communication. Troisièmement, le problème linguistique s'inscrit dans la problématique plus large du manque de communication au sein des services d'urgences. Tous les généralistes restent convaincus que tout service d'urgences, quel que soit le statut de l'hôpital en question, devrait être bilingue. Cela suppose que le personnel infirmier et les médecins de garde puissent au moins comprendre et parler le néerlandais et le français. Les plaintes des patients et des généralistes portaient principalement sur les services d'urgences des deux hôpitaux universitaires francophones de la Région de Bruxelles-Capitale. Les réactions des généralistes néerlandophones de la périphérie étaient nettement plus vives que celles de leurs collègues bruxellois et souvent accompagnées d'anecdotes personnelles ou recueillies auprès de leurs patients. Au cours des entretiens que j'ai eus directement avec quelques chefs de service, le personnel des services d'urgences a surtout épinglé l'arrogance de certains patients et généralistes, le fait que certains patients sont toujours pressés, l'inaccessibilité des généralistes le soir et durant le week-end, l'absence de discernement entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas, etc. Tous ces facteurs influencent directement la charge de travail et l'interaction entre le patient, le généraliste et le personnel de garde. Par ailleurs, la charge accrue de travail, les horaires et l'absence de primes

19 Renier & Vossen, *Medi-100. Een project voor de inschakeling van de huisarts in de dringende medische hulpverlening in Brussel*. Studierapport 1994, december 1994, 99p + bijlagen en Renier & Vossen, *Medi-100. Een project voor de inschakeling van de huisarts in de dringende medische hulpverlening in Brussel*. Evaluatierapport, september 1993, 209 p.

linguistiques dans les hôpitaux universitaires encouragent rarement le bilinguisme d'un service. Enfin, le personnel de l'hôpital Erasme a également signalé les conséquences du *code-switching* dans ses contacts avec les patients (néerlandophones):

la plupart des patients parlent automatiquement français à l'accueil, avec les médecins et le personnel infirmier. Ce n'est que lorsque des difficultés surviennent, lorsqu'ils ont besoin de leur dossier patient ou lorsque leur généraliste néerlandophone demande leur lettre de sortie qu'ils s'expriment dans leur langue maternelle²⁰.

5. Conclusions et discussion

Le droit fondamental du patient à des soins de qualité repose sur un contact positif entre le dispensateur et le demandeur de soins et requiert une communication parfaite entre les interlocuteurs, condition qui est également indispensable pour établir une anamnèse correcte. Un véritable dialogue ne peut s'instaurer que si les intervenants partagent une même langue: il faut s'entendre pour se comprendre.

Les difficultés de communication et les problèmes linguistiques s'entremêlent donc de manière indissociable et influencent en fin de compte la qualité des soins. Le projet d'étude *'La qualité de la communication au niveau des contacts des patients et des généralistes avec les institutions de soins bruxelloises'* propose l'instantané d'une réalité délimitée, et il est clair que d'autres recherches sur des aspects complémentaires de cette problématique seront nécessaires. Il va de soi que les théories existantes qui portent sur la communication entre médecin et patient devront être confrontées à la réalité bruxelloise et que les études disponibles sur les modèles étrangers en matière de situation linguistique dans les hôpitaux suisses, scandinaves et canadiens pourront nous servir de référence. Néanmoins, cette étude nous a fourni une foule d'informations intéressantes sur les attitudes et les comportements des généralistes néerlandophones et de leurs patients, ainsi que sur leurs expériences avec les hôpitaux bruxellois. De plus, les résultats de l'étude ont servi de base aux discussions que les généralistes néerlandophones de Bruxelles ont menées avec les pouvoirs bruxellois sur la question du bilinguisme dans les services d'urgence de Bruxelles-capitale. Ainsi, une première étape vers un meilleur bilinguisme des services bruxellois d'hospitalisation

20 M. Verkouter s'est entretenue avec Monsieur Rommes, chef infirmier du service des urgences à l'hôpital universitaire Erasme le 20 avril 2000 et avec le Prof. Dr. J.-P. Mols, directeur du service des urgences à l'hôpital Saint-Pierre, le 2 mai 2000.

d'urgence s'est concrétisée le 22 septembre 2000, lorsque le gouvernement flamand a décidé, à l'occasion de la Conférence Interministérielle sur la Santé Publique, de mettre sur le tapis la question de la mauvaise connaissance du néerlandais dans les hôpitaux bruxellois, les ambulances médicalisées et les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

En guise de conclusion, nous reprendrons quelques constats relatifs à la question du bilinguisme en général. Tout d'abord, au niveau des pouvoirs politiques, la structure de l'offre sanitaire à Bruxelles est telle qu'elle impose un consensus entre les pouvoirs flamands et francophones. Sans ce consensus, aucune mesure ne peut être prise pour imposer le bilinguisme dans les hôpitaux en général et dans les services d'urgence des hôpitaux universitaires francophones en particulier. Or, jusqu'à ce jour, les pouvoirs francophones n'ont pas cherché à résoudre les problèmes linguistiques qui se posent dans les hôpitaux bruxellois ni à favoriser l'apprentissage du néerlandais par le personnel infirmier et les étudiants en médecine. L'absence d'études sur le bilinguisme du côté des universités francophones témoigne de ce désintérêt manifeste.

Sur le plan juridique, l'application de la loi linguistique n'a guère pallié le manque de volonté politique. Premièrement, la loi ne s'applique que dans les hôpitaux publics. Ainsi, les nombreuses plaintes à l'encontre des hôpitaux universitaires francophones restent sans suite. Deuxièmement, la loi ne concerne que le personnel nommé. Etant donné que les hôpitaux travaillent en général avec des contractuels, des stagiaires, des médecins indépendants et beaucoup de remplaçants, une grande partie du personnel échappe aux examens linguistiques. Troisièmement, le contrôle linguistique reste avant tout du ressort politique, puisque c'est la Commission Communautaire Commune qui est chargée de l'organisation du contrôle et qui peut annuler toute décision qui va à l'encontre de la loi linguistique. Le Conseil d'Etat n'intervient que rarement en matière d'application des lois linguistiques.

La modération juridique et le manque de volonté politique ont poussé les généralistes néerlandophones à s'organiser, à se construire des réseaux de contacts préférentiels et ont induit, chez leurs patients, un comportement particulier face aux problèmes linguistiques rencontrés dans les hôpitaux bruxellois. Ainsi, les médecins néerlandophones de Bruxelles et de la Périphérie bruxelloise évitent délibérément certains hôpitaux bruxellois. Dans notre étude, le fait que les médecins n'ont pas pris de risques dans leurs choix hospitaliers a considérablement augmenté le pourcentage de patients satis-

faits. Par ailleurs, les généralistes de la Périphérie sont encore plus vigilants: ils choisissent un hôpital particulier de manière beaucoup plus délibérée, excluent plus systématiquement certaines institutions, en raison de mauvaises expériences, et se déclarent en règle générale plus satisfaits de la communication. En outre, les problèmes au niveau des services d'urgences ont accentué l'importance du rôle du généraliste en tant qu'intermédiaire entre le patient et le personnel hospitalier. Tout ceci nous amène vers un constat majeur: le rôle déterminant de la langue dans l'évaluation de la communication. En dépit de données limitées, nous avons pu établir une typologie des patients et définir le type de patient qui accorde ou non de l'importance à la langue lors du choix d'un hôpital. Nous avons constaté que les patients qui attachent beaucoup d'importance à l'utilisation du néerlandais choisissent délibérément des hôpitaux néerlandophones ou bilingues. A Bruxelles, de nombreux patients âgés ou n'ayant pas dépassé le niveau d'enseignement inférieur passent plus facilement au français. Pour autant qu'ils soient bien soignés et accueillis avec gentillesse, la langue ne joue qu'un rôle secondaire. Or, il a été démontré par les généralistes néerlandophones, ainsi que par des études antérieures, que ce sont précisément les patients ayant le plus besoin d'un accueil dans leur propre langue (en raison d'une méconnaissance de la seconde langue et d'un vocabulaire médical très limité) qui parlent le plus volontiers la langue de leur interlocuteur. Si ce *code-switching* complique la relation et la communication entre demandeurs et dispensateurs de soins, il va aussi à l'encontre de l'argumentation des Flamands dans leur lutte pour un meilleur bilinguisme dans l'offre sanitaire bruxelloise.

BIBLIOGRAPHIE

- Baetens Beardsmore, H. (1991). Code-switching in a heterogeneous, unstable, multilingual speech community. In *Network on Code-switching and Language Contact – Papers for the Symposium on Code-switching in Bilingual Studies: theory, significance and perspectives*. (pp. 405-436). Strasbourg: European Science Foundation.
- Barber, B. (1979). Communication between doctor and patient: what compliance research show. In J.E. Alatis, & G.R. Tucker (ed.), *Language in public life*. (pp. 119-125). Washington: Georgetown University Press.
- Bouchard, R., & Giles, H. (1982). *Attitudes towards language variation. Social and applied context*. London: Edward Arnold.
- Circourel, A.V. (1985). Doctor-patient discourse. In T.A. Van Dijk (Ed.), *Handbook of discourse analysis vol III. Discourse and Dialogue*. (pp. 193-202). London: Academic Press.
- Cockx, S. (2000). *Pro Medicis Brussel. Project ter bevordering van het tweetalig zorgaanbod in het Brussels hoofdstedelijk gewest*. Stand van zaken op 1 november 2000. Manuscrit non publié, Brusselse Huisartsen vzw.

- De Corte, H. (1993). *Nederlands-Frans taalprobleem in de ziekenhuizen van Brussel*. Manuscrit non publié, Overlegplatform Vlaamse Gezondheidszorg.
- Fielding, G., & Evered, C. (1980). The influence of patients' speech upon doctors: the diagnostic interview. In R.N. St. Clair, & H. Giles (ed.), *The social and psychological contexts of language* (pp. 51-72). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heller, M.S. (1982). Negotiations of language choice in Montreal. In J.J. Gumperz, *Language and social identity*. (pp. 108-118). London: Cambridge University Press.
- Laurent, A., & Prims, A. (1992). *Onderzoek naar de kwaliteit van het onthaal en de begeleiding van de gebruikers uit verschillende gemeenschappen in de bicommunautaire algemene ziekenhuizen van het Brussels Gewest*. Manuscrit non publié, Université Libre de Bruxelles – Katholieke Universiteit Leuven.
- Mc Rae, K. (1983). *Conflict and Compromise in Multilingual Societies*. (Vol. 1. Switzerland, Vol. 2. Belgium et Vol. 3. Finland). Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.
- Masschelein, R. (1998). Het bestaande zorgaanbod. In *Het Nederlandstalig zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Verslag Colloquim*. (pp. 11-18). Manuscrit non publié, Katholieke Universiteit Brussel – Vlaams Komitee Brussel.
- Mens en Ruimte. (1967). *Taaltoestand in de Brusselse ziekenhuizen*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiecomitee voor Volksgezondheid.
- Shuy, R.W. (1976). The medical interview. Problems in communication. *Primary Care*, 3, 365-386.
- Taymans, M. (1991). *Invloedszone van de Brusselse ziekenhuizen*. (Dossier BRES N° 1). Brussel: Irisuitgaven.
- Van Gijssel, J.-P. (s.d.). *De aanwezigheid van de artsen in Brussel*. Manuscrit non publié, College van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.
- Vlaams Geneesheren Verbond. (1972). *Taaltoestanden in de geneeskundige sektor te Brussel*. Manuscrit non publié, Vlaams Aktiecomitee voor Volksgezondheid.