

restricted
AS/Jur (2003) 53
31 octobre 2003
fjdoc53.2003

Pétition concernant le droit des néerlandophones aux soins médicaux à Bruxelles et dans les municipalités néerlandophones environnantes

Projet d'avis à l'attention du Président de l'Assemblée

Commission des questions juridiques et des droits de l'homme

Rapporteur: M. Boris Cilevičs, Lettonie, Groupe Socialiste

I. Introduction

1. L'Assemblée a reçu de la part de cinq conseillers municipaux belges une pétition, datée du 1er octobre 2002, concernant le droit des néerlandophones aux soins médicaux à Bruxelles et dans les municipalités néerlandophones environnantes.
2. Lors de sa réunion du 9 décembre 2002, le Bureau de l'Assemblée a soumis cette pétition à la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme, en demandant à celle-ci de lui faire part de ses recommandations et conclusions.
3. Lors de sa réunion du 14 avril 2003, la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme m'a nommé rapporteur afin que je la conseille sur la réponse à apporter au Bureau. Permettez-moi de rappeler que mon mandat se limite à cette tâche. Il appartiendra au Bureau, sur la base de mes conclusions préliminaires communiquées par la Commission, de déterminer s'il est nécessaire d'établir un rapport complet et, si tel est le cas, de désigner la Commission à mandater.
4. La visite à Bruxelles a été reportée en raison des prochaines élections en Belgique. Le 10 septembre 2003, après avoir reçu l'autorisation de la Commission, je me suis rendu à Bruxelles dans le but d'y mener une enquête de courte durée. Dans le cadre de cette enquête, j'ai rencontré les auteurs de la pétition, des représentants des services publics responsables de l'administration des hôpitaux publics de la région de Bruxelles, les ministres néerlandophone et francophone compétents au sein du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, le Président de la Commission de Contrôle linguistique, ainsi que le Président de la Délégation belge à l'Assemblée parlementaire, Jean-Pol Henry, et un collègue néerlandophone de ce dernier, Stef Goris (le programme détaillé de cette enquête figure en annexe du présent document). Permettez-moi, à ce propos, de remercier le Secrétariat de la Délégation belge pour son efficacité dans l'organisation de cette visite courte mais bien remplie.

5. J'ai pu consulter une étude détaillée préparée par Myriam Verkouter et le Docteur Luc D'Hooghe en août 2003 dans le but de soutenir la pétition. Outre le contexte historique, politique et juridique de la question, cette étude présente des dizaines de témoignages plus récents que ceux que contient la pétition. Ces témoignages sont ceux de patients néerlandophones évoquant les difficultés qu'ils ont eues à se faire soigner dans leur langue maternelle. Le présent document reflète également, pour les besoins de mon enquête succincte, un certain nombre de publications scientifiques qui font état des observations faites dans ce domaine. Il démontre que la question est considérée depuis de nombreuses années comme un problème important.

II. Conclusions préliminaires (résumé)

6. La pétition n'est pas dénuée de fondement. Les plaintes dont fait état la pétition originale et que confirment un certain nombre de dossiers récents qui m'ont été présentés à Bruxelles, ainsi que le vif intérêt pour la question dans les médias locaux et nationaux, prouvent l'existence d'un grand malaise au sein de la population néerlandophone en ce qui concerne la façon dont le néerlandais est traité dans les hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale.
7. C'est pourquoi, la pétition en faveur du droit des néerlandophones aux soins médicaux à Bruxelles ne doit pas être écartée purement et simplement au motif qu'elle serait une simple tentative de revanche de la part des néerlandophones, certains d'entre eux ayant eu l'impression que leur camp avait «été battu» lors du débat concernant le rapport de Mme Nabholz-Haidegger sur la protection des minorités en Belgique qui a été adopté par l'Assemblée le 1^{er} février 2003. Si la question soulevée dans la pétition doit bien entendu être analysée à la lumière des activités antérieures de l'Assemblée sur la situation linguistique en Belgique, votre rapporteur tient toutefois à souligner que le problème à l'étude est fondamentalement différent de celui que traite le rapport de Mme Nabholz-Haidegger. Je soutiens vivement les conclusions principales de ce texte à savoir: que la ratification de la Convention-cadre pour la protection des minorités nationales permettra d'améliorer la mise en œuvre des droits de l'homme des résidents belges, que la réserve formulée par la Belgique n'est pas pertinente avec le but et l'objet de la Convention et ne doit donc pas être retenue au moment de la ratification de l'instrument et que les membres des minorités qui résident en dehors de leur territoire linguistique doivent être reconnus comme appartenant à une minorité au sens de la Convention-cadre. Dans l'intervalle mon rapport, par essence, ne traite pas de questions liées à la protection des minorités car dans le Néerlandais que le Français sont des langues officielles dans la région de Bruxelles. En outre, la question de savoir à quelles langues attribuer le statut de langues officielles n'entre pas dans le champ d'application des instruments de protection des droits des minorités et demeure exclusivement du ressort de la législation nationale. Je ne vois donc aucune raison de faire le lien ni d'établir un parallèle entre les deux rapports qui examinent deux aspects totalement différents de la situation linguistique en Belgique.
8. Cette question n'est pas, ou tout au moins pas principalement, une question juridique. Elle a des incidences directes dans d'autres domaines:
 - *dans le domaine politique*, car elle affecte les relations entre les deux principaux groupes linguistiques du pays dans une région particulièrement sensible, à savoir la ville de Bruxelles et ses environs; toute proposition visant à résoudre le problème rapidement peut perturber l'équilibre complexe sur lequel repose le statu quo;
 - *dans le domaine culturel*, car le véritable problème et les solutions les plus pratiques concernent l'éducation (linguistique);
 - *dans le domaine social*, car les conséquences les plus directes des problèmes de communication d'ordre linguistique entre les médecins et leurs patients sont des problèmes d'accès aux soins médicaux et de qualité de ces soins pour certaines couches de la population, en l'occurrence les néerlandophones.

9. Ce dernier aspect de la question touche de près aux droits de l'homme, qui plus est. En effet, l'interdiction de toute discrimination (article 14 de la Convention européenne des Droits de l'Homme) doit également s'appliquer à des services publics aussi essentiels que les services de santé.
10. Votre rapporteur tient à souligner une fois encore que, étant donné le système complexe qui a été mis en place au fil des siècles pour équilibrer les intérêts et l'influence politique entre les deux grands groupes linguistiques, la prudence est de mise si l'on tient à préconiser des mesures sanction. En effet, comme le montre l'expérience de nombreux autres pays (y compris le mien), des dispositions coercitives et punitives ne sont guère efficaces et tendent au contraire à accroître les tensions et donc à détériorer encore la situation.
11. En résumé, il s'agit essentiellement de savoir comment encourager véritablement les membres des deux grands groupes linguistiques de Belgique à parler les deux langues et notamment à inciter le personnel médical de Bruxelles à apprendre et à parler le néerlandais. Le problème n'est pas propre à la Belgique; nombre d'autres pays européens ayant à faire face à des difficultés du même ordre. En règle générale, c'est par l'éducation (tant au sein des établissements scolaires que dans le cadre de l'éducation des adultes) et par l'utilisation d'autres méthodes de promotion de l'intégration sociale que l'on parviendra à trouver une solution. C'est pourquoi votre rapporteur n'est pas totalement convaincu qu'un éventuel rapport (si le Bureau le juge nécessaire) relèverait de la compétence de la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme.
12. Mon intention est de présenter la situation aussi objectivement que possible et de laisser la Commission, puis le Bureau en dernier ressort, déterminer le contenu du futur rapport et, par conséquent, la Commission parlementaire à mandater.

III. Le droit des néerlandophones aux soins médicaux à Bruxelles et dans les municipalités néerlandophones environnantes: situation juridique et factuelle

13. Pour éviter tout malentendu éventuellement lié au titre de la pétition, notons que personne n'a mis en doute le droit des néerlandophones de Bruxelles aux soins médicaux (c'est-à-dire leur droit d'accéder à ces soins) en tant que tel¹. Les problèmes qui se posent concernent uniquement la possibilité pour les néerlandophones d'être pris en charge dans leur langue maternelle. Dans certaines situations, ces problèmes linguistiques peuvent entraîner des problèmes de temps (dans les situations d'urgence en particulier) et des problèmes de qualité (erreurs de diagnostic dues à des difficultés de communication, notamment). En outre, les patients peuvent se sentir « humiliés » en tant que « patients de seconde classe » s'ils sont contraints de communiquer avec le personnel médical dans une langue étrangère.

A. L'importance pour les patients d'être pris en charge dans leur langue maternelle: considérations médicales, sociales et juridiques

14. L'étude mentionnée précédemment, ainsi que plusieurs rapports écrits et verbaux qui m'ont été présentés lors de ma visite à Bruxelles, soulignent combien il est important d'un point de vue médical que patients et médecins se comprennent au sens propre. Comme il est expliqué, l'anamnèse en tant que partie essentielle de tout examen médical commence par des questions générales sur l'état du patient (description de l'affection, durée, nature et intensité des douleurs ou d'autres symptômes) et se poursuit par des questions plus ciblées sur les différents organes, les maladies antérieures, le développement psychique et physique, les intoxications, la nutrition, les maladies de l'enfance et les défauts congénitaux. La nécessité pour le personnel

¹ Des cas isolés de patients auxquels on aurait "refusé" un traitement tant qu'ils ne se seraient pas adressés au personnel de l'hôpital en français ont été contestés par l'administration hospitalière concernée sur la base des faits. Celle-ci a fait comprendre très clairement que ce genre d'attitude ne serait en aucun cas toléré.

médical de posséder des compétences linguistiques appropriées est justifiée de façon plutôt convaincante et confortée par des exemples tirés de témoignages portant sur des cas individuels.

15. Abstraction faite des raisons médicales et humanitaires, une communication efficace entre le patient et son médecin est présumée dans la législation et la jurisprudence actuelles sur les droits des patients et leur consentement éclairé. En Belgique, une loi progressiste relative aux droits des patients est entrée en vigueur le 6 octobre 2002. Ce texte recommande le respect de la dignité et du libre choix du patient, sans discrimination quelconque pour quelque motif que ce soit (article 5). Il permet au patient d'accéder à toutes les informations nécessaires concernant son état de santé et la façon dont celui-ci peut évoluer (article 7). La nécessité d'un consentement éclairé est soigneusement établie, y compris sous la forme d'une liste détaillée d'informations que le patient doit recevoir pour que son consentement puisse être considéré comme une décision prise en connaissance de cause (article 8). L'importance du consentement éclairé dans la relation entre le patient et son médecin est telle que dans certains pays même les interventions indiquées médicalement sont condamnées en tant qu'actes criminels (coups et blessures) si elles ne sont pas couvertes par le consentement valable du patient (c'est-à-dire un consentement donné à partir d'informations appropriées).
16. À mon avis, on ne peut pas raisonnablement douter du fait qu'une relation moderne entre un médecin et son patient présume que ce dernier puisse expliquer ce dont il souffre et puisse recevoir les explications nécessaires dans une langue qu'il maîtrise. La question qui se pose dès lors est de savoir s'il s'agit là d'un droit applicable légalement, tout au moins en ce qui concerne les néerlandophones de Bruxelles.²

B. Le « droit » des néerlandophones aux soins médicaux dans leur langue maternelle: situation juridique

1. La situation linguistique de Bruxelles en contexte

17. Des représentants de la communauté néerlandophone ont souligné en de nombreuses occasions le fait qu'ils considèrent la protection de la minorité néerlandophone de Bruxelles, compte tenu du statut bilingue de cette dernière, liée à la protection de la minorité francophone en Belgique au niveau fédéral: le statut bilingue de Bruxelles est perçu comme le pendant du statut bilingue de la Belgique tout entière. Selon les néerlandophones, revenir sur leurs droits à Bruxelles aurait pour conséquence de mettre en question l'équilibre linguistique au niveau fédéral³ et le *modus vivendi* entre les deux principaux groupes linguistiques.

² Les arguments présentés ci-dessus sur les plans médical, humain et juridique valent également pour les patients dont la langue maternelle n'est ni le français ni le néerlandais. Les chiffres présentés par les représentants de l'IRIS indiquent que les hôpitaux de Bruxelles soignent régulièrement des patients (pour la plupart des immigrants) parlant plus d'une centaine de langues. À mon sens toutefois, leur situation est différente dans la mesure où ils ont choisi de vivre dans un pays étranger et que l'on peut donc s'attendre à ce qu'ils apprennent une langue parlée localement de façon à pouvoir être autonome au quotidien. Pour ceux qui n'ont pas (encore) atteint ce niveau, les hôpitaux font des efforts considérables afin d'offrir des services d'interprétation en français. Ces efforts ne peuvent être que pleinement approuvés. Du point de vue des droits des patients, il est regrettable que l'une des néerlandophones citées dans l'étude mentionnée précédemment soit apparemment mécontente des efforts faits par l'hôpital Saint-Lucas de Woluwe afin de trouver un interprète pour un patient d'origine arabe et sa famille, avec lesquels son enfant partageait une chambre, alors qu'aucun effort semblable n'avait été fait pour que son jeune enfant puisse s'exprimer en néerlandais.

³ Je ne souhaite pas faire de commentaires sur les déclarations des éléments radicaux dans les deux camps, qui parlent de "reconquérir" Bruxelles, naguère capitale du Brabant (flamand), ou qui bien au contraire souhaitent effacer ce qui reste du caractère néerlandophone de la ville et de ses environs, comme première mesure en vue d'un "rééquilibrage" au niveau national.

18. Ce *modus vivendi* résulte d'une évolution qui a eu lieu sur plus d'une centaine d'années et au cours de laquelle le français a perdu son statut de langue dominante dans toute la Belgique, tandis que les néerlandophones ont obtenu que leur langue soit traitée à égalité avec le français. Parallèlement à cette évolution, le Nord de la Belgique, néerlandophone, a connu une croissance économique et démographique, alors que le Sud, francophone, a connu un certain déclin. Les attitudes des néerlandophones reflètent encore largement l'expérience collective de la discrimination et du dédain que l'élite francophone a autrefois affichés envers leur culture. Ce comportement de défense peut expliquer certaines réactions excessives et certains haussements de ton contre ce qui est perçu comme des tentatives de revenir sur des progrès âprement accomplis. Inversement, les francophones craignent en outre, compte tenu de l'évolution économique et démographique, de finir par être à leur tour dominés par la majorité néerlandophone du pays. Cette attitude tout aussi défensive peut expliquer en partie le sentiment d'« arrogance » des francophones envers leurs compatriotes néerlandophones, arrogance qui se manifeste clairement dans un grand nombre des témoignages présentés dans la pétition ainsi que dans d'autres documents. Chaque camp perçoit la situation à Bruxelles et dans la périphérie comme un test décisif de la sincérité des intentions affichées par l'autre camp.
19. En un mot, le compromis actuel a pour base une organisation fédérale de l'État, dans laquelle sont inclus des aspects territoriaux et individuels.
20. La frontière linguistique n'a pas bougé depuis le « compromis linguistique » obtenu en 1962-63. Les lois appliquées à cette époque ont divisé la Belgique en quatre régions pour ce qui est des langues: (1) la région néerlandophone du Nord (provinces d'Anvers, du Limbourg, du Brabant flamand, de Flandre-Orientale et de Flandre-Occidentale); (2) la région francophone du Sud (provinces de Liège, du Hainaut, de Namur, du Luxembourg et du Brabant wallon); (3) la région germanophone, comprenant neuf municipalités dans les cantons de l'Est; (4) Bruxelles-Capitale enfin, dont les dix-neuf municipalités ont reçu un statut bilingue. En outre, dans certaines municipalités proches de la « frontière linguistique », les locuteurs de l'autre langue officielle ont obtenu des aménagements spéciaux destinés à leur permettre de communiquer avec les services publics dans leur propre langue. Les lois sur les langues adoptées en 1963 protègent également le bilinguisme au niveau fédéral, dans les domaines de l'administration, de la justice (Cour de Justice) et d'autres services publics. Dans les deux camps, on reconnaît que ces textes, résultant d'un compromis politique, sont très complexes et paraissent souvent illogiques. De plus, quelquefois ils sont interprétés de façon différente par les communautés flamande et francophone, et les mécanismes d'application sont généralement peu efficaces. Ce manque d'efficacité peut néanmoins faire partie intégrante du compromis. En tant qu'observateur extérieur, il me semble que ce dernier a été conçu dans le but, ou tout du moins a pour effet, de maintenir un certain statu quo sur le plan linguistique, que le pays tout entier paraît vouloir et pouvoir accepter. Toute proposition de modification de ce statu quo fragile doit par conséquent être examinée très soigneusement.
21. La structure fédérale actuelle de la Belgique est l'aboutissement d'un certain nombre de réformes menées en 1970, 1980, 1988 et 1993. Ces réformes ont fait de la Belgique « un État fédéral constitué de Communautés et de Régions ». Le pays comprend trois Régions: la Région flamande, la Région wallonne et Bruxelles-Capitale. Parallèlement à cela, la population est subdivisée en trois Communautés: la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone. Ces Communautés, qui possèdent leur propre parlement (Conseil) et leur propre gouvernement, sont compétentes pour les affaires « individuelles » (dont font partie la santé, l'assistance sociale et l'éducation). Les Régions, qui ont aussi un parlement et un gouvernement, sont responsables du développement économique, entre autres. Si dans la Région flamande le Conseil et le Gouvernement de la Région ont fusionné avec le Conseil et le Gouvernement de la Communauté flamande, les instances demeurent séparées dans la Région wallonne et la Communauté française.

22. Cette organisation, qui n'est pas facile à comprendre pour le profane, est encore plus compliquée à Bruxelles: la Région de Bruxelles-Capitale a son propre Conseil et son propre Exécutif, mais certaines compétences sont aussi exercées par les Communautés (flamande et française). Ces dernières sont compétentes notamment dans les secteurs néerlandophone et francophone de la santé publique, de l'aide sociale, des matières culturelles et de l'enseignement. Une « Commission communautaire commune » a été créée pour exercer ces compétences communautaires à l'égard des habitants de Bruxelles. Cette Commission travaille indépendamment de la Région de Bruxelles-Capitale, de l'administration fédérale et des différentes communautés. Elle compte un organe législatif – l'Assemblée réunie composée des 75 membres du Conseil de Bruxelles, respectivement les Assemblées des Commissions communautaires flamande et française - et un organe exécutif - le Collège réuni composé des 5 ministres de la Région de Bruxelles-Capitale. La Commission communautaire commune contrôle et supervise la majeure partie des services de santé dans la capitale qui n'ont pas choisi d'appartenir exclusivement à la communauté flamande ou à la communauté française (« institutions de santé bi-communautaires »). En outre, le Gouverneur et le Vice-Gouverneur de la Région de Bruxelles-Capitale, en tant que représentants de l'administration fédérale, et la Commission permanente de contrôle linguistique exercent certaines fonctions de surveillance concernant le respect de la législation linguistique.
23. L'organisation des hôpitaux publics à Bruxelles a fait l'objet d'une restructuration majeure en 1996, avec un regroupement de l'ensemble des établissements hospitaliers en une organisation faîtière – le réseau IRIS.⁴ Cette organisation est responsable, entre autres, des questions de personnel, notamment l'application des règlements linguistiques.

2. Principales règles linguistiques applicables dans les hôpitaux de la région de Bruxelles

24. Les règles linguistiques ne sont pas les mêmes pour tous les hôpitaux situés dans la Région. Il faut distinguer trois catégories d'établissements hospitaliers:

a. Les trois hôpitaux universitaires (UBL/Université Libre de Bruxelles) à Anderlecht, VUB/Vrije Universiteit Brussels à Jette et UCL (Université catholique de Louvain) à Sint-Lambrechts-Woluve). Il s'agit d'institutions mono-communautaires, qui ont choisi de se rattacher à la Communauté flamande (VUB à Jette) ou à la Communauté française (ULB et UCL). Ces trois hôpitaux comptent plus de 2400 lits et sont tous situés en bordure extérieure de la région bruxelloise. Du fait de leur situation et aussi parce qu'ils offrent des services médicaux de pointe, ils attirent aussi les habitants des communes néerlandophones situées à la périphérie de Bruxelles. Ayant un statut mono-communautaire, les trois hôpitaux ne sont pas légalement tenus d'offrir des services dans l'autre langue, à la seule exception des services d'urgence (cf. ci-après).

b. Neuf (autres) hôpitaux publics sont obligés de respecter les règlements linguistiques prévoyant un véritable bilinguisme. Il s'agit de par la loi d'« institutions bi-communautaires ». A l'instar des autres « centres publics d'aide sociale » (CPAS), comme les maisons de convalescence et les maisons de retraite, ces institutions sont considérées comme des services décentralisés des communautés et sont couvertes par la loi sur les services locaux ainsi que par les articles 17 à 22 du Décret royal du 18 juillet 1966. D'après l'article 19, la langue à utiliser par les prestataires de services est celle de l'utilisateur, à condition que celui-ci s'exprime en français ou en néerlandais. D'après la loi, le personnel en contact avec le public doit justifier qu'il possède de la seconde langue une connaissance orale suffisante ou élémentaire, appropriée à la nature de la fonction à exercer. Les compétences linguistiques sont vérifiées avant le recrutement. Ainsi, les personnes qui sont régulièrement en contact avec le public, comme les médecins, les infirmières et le personnel d'accueil, doivent avoir une connaissance suffisante du néerlandais ou du français. Les examens de langue au niveau professionnel, qui, d'après des représentants des deux groupes

⁴ Interhospitalenkoepel van de Regio voor Infrastructurele Samenwerking/Interhospitalière Régionale des Infrastructures de Soins

linguistiques, sont sérieux et objectifs, bien que parfois un peu trop difficiles, sont administrés par le SELOR, organisme de recrutement de l'administration fédérale. La Commission permanente de contrôle linguistique a considéré, toutefois, que le bilinguisme n'est pas une obligation pour les intérimaires, les stagiaires et les médecins indépendants travaillant dans les hôpitaux publics sur une base contractuelle, à l'exception du personnel des services d'urgence qui doit en tout état de cause être bilingue.

c. Les dix hôpitaux privés de la région de Bruxelles ont le choix entre le statut d'institution mono-communautaire et bi-communautaire. Etablis sous la forme juridique d'associations privées, ils ne sont pas liés par les lois relatives au bilinguisme. Ayant choisi, cependant, d'être agréés en tant qu'institutions bi-communautaires et recevant des subventions émanant du budget de la Commission communautaire commune, ils sont tenus de fournir des services dans les deux langues. Ils ne font pas, toutefois, l'objet d'inspections à cet égard.

3. Procédures pour le respect des règles linguistiques applicables aux hôpitaux de Bruxelles

25. Par rapport aux règles fondamentales, qui prévoient un grand degré de bilinguisme dans la plupart des hôpitaux bruxellois, les procédures visant à faire respecter ces règles sont relativement souples. Les « acteurs » ci-après sont impliqués dans la surveillance de l'application de la législation linguistique dans les hôpitaux publics de Bruxelles.

a. La Commission permanente de contrôle linguistique

26. La Commission permanente de contrôle linguistique est saisie de toutes les plaintes concernant l'application de la législation linguistique. Elle peut enquêter sur les motifs de ces plaintes et émettre des avis, soit en réponse à des plaintes, soit à la demande des parties intéressées. La Commission permanente, dont j'ai rencontré la Présidente, Mme van Cauwelaert, lors de mon séjour à Bruxelles, a publié plusieurs avis sur l'utilisation des langues dans les hôpitaux bruxellois, sans avoir le pouvoir de sanctionner les collectivités locales ne respectant pas les règles, ni de suspendre des décisions administratives. Les requérants ont fait part de leur frustration quant aux pouvoirs limités de cet organe qu'il considère comme neutre et bien équilibré.

b. Le Vice-Gouverneur et le Collège réuni

29. Le Vice-Gouverneur de la Province de Brabant exerce la fonction de commissaire du Gouvernement belge pour la Région de Bruxelles-Capitale, qui consiste notamment à surveiller l'application de la législation linguistique sur le territoire de cette Région, selon l'article 6 de la loi du 2 août 1963. Dans le cadre de ces fonctions, le Vice-Gouverneur (actuellement M. Nys, que j'ai rencontré lors de mon séjour à Bruxelles), est saisi de plaintes concernant l'embauche et l'avancement d'agents dans les administrations locales, notamment les Centres publics d'aide sociale chargés des hôpitaux publics. Lorsqu'il estime qu'il y a violation des lois linguistiques, le Vice-Gouverneur est habilité à suspendre une décision administrative pour une durée de 40 jours. Il appartient alors aux deux Ministres (l'un néerlandophone, l'autre francophone) responsables des questions d'aide sociale au Collège réuni de la Commission communautaire commune (organe exécutif de la Commission) d'annuler la décision administrative, ou de ne pas l'annuler. Etant donné que toute annulation exige un consensus entre les deux Ministres, que j'ai tous deux rencontrés lors de ma visite (M. Eric Thomas et M. Guy van Hengel), les décisions suspendues par le Vice-Gouverneur sont très rarement annulées, car le Ministre francophone ne partage pas souvent l'interprétation du Vice-Gouverneur ni celle de son collègue néerlandophone.

28. Pour ce qui est du personnel des hôpitaux publics, le mécanisme de surveillance par le biais du Vice-Gouverneur et des deux Ministres du Collège réuni de la Commission communautaire commune a encore été affaibli par la création du réseau IRIS regroupant la majorité des hôpitaux publics. Depuis la mise en place de ce réseau, les décisions d'embauche ou d'avancement du personnel hospitalier ne sont plus transmises au Vice-Gouverneur, qui ne peut donc plus les suspendre.

c. Le Conseil d'Etat/Raad van State

29. Le Conseil d'Etat, en tant que plus haute instance administrative, est habilité à annuler les décisions d'une autorité administrative, qui sont contraires à la législation linguistique.
30. Je n'ai pas été en mesure de déterminer jusqu'ici pourquoi cet organe quasi judiciaire n'est pas plus fréquemment saisi, par exemple pour sortir de l'impasse lorsque aucun consensus ne peut être trouvé entre les Ministres francophone et néerlandophone à propos de la suspension d'une décision par le Vice-Gouverneur. Les requérants avancent que les avis du Conseil d'Etat ne sont pas souvent exécutés, car aucune sanction n'est prévue en cas de violation.
31. Dans une affaire concernant le bilinguisme du personnel hospitalier,⁵ le Conseil d'Etat a adopté une position qui s'écarte de celle de la Commission permanente de contrôle linguistique, en ce sens que l'obligation de bilinguisme ne dépend pas, de l'avis du Conseil d'Etat, du statut contractuel du membre du personnel (permanent ou intérimaire), mais de la fonction qu'il exerce.

d. Les mécanismes de contrôle du réseau IRIS

32. IRIS, dont j'ai rencontré la Présidente, Mme Camille Artois, et le Directeur, M. Dirk Thielens, durant mon enquête à Bruxelles, est un organe de gestion créé en 1996 qui coiffe cinq hôpitaux publics bruxellois (Brugman, Saint-Pierre, HIS, Bordet et HUDERF comptant au total 2344 lits). IRIS, qui a la forme juridique d'une association, regroupe des représentants des autorités locales de la région de Bruxelles, des Centres publics d'aide sociale, des associations de médecins et des hôpitaux concernés afin d'assurer une gestion coordonnée de ces derniers et utiliser ainsi au mieux les ressources infrastructurelles disponibles. Les autorités publiques ont la majorité des voix à l'assemblée générale d'IRIS et à son Conseil d'administration. IRIS est supervisé par le Collège réuni (organe exécutif de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale), ou plus précisément par trois commissaires un francophone, un néerlandophone et un membre du Gouvernement de Bruxelles). Ces commissaires ont le droit de participer à toutes les réunions des organes administratifs d'IRIS et ont la possibilité de mettre leur veto aux décisions prises par IRIS et d'imposer l'application des mesures requises. Les représentants d'IRIS m'ont informé que les Commissaires étaient intervenus officiellement douze fois jusqu'ici. En outre, IRIS est assujéti à des audits par le gouvernement régional de Bruxelles-Capitale et à un contrôle de type parlementaire par l'Assemblée réunie (organe législatif de la Commission communautaire commune).
33. IRIS supervise, à son tour, les hôpitaux du réseau par l'intermédiaire d'un commissaire qui participe aux réunions des conseils d'administration des hôpitaux et qui a le droit d'opposer son veto à toutes les décisions qui ne sont pas conformes aux décisions d'IRIS. IRIS exerce aussi un contrôle budgétaire sur les hôpitaux du réseau, approuve la nomination du personnel professionnel et publie des directives concernant les politiques de personnel de manière générale.

e. L'Accord de courtoisie linguistique du 14 novembre 1996

34. Conscientes du fait que les moyens administratifs et (quasi-)judiciaires tels que ceux décrits plus haut ne permettaient pas d'assurer un niveau satisfaisant de bilinguisme à Bruxelles, les autorités de part et d'autre ont fait montre de la volonté politique nécessaire pour trouver un compromis durable et ont conclu en 1996 l'Accord de courtoisie linguistique. Cet Accord confirme que tous les candidats à des postes (y compris des contrats temporaires) dans le secteur public supposant des contacts avec le public doivent justifier de leur bilinguisme. Il stipule que les employés sous

⁵ Décision no. 24 982 du 18 janvier 1985, repris du mémorandum susmentionné, p.38.

contrat de la Région de Bruxelles-Capitale ne satisfaisant pas à l'obligation de bilinguisme au moment de leur embauche doivent passer l'examen de langue dans un délai de deux ans. Pour sa part, le SELOR doit adapter ses méthodes d'examen pour faciliter le respect de cette condition. Dans une lettre circulaire envoyée à la fin de 1997, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et le Collège réuni de la Commission communautaire commune ont informé les autorités municipales, les organismes d'aide sociale et les hôpitaux publics bruxellois de l'existence de cet accord et ont établi une procédure par laquelle les autorités administratives souhaitant embaucher un salarié doivent tout d'abord consulter une liste des candidats répondant aux conditions requise et ayant passé l'examen de langue. Si la liste ne contient pas de candidat qui puisse convenir, d'autres personnes peuvent être embauchées pour une période de deux années durant laquelle elles doivent passer l'examen. De nouvelles lettres circulaires datées des 18 et 19 juillet 2002 ont assoupli ces conditions, un contrat initial de durée déterminée conclu avec un candidat non bilingue pouvant être prolongé de deux années supplémentaires à condition que l'intéressé ait participé activement à un cours de langue complet, ou ait passé un examen du SELOR et obtenu au moins 40% des points. L'application de cette circulaire a été, toutefois, suspendue par le Conseil d'Etat le 8 avril 2003, qui n'a pas encore statué quant au fond.

4. Le cas particulier du traitement des urgences

35. Le traitement des urgences est un cas particulier pour deux raisons:

- Premièrement, les patients en situation d'urgence n'ont souvent pas le choix de l'hôpital où ils vont, ou sont amenés par l'ambulance, car ce doit être l'établissement le plus proche.

- Deuxièmement, dans les situations d'urgence, les erreurs de compréhension ou les pertes de temps causées par des problèmes de communication entre les patients et le personnel hospitalier, ou par la recherche d'un interprète, peuvent avoir des conséquences particulièrement dramatiques pour la santé (comme l'indiquent certains des exemples présentés par les requérants).

36. Le caractère particulier du traitement des urgences a aussi été reconnu dans la réglementation et son interprétation. La Commission permanente de contrôle linguistique a admis que même les prestataires privés de soins de santé, qui ne sont normalement pas assujettis aux législations linguistiques exigeant le bilinguisme, doivent assurer des services dans les deux langues dans la mesure où ils fournissent des soins d'urgence, considérés comme une mission de santé publique. Dans la pratique, cela suppose qu'au moins les médecins et les infirmiers qui sont affectés aux urgences et au SMUR⁶ de ces établissements de santé et qui ont des contacts avec la patient ou sa famille devraient être bilingues.⁷

37. A Bruxelles, les Sapeurs-Pompiers sont chargés d'organiser le service d'aide médicale d'urgence joignable par un seul numéro de téléphone (le 100). Les règles linguistiques applicables au service des Sapeurs-Pompiers ont été modifiées par la loi de 1989 relative à l'agglomération de Bruxelles. Avant cette date, les Sapeurs-Pompiers étaient rattachés à la municipalité et relevaient de la loi sur l'emploi des langues en matière administrative coordonnée, ce qui impliquait que la parité entre personnel francophone et néerlandophone était requise au niveau de la gestion et que tous les agents en contact avec le public (y compris les ambulanciers) devaient être bilingues. En 1989, les Sapeurs-Pompiers ont été transférés à la région et sont devenus de ce fait un service bilingue dont le personnel n'était pas (ou pas

⁶ « Service mobile d'urgence » comprenant au moins un médecin et un infirmier spécialisés dans les soins d'urgence et aidant les ambulanciers à donner des soins aux patients sur place et durant leur transport à l'hôpital le plus proche.

⁷ Décision de la Commission permanente cités dans le mémorandum susmentionné, p.32.

nécessairement) bilingue.⁸ Les ordonnances adoptées ultérieurement par le parlement de la Région de Bruxelles-Capitale ont introduit des pourcentages fixes de répartition linguistique à tous les niveaux, sur la base de la charge de travail calculée en fonction du nombre d'appels reçus dans les deux langues. Cette question a entraîné un grave conflit politique, de longues procédures devant le Conseil d'Etat et la démission d'un ministre. Actuellement, la répartition linguistique est la suivante: 70,52% du personnel est francophone et 29,48% néerlandophone. L'Accord de courtoisie linguistique susmentionné (bien que son application soit actuellement suspendue, voir plus haut) pourrait contribuer à rapprocher la situation de la configuration antérieure à 1989, dans laquelle tous les agents du service des Sapeurs-Pompiers devaient être bilingues.

⁸ Etude de J.Tyssens, citée dans le mémorandum, p. 28.

C. Droit des néerlandophones aux soins de santé – la situation factuelle

38. La Région de Bruxelles-Capitale comprend 19 communes différentes avec une population de 950 000 habitants environ. Elle représente 0,54% du territoire national et environ 9,5% de la population belge. En tant que capitale de la Belgique, de la Communauté flamande et de la Communauté française, Bruxelles est officiellement une ville bilingue, avec une majorité d'habitants francophones.⁹¹⁰

39. Numériquement, les néerlandophones sont nettement minoritaires à Bruxelles également parmi les patients et le personnel des hôpitaux, bien que la zone desservie par les hôpitaux bruxellois s'étende très à l'intérieur des communes néerlandophones périphériques.

40. Une étude datant de 1991 citée dans la requête¹¹ montre que plus de 25% des patients admis dans les hôpitaux publics à Bruxelles viennent de l'extérieur de la Région de Bruxelles-Capitale et que 15% de toutes les admissions concernent des habitants de la province essentiellement néerlandophone du Brabant flamand. Les chiffres fournis par IRIS confirment qu'environ un quart des patients viennent de l'extérieur de la région de Bruxelles, mais la ventilation du quart restant est différente (10,8% viennent des Flandres et 13,2% de la Région wallonne, alors que 1,9% ont une origine géographique indéterminée). Les requérants avancent que 30% des patients des hôpitaux publics de Bruxelles parlent le néerlandais, contre 10% des médecins y travaillant. D'après les chiffres indiqués par IRIS pour les hôpitaux du réseau, 12,1% des médecins et 30,7% du personnel infirmier sont d'origine néerlandophone, mais 48% des médecins et 35% du personnel infirmier reçoivent l'allocation linguistique versée à ceux ayant passé l'examen de langue. Aucune indication n'est donnée quant à la ventilation de ces membres du personnel bilingues entre néerlandophones et francophones d'origine. Il m'a été indiqué durant ma visite que, de manière générale, les néerlandophones sont plus nombreux que les francophones à recevoir l'allocation versée suite au passage de l'examen dans l'autre langue officielle.

41. Les requérants citent un rapport de recherche conjointe publié par KUL/ULB¹² d'après lequel 58% des néerlandophones dirigés vers des hôpitaux publics bruxellois n'ont pas été correctement accueillis dans leur langue d'origine et ont été obligés de s'exprimer en français. En revanche, une étude mandatée par IRIS en avril 2000 a conclu, après avoir questionné 604 patients, dont 18% de néerlandophones, que les patients néerlandais sont généralement un peu plus satisfaits que les patients francophones des services fournis par les hôpitaux du réseau IRIS.

42. Le nombre absolu de plaintes individuelles est en fait très limité. La Requête elle-même fait référence à 13 exemples, dont certains remontent à plus de 10 ans. Les représentants d'IRIS, de même que la Présidente de la Commission permanente de contrôle linguistique, Mme van Cauwelaert, ont confirmé le faible nombre de plaintes reçues. Les dossiers complets des plaintes officielles traitées par IRIS et transmises au Vice-Gouverneur m'a été remis, et leur analyse montre que ces plaintes ont été prises très au sérieux et qu'il

⁹ Etant donné qu'il n'y a pas de « sous-nationalités » fondées sur la langue à Bruxelles, le meilleur moyen d'estimer l'affiliation linguistique des résidents de l'agglomération est d'examiner les résultats des élections. Au cours de la première élection au parlement bruxellois, tenue en juin 1989, les partis francophones ont obtenu 84,7% des votes. Les partis flamands en ont totalisé 15,3%.

¹⁰ D'après l'étude de R.Janssens sur les langues utilisées à Bruxelles (VUB Press, 2001, p. 34, citée dans la Requête à la note 68), 9,3% de la population de la région de Bruxelles vivent dans des ménages se parlant exclusivement en néerlandais chez eux et 10,1% dans des ménages parlant chez eux aussi bien le français que le néerlandais.

¹¹ Note de bas de page 23.

¹² Katholieke Universiteit Leuven (néerlandophone) et Université libre de Bruxelles (francophone) – Etude de A. Laurent et A. Prims – Enquête sur la qualité de l'accueil et de l'aide reçus par les utilisateurs des différentes communautés dans les hôpitaux généraux bi-communautaires de la région de Bruxelles, Leuven/Bruxelles 1992.

leur a été donné suite. En septembre, les représentants des requérants m'ont remis une liste supplémentaire de plaintes récentes postées sur un site web mis en place par notre collègue Stef Goris en peu de temps.

43. Les représentants des requérants ont avancé que le nombre de plaintes, faible il est vrai, ne change rien à la gravité du problème et à sa fréquence. Les plaintes individuelles ne sont que la « partie visible de l'iceberg » et ne font qu'illustrer une situation donnant aux néerlandophones l'impression d'être des patients de « deuxième classe ». Les patients et leur famille sont très réticents à déposer plainte car ils craignent que l'hôpital et les médecins ou le personnel infirmier dont ils dépendent pour leur traitement leur en veuillent. La situation d'extrême dépendance caractéristique de la relation médecin-patient, du moins dans les cas de maladies graves ou d'urgences médicales explique, de l'avis des représentants des requérants, le petit nombre de plaintes individuelles. Ils estiment que les plaintes qui sont déposées malgré tout sont des exemples typiques de la situation linguistique dans les hôpitaux de Bruxelles en général, qui se caractérise par une certaine arrogance et intolérance à l'égard de ceux qui ne sont pas capables ou pas désireux de s'exprimer en français. Les témoignages cités dans la requête et le mémorandum supplémentaire que j'ai reçu vont tout à fait dans ce sens.

44. L'existence d'une francophonie de fait dans les hôpitaux bruxellois est corroborée, semble-t-il, par un témoignage écrit que j'ai reçu de la section IRIS de l'Union chrétienne des agents de la fonction publique, néerlandophone) se plaignant des difficultés rencontrées par les fonctionnaires de langue néerlandaise en raison de l'unilinguisme pratiqué dans ces hôpitaux (à l'exception de l'hôpital Bracops à Anderlecht, qui est, selon l'Union, un véritable hôpital bilingue). Les agents concernés ont formulé plusieurs plaintes: les documents destinés aux réunions avec le Conseil d'administration sont exclusivement en français (la traduction en néerlandais n'est faite que sur demande expresse); les réunions des comités et les négociations se tiennent exclusivement en français (alors qu'en théorie chacun parle sa propre langue, les intervenants de langue néerlandaise doivent parler français s'ils veulent être compris); les cours de formation et les séminaires ont lieu exclusivement en français; les agents de langue néerlandaise font l'objet d'une discrimination s'agissant des décisions d'embauche et d'avancement. En raison de l'atmosphère peu amicale à l'égard des néerlandophones (les services de garde d'enfants pour le personnel ne sont offerts qu'en français), les agents concernés repartent souvent assez rapidement. Enfin, les soins palliatifs pour les patients en phase terminale de leur maladie ne sont assurés que par du personnel francophone.

45. Sans avoir eu la possibilité jusqu'ici de vérifier les informations qui m'ont été fournies – je n'ai pas jugé utile à ce stade, par exemple, de me rendre dans les hôpitaux et d'interroger les patients et le personnel afin de « tester » la situation linguistique – je suis parvenu à la conclusion préliminaire qu'il ne peut y avoir de fumée sans au moins un peu de feu. Nombre de néerlandophones sont de toute évidence peu satisfaits de la situation rencontrée dans la pratique, qui correspond assez peu à celle prévues par les dispositions législatives mentionnées plus haut. Ces dispositions prévoient en effet la prestation de services bilingues et, à l'exception du service des Sapeurs-Pompiers, exigent que tous les membres du personnel en contact avec le public parlent à la fois le français et le néerlandais.

D. Initiatives visant à remédier à la situation

46. Certaines initiatives visent à rendre plus effectif le bilinguisme dans les hôpitaux de Bruxelles en général, alors que d'autres sont axées sur le domaine où le problème est jugé le plus pressant, à savoir les services d'ambulance et les services médicaux d'urgence.

1. Initiatives concernant la situation linguistique dans les hôpitaux en général

47. Plusieurs initiatives visent à accroître le personnel néerlandophone ou bilingue dans les hôpitaux publics. Certains de ces projets tendent à modifier le cadre légal dans ce domaine, et notamment à renforcer les mécanismes de contrôle qui, à ce jour, n'ont pas permis l'application effective des règles de fond garantissant le bilinguisme. D'autres initiatives sont plutôt axées sur les moyens de développer l'offre de personnel bilingue, étant

donné que les directeurs d'hôpitaux déplorent le manque de ce type d'employés et se voient contraints de recruter un personnel monolingue – malgré les dispositions légales en vigueur.

a. Initiatives visant à modifier la réglementation

48. Des parlementaires flamands ont déposé une proposition à la Chambre fédérale des Représentants, en vue de modifier le mécanisme de contrôle des lois linguistiques (dit « procédure d'annulation ») prévu à l'article 65 de la Loi sur la coordination linguistique. Plusieurs des auteurs de la pétition se sont aussi déclarés favorables au remplacement de l'actuelle « procédure d'annulation » (qui exige l'accord des ministres francophone et néerlandophone pour faire annuler telle ou telle décision – sachant que les deux ministres parviennent rarement à un tel accord) par une « procédure d'approbation », laquelle rendrait toute décision impossible en cas de différend entre les deux ministres.

49. Par ailleurs, l'« Accord de courtoisie linguistique » de 1996¹ (aujourd'hui suspendu) a été également une tentative – soutenue en principe par les deux communautés linguistiques de Bruxelles – pour réviser les procédures légales de recrutement et permettre notamment l'accroissement des personnels bilingues. Cet accord vise à obliger toutes les catégories d'employés à passer un test linguistique pour une période donnée (de deux ans, en principe, et renouvelable une fois). Cette approche serait plus souple que l'instauration d'une procédure d'approbation rigide, dans la mesure où elle reconnaît qu'il ne serait pas réaliste d'exiger de tous les employés d'être bilingues lors de leur recrutement.

b. Initiatives impliquant d'autres mesures pratiques

50. Le projet dit « Pro Medicis Brussel », initiative indépendante prise en 1999 par un groupe de membres néerlandophones des professions médicales – avec l'appui de M. Grijp, alors ministre (néerlandophone également) de la Région de Bruxelles-Capitale responsable de la santé, soutient le développement du bilinguisme dans le secteur des soins de santé.

51. Outre une étude des raisons pouvant expliquer le manque d'enthousiasme des professionnels de la santé néerlandophones pour pratiquer à Bruxelles, le projet a permis d'élaborer des programmes axés sur la pratique et encourageant des stages d'étudiants flamands dans les hôpitaux de Bruxelles, ainsi que la diffusion d'informations sur les vacances de postes, auprès de professionnels bilingues intéressés par un emploi à Bruxelles, et, enfin, la « mise en réseau » des médecins généralistes et spécialistes bilingues employés dans les hôpitaux.

52. Par ailleurs, le « Réseau virtuel du secteur des soins de santé » - présenté comme une solution en vue d'éviter la concentration physique de professionnels de la santé bilingues dans tout nouvel hôpital – permet de centraliser l'information sur les compétences spécialisées des médecins néerlandophones et bilingues, et d'autres professionnels des soins de santé, afin de les rendre plus accessibles aux patients souhaitant un traitement de qualité dans leur langue maternelle. Ce réseau, qui organise également des activités de formation, comporte une structure permanente, supervisée par un comité exécutif, et ses participants sont sélectionnés sur la base de leurs compétences médicales et de communication.

53. Enfin, après ma visite à Bruxelles, M. Rudy Demotte, ministre fédéral (francophone) des Affaires sociales, s'est prononcé publiquement en faveur d'une amélioration des services de santé bruxellois au profit des néerlandophones. M. Demotte a proposé une réunion avec ses collègues de la Région Bruxelles-Capitale - MM. Vanhengel (néerlandophone) et Tomas (francophone) – en vue de d'étudier les moyens d'améliorer concrètement la situation (notamment l'insertion d'une formation linguistique dans le Programme des écoles médicales). Dans les articles consacrés par la presse néerlandophone aux déclarations de M. Demotte, un lien était établi entre l'initiative du ministre et ma visite à Bruxelles sous l'égide du Conseil de l'Europe.

¹ cf. plus haut, p.

2. Initiatives concernant plus particulièrement les services d'urgence

54. En fait, les revendications les plus marquées qu'il m'ait été donné d'entendre étaient celles d'habitants des secteurs flamands, pris en charge par les services d'urgence médicale des hôpitaux ULB ou UCL (essentiellement francophones) : ces hôpitaux sont proches de la « frontière linguistique », et leur champ d'intervention déborde largement sur le territoire néerlandophone.

55. Des projets de loi présentés en 1999 à la Chambre belge des Représentants et au Conseil de Bruxelles-Capitale avaient pour but de rétablir le statut linguistique antérieur à 1989 en ce qui concerne les Pompiers et les membres des services d'urgence médicale de la Région Bruxelles-Capitale.

56. La question du bilinguisme dans les salles d'urgence a également été évoquée par les représentants flamands à la Conférence interministérielle de la Santé publique, en septembre 2000. Cette conférence a conduit à la création d'un groupe d'intervention, chargé de présenter des propositions concrètes. L'une de ces propositions concernait la création d'une agence centrale d'information, susceptible de recevoir les plaintes relatives aux problèmes linguistiques ; une autre proposition suggérait de stipuler, par Décret royal, que l'un des éléments du cahier des charges des GMU (« Groupes médicaux d'urgence ») devait être le fonctionnement de ces services dans la langue de la région où ils opèrent.

57. D'après le mémorandum additionnel des auteurs de la pétition - susmentionné² -, ces propositions ont fait naître un certain optimisme dans la communauté néerlandophone, préoccupée par le fait que des patients flamands venant du Brabant « profond » puissent être transportés par des ambulanciers ne parlant pas le néerlandais. Toutefois, on attend toujours la traduction concrète de ces propositions en textes de loi, de la part des ministres concernés.

IV. Conclusion

58. Ma première conclusion est que la question soulevée par la pétition n'est pas – du moins dans son essence – d'ordre juridique mais concerne directement d'autres domaines – notamment les sphères politique, culturelle et sociale (cf. B, ci-dessus).

59. Mon sentiment – fondé notamment sur mon expérience personnelle des questions de minorités dans d'autres pays (y compris le mien) – est qu'il faut recourir aux moyens juridiques le plus parcimonieusement possible et favoriser plutôt les solutions pratiques.

60. Toute modification fondamentale du cadre légal pourrait avoir des conséquences très sérieuses sur le « modus vivendi » existant actuellement entre les différentes populations.

61. La Belgique est un exemple tout à fait significatif de la manière dont un système très élaboré de « contrôle et d'équilibre », instauré après une longue marche vers le compromis, peut conduire à un « statu quo » perçu comme artificiel, dans la mesure où cette situation entraîne également le maintien de règles anciennes, dont on s'accorde à reconnaître qu'elles étaient ou sont devenues irrationnelles. Cependant, il est concevable que certaines situations de « blocage » ou d'« impasse » – si peu satisfaisantes soient-elles – aient permis (en tout cas, c'est dans cet esprit que les deux parties l'acceptent) la négociation d'un « accord global », dont le contenu soit « présentable » aux populations concernées. Néanmoins, on peut avoir du mal à admettre que des dispositions légales de fond restent en grande partie inapplicables en raison de la faiblesse des procédures de mise en œuvre.

² p. 33.

62. Pour quelqu'un qui vient de l'extérieur (et notamment pour les juristes que sont les membres de notre commission), il peut sembler plus « normal » de reformuler les règles de fond en termes plus réalistes (par exemple, en instaurant une obligation de bilinguisme pour l'ensemble du service concerné plutôt que pour chacun de ses employés en contact avec le public), et d'accompagner cette démarche de l'élaboration d'instruments procéduraux très « pointus », qui permettront véritablement la mise en œuvre des règles ainsi révisées. Toutefois, il faut alors examiner le dossier dans tous ses détails, et je considère que le Conseil de l'Europe n'a pas à avoir ce type d'exigence ou même de recommandation. Il serait plus conforme à la démarche constructive qui est propre au Conseil d'encourager des initiatives pratiques, qui amélioreraient de manière concrète la situation des patients néerlandophones dans les hôpitaux de Bruxelles.

63. Après cette présentation, que j'ai souhaitée aussi objective que possible, il reviendra aux membres de notre commission, et, en dernier ressort, au Bureau, de déterminer l'axe du futur rapport, et, par voie de conséquence, la commission de l'Assemblée qui sera mandatée.

ANNEXE**Programme de la visite d'information à Bruxelles
10 septembre 2003**

8 h 30 – 10 h 00	Rencontre avec les signataires de la pétition
10 h 00 – 11 h 00	Rencontre avec les Ministres de la Région de Bruxelles-Capitale, M. Tomas et M. Van Hengel
13 h 00	Déjeuner avec M. Jean-Pol Henry, Président, et M. Steff Goris, Membre, de la délégation belge à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe
15 h 00 – 16 h 00	Rencontre avec Mme Camille Artois, Présidente de IRIS, M. Georges Grinberg, Administrateur délégué de IRIS
16 h 00 – 16 h 45	Rencontre avec Mme Van Cauwelaert, Présidente de la Commission de contrôle linguistique,
16 h 45 – 17 h 15	Rencontre avec Mme Paulus de Châtelet, Gouverneur de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale
17 h 15 – 17 h 45	Rencontre avec le Vice-Gouverneur de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, M. Nijs
18 h 00	Départ