UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Situation sociolinguistique de l'hôpital Rema de Ruyigi : cas de la communication soignants-soignés

KADONDOGORI, Sylvestre; SOUS LA DIRECTION: Pr Melclllor NTAHONKIRIYE

2016-02
UB, FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/779

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE LANGUE ET LITTERATURE FRANCAISES

« SITUATION SOCIOLINGUISTIQUE DE L'HOPITAL REMA DE RUYIGI : Cas de la communication soignants-soignés »

Par

KADONDOGORI Sylvestre

SOUS LA DIRECTION:

Pr Melchior NTAHONKIRIYE

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Langue et Littérature Françaises

Bujumbura, Février 2016

DEDICACE

A Dieu le tout Puissant ;

A nos parents ;

A notre oncle maternel ;

A nos frères et sœurs ;

A nos cousins et cousines ;

A tous ceux qui nous sont chers ;

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Un travail de recherche scientifique ne peut pas se faire et arriver à sa fin sans remercier toutes les personnes qui ont participé à sa réalisation. A cet effet, nous tenons premièrement à adresser nos sentiments de gratitude au Professeur Melchior NTAHONKIRIYE qui, malgré ses multiples obligations nous a guidé dans nos premiers pas de recherche. Ses conseils pratiques, ses remarques pertinentes et sa rigueur scientifique nous ont été d'une grande utilité dans la réalisation de ce travail.

Nos remerciements s'adressent aussi à tous ceux qui ont assuré notre formation de l'école primaire jusqu'à l'université

Nous disons encore merci à nos parents, à nos frères et sœurs qui n'ont pas cessé de nous accompagner durant tous notre parcours scolaire et académique.

Nous remercions également la coordination de la maison Shalom en général et en particulier la Direction de l'Hôpital Rema qui nous ont donné l'autorisation de faire l' enquête dans leur établissement hospitalier.

A nos informateurs qui nous ont livré des informations indispensables à la réalisation de ce travail, nous disons aussi merci.

Enfin, que tous ceux qui nous ont aidé d'une manière ou d'une autre dans la réalisation de ce travail se réjouissent de l'achèvement dudit travail et trouvent nos sentiments de gratitude.

KADONDOGORI Sylvestre

SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: pourcentage
Ed	: Edition
ESF	: Expansion Scientifique Française
etc	: et caetera
FLSH	: Faculté des Lettres et Sciences Humaine
FPSE	: Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
n°	: numéro
Occ.	: Occurrence
Op.cit	: ouvrage déjà cité
P	: page
PP	: de la page… à la page ….
PUF	: Presses Universitaires de France
SAPROSS	: Solution Académique pour la Promotion du Swahili Standard
UB	: Université du Burundi
Vol	: Volume

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des soignants par niveau d'instruction 28

Tableau 2 : Répartition des malades par niveau d'instruction 29

Tableau 3 : Répartition des soignants par nationalités 29

Tableau 4 : Langues parlées à l'hôpital par les soignants 30

Tableau 5 : langues parlées à l'hôpital par les malades 31

Tableau 6 : Langue dominant les autres selon les soignants 32

Tableau 7 : langue dominant les autres selon les malades 32

Tableau 9 : Langue de communication médecin-malade selon les malades 34

Tableau 10 : Langue maternelle des soignants 35

Tableau 11 : Langue maternelle des malades 35

Tableau 12 : Langue étrangère des soignants 36

Tableau 13 : langues étrangère des malades 37

Tableau 14 : Mélange des langues dans la communication soignants-malades 39

Tableau 15 : Raisons du mélange des langues dans la communication soignant-malade 40

Tableau 16: Mélange des langues dans la conversation avec un médecin 42

Tableau 17 : Raisons du mélange des langues dans la communication avec un médecin 43

Tableau 18 : Raisons du mélange linguistique en milieu hospitalier 45

Tableau 19. Raisons du mélange linguistique en milieu hospitalier, avis des malades 47

Tableau 20 : Alternance des langues dans la communication soignants-malades 50

Tableau 21 : Raisons d'alternance linguistique dans la communication soignants-malades 50

Tableau 22 : Alternance des langues dans la communication malades- soignants... 52

Tableau 23 : Raisons d'alternance des langues dans la communication malades-soignants 53

Tableau 24: Nécessité ou non du multilinguisme selon les soignants 55

Tableau 25 : Avantages du multilinguisme selon les soignants 57

Tableau 26 : Nécessité ou non du multilinguisme selon les malade..... 58

Tableau 27 : Avantages du multilinguisme selon les malades 59

RESUME

Le milieu hospitalier est un lieu où se rencontre des gens parlant plusieurs langues.

Dans notre recherche, nous nous sommes proposé d'inventorier les langues qui sont utilisées dans ledit hôpital, d'identifier le comportement linguistique des soignants et des malades et enfin de déterminer le moyen qui leur permet de parvenir à une communication efficace.

Notre sujet a été motivé par des entretiens faits avec les malades qui venaient de l'hôpital. Nos hypothèses étaient de savoir le comportement des individus bilingues pendant leur communication et si le métissage linguistique est dicté par le besoin de faciliter la communication. La population d'enquête était constituée par les soignants et les soignés de l'hôpital Rema de RUYIGI.

Après avoir analysé et confronté les résultats de notre recherche avec nos hypothèses, nous avons constaté que les deux hypothèses sont confirmées.

D'une part, les soignants et les soignés de l'hôpital Rema de Ruyigi recourent au métissage linguistique pendant leur communication. D'autre part, ils mélangent les langues pour faciliter la communication.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i

REMERCIEMENTS ii

SIGLES ET ABREVIATIONS iii

LISTE DES TABLEAUX iv

RESUME vi

TABLE DES MATIERES vii

0. INTRODUCTION GENERALE 1

0.1 PROBLEMATIQUE 1

0.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE 2

0.3 OBJECTIFS 3

0.4 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 3

0.5 ETAT DE LA QUESTION 6

0.6 ARTICULATION DU TRAVAIL 6

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE 7

I.1.ELUCIDATION DES CONCEPTS CLÉS 7

I.1.1. Sociolinguistique 7

I.1.2. Les domaines de recherche sociolinguistique 9

I.1.2.1. La micro-sociolinguistique 9

I.1.2.2. La macro-sociolinguistique 10

I.1.3. Contact des langues 10

I.1.4 Le bilinguisme 11

I.1.4.1. Conséquences du bilinguisme 12

I.1.4.1.1. L'emprunt 12

I.1.4.1.2.L'interférence linguistique 14

I.1.4.1.3.Métissage linguistique 15

I.1.5. Choix de code 16

I.1.6. Milieu hospitalier 17

CHAPITRE II : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE 20

II.1. Présentation du milieu d'enquête 20

II.1.1. Aperçu historico-géographique de l'Hôpital Rema 20

II.1.2 Physionomie sociolinguistique de l'Hôpital Rema 23

II.2. Présentation de l'enquête 24

II.2.1. La population d'enquête 24

II.2.2. Echantillonnage 24

II.2.3. Description de l'enquête 26

II.3 Analyse et interprétation des résultats de l'enquête 28

II.3.1. Identification des informateurs 28

II.3.2. Usage des langues à l'hôpital 30

II.3.2.1.Langues parlées à l'Hôpital Rema 30

II.3.2.2. Langue dominant les autres à l'Hôpital Rema 32

II.3.2.3. langue utilisée dans la communication soignants-soignés 33

II.3.3 Connaissance linguistique 35

II.3.4. Métissage linguistique 39

II.3.5 Alternance des langues à l'Hôpital Rema 49

II.3.6 Utilité du multilinguisme en milieu hospitalier 55

CONCLUSION GENERALE 62

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 66

ANNEXES 68

0. INTRODUCTION GENERALE

Dans tout regroupement humain, il doit y avoir un ou plusieurs code (s) que les humains utilisent pour communiquer. Le plus souvent on a recours à la langue qui est un outil ou un instrument de communication. Le Burundi est un pays uni du point de vue linguistique car du Nord au Sud les Burundais parviennent à se comprendre. Ils utilisent le kirundi qui est leur langue maternelle et nationale.

Cependant, même si le kirundi est langue maternelle et nationale des burundais, d'autres langues sont présentes au Burundi grâce à l'enseignement, aux activités commerciales, à l'évangélisation,.... C'est par exemple le français qui est utilisé dans l'administration, dans l'enseignement primaire, secondaire ainsi que supérieur. Nous observons aussi l'usage de ces langues dans certains milieux professionnels et surtout l'usage de l'anglais qui tente à supplanter celui du français suite à l'intégration du Burundi dans la Communauté de l'Afrique de l'Est

0.1 PROBLEMATIQUE

Un milieu hospitalier est un milieu professionnel qui nécessite une attention particulière du point de vue linguistique. C'est un lieu de rencontre entre le personnel soignant et ceux qui viennent demander des services (malades). C'est un lieu où on rétablit la santé du patient. Pour ce faire, la compréhension mutuelle entre le patient et le soignant est primordiale lors de la consultation du patient en général et lors de la prescription des médicaments en particulier. Cet Hôpital dont est centré notre sujet de recherche accueille des médecins étrangers qui viennent temporairement pour soigner les malades.

A part ces médecins étrangers, les médecins burundais et les infirmiers ont un niveau d'instruction différent, mais le cas le plus difficile qui se présente est qu'il

y a ceux qui viennent demander des services dans ledit Hôpital sans qu'ils aient au moins fréquenté l'école primaire.

Cependant, d'aucuns peuvent se demander dans quel code linguistique deux individus de différents niveaux d'instruction, culture, nationalité, etc parviennent à s'entendre de telle manière qu'il y ait une compréhension mutuelle.

Cette situation prévaut dans presque tous les milieux hospitaliers burundais en général et à l'Hôpital Rema en particulier mais personne ne serait à mesure de répondre à la question quand on lui demande dans quelle langue le soignant et le soigné s'entretiennent.

C'est dans cette optique que nous avons orienté notre sujet de recherche dans cette voie en voulant mener une enquête dans l'Hôpital Rema de Ruyigi. Les résultats de cette recherche serviront de guide pour d'autres recherches en sociolinguistique en général et dans d'autres hôpitaux en particulier.

0.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE

Tout travail de recherche scientifique en général et sociolinguistique en particulier doit avoir des réponses qu'on se donne à priori, des réponses qui seront infirmées ou confirmées au terme du travail. Par hypothèse, il faut entendre une affirmation logique permettant d'envisager par anticipation des liens entre deux ou plusieurs phénomènes.

L'analyse socio linguistique doit tenir compte davantage de la part sociale qui inclut les attitudes personnelles d'un groupe vis-à-vis d'une réalité donnée, les exigences des activités professionnelles, religieuses, commerciales,... Dans cette logique, nous nous proposons les hypothèses suivantes en se référant aux réalités observables sur terrain :

1°) Le métissage linguistique est le comportement le plus courant des individus multilingues ;

2°) Le choix de la langue de communication dépend des besoins de communication;

3°) Le métissage des langues en milieux hospitaliers serait dicté par le besoin de faciliter la communication entre les partenaires de cet Hôpital.

0.3 OBJECTIFS

Avant d'aborder toute recherche scientifique, le chercheur doit se fixer au préalable des objectifs qu'il entend poursuivre. Dans notre sujet de recherche, nous visons les objectifs suivants :

- Inventorier les langues qui sont en usage à l'Hôpital Rema de Ruyigi ;
- Identifier le comportement linguistique des soignants et des soignés pendant leur communication ;
- Déterminer le moyen qui leur permet de parvenir à une communication linguistique efficace.

0.4 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Selon les objectifs et les hypothèses formulés au préalable, notre travail exige un travail de terrain bien suivi. Scientifiquement parlant, aucun travail de recherche scientifique ne sera pas abouti sans une démarche méthodologique qui déterminera les conditions et la façon dans lesquelles il a été mené.

Les méthodes de recherche sont multiples. A ce sujet, M. COHEN souligne que :

> « *Du point de vue des méthodes employées, les enquêteurs feront appel soit à l'observation, soit aux interviews*

(individuelles ou collectives), soit aux questionnaires standardisés »[1]

Cependant, une seule méthode ne suffit pas pour entreprendre un travail de recherche scientifique et en trouver des résultats satisfaisants. Notre travail s'est appuyé sur l'observation, sur l'échantillonnage et enfin sur le questionnaire.

L'observation a été la première démarche de notre enquête. Puisqu'il existe plusieurs types d'observations, en se référant à notre milieu d'enquête, nous avons choisi l'observation directe.

« *L'observateur se rend sur terrain pour étudier son groupe naturel (une bande de jeunes, une classe, une entreprise,...). Il regarde ce qui se passe, interroge des informateurs et essaie de contrôler leurs dires par des vérifications* »[2]

Cette technique exige une grande familiarité entre l'observateur et les enquêtés.

Ladite technique nous a permis en premier lieu à analyser les relations interpersonnelles existant entre les patients de l'hopital Rema. En second lieu, l'observation nous a conduit à identifier les relations inter linguistiques entre les soignants et les soignés et enfin ladite technique nous a aidé à identifier les circonstances dans lesquelles les langues s'emploient alternativement dans ledit hôpital.

Quant à l'échantillonnage, il était question de déterminer le nombre d'individus sur lesquels l'enquête va porter.

---

[1] Cohen (M), *Instruction de l'enquête linguistique*, Paris, institution de l'ethnologie de Paris, 1950 p.93
[2] Berthier (N), *les techniques d'enquête en sciences sociales*, Armand colin, Paris, 2009 p.10

« *Sonder ou échantillonner c'est choisir une partie pour représenter tout* ».[3]

Notre enquête devrait porter sur tous les malades et les soignants de l'Hôpital Rema mais suite au manque des moyens financiers et du temps, nous étions obligés de construire les échantillons. Cependant, en considérant le nombre minime des médecins tant nationaux qu'étrangers de cet hôpital, nous avons voulu que tous ces médecins soient interrogés mais pour d'autres catégories, nous avons pris 34 personnes pour les malades, 24 personnes pour les infirmiers. Le niveau d'instruction nous a permis de classer les malades en quatre catégories : ceux qui n'ont pas fréquenté l'école, ceux qui ont le niveau primaire, ceux qui ont le niveau secondaire et enfin ceux qui ont le niveau universitaire.

Enfin, le questionnaire nous a semblé un outil important de notre recherche. Nous l'avons élaboré en nous référant aux objectifs et aux hypothèses formulés apriori.

> « *Le questionnaire offre à l'enquêté une grande liberté et un temps suffisant pour revoir le contenu et la forme de ses réponses.* »[4]

En vue de respecter l'expression libre et personnelle de nos enquêtés, nous avons privilégié le questionnaire d'administration direct mais ce type de questionnaire était administré à des gens qui savent lire et écrire. Par conséquent, nous avons utilisé aussi le questionnaire d'administration indirecte car dans la catégorie des malades, certains ne savent ni lire ni écrire. Nous avons élaboré questionnaire en Kirundi et en Français suite à la situation différente des soignants et des malades. Ce questionnaire nous a permis de recueillir les informations quant aux motivations des uns et des autres sur les interactions langagières.

---

[3] Berthier (N), *Op.cit,* p.164
[4] Kandava (D), *Etude sociolinguistique de la commune Giteranyi*, U.B, Bujumbura, 2009 P.29

0.5ETAT DE LA QUESTION

La sociolinguistique est l'étude des relations entre la langue et la société. Beaucoup des travaux ont été effectués au Burundi dans le cadre de ce domaine.

Nous citons à titre d'exemple : *l'Etude sociolinguistique, au complexe théicole de Teza*, défendu en 2012 de NIYONGERE Anaclet, *Etude sociolinguistique d'un centre de négoce de la capitale : le marché moderne de Buyenzi,* défendu en 2011 de NZEYIMANA Alice ,*la situation sociolinguistique du Français à la RTNB*, défendu en 2001 de NAHIMANA Emmanuel et la *Situation sociolinguistique en milieux hospitaliers burundais : cas de la communication soignant-soigné : étude menée au sein de l'Hôpital Prince Régent Charles de* NDAYIKENGURUKIYE Egide.

Bref, plusieurs travaux ont été jusqu'ici effectués dans le domaine de la sociolinguistique en général et dans milieux professionnels en particulier. Le constat est que ces différents chercheurs ont été intéressés par des milieux professionnels situés dans la ville de Bujumbura.

L'étude faite par NDAYIKENGURUKIYE Egide est semblable à la nôtre. Néanmoins, la nôtre a été effectuée dans le chef-lieu de la province Ruyigi, province frontalière de la Tanzanie.

0.6 ARTICULATION DU TRAVAIL

Notre travail s'articule en deux grands chapitres: le premier est composé de la présentation du milieu d'enquête et de l'élucidation des concepts-clés de la sociolinguistique. Le deuxième comprend la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats d'enquête.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

I.1.ELUCIDATION DES CONCEPTS CLÉS

I.1.1. Sociolinguistique

C'est dans les années soixante que la sociolinguistique s'est apparue aux Etats Unis avec les travaux de LABOV, de GUMPERZ et de HYMES. Le terme sociolinguistique réfère à un concept dont l'univers sémantique est difficile à cerner et qui a donné naissance à plusieurs définitions parmi lesquelles la plus commune est celle que nous lisons dans le Dictionnaire de Linguistique à savoir :

> « *La sociolinguistique est un terme qui désigne l'étude des relations entre le langage et la société.* »[5]

La notion de la sociolinguistique n'est pas concrète en ce terme et varie d'un auteur à l'autre. LABOV le laisse entendre lui-même.

> « *Le terme sociolinguistique est le plus imprécis recouvrant d'auteur à l'autre, d'une école à l'autre, des travaux et des programmes très divers jusqu'à se confondre à la sociologie du langage, ethnologie, linguistique sociale,...* »[6]

La linguistique peut prendre en considération comme donnée sociale l'état de l'émetteur (origine ethnique, profession, niveau de vie, etc.) et rattacher à cet état le model de performance dégagée. La sociolinguistique fait intervenir parmi les facteurs, l'état social de celui à qui on parle, les conditions de l'échange linguistique, la façon dont on se sert de la langue dans la vie en société ce que l'on pense du comportement verbal.

---

[5] Georges (M), *Dictionnaire de la linguistique*, 3ème édition, Quadrige, 2000 p.302

[6] Labov (W), *Sociolinguistique*, Paris, Ed Minuit, 1976, p.9

Nous allons nous même nous limiter sur cette discipline pour explorer le fonctionnement linguistique d'un milieu socioprofessionnel précis, l'Hôpital Rema de Ruyigi, GARDIN et MARCELLESSI disent :

> *« La sociolinguistique est une discipline qui s'occupe des conduites linguistiques collectives caractérisant des groupes sociaux dans la mesure où elles se différencient et entre en contraste dans la même communauté linguistique globale ».*[7]

La sociolinguistique se penche sur toute une série de problèmes : l'interaction au sein du petit groupe et le fait d'appartenir à un groupe plus large, l'usage linguistique et l'attitude linguistique, les normes de langue et de comportement, les modifications subies par les normes.

Bref, la sociolinguistique tâche de découvrir quelles lois ou normes sociales déterminant le comportement linguistique dans les communautés linguistiques, elle s'efforce de les délimiter et de définir ce comportement vis-à-vis de la langue même. Elle traite des phénomènes très variés : les fonctions et les usages du langage dans la société, la maîtrise de la langue, l'analyse du discours, les jugements que les communautés linguistiques portent sur leurs langues mais aussi les règles qui régissent ces communautés.

Néanmoins, comme les communautés enregistrent différents types de parlers, la sociolinguistique s'efforce de décrire ces communautés. A ce sujet, BAYLON dit :

> *«La sociolinguistique s'est donné primitivement pour tâche de décrire les différentes variétés qui coexistent au sein d'une communauté linguistique en les mettant en rapport avec les structures sociales ; aujourd'hui elle englobe pratiquement tout*

---

[7] Gardin (B) et Marcellessi (J.B), *Introduction à la sociolinguistique, la linguistique sociale*, Paris, PUF, 1974, p.15

> *ce qui est l'étude du langage dans son contexte socioculturel ».*[8]

La sociolinguistique se propose donc de partir de la parole et à travers elle, du sujet parlant. En nous référant à ce qui vient d'être dit, nous constatons que la sociolinguistique a comme centre d'étude la « *société* » et cette dernière est située entre deux pôles à savoir : le niveau micro-sociolinguistique et le niveau macro-sociolinguistique qui sont les domaines de recherche sociolinguistiques.

I.1.2. Les domaines de recherche sociolinguistique

I.1.2.1. La micro-sociolinguistique

La micro sociolinguistique s'intéresse à l'étude de la langue et la société ; et cela dans les communautés de petites dimensions. Elle étudie la langue dans le but de déterminer les interférences, les emprunts et bien d'autres phénomènes qui sont inhérents au contact des langues.

Espérance BANTEGEYAHAGA dit ceci :

> « *Lorsque deux ou plusieurs personnes qui forment un groupe échangent, on remarque que chacun s'exprime en utilisant un discours qui reflète son statut social. Celui-ci s'exprime dans la forme même de sa parole ».*[9]

La micro sociolinguistique concerne davantage les pratiques socio-langagières de ces communautés de petites dimensions, les enjeux circonscrits à telle pratique de communication, à telle interaction entre deux ou plusieurs interlocuteurs. Elle tâche de décrire et de circonscrire les variations linguistiques qui s'opèrent dans un discours

---

[8] Baylon (C), *Initiation à la linguistique*, Paris, Nathan, 1975, p.35
[9] Bantegeyahaga (E), *Etude sociolinguistique de la ville de Kayanza*, Mémoire, U.B, Buja, 1999, P.21

d'une personne parallèlement à des paramètres comme le lien, les loisirs de statut social, la famille mais aussi l'interlocuteur.

I.1.2.2. La macro-sociolinguistique

La sociolinguistique n'étudie seulement les relations entre la langue et la société de petites dimensions mais elle peut élargir son champ d'étude en travaillant sur des communautés très vastes. La micro sociolinguistique peut aussi être définie comme une sociolinguistique des institutions de la structure des types de variations, des pratiques linguistiques de groupe. Elle oriente des recherches vers la découverte des personnes parlant une telle langue dans une région donnée. Cette discipline s'intéresse à la communication au sein d'un groupe d'individus.

I.1.3. Contact des langues

Le concept de contact des langues réfère au fonctionnement psycholinguistique de l'individu qui maîtrise plus d'une langue, donc d'un individu bilingue. Il se démarque de celui de bilinguisme et de multilinguisme qui réfèrent davantage à un état de la société qu'à un état individuel.

> « *Deux langues sont dites en contact lorsqu'elles sont parlées en même temps dans une même communauté et à des titres divers par les mêmes individus.*[10]

Beaucoup de facteurs peuvent occasionner le contact des langues dans une communauté. On citera par exemple le déplacement d'une communauté qui utilise une langue pour des raisons variées et qui, par ailleurs s'installe pour une certaine période dans un autre milieu donnée parlant une autre langue.

---

[10] Georges (M), *Op.cit,* p.82

Il peut aussi y avoir des contacts des langues lorsqu'il y a quelqu'un qui décide de se déplacer vers une communauté parlant une autre langue autre que la sienne pour des raisons de recherche d'emploi et qui, contraint de s'adapter à l'utilisation de l'autre langue.

En général, le contact de langue est un événement concret qui risque de provoquer le bilinguisme ou même des difficultés langagières.

I.1.4 Le bilinguisme

Le bilinguisme est un phénomène très répandu dans le monde. Il est impossible d'examiner les relations qui existent entre la langue et la société sans toucher à cette notion. Le terme de bilinguisme se dit lorsqu'à côté de la langue maternelle s'ajoute une langue seconde. A ce propos, WEINREICH affirme ceci :

> « *Le bilinguisme c'est l'utilisation alternative de deux langues.* »[11]

Le bilinguisme est le résultat de la cohabitation de deux ou plusieurs langues dans une société. DUBOIS, (J) nous propose la définition suivante :

> « *D'une façon générale, le bilinguisme est la situation linguistique dans laquelle les sujets parlants sont conduits à utiliser alternativement selon les milieux et les situations deux langues différentes.* »[12]

Beaucoup d'auteurs proposent des définitions similaires du bilinguisme mais le problème est de savoir à quel niveau, on peut dire que quel qu'un est bilingue.

---

[11] Weinreich (U), cité par Lanchec (Y), *In psycholinguistique et pédagogie des langues*, Paris, P.U.F, 1976, p.36
[12] Dubois (J), *Dictionnaire linguistique*, Paris, Larousse, 1973, p.65

> « *Un bilingue est la personne qui, en plus de sa première langue possède une compétence comparable dans une autre langue* »[13]

D'autres auteurs estiment qu'une personne bilingue est celle qui possède une maîtrise de la langue maternelle et de la langue seconde. C'est ce qu'on a appelé le bilinguisme équilibré. Cependant, le bilinguisme des individus n'est guère homogène. Il peut y avoir en contextes sociaux de grandes différences de compétence et de comportement dans chacune des langues.

La compétence bilingue ne détermine pas toujours le comportement langagier. Un bilingue peut passer continuellement d'une langue à l'autre sans les confondre. C'est ce qu'on appelle l'alternance des langues qui est l'une des conséquences du bilinguisme.

I.1.4.1. Conséquences du bilinguisme

Le bilinguisme a beaucoup de conséquences dans la communication linguistique. En effet, nous ne pouvons pas les énumérer tous mais nous allons évoquer les quelques comme l'emprunt, le métissage linguistique et interférences linguistiques.

I.1.4.1.1. L'emprunt

Quand il y a contact de deux ou plusieurs langues chez un même individu, le risque est d'emprunter quelques mots ou expressions dans l'une de ces langues et les utiliser dans une autre. Le terme emprunt est généralement limité au lexique même si certains auteurs l'utilisent pour désigner l'emprunt de structure.

---

[13]Mackay(W.F) et Siguan(M), *Education et Bilinguisme*, Lausanne, Suisse, 1986, p.11

Il y a emprunt de la langue et l'emprunt de la parole. Le premier se situe au niveau de la communauté linguistique ou d'une langue normative tandis que le second ne concerne que l'individu.

Voici ce que dit OTTO JESPERSEN à ce sujet.

> « *Aucune langue n'est entièrement à l'abri des mots empruntés parce que aucune nation n'a jamais vécu complètement isolée. Les contacts avec d'autres nations mènent inévitablement à des emprunts bien que leur nombre puisse variés considérablement.* »[14]

L'emprunt est un phénomène sociolinguistique le plus important qui résulte des contactes linguistiques qui finissent par enrichir une autre langue.

Cependant, ce phénomène ne dépend pas seulement des contactes linguistiques mais d'autre facteurs interviennent comme les facteurs d'ordre démographiques, commercial, religieux, industriel, professionnel, en général et le milieu hospitalier en particulier.

Ainsi dans notre recherche, il s'agit d'identifier si ce phénomène d'emprunt existe dans l'Hôpital Rema d'une part et de préciser les principales langues emprunteuses d'autres part.il y a de cas où l'emprunt est employé inconsciemment et des cas où il se confond avec l'interférence.

---

[14] Jespersen(O), *Nature, évolution et origine du langage, Paris, Payot, 1976, pp. 201-202.*

I.1.4.1.2.L'interférence linguistique

L'interférence est aussi le contact des langues. MARIE LOUISE MOREAU le précise dans ses termes.

> « *Le terme interférence réfère aussi bien à l'interaction de deux processus psycholinguistique qui fonctionnent habituellement de façon indépendante chez un individu bilingue qu'au produit linguistique non conscient de cette interaction.* »[15]

Ce produit se définit dans tous les cas comme une déviation par rapport aux normes des deux langues en contact.

> «*Le dictionnaire de linguistique précise qu'on dit qu'il y a interférence quand un sujet bilingue utilise dans une langue cible A un trait phonétique morphologique lexical ou syntaxique caractéristique de la langue B.* »[16]

Néanmoins, l'interférence se produit chez les locuteurs inconsciemment. Donc il s'agit des termes nouveaux utilisés par les locuteurs sans toutefois avoir la volonté de les employer. A ce stade alors l'interférence se distingue de l'emprunt déjà évoqué ci-avant dans la mesure où ce dernier peut être utilisé volontairement.

---

[15] Moreau(M.L*), Sociolinguistique : concepts de base*, Liege, Pierre Mardaga, 1997, p.178.
[16] Dubois(J) et alli, *Dictionnaire de linguistique*, Paris, La Rousse, Bordas ; 2002, p.25.9

MOREAU l'affirme dans ses propos.

> *« Le concept d'interférence est proche de celui de l'emprunt, il s'en distingue cependant dans la mesure où l'emprunt peut être conscient alors que l'interférence ne l'est pas. »* [17]

Seulement l'interférence se manifeste surtout chez les locuteurs qui ont une connaissance limitée de langue qu'ils utilisent et elle prend de moindre proportion à mesure que le bilinguisme s'équilibre. Elle se manifeste davantage dans la langue seconde que dans la langue maternelle.

I.1.4.1.3.Métissage linguistique

Dans les milieux où on trouve des personnes bilingues, il est difficile de rencontrer un discours homogène. Le métissage linguistique est un phénomène qu'on trouve généralement dans les sociétés qui parlent plus d'une langue. La plupart de ces milieux sont les milieux urbains en général où on trouve une concentration de gens de différentes nationalités ou de différent niveaux d'instruction mais aussi dans les milieux professionnels en particulier où le personnel ou les demandeurs des services peuvent être de différentes nationalités ou de différents niveaux d'instruction.

Le métissage linguistique consiste en la succession dans une même phrase d'éléments de deux ou plusieurs langues. Ces éléments empruntés apparaissent dans la langue dominante des locuteurs plutôt comme autant des citations, comme des interférences. Dans certaines situations, les bilingues en arrivent à un point où il n'y a pas une seule phrase complète parfois même pas une proposition à un syntagme autonome qui puisse être attribué selon un critère grammatical à une seule des langues.

Les langues les plus parlées au Burundi sont le Kirundi (langue maternelle), le Français et le Kiswahili. Dans l'emploi métissé, il y a prédominance de la langue

[17] Moreau(M.L),Idem.

maternelle à laquelle s'ajoutent des mots ou des séquences entières et sans aucune transformation. C'est la simple juxtaposition des langues en vue de former un segment linguistique hétérogène mais compréhensible pour ceux qui comprennent toutes les langues utilisées.

Les bilingues burundais mélangent souvent les trois langues ci-haut citées. Il reste seulement à savoir si le personnel ou les demandeurs des services à l'Hôpital Rema auprès desquels nous allons faire une enquête échappent à ce genre de système linguistique lors de leurs communications.

I.1.5. Choix de code

Le code linguistique est généralement conçu comme un système de rapport stable entre les formes phonologiques, lexicales, syntaxiques qui permettent de formuler ce message. On parle de choix d'abord pour désigner l'acte qui consiste à employer conformément à la grammaire de ces rapports telle ou telle forme a un point donné de la chaine parlée. Le locuteur est censé choisir en fonction de son intention de communiquer parmi les formes pouvant figurer à l'emplacement de son choix et son choix s'offrit alors au décodage de celui qui partage le même code linguistique.

Le choix de code fait sens par les fonctions sociales qui sont associées au code de façon stable, à titre de contraintes externes de son emploi. Il caractérise la situation d'interlocution conçue comme l'environnement où se manifestent les attributs représentatifs des statuts sociaux liés aux positions que les interlocuteurs y occupent.

Dans un environnement multilingue, l'on choisirait la langue maternelle comme code linguistique d'un échange informel entre les interlocuteurs de même origine. Une langue de communication différente pourrait s'imposer dans des situations formelles ou en contact avec les locuteurs d'autres langues maternelles. De même, s'il s'agissait d'une variété d'une même langue, on s'efforcera d'employer un registre soutenu par

exemple devant un tribunal alors que dans d'autres situations on ferait usage d'autres codes.

A ce niveau, beaucoup de facteurs influencent le choix de code. On peut relever à titre d'exemple l'environnement, les caractères sociaux des participants, et les finalités du message.

Brown et Fraser regroupent les facteurs de l'environnement et les finalités de l'échange sous un ensemble qu'ils appellent la composante scénique de l'interaction et l'opposent à une composante des participants qui comprend le statut social, le rapport et la position des participants de l'échange. (Locuteurs, auditeurs, témoins) ».[18]

Le but et la nature de l'interaction détermine le code à employer mais le statut et l'état des interlocuteurs le déterminent aussi. Ici dans notre enquête, il sera question d'analyser les échanges linguistiques entre les personnels soignants et les malades. mais aussi les malades entre eux afin de déterminer les langues les plus fréquemment parlées mais aussi le moyen qui leur permet à communiquer efficacement. En nous référant à ces termes, nous voyons que notre milieu d'enquête est hospitalier. Que signifie donc le milieu hospitalier.

I.1.6. Milieu hospitalier

Beaucoup de personnes s'accordent à dire que l'hôpital est un lieu où l'on soigne les malades, où l'on rétablit la santé du patient. Ils ne sont pas loin à ce que dit le Larousse médical sur ce mot.

[18] Moreau (ML), *Op.cit*, p.73

> « *L'hôpital est l'établissement destiné à dispenser aux malades des soins spécifiques qui ne peuvent pas être administré au domicile* ».[19]

Des définitions presque similaires à cette dernière sont proposées par différents auteurs. Nous retiendrons ce que proposent CASTELAR et MORDELET à la définition de l'Hôpital:

> « *....Etablissement ayant pour finalité les soins médicaux à des personnes hospitalisées sans que cela n'exclut les soins ambulatoires* ».[20]

De là, nous voyons que l'hôpital offre aux malades la possibilité de recevoir des soins de différentes formes. Qu'il soit public ou privé, c'est une institution composée d'hommes et de femmes du côté du personnel soignant et ces derniers sont dotés de moyens techniques et scientifiques nécessaires pour assurer beaucoup de fonctions. De l'autre côté elle est composée par les demandeurs de services (malades) reparties en différentes catégories.

Ses fonctions peuvent être réparties en 3 catégories

- Centre de diagnostic
- Centre d'expertise
- Centre de traitement

Grosso modo, nous appelons milieu hospitalier tout endroit où l'on reçoit les malades pour les diagnostiquer et les traiter ou leur donner des conseils sur la meilleure façon de se prévenir de telle maladie ou de s'assurer une bonne covalence.

---

[19] *Larousse médical*, Paris, Larousse, 1995, p.47
[20] Castelar et Mordeleti , *Un défi pour l'hôpital brésilien*, Paris, P.U.F, 1980, p.30.

De cette définition, on peut affirmer que dans un milieu hospitalier, il existe une communication linguistique entre le personnel soignant et les malades car d'une manière général, quelque soient les connaissances de l'homme, son premier outil de communication est sa langue. Or, pour que la communication soit assurée, il faut que ces deux catégories partagent le même code linguistique ou qu'au moins l'un des deux soit à mesure de parler plus d'une langue dont celle de son partenaire. A défaut, il y a risque que l'une d'entre eux recoure au métissage linguistique.

Le soignant et le soigné doivent vivre entre eux des relations sans ombre pour que le demandeur de service puisse exprimer son besoin et recevoir du soignant une réponse satisfaisante. C'est à cette condition que le malade pourra se confier à l'infirmier ou au médecin leur parler de son mal parce qu'il attend d'eux des soins appropriés, assuré que leur connaissances leur confèrent la compétence. Sinon le problème de communication médecin-malade et infirmier-malade peut conduire aux désenchantements de l'un ou de deux communicateurs.

Au cours du présent chapitre, nous avons défini quelques notions que nous avons estimées relatives à notre sujet de recherche.

En effet, nous avons d'abord défini la sociolinguistique et ses domaines de recherche que sont la macro sociolinguistique et la micro sociolinguistique. Ensuite, nous avons passé en revue aux concepts de contact de langues et du bilinguisme et ses conséquences. Puis le bilinguisme nous a conduit à affleurer à la notion de choix de code linguistique. Enfin, le milieu hospitalier a été la dernière notion définie dans ce premier chapitre. Cette dernière boucle le premier chapitre et débouche sur le dernier chapitre qui comprend la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête.

CHAPITRE II : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE

II.1. Présentation du milieu d'enquête

II.1.1. Aperçu historico-géographique de l'Hôpital Rema[21]

L'Hôpital Rema se trouve au chef-lieu de la province Ruyigi. Cette dernière se trouve à l'Est du Burundi. C'est une province frontalière de la Tanzanie et elle est en arrière en ce qui est du développement des villes. Le centre ville de cette province possède 3 quartiers à savoir ; SANZU, GASANDA et NYAMUTOBO. C'est dans ce dernier près du Lycée communal de NYAMUTOBO où l'Hôpital Rema est implanté.

L'Hôpital Rema est un établissement créé et géré par la Maison Shalom. Il a été inauguré le 22 Janvier 2008 . Il contribue largement au progrès réalisé dans la région de Ruyigi. De plus, en offrant de multiples emplois, il participe au développement économique de la province.

Théoriquement, la population cible de l'Hôpital est celle du district sanitaire de Ruyigi estimée à 106 184 personnes en 2012. Toutefois, la réalité est différente et ce chiffre est largement sous-estimé. En plus de la province Ruyigi, l'Hôpital Rema accueille de nombreux patients provenant d'autres provinces du Centre-Est du Burundi et même de la Tanzanie. L'Hôpital se situe au cœur même d'une région dont les habitants sont démunis.

La mission de l'Hôpital Rema est de

- Prodiguer des soins de santé de qualité accessibles à toute la communauté, particulièrement aux personnes démunies

[21] *Archives de la coordination de la Maison Shalom*

- Contribuer à l'amélioration continue de la santé et du bien être de la communauté, offrir un cadre de développement humain et de formation continue à chaque membre du personnel ainsi que à tous les professionnels de la santé.

Etant donné que la grande majorité des patients de REMA vivent dans l'extrême pauvreté, ces gens ne peuvent pas logiquement payer les coûts des soins qu'ils ont reçus. Pour palier à cette difficulté, l'Hôpital Rema a mis en place un système qui permet à ces personnes de contribuer au développement de l'établissement. Une fois guéris, ces anciens patients ou des membres de leurs familles reviennent s'occuper du jardin potager de l'Hôpital ou amènent du bois de chauffage pour préparer la nourriture des malades. Ce travail permet d'approvisionner la cantine de REMA, d'améliorer l'alimentation des patients et des enfants qui la fréquentent. Ainsi, les bénéficiaires des services de l'Hôpital comprennent petit à petit que l'Hôpital est le leur et non l'apanage de la Maison Shalom uniquement, qu'ils doivent devenir des acteurs du développement de l'Hôpital et non de simples spectateurs ou bénéficiaires.

Depuis Janvier 2009, l'Hôpital Rema a également adhéré au même titre que les hôpitaux publiques et privés agréés par le Ministère de la santé publique et de lutte contre le Sida (MSPLS) à la mesure de prodiguer des soins subventionnés aux enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'aux femmes enceintes depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Cette décision a eu un impact positif sur le nombre d'enfants reçus en consultation externe et en hospitalisation et, ainsi que sur le nombre des naissances enregistrées.

Autre étape importante, l'Hôpital Rema en Avril 2010 comme d'autres établissements agréés ou publics, a adhéré à la politique nationale de Financement Basé sur les Performances (F.B.P). Ce changement a eu un impact positif immédiat sur la qualité et la quantité des soins. Par contre, sur le plan financier, les conséquences sont

néfastes pour ne pas dire désastreuses. Les retards de remboursement des frais dus par le MSPLS, le décalage entre les tarifs pratiqués dans le système F.B.P et le coût réel des prestations occasionnent des manques à gagner importants. Cela réduit énormément les fonds de roulement de l'Hôpital et gène considérablement son fonctionnement normal.

D'autre part, l'implantation de l'Hôpital en milieu d'une population démunie l'amène à soigner un nombre important de patients avec un impact financier négatif. Continuer à soigner ces indigents, est un grand challenge mais c'est pour cette raison que l'Hôpital a été implanté exactement en cet endroit pour donner la chance aux plus démunis d'accéder aux soins de qualité. Qu'à cela ne tienne, l'Hôpital Rema dispose d'atouts laissant entrevoir une amélioration notable de la santé de la population locale à savoir :

- Un plateau technique amélioré par rapport à celui des hôpitaux environnants ;
- Les opportunités de formation continue de la part des partenaires du nord qui envoient des spécialistes pour améliorer le savoir faire de l'équipe local et l'appuyer dans ces prestations ;
- Un appui de la part du gouvernement du Burundi via le MSPLS qui s'améliore de plus en plus. En 2011 le MSPLS a signé avec la Maison Shalom une convention dans laquelle il promet l'appuie en personnel et en moyens financiers à l'Hôpital Rema. Il est clair que l'action de l'Hôpital Rema contribue à diminuer les taux de morbidité de certaines maladies au niveau régional.

II.1.2 Physionomie sociolinguistique de l'Hôpital Rema

L'environnement graphique de l'Hôpital Rema nous livre une vision d'une part monolingue et plurilingue d'autre part.

En effet, la signalétique sous forme de grands panneaux est en français. Elle présente la nomenclature générale de l'Hôpital : «Hôpital Rema»,«Urgence»,«Accueil»,de même que les noms des services: «Médecine»,«Pédiatrie»,«Maternité»,etc. Les affiches de format A_3 qui couvrent les murs des couloirs autour de l'entrée adoptent la même logique monolingue. Il s'agit des documents imprimés qui présentent tous des informations en français: dépistage volontaire et gratuit du sida, prévention de la poliomyélite, etc.

D'autres affiches en pancartes, en revanche sont plurilingues. Ils présentent des textes traduits en français, en kirundi, en swahili même en anglais. Ces textes consistent en interdictions: interdiction de fumer, interdiction de venir vendre des objets à l'intérieur de l'hôpital, interdiction de jeter des objets à terres, etc. A l'entrée d'un service, avant d'accéder aux couloirs des chambres, on observe également des affiches de format A_4 présentant des phrases imprimées en majuscules. Ces documents sont écrits en quatre langues: kirundi, français, swahili et en anglais. Il s'agit de consignes et interdictions afférentes aux visites dans les chambres.

Du point de vue de la fonction de tous ces textes, on s'aperçoit que ces indications permettent de guider les personnes dans l'Hôpital. Mais aussi, elles permettent aux patients et aux gardes malades de respecter les ordres établis. Nous avons constaté que les indications servant à guider les personnes sont écrites uniquement en français. Cependant, les interdictions sont traduites en ces quatre langues déjà citées.

II.2. Présentation de l'enquête

II.2.1. La population d'enquête

Une étude sociolinguistique est obligatoirement un travail de terrain. Personne ne peut entreprendre une telle étude sans se rendre sur terrain. Notre objet d'étude porte sur l'Hôpital Rema de Ruyigi. Sont concernés par notre travail, les personnes travaillant dans ledit hôpital (soignants) et ceux qui viennent y demander des services (malades). Ceci est appelé population ou univers d'enquête comme l'affirme Javeau dans sa définition.

> *« La population ou univers de l'enquête est l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête, c'est dans cette univers que sera découpé l'échantillon. »*[22]

La population soumise à notre enquête est hétérogène. Elle comprend des personnes instruites capables de répondre à nos questions en français écrit (niveau université et secondaire), des personnes qui peuvent se débrouiller en français oral (niveau primaire) et enfin des personnes non instruites qui ne savent ni lire ni écrire dans n'importe quelle langue même maternelle.

Puisque, il est difficile d'aborder toute la population de l'enquête, nous avons procédé à construction d'un échantillon tout en nous référant aux catégories de la population ci-haut citée.

II.2.2. Echantillonnage

L'échantillon est l'ensemble d'individus choisis comme représentatifs d'une population. C'est une petite partie détachée du tout pour représenter ce tout. De ceci, on ne choisira pas l'échantillon n'importe comment car une mauvaise construction de

---

[22] Javeau (C), *L'enquête par questionnaire à l'usage du praticien*, Paris, Ed. U. Bruxelles, 1982, p.10.

l'échantillon peut conduire aux résultats erronés et permet de tirer des conclusions se rapportant aux individus choisis et non à la population totale. Dans notre travail, des critères nous ont guidés à construire l'échantillon.

Il s'agit du critère niveau d'instruction qui nous a conduit à repartir les soignants en deux catégories : soignants de niveau université (médecins) et soignants de niveau secondaire (infirmiers). Mais aussi, ce même critère nous a permis à répartir les malades en quatre catégories (université, secondaire, primaire et sans)comme nous l'avons fait dans le questionnaire d'enquête

Pour chaque catégorie, des enquêtés sont pris par hasard sauf pour la catégorie des soignants médecins qui, nous avons voulu interrogé tous mais en veillant à ce que l'échantillon soit représentatif. La question qui peut être posée serait de savoir quand l'échantillon est représentatif. Javeau nous aide à répondre à cette question en disant :

> *« Aucun échantillon ne devrait comporter moins de 30 individus »*[23]

Donc l'échantillon représentatif doit compter au moins trente (30) enquêtés.

Dans notre travail, nous avons interrogé sept (7) médecins et vingt-quatre (24) infirmiers du côté des soignants tandis que du côté des malades nous avons interrogé quatre (4) malades de niveau supérieur, huit (8) malades de niveau secondaires, dix (10) malades de niveau primaire et enfin douze (12) malades de sans niveau d'instruction. A la fin de l'enquête, nous avons pu récolter 68 questionnaires alors que nous avons distribué 80 questionnaires et cela montre que certains informateurs instruits n'ont pas remis le questionnaire dans le cabinet de leur chef.

---

[23] Javeau, *Op. cit*, p. 15.

II.2.3. Description de l'enquête

Notre milieu d'enquête est sous la direction de la Maison Shalom. La première étape de notre enquête a été de s'adresser à Monsieur le coordinateur de la Maison Shalom, qui, après avoir entendu nos objectifs, nous a donné en premier lieu l'historique et la mission de l'Hôpital Rema et en second lieu nous a donné l'autorisation écrite de fréquenter sans obstacles ledit hôpital.

Notre deuxième étape a été de s'adresser à Monsieur le Médecin Directeur de l'Hôpital Rema. En voyant l'autorisation écrite du coordinateur, le Médecin Directeur a accepté que nous puissions commencer l'enquête.

Comme nous l'avons déjà signalé, notre population d'enquête est en deux catégories : les soignants et les malades. Les soignants sont composés des médecins et des infirmiers et les Malades quant à eux sont composés des gens instruits et non instruits. Cette composition nous a obligé à élaborer un questionnaire en français et en kirundi.

Il nous a été facile d'interroger le personnel soignant .Pour les infirmiers, nous avons contacté les chefs des départements. Nous leur laissons des questionnaires légèrement supérieurs à l'échantillon établi. Nous leur demandions de nous aider en distribuant lesdits questionnaires à leurs infirmiers. Ils ont accepté d'y répondre mais puisqu'ils ont beaucoup de préoccupation, ils nous ont dit que nous allons récupérer ces questionnaires après 10 jours.

Pour les médecins, nous les attendions devant leurs cabinets et leur demandions audiences pour leur expliquer le but de notre présence. Certains ont accepté de répondre à nos questions, mais ont proposé de leur laissé les questionnaires afin

de les compléter pendant leurs moments libres. Eux aussi nous ont dit que nous allons récupérer les questionnaires au moins après une semaine.

Quant aux malades, nous prenions au hasard certains qui sortaient du cabinet du médecin ou de l'infirmier et nous leur expliquions notre objectif et leur demandions de nous aider en répondant aux questions posées. Mais puisque certains étaient dans une situation critique, ils refusaient de conserver avec nous.

A ceux qui l'acceptaient nous leur demandions en premier lieu leur niveau d'instruction afin de savoir s'ils vont compléter le questionnaire en français ou en kirundi. Aux illettrés, nous leur posions nous-mêmes les questions en kirundi et nous ont dicté les réponses que nous reproduisions littéralement.

Nous passions aussi dans les salles d'hospitalisation et nous faisions des entretiens avec les malades qui acceptaient. Nous leur expliquions le but et le bien fondé de notre travail et certains ont accepté de répondre à nos questions. Ceux qui n'étaient pas capables de s'exprimer, nous leur donnions le questionnaire et leur demandions de déposer le questionnaire dans le cabinet du chef de département. Ceux qui n'étaient pas capable à répondre d'une façon écrite, nous leur lisons les questions en français ou en kirundi selon le niveau d'instruction de l'enquêté .Nous reproduisons nous–mêmes sur les questionnaires les réponses données par ces derniers.

Cette enquête nous a pris 25 jours et c'est pendant la récupération des questionnaires que nous avions constaté quelques problèmes. Certains informateurs avaient sautés certaines questions, les autres n'ont pas pu compléter le questionnaire et enfin il y avait ceux qui n'ont pas remis le questionnaire et sur 80 questionnaires distribués, nous n'avons pu récolter que

68 questionnaires seulement mais nous avons voulu l'échantillon de 65 personnes. Donc douze copies ont disparu complètement et cinq (5) n'ont pas été complétées. On envisage un taux de mortalité de 15% seulement et une récolte de 85% et nous pensions que cette récolte va nous donner des résultats satisfaisant et valable.

II.3 Analyse et interprétation des résultats de l'enquête

II.3.1. Identification des informateurs

Tableau 1 : Répartition des soignants par niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	%
Université	7	22,5
Secondaire	24	77,5
Total	31	100

Ce tableau fait état du nombre des soignants enquêtés par niveau d'instruction. L'effectif total des soignants est de trente et un dont sept médecins et vingt quatre infirmiers. En analysant ces résultats, nous constatons que les soignants doivent avoir le niveau secondaire et université. Les médecins sont moins nombreux que les infirmiers. Selon nous, cela est dû au fait que dans un hôpital, beaucoup de services sont assurés par les infirmiers.

Tableau 2 : Répartition des malades par niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	%
Université	4	12
Secondaire	8	23,5
Primaire	10	29,5
Sans	12	35
Total	34	100

Le tableau ci–dessus montre le nombre des malades enquêtés par niveau d'instruction. L'analyse des résultats de ce tableau nous permet d'affirmer que toutes les catégories ont été représentées selon le profil niveau d'instruction. Cela nous a permis de comparer les informations données par les malades de différents niveaux d'instruction.

Tableau 3 : Répartition des soignants par nationalités

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Nationalité									
		Burundaise		Congolaise		Rwandaise		Française		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	3	42,8	1	14,5	-	-	3	42,8	-	-
Secondaire	24	16	66,8	7	29,1	-	-	-	-	1	4,1

Il ressort de ce tableau que les soignants sont de nationalité burundaise, congolaise et française. Ce tableau illustre que les soignants ont des nationalités différentes. Selon nous, cela est dû par le fait que l'Hôpital Rema a toute la liberté de recruter les soignants nationaux et étrangers.

II.3.2. Usage des langues à l'hôpital

II.3.2.1.Langues parlées à l'Hôpital Rema

Tableau 4 : Langues parlées à l'hôpital par les soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	7	100	2	50	1	25	1	25	-	-	-	-	1	25
Secondaire	24	24	100	20	83,3	3	12,5	15	62,5	4	16,6	-	-	4	16,6

Selon ce tableau l'anglais, le swahili, le kirundi, le français et le chinois sont parlés à l'Hôpital Rema. Les résultats de ce tableau montrent que le kirundi vient en première position. Cela est dû au fait que les gens qui fréquentent cet Hôpital sont en majorité des Burundais.

Tableau 5 : langues parlées à l'hôpital par les malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	2	50	1	25	1	25	-	-	-	-	1	25
Secondaire	8	8	100	6	75	3	37,5	3	37,5	-	-	-	-	2	25
Primaire	10	10	100	8	80	5	50	3	30	-	-	2	20	3	30
Sans	12	12	100	10	83,3	8	66,6	9	75	-	-	3	25	6	50

Ce tableau fait état des langues parlées à l'hôpital par les malades. Il s'agit du kirundi, du français, de l'anglais, du swahili, du chinois et de l'arabe.

En effet, les résultats des tableaux 4 et 5 nous permettent de confirmer que ces langues n'ont pas une même fréquence. En analysant ces résultats, nous constatons que 100% des informateurs affirment que le kirundi est parlé à l'Hôpital Rema. Le français est confirmé à 80% qu'il est parlé à l'Hôpital Rema. Cette proportion est due au fait que le kirundi est la langue maternelle des Burundais. Ce n'est pas étonnant de voir le français en deuxième position car ce dernier a été la langue d'enseignement depuis la colonisation jusqu'à nos jours. L'Hôpital Rema est implanté dans la province Ruyigi, province frontalière de la Tanzanie. De ce fait, certaines personnes se rendent périodiquement en Tanzanie à la recherche de l'emploi. Elles reviennent avec quelques notions de kiswahili. Cela explique la présence de ladite langue à l'Hôpital Rema.

Généralement, plus de sept langues sont parlées à l'Hôpital Rema. La question est de savoir laquelle domine les autres selon nos informateurs.

II.3.2.2. Langue dominant les autres à l'Hôpital Rema

Tableau 6 : Langue dominant les autres selon les soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Secondaire	24	24	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Selon ce tableau, les soignants affirment à 100% que le kirundi domine les autres langues à l'Hôpital Rema.

Tableau 7 : langue dominant les autres selon les malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Secondaire	8	6	75	2	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaire	10	8	80	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sans	12	11	91,6	1	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Le tableau ci-dessus montre que 85,2%(29/34) des malades affirment que le kirundi domine les autres langues.

En effet, en analysant les données des tableaux 6 et 7, nous constatons que le kirundi domine les autres langues.100% (31/31) des soignants l'affirment et 85,2%(29/34) des malades sont de cet avis. 92,3%(60/65) de nos enquêtés affirment que le kirundi domine les autres langues à l'Hôpital Rema. Ceci s'explique par le fait que le plus grand

nombre de nos informateurs sont des Burundais. Leur première langue d'usage est le kirundi. Nous remarquons une petite proportion des malades qui a affirmé que le français domine. Peut être qu'ils se sont contentés seulement de la communication écrite où, dans tous les milieux hospitaliers burundais, ce type de communication se fait en français. C'est une réalité incontournable et irréfutable. Cependant, dans la communication en milieux hospitaliers, ces résultats ne sont pas crédibles pour affirmer que le français domine les autres langues. Maintenons que le kirundi domine les autres langues à l'Hôpital Rema.

II.3.2.3. langue utilisée dans la communication soignants-soignés

Tableau 8 : Langue de communication médecin-malade selon les soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	5	71,1	2	28,5.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Secondaire	24	15	62,5	5	20,8	2	8,3	2	8,3	-	-	-	-	-	-

De ce tableau, nous voyons que le kirundi domine dans la communication médecin-malade.

Tableau 9 : Langue de communication médecin-malade selon les malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	4	2	50	1	25	-	-	1	25	-	-	-	-	-	-
Secondaire	8	6	75	1	12,5	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	-
Primaire	10	6	60	2	20	1	10	1	10	-	-	-	-	-	-
Sans	12	9	75	1	8,3	1	8,3	1	8,3	-	-	-	-	-	-

Selon les malades, le kirundi, le français, le l'anglais et le swahili peuvent être utilisés dans la communication entre médecin-malade mais le kirundi est choisi par un grand nombre de malades.

L'analyse des résultats des tableaux 8 et 9 nous permet d'affirmer que le kirundi domine dans la communication entre soignant-malade. De ceci, si le soignant communique avec un malade, le kirundi domine. Nous pensons que ceci s'explique par le fait qu'un grand nombre de malade est illettré. Ils ne peuvent pas communiquer dans une langue qu'ils n'ont pas apprise. Dans une telle situation le soignant burundais est obligé de parler en kirundi. Si c'est un soignant étranger, la présence d'un interprète est obligatoire. En revanche, d'autres langues sont utilisées dans la communication médecin-malade. Ainsi le français vient en deuxième position, suivi de l'anglais et enfin de kiswahili. Ce sont des langues de scolarisation dans notre pays depuis longtemps.

II.3.3 Connaissance linguistique

Tableau 10 : Langue maternelle des soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	3	42,8	3	42,8	-	-	1	14,2	-	-	-	-	-	-
Secondaire	24	16	66,6	-	-	-	-	8	33,3	-	-	-	-	-	-

Le présent tableau révèle les langues maternelles des soignants. Le constat est qu'on trouve des soignants ayant le kirundi comme langue maternelle. D'autres ont le français et le kiswahili.

Tableau 11 : Langue maternelle des malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Secondaire	8	6	75	-	-	-	-	2	25	-	-	-	-	-	-
Primaire	10	8	80	-	-	-	-	2	20	-	-	-	-	-	-
Sans	12	12	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ce tableau renseigne que le kirundi est la langue maternelle de la majorité de nos malades enquêtés.

En effet, les données des tableaux 10 et 11montrent que les langues maternelles de nos informateurs sont au nombre de trois. Il s'agit du kirundi,du français et du swahili. Pour les soignants cela s'explique par leur pays d'origine. Nous avons le personnel soignant de trois nationalités (Burundaise, Congolaise, Française).Bien entendu, une personne parle la langue de son pays d'origine. C'est donc évident de voir ces trois langues considérées comme langues maternelles de nos soignants enquêtés.

Pour les malades, nous avons seulement deux langues.il s'agit du kirundi et du kiswahili. Cela est dû au fait que la majorité des malades sont des burundais et quelques tanzaniens.

Généralement, la langue maternelle dépend de la nationalité. La preuve en est que par exemple trois soignants sont de nationalité française. Par conséquent, nous constatons que leur langue maternelle est le français. Nos informateurs connaissent-ils seulement la langue maternelle ? Trouvons les réponses dans les deux tableaux suivants.

Tableau 12 : Langue étrangère des soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	7	1	14,2	4	57,1	7	100	4	57,1	-	-	-	-	2	50
Secondaire	24	3	12,5	24	100	24	100	5	20,8	-	-	-	-	2	8,3

Il ressort de ce tableau qu'il existe des soignants qui connaissent le kirundi, le français, le swahili, l'anglais comme langue étrangère.

Tableau 13 : langues étrangère des malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Langues													
		Kirundi		Français		Anglais		Swahili		Chinois		Arabe		Autres	
		Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%	Occ.	%
Université	4	-	-	4	100	4	100	3	75	-	-	-	-	2	50
Secondaire	8	1	12,5	6	75	7	87,5	3	37,5	-	-	-	-	3	37,5
Primaire	10	1	10	4	40	-	-	3	30	-	-	-	-	1	10
Sans	12	-	-	-	-	-	-	-	2	16,6	-	-	-	-	-

De ce tableau, ce sont les malades de niveau universitaire et secondaire qui connaissent le français, l'anglais et le swahili comme langue étrangère.

Les deux tableaux précédents nous permettent de constater que quatre langues (kirundi, français, swahili et anglais) sont connues par nos informateurs comme langues étrangères. 100% des soignants du niveau université connaissent l'anglais comme langue étrangère. 100% des soignants du niveau secondaire connaissent le français et l'anglais comme langue étrangère. Cela s'explique par le fait que les soignants burundais ont appris ces langues à l'école. Cependant, le français est la langue étrangère de quatre médecins seulement. Evidement, les autres médecins sont de nationalité française. Le français ne peut pas être leur langue étrangère.

Enfin, le swahili paraît être la langue étrangère de quatre médecins et cinq infirmiers. Le constat ici est qu'ils ont appris cette langue dans des clubs ou associations enseignant ladite langue. C'est le cas de SAPROSS-BURUNDI qui enseigne le kiswahili dans diverses universités. Certains soignants connaissent le kirundi comme langue étrangère. Selon nous, certains étrangers, aussitôt arrivés au Burundi voient que la communication est difficile sans connaître le kirundi. De ce qui précède, ils décident d'apprendre cette langue. D'où quatre soignants connaissant le kirundi comme langue étrangère.

De même pour les malades, ceux de niveau université et secondaire connaissent l'anglais, le français et le swahili comme langue étrangère. Ici l'analyse reste la même que pour la catégorie des soignants.

Il ressort du tableau 13 que les malades connaissant le français comme langue étrangère ne sont pas nombreux. Cela n'est pas étonnant car celui qui a eu la formation primaire lui est difficile de s'exprimer en français. Donc peu ont affirmé qu'ils connaissent le français. Cependant trois malades de niveau primaire acceptent qu'ils connaissent le kiswahili. Cela est dû au fait que les personnes de la province Ruyigi se rendent en Tanzanie à la recherche de l'emploi. Dans ce pays on parle le kiswahili et ils reviennent avec quelques notions du kiswahili.

Enfin ceux qui n'ont pas fréquenté l'école ne connaissent que la langue maternelle sauf deux qui connaissent le kiswahili. Peut-être que ces deux malades se sont rendus dans un pays où on parle le kiswahili. Généralement, d'autres langues autre que la langue maternelle sont connues par nos enquêtés. En définitif, il convient d'affirmer que notre population d'enquête connaît plus d'une langue. Serait-il la cause du métissage linguistique à l'Hôpital Rema ? Quelle serait l'importance de ce comportement linguistique ? Le point suivant répond à toutes ces questions.

II.3.4. Métissage linguistique

Tableau 14 : Mélange des langues dans la communication soignants-malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Oui		Non	
		Occ.	%	Occ.	%
Université	7	5	71,4	2	28,5
Secondaire	24	20	83,3	4	16,6

Le présent tableau fait état du nombre des soignants enquêtés qui mélangent les langues et ceux qui ne le font pas pendant la communication avec les malades. Ainsi 25/31 soignants enquêtés le font alors que 6/31 ne le font pas. Notre constat est que 80,6% (25/31) des soignants mélangent les langues pendant la communication avec un malade. Cependant, une faible proportion ne le fait pas. Les raisons de ce comportement linguistique sont multiples selon les soignants.

Tableau 15 : Raisons du mélange des langues dans la communication soignant-malade

Niveau d'instruction	Nbre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	7	1. Nous mélangeons les langues pour faciliter la communication.	3	42,8
		2. Les médicaments et les maladies sont exprimés en français. Nous nous trouvons en train de parler le français et le kirundi devant les malades	2	28,5
		3. Nous ne mélangeons pas les langues car il y a l'interprète qui traduit au malade et à nous. Mais, si nous rencontrons un malade étant seul nous les mélangeons pour faciliter la communication	2	28,5
Secondaire	24	1. Nous mélangeons les langues car nous recevons des malades qui le font.	8	33,3
		2. Nous manquons un vocabulaire adéquat de la	5	20,8

		langue du malade. Dans ce cas ; nous recourons à une autre langue pour faciliter la communication'		
		3. Nous mélangeons les langues pour permettre à nos patients d'exprimer leurs souffrances et de comprendre ce que nous leur disons	5	20,8
		4. Ça dépend du patient avec qui nous conversons	2	8,3
		5. Nous ne mélangeons pas les langues car la majorité des patients parle seulement le kirundi	4	16,6

Ce tableau expose les raisons avancées par les soignants pour avoir mélange les langues pendant la communication soignant- malade. L'analyse des résultats de ce tableau montre que certains soignants convergent sur les mêmes raisons. Le constat est que la raison la plus commune est de faciliter la communication et la compréhension. Dix-sept soignants, soit 54, 8 % convergent à cette réponse. L'autre constat est que ceux qui ne mélangent pas les langues sont des soignants étrangers. Ils se sont justifiés en disant que quand ils consultent, l'interprète doit être à côté d'eux. C'est évident de les voir refuser de mélanger les langues car ils ne comprennent pas le kirundi. Maintenons ici que pour

les soignants, faciliter la communication et la compréhension les poussent à mélanger les langues.

Tableau 16: Mélange des langues dans la conversation avec un médecin

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Oui		Non	
		Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	-	-
Secondaire	8	6	75	2	25
Primaire	10	3	30	7	70
Sans	12	-	-	12	100

Ce tableau illustre le nombre des malades qui mélangent les langues dans la communication avec un médecin.

En analysant les résultats de ce tableau, nous nous rendons compte que seuls les malades de niveau primaire et ceux qui n'ont pas fréquenté l'école ne mélangent pas les langues. Mais, les malades de niveau université et secondaire se livrent à ce genre de discours. Selon nous, ce phénomène est dû au fait que la connaissance linguistique dépend du niveau d'instruction. Ceux qui connaissent seulement la langue maternelle ne mélangent pas les langues.

Tableau 17 : Raisons du mélange des langues dans la communication avec un médecin

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	4	1. Nous mélangeons les langues pour faciliter la communication avec un médecin.	2	70
		2. Nous mélangeons les langues ici à l'hôpital car nous avons des amis qui le font et nous adoptons ce comportement devant le médecin.	2	50
Secondaire	8	1. Le médecin connaît plusieurs langues. Si il utilise deux langues à la fois et alternativement, nous aussi les malades, nous le faisons.	2	25
		2. Certains termes en kirundi peuvent nous échapper, nous recourons aux termes d'une autre langue pour faciliter la communication	2	25
		3. Nous ne mélangeons pas les langues car nous nous sentons à l'aise quand nous nous adressons au médecin dans notre langue maternelle	2	25
		4. Pas d'avis	2	25
Primaire	10	1. Tuvanga indimi tugomba ko umuganga atwumva neza kandi kugira	3	30

		tuvuge neza ingorane zacu imbere y'umuganga. (Nous mélangeons les langues pour que nous exprimions facilement nos plaintes devant le médecin)		
		2. Twe ntazindi ndimi tuzi atari ikirundi gusa, iyo dusanze ari umuganga w'umuzungu haca haza uwuduhindurira mu kirundi no mu rurimi umuganga yumva. (Nous ne connaissons que la langue maternelle. Si nous sommes devant un médecin étranger, la présence de l'interprète est obligatoire. Il a le rôle de traduire les propos du médecin en autre langue maternelle et nos propos en langue du médecin)	4	40
		3. Ntaco tubivugako (Pas d'avis)	3	30
Sans	12	Ntazindi ndimi tuzi nicogituma atazo tuvuga tuvanganya (Nous ne connaissons pas d'autres langues. Donc nous ne les mélangeons pas).	12	100

De ce tableau, les justifications des malades qui mélangent les langues pendant la communication avec le médecin sont différentes. Ceux qui ne les mélangent pas, convergent à la raison de la non connaissance d'autres langues que la langue maternelle. Les justifications diffèrent selon le niveau d'instruction.

En effet, les résultats de ce tableau nous permettent de constater que faciliter la communication est la raison commune pendant la communication avec un médecin. Cela s'explique que notre population d'enquête est multilingue. De ce fait, il est difficile de s'exprimer dans une seule langue. A ce niveau, nos première et troisième hypothèses sont confirmées.

Tableau 18 : Raisons du mélange linguistique en milieu hospitalier

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	7	1. Les gens mélangent les langues en milieu hospitalier parce qu'au Burundi la médecine s'apprend dans une langue étrangère. Les médicaments sont exprimés en langues étrangères	2	28,5
		2. C'est là où se rencontrent les gens de différents pays, nationalité, culture,... d'où donc le mélange linguistique dans ce milieu	3	42,8
		3. Les causes sont personnelles ; ça peut faciliter la communication	2	28,8
Secondaire	24	1. Les gens mélangent les langues en milieu hospitalier pour se faire comprendre	10	41
		2. Les gens mélangent les langues en milieu hospitalier parce qu'ils en ont l'habitude	1	4,1
		3. Un milieu hospitalier c'est la rencontre	8	33,8

		des gens de plusieurs langues donc qui parlent deux ou plusieurs langues, d'où le mélange linguistique		
		4. Ils le font car il y a des termes médicaux qui sont difficiles à expliquer en une seule langue	4	16,6
		5. Pas d'avis	1	4,1

Ce tableau fait état des raisons des soignants poussant les gens à mélanger les langues en milieu hospitalier. Nous constatons que les raisons des médecins sont presque les mêmes que celle des infirmiers. 42,8% des médecins et 33, 8% des infirmiers convergent à la réponse suivante : C'est la rencontre des gens parlant plusieurs langues. Cette réponse peut être vraie car ce sont ces soignants qui accueillent les demandeurs de service. Ils savent leur comportement linguistique devant un sujet quelconque. Cependant une autre partie des médecins disent qu'on y parle plusieurs langues car la médecine s'apprend en langue étrangère. Pour eux, c'est pour faciliter la communication. Evidement, on ne peut pas trouver un médicament exprimé dans notre langue maternelle.

Il est soit en anglais, soit en français, soit en allemand ou en chinois, etc. Cela exige les partenaires de cet hôpital à parler d'une façon alternative ces langues et la langue maternelle.

Tableau 19. Raisons du mélange linguistique en milieu hospitalier, avis des malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	4	1. Les gens mélangent les langues en milieu hospitalier pour comprendre et être compris	1	25
		2. On mélange les langues parce que c'est un lieu de rencontre des personnes qui parlent plusieurs langues différentes	1	25
		3. Si on s'accuse d'une mauvaise maîtrise de la langue, on recourt au mélange linguistique	2	50
Secondaire	8	1. Les gens mélangent les langues selon le message qu'ils veulent transmettre et à qui ils veulent le donner	2	25
		2. Ce qui pousse les gens à mélanger les langues en milieu hospitalier, c'est le manque d'un vocabulaire adéquat de la première langue. On recourt à une autre langue parce que c'est là où se rencontrent les gens qui connaissent plusieurs langues	3	37,5
		3. On mélange les langues selon les personnes avec qui on parle. On peut changer le code linguistique pour que tout le monde n'entende pas ce qu'on est en train de parler	2	25
		4. Pas d'avis	1	12,5
Primaire	10	1. Kubera ko haza abantu bazi indimi nyishi uca usanga baguma bazivuga bazivanganya. (ils mélangent les	3	30

		langues parce qu'ils en connaissent beaucoup)		
		2. C'est pour cacher aux non concernés ce qu'ils disent	4	40
		3. Bavuga indimi bazivanganya kuko ushobora gukorana n'umuntu mutavuga ururumi rumwe kavukire (on mélange les langues car on peut travailler avec quelqu'un qui ne maîtrise pas notre langue maternelle)	2	20
		4. Pas d'avis		
Sans	12	1. Kubera hari abaganga b'abazungu, usanga baguma bavugana indimi nyishi n'abandi bazizi (Grace à la présence des médecins étrangers, on y parle beaucoup des langues.)	4	33,3
		2. N'aho boba ari abarundi, imiti usanga bayitubwira mu gifarasa kubera bibagora kuyivuga mu kirundi (Même les médecins burundais prescrivent les médicaments en français. Ils leur est difficile de les prescrire en kirundi)	5	41,6
		3. Ntaco tubivugako (pas d'avis)	3	25

Ce tableau montre les raisons des malades poussant les gens à mélanger les langues en milieu hospitalier. Le constat est que quelques malades convergent aux mêmes réponses malgré la différence de leur niveau d'instruction. Ainsi, 25% des malades de niveau université convergent avec 30% des malades de niveau primaire (cfr réponse n°2 des malades du niveau université et n°1 des malades du niveau primaire). Cela est dû au fait que cette réponse est évidente pour tout le monde. Personne ne peut nier que le milieu hospitalier est fréquenté par des personnes de diverses natures (nationalité, niveau d'instruction, langue, culture, ...)

Cependant, d'autres justifications divergentes sont avancées par les malades. Elles proviennent de l'explication personnelle de chaque malade et ne peuvent pas être communes. Cela s'explique par le fait que nos malades n'ont pas le même niveau d'études. Par conséquent, ils ont des connaissances linguistiques différentes.

Généralement, la raison la plus commune pour les soignants et les malades est « la rencontre des gens parlant plusieurs langues ». Cela parce que 42,8% des soignants de niveau université et 33,8% de niveau sécondaire convergent à cette même réponse. Mais aussi 25% des malades de niveau université, 37,5% de niveau secondaire et 40% des malades de niveau primaire donnent la réponse déjà citée

II.3.5 Alternance des langues à l'Hôpital Rema

Dans une communauté multilingue, le changement de code de départ est un phénomène réel. Voyons dans les tableaux suivants si nos enquêtés soignants et malades changent le code de départ.

Tableau 20 : Alternance des langues dans la communication soignants-malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Oui		Non	
		Occ.	%	Occ.	%
Supérieur	7	5	71,4	2	28,5
Secondaire	24	18	75	6	25

De ce tableau, nous constatons que la majorité des soignants de tous les niveaux d'instruction acceptent qu'ils changent la langue de départ. Ainsi, 74,1% sont de cet avis. Selon nous, cela s'explique par le fait qu'on a des soignants ne comprenant pas la langue maternelle du malade en présence. Dans ce cas, lesdits soignants sont obligés de changer le code linguistique ou d'appeler l'interprète.

Tableau 21 : Raisons d'alternance linguistique dans la communication soignants-malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	7	1. Je connais plusieurs langues et je les utilise alternativement pour me faire comprendre	1	14,2
		2. Si le patient ne comprend pas la langue que nous utilisons au début, nous devons changer pour nous faire comprendre	4	57,1
		3. Nous ne le faisons pas parce que nous ne connaissons pas le kirundi	2	28,5
Secondaire	24	1. Quand il arrive que le patient	5	20,8

		ne parvienne pas à comprendre la première langue, nous changeons immédiatement la langue de communication pour faciliter la compréhension du patient.		
		2. Cela dépend d'un malade que nous avons devant nous.	8	33,3
		3. Il y a des malades qui se vantent en commençant à présenter leurs problèmes en français. Cependant, vers la fin, ils manquent le vocabulaire et ils terminent en kirundi. Nous aussi nous sommes obligés à parler le kirundi pour se faire entendre	5	20,8
		4. Pas d'avis	6	25

Le tableau fait état des raisons avancées par des soignants pour avoir alterné les langues. L'analyse des résultats de ce tableau nous permet de constater que « la volonté de faciliter la communication » pousse les soignants à changer le code linguistique. 48,3% affirment cela. Cependant, d'autres disent que ça dépend du malade qu'ils ont devant eux. Les soignants connaissent plus d'une langue. Il existe aussi des malades connaissant plus d'une langue. Selon nous la connaissance de plus d'une langue explique ce changement de code linguistique. Enfin, deux soignants ne changent pas le

code linguistique. La raison est peut-être que ces médecins sont des étrangers. Ils consultent quand ils sont à côté d'un interprète. On conclut que l'alternance linguistique est un phénomène qui affecte les soignants de l'hôpital Rema. Qu'en est-il pour les malades ? Le tableau suivant nous montre le nombre des malades enquêtés qui adoptent ou non ce comportement linguistique.

Tableau 22 : Alternance des langues dans la communication malades- soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Oui		Non	
		Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	-	-
Secondaire	8	8	100	-	-
Primaire	10	8	80	2	20
Sans	12	-	-	12	100

Le tableau ci-dessus montre le nombre des malades qui changent le code linguistique pendant la communication avec le médecin. Le constat est que vingt malades (58,8%) changent le code linguistique alors que quatorze malades (41,2%) ne le font pas.

Ces proportions s'expliquent par le fait que ces malades qui ont été à l'école se vantent en mélangea les langues. C'est le cas du mélange français-kirundi car le français a été la langue de l'enseignement jusqu'à nos jours.

Tableau 23 : Raisons d'alternance des langues dans la communication malades-soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	4	1. Certains termes médicaux de la première langue peuvent m'échapper. Je suis obligé de chercher l'équivalent dans une autre langue	1	25
		2. Nous connaissons plusieurs langues. Si nous constatons qu'il y a incompréhension quand nous conversons avec un médecin, nous recourons à une autre langue	2	50
		3. Nous le faisons pour renforcer la compréhension	1	25
Secondaire	8	1. On le fait par habitude	2	25
		2. Je le fais parce que les médicaments sont écrits en français, langue que je ne comprends pas très bien, je demande les explications dans une autre langue	1	12,5
		3. Nous le faisons car quelque fois nous sommes devant les médecins qui le font	4	50
		4. Pas d'avis	1	12,5

Primaire	10	1. Turabigira iyo dukeneye kuvuga imiti kubera itari mu kirundi (nous le faisons quand nous voulons parler les médicaments car ces médicaments sont exprimés dans la langue étrangère	2	20
		2. Turapfa kugerageza guhindura ururimi iyo dusanze umuganga atazi ururimi kavukire rwacu, duca turondera ingene dushira murundi rurimi cane cane mu gifarasa (Nous essayons de changer la langue si nous constatons que le médecin ne comprend pas notre langue maternelle)	6	60
		3. Ntavyo tugira twebwe tuguma tuvuga ikirundi gusa kuko ntazindi ndimi tuzi neza atari ikirundi gusa (Nous ne le faisons car nous ne connaissons que le kirundi)	2	20
Sans	12	1. Ntavyo tugira kuko ntazindi ndimi tuzi neza atari ikirundi (Nous ne le pas faisons car nous ne connaissons que le kirundi).	12	100

Ce tableau nous montre les raisons poussant les malades à alterner les langues. Ces raisons sont légions et différentes. A l'analyse des réponses qu'ils ont données, le constat est que 50% des malades de niveau université convergent que l'incompréhension

du médecin les pousse à changer le code linguistique. 25% des malades de ce même niveau affirment qu'on peut manquer le terme médical de la première langue. Cet handicap les pousse à changer le code linguistique de départ. D'autres 25% avancent qu'ils changent le code linguistique pour renforcer la compréhension. Dans ce même tableau, nous constatons que l'habitude, l'influence des médecins et la langue dans laquelle les médicaments sont exprimés, sont des raisons avancées par les malades du niveau secondaire.

Logiquement parlant, la prescription médicale se fait toujours en langues étrangères. Cela est la première preuve prouvant qu'on ne peut pas sortir de la salle de consultation sans parler au moins deux langues. Mais aussi, la connaissance de plus d'une langue est la raison de ce changement de code linguistique. Cela est évident dans ledit Hôpital où le personnel soignant et certains malades parlent plus d'une langue. Enfin, 20% des malades du niveau primaire et 100% des malades de sans niveau d'instruction ne changent pas le code linguistique. Le constat a été que ces derniers se justifient en disant qu'ils ne connaissent que la langue maternelle.

Généralement, celui qui mélange ou qui change le code linguistique doit connaître plus d'une langue. Ce n'est pas donc étonnant de voir cette catégorie ne changeant pas le code linguistique.

II.3.6 Utilité du multilinguisme en milieu hospitalier

Tableau 24: Nécessité ou non du multilinguisme selon les soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Nécessaire		Non nécessaire	
		Occ.	%	Occ.	%
Université	7	7	100	-	-
Secondaire	24	20	83,3	4	16,6

Ce tableau montre le nombre des soignants jugeant nécessaire l'utilisation de plusieurs langues en milieu hospitalier. Le constat est que 87,9% des soignants enquêtés jugent nécessaire cette pratique linguistique. Selon nous, une seule langue ne peut répondre à tous les besoins de communication. Une personne qui parle plusieurs langues est celle qui est mieux comprise par un grand nombre de personnes. MAKOUTAMBOUKOU soutient cet avis en disant ;

> *« Ne parler que sa langue maternelle, c'est avoir une maison sans fenêtre qui, seule vous permet de voir hors de votre maison »*[24]

La connaissance de plusieurs langues nous permet à nous ouvrir à beaucoup d'horizons. Cependant nos enquêtés ont fourni leurs propres justifications de ce comportement linguistique. Le tableau 25 le montre.

[24] Makoutmboukou (J.P), *Le français en Afrique*, Paris, Bordas,1973, p.35

Tableau 25 : Avantages du multilinguisme selon les soignants

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Université	7	1. C'est nécessaire parce que les médecins étrangers ne parlent pas la même langue. C'est pour faciliter la communication	2	28,5
		2. C'est nécessaire parce que le milieu hospitalier est un lieu de rencontre des gens de plusieurs langues et chacun peut s'exprimer dans une langue qui lui est facile	4	57,1
		3. Pas d'avis	1	14,2
Secondaire	24	1. Ça permet de communiquer aisément avec les gens que nous n'avons pas la même langue maternelle	8	33,3
		2. C'est nécessaire parce que chaque langue est utilisée selon les besoins	6	25
		3. C'est un lieu de rencontre des hommes de plusieurs cultures, langues et nationalité d'où la nécessité d'utiliser plusieurs langues	2	8,3
		4. Non, parce que ça peut bloquer la communication	3	12,5
		5. C'est nécessaire parce que la médecine n'a pas de limites linguistiques	2	8,3
		6. Pas d'avis	3	12,5

Ce tableau montre les raisons des soignants à la nécessité ou non d'utiliser plusieurs langues en milieu hospitalier. A l'analyse des réponses de ce tableau, le constat est que trois raisons sont avancées par la majorité des soignants. Il s'agit de : la rencontre des gens parlant plusieurs langues, faciliter la communication et chaque langue est utilisée selon les besoins. Les malades avancent-ils les mêmes raisons que les soignants ? Les deux tableaux suivants répondent à cette interrogation.

Tableau 26 : Nécessité ou non du multilinguisme selon les malade

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Nécessaire		Non nécessaire	
		Occ.	%	Occ.	%
Université	4	4	100	-	-
Secondaire	8	8	100	-	-
Primaire	10	8	80	2	20
Sans	12	10	83,3	2	16,6

Ce tableau fait état du nombre des malades jugeant nécessaire d'utiliser plusieurs langues en milieu hospitalier. Le constat est que 88,2% des malades enquêtés jugent nécessaire d'utiliser plusieurs langues en milieu en hospitalier.

Tableau 27 : Avantages du multilinguisme selon les malades

Niveau d'instruction	Nombre d'informateurs	Type de réponses	Occ.	%
Supérieur	4	1. C'est nécessaire parce qu'à l'hôpital, les médecins étrangers ne parlent pas les mêmes langues	1	25
		2. C'est nécessaire car cela facilite la communication et la compréhension du message	2	50
		3. C'est nécessaire car c'est un lieu de rencontre des gens de plusieurs nationalités	1	25
Secondaire	8	1. Oui, c'est un lieu de rencontre des gens qui ne partagent pas la même langue de communication	2	25
		2. C'est nécessaire car ça aide dans la communication	1	12,5
		3. Le milieu hospitalier est fréquenté par les gens de différentes nationalités d'où la nécessité d'y utiliser plusieurs langues.	1	12,5
		4. Il y a la présence des médecins étrangers qui ne comprennent pas le kirundi et c'est nécessaire de connaître plusieurs langues et de les parler en milieu hospitalier	3	37,5
		5. C'est nécessaire car ceux qui viennent à l'hôpital parlent des langues diversifiées	1	12,5
Primaire	10	1. Kubera ko hahurira abantu bavuga indimi nyishi kandi zitandukanye, birakenewe kugira bashobore kwumvikana (C'est la rencontre des gens parlant plusieurs langues, c'est nécessaire pour faciliter la communication)	3	30
		2. Ego, kuko hahurira abantu benshi kandi bavuga indimi zitandukanye (Oui, parce que c'est la rencontre des gens parlant plusieurs langues différentes)	3	30

		3. Oya, kuko bishobora gutera ingorane abadatahura izo ndimi (Non, parce que cela risque de compliquer ceux qui ne comprennent pas ces langues)	2	20
		4. Ntaco tubivugako (Pas d'avis)	2	20
Sans	12	1. Ego kuko kwa muganga hahurira abantu benshi bavuga indimi zitandukanye nk'abatanzaniya barahaza kandi nta kirundi bazi (Oui, c'est nécessaire parce qu'à l'hôpital se rencontrent des gens parlant plusieurs langues différentes mêmes les Tanzaniens y viennent. Ces derniers ne connaissent pas le kirundi.	3	25
		2. Ego biratuma umuntu ashobora kuvugana n'uwo bahuye wese mururimi bipfuza iyo badasangiye ururimi kavukire (ça permet de dialoguer avec n'importe qui dans une langue voulue si on ne partage pas la même langue maternelle)	4	33,3
		3. Oya, abatumva indimi nyishi birabatera ingorane gushika n'aho biyumvira ko umuntu ariko arabavuga iyo bumvise umuntu ariko arayaga mu ndimi nyishi (Ce n'est pas nécessaire car ceux qui ne comprennent pas ces langues penseront qu'on est entrain de parler d'eux quand ils écoutent les gens qui conversent en beaucoup de langues	3	25
		4. Ntaco tubivugako (Pas d'avis)	2	16,6

Le tableau ci-dessus montre les raisons justifiant la nécessité d'utiliser plusieurs langues en milieu hospitalier.

En effet, nous constatons que ceux qui ont répondu affirmativement avancent les raisons comme : l'hôpital est un lieu de rencontre des gens parlant plusieurs langues, les

médecins étrangers ne parlent pas la même langue et ne comprennent pas le kirundi ; pour faciliter la communication. L'autre constat est que ceux qui ont répondu négativement sont des malades de niveau primaire et de sans niveau d'instruction. Cela n'est pas étonnant car les illettrés ne comprennent pas tous l'utilité de connaitre plusieurs langues. En définitive, selon les tableaux 26 et 27, certaines raisons avancées par les malades sont convergentes à celles données par les soignants. Ce sont entre autres faciliter la communication entre les interlocuteurs, la rencontre des gens parlant plusieurs langues et les langues sont utilisées selon le besoin. A ce niveau nos première et troisième hypothèses sont confirmées.

CONCLUSION GENERALE

Notre travail s'intitule « situation sociolinguistique de l'Hôpital Rema de Ruyigi : cas de communication soignants-soignés »

Dans l'introduction générale, nous avons commencé par présenter les motifs qui nous ont poussé à choisir ledit sujet. Ces motifs ont été suivis par des objectifs et des hypothèses qui ont guidé notre travail. Ensuite, nous avons présenté la méthodologie utilisée où l'échantillonnage et le questionnaire nous ont beaucoup aidés à trouver des informations.

De plus, notre travail s'est réalisé sur une population présentant quelques particularités linguistiques, de ce fait, nous avons jugé bon d'élaborer deux (2) types de questionnaire dont un questionnaire en français pour les soignants et les malades instruits l'autre en kirundi pour les non instruits.

Cependant l'observation a été la première méthodologie utilisée dans notre travail. Il s'agissait de se rendre sur terrain pour analyser les relations inter linguistiques de notre population d'enquête.

Après la méthodologie, nous avons présenté la délimitation du sujet et l'articulation de tout le travail.

Ainsi, notre travail tournait autour de deux principaux chapitres. Nous avons réservé le premier chapitre aux généralités, le second à la présentation, analyse et interprétation des résultats de l'enquête.

Au premier chapitre, nous avons élucidé certains concepts que nous avons jugés clés pour notre travail.

Dans ce chapitre, il a été question de définir certaines notions théoriques de la sociolinguistique. Nous avons commencé par la sociolinguistique elle-même avant d'énoncer son objectif et ses domaines de recherche que sont la micro sociolinguistique et la macro sociolinguistique.

Nous avons aussi passé en revue aux notions de contact de langues et du bilinguisme et ses conséquences qui sont l'emprunt, l'interférence linguistique, le métissage linguistique et la guerre des langues.

Des exemples recueillis auprès de nos informateurs ont été l'illustration de certaines desdites conséquences. Il s'agissait entre autre de :

1. Nyandikira Quinine nizo zihora zimvura malariya (Kirundi-français)
2. Urya mu médecin nawe mu guconsulta aranyarutsa (kirundi-français)
3. Ngomba kwipimisha muri échographie (kirundi-français)
4. Wentuzi ko muri Hôpital bavura neza (kirundi-français)
5. We genda ndaguterefona niwashikirwa (kirundi-français)

Enfin, le choix de code et le milieu hospitalier ont été les dernières notions élucidées dans ce présent chapitre. Telles sont les grandes lignes qui ont constitué le premier chapitre de notre travail.

Au deuxième chapitre, il a été question de présenter, d'analyser et d'interpréter les résultats de l'enquête. Ainsi, nous avons d'abord présenté géographiquement et historiquement le milieu d'enquête et sa physionomie sociolinguistique. Ensuite, nous avons décrit le déroulement de l'enquête qui a été menée à l'aide de l'observation, du questionnaire et de l'échantillonnage.

Enfin, nous avons procédé à la présentation, analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête. Laquelle analyse nous a permis de constater si nos objectifs formulés a priori ont été atteints ou non et si nos hypothèses sont vérifiées ou pas.

En guise de rappel, le travail que nous avons effectué avait le but primordial, d'inventorier les langues qui sont parlées à l'Hôpital Rema de Ruyigi, d'identifier le comportement linguistique des soignants et des soignés pendant leur communication et de déterminer le moyen qui leur permet de parvenir à une communication linguistique efficace.

Selon les réponses données par nos enquêtés, plus de sept (7) langues sont parlées à l'Hôpital Rema. Il s'agit du kirundi, du français, du kiswahili, de l'anglais, du chinois, de l'arabe et autres. De ceci, notre premier objectif est atteint.

Mais de toutes ces langues répertoriées, le kirundi est parlé par la majorité de nos informateurs tandis que le français le seconde pour des raisons déjà citées.

Généralement, nos enquêtés ont accepté qu'ils mélangent les langues pendant leur communication malgré leurs différents niveau d'instruction. Les justifications à ce comportement linguistique ont été nombreuses et différentes mais la plus commune était celle de « faciliter la communication ». De ce qui précède, nous avons constaté que le mélange linguistique est le moyen permettant aux gens de l'Hôpital Rema de parvenir à une communication efficace. Ainsi, nous avons constaté que les deux derniers objectifs ont été atteints. L'autre constat a été que la connaissance de plusieurs langues pousse les gens à mélanger les langues. Cela nous a conduit à approuver que notre deuxième hypothèse est confirmée.

En définitive, dans notre travail, les deux hypothèses sont confirmées et les trois objectifs ont été atteints.

Néanmoins, nous ne pouvons pas dire que notre travail est sans reproche. Nous ne pouvons pas affirmer que nous avons épuisé tout le rapport du comportement linguistique à l'Hôpital Rema. Mais, nous sommes heureux d'avoir trouvé et approuvé que le métissage et l'alternance linguistique sont des comportements d'un

multilingue et facilitent la communication soignants-malades à l'Hôpital Rema. Nous souhaiterions que ce travail ouvre la voie aux nombreuses recherches en sociolinguistique en général et en milieu hospitalier en particulier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. OUVRAGES GENERAUX

1 BALINT (M), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1990.

2 BAYLON (C) , *Initiation a la linguistique*, Paris, Nathan, 1975

3 BENSAID (N), *La consultation, son malade et la maladie*, Paris, Mercure de France, 1994.

4 BERTIER (N), *Les techniques de l'enquête en sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 2009.

5 CALVET (L.J), *La guerre des langues et les politiques linguistiques*, Paris, Payot, 1978.

6 COHEN (M), *Instruction de l'enquête linguistique*, Paris, Institution de l'ethnologie de Paris, 1950.

7 DE LANDSHEERE (G*), Les questionnaires psychologiques*, Paris, PUF, 1973.

8 DURAND (JP) et WELL (R), *Sociolinguistique contemporaine*, Paris, Edition Vigot, 1989.

9 EGAN (G), *Communication dans la relation d'aide*, Montréal, Maloine, 1992.

10 HERZILICH (C), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970.

11 FISHMAN (J), *Sociolinguistique*, Paris, F. Nathan, Bruxelles, Ed. Labor, 1971.

12 LABOV (W*), Sociolinguistique*, Paris, Ed. de Minuit, 1976.

13 MAKOUTA-MBOUKOU (J.P), *Le Français en Afrique*, Paris, Bordas, 1973.

14 MOREAU (ML*), Sociolinguistique : les concepts de base*, Liège, Pierre Mardaga, 1997.

15 MUCCHIELLI (R), *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, Paris, Ed. ESF, 1975.

16 PINTO (R) et GRAWTZ (M), *Méthodes en sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1962.

DICTIONNAIRES ET ENCYCLOPEDIES

1. *Dictionnaire Petit Larousse*, Paris, Larousse, 1994.
2. DUBOIS (J), *Dictionnaire de linguistique*, Paris, Larousse, 1973.
3. DUCROT (0) et TODOLOV (T), *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*, Paris, Ed. Seuil, 1972.
4. *Encyclopedia universalis*, Vol. 13, 1990.
5. *Grand Larousse de la langue française*, Paris, 1978.
6. *Larousse médicale,* Paris, Larousse, 1975.

II. MEMOIRES

1. ARAKAZA (A), *Etude sociolinguistique du français au Lycée NTAHANGWA*, Mémoire, U.B, Bujumbura, 2011.
2. BANTEGEYAHAGA (E), *Etude sociolinguistique de la ville de Kayanza,* Mémoire, UB, Bujumbura, 1999.
3. KAMARIZA (G), *Situation sociolinguistique du camp des réfugiés congolais de Musasa en commune Kiremba province Ngozi*, Mémoire, UB, Bujumbura, 2011
4. MUNYURANGABO (T), *Approche psychologique de quelques difficultés rencontrées par le personnel paramédical de Bujumbura dans leurs relations avec les malades.* Mémoire, Bujumbura, FPSE, 1995.
5. NDAYIKENGURUKIYE *(E), Situation sociolinguistique en milieux hospitaliers burundais : cas de la communication soignants-soignés*, Mémoire, UB, Bujumbura, 2009
6. NIZEYIMANA (A), *Etude sociolinguistique d'un centre de négoce de la capitale : marché moderne de Buyenzi*, Mémoire, UB, Bujumbura,

ANNEXES

Lettre adressée aux enquêtés

KADONDOGORI Sylvestre

UNIVERSITE DU BURUNDI

FLSH/DLL Françaises

Le présent questionnaire auquel vous êtes prié de répondre a été élaboré dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'étude intitulé « L'étude sociolinguistique de l'Hôpital Rema de Ruyigi : cas de la communication soignants-soignés ».

Nous vous avons choisi parce que nous pensons que vous êtes les mieux placés pour pouvoir nous livrer des informations fiables et nous vous demandons de bien vouloir répondre à nos questions. N'allez pas hésiter car dans les réponses que vous allez donner, aucune réponse n'est fausse.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, l'expression de nos remerciements anticipés.

KADONDOGORI Sylvestre

QUESTIONNAIRE

A. QUESTIONNAIRE D'ENQUETE POUR LES SOIGNANTS

0. IDENTIFICATION

1. Nom et prénom
2. Formation : secondaire ☐ Université ☐
3. Fonction : médecin ☐ infirmier ☐
4. Nationalité : burundaise congolais ☐ française ☐ autres ☐

I. USAGE DES LANGUES A L'HOPITAL

1. Quelles sont les langues utilisées à l'hôpital ?

   a) Le kirundi ☐ b) le français ☐ c) le swahili ☐

   d) Le chinois ☐ e) L'arabe ☐ f) D'autres ☐

2. Quelle est celle qui domine les autres ?

3. Quelle est celle la plus utilisée dans la communication ?

a) Médecin-malade ? ☐

b) Infirmier-malade ? ☐

II. CONNAISSANCE DES LANGUES

1. Quelle est votre langue maternelle ?

2. En plus de votre langue maternelle, quelles sont les autres langues que vous connaissez ?

III. METISSAGE LINGUISTIQUE

1. Vous arrive-t-il de mélanger les langues pendant la communication avec les malades Oui ☐ Non ☐ Pourquoi ?.....

2. A votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les gens à mélanger les langues en milieu hospitalier ?

3. Quand vous êtes en communication avec votre malade, vous arrive-t-il de commencer l'entretien dans une langue donnée et le terminer dans une autre ?

Oui ☐ non ☐

IV. UTILITE DU MULTILINGUISME EN MILIEU HOSPITALIER

1. Est-il nécessaire d'utiliser plusieurs langues en milieu hospitalier ?

Oui ☐ non ☐

2. Quelle utilité du multilinguisme en milieu hospitalier ?

B.QUESTIONNAIRE EN FRANÇAIS POUR LES MALADES

0. IDENTIFICATION

1. Nom et prénom
2. Formation reçue : Primaire ☐ secondaire ☐ Université ☐ sans ☐

I. USAGE DES LANGUES A L'HOPITAL

1. Quelles sont les langues utilisées à l'hôpital ?

a) Kiswahili ☐ b) le français ☐ c) L'anglais ☐ Le chinois ☐

e) L'arabe ☐ f) D'autres

2. Quelle est celle qui domine les autres ? ☐

3. Quelle est celle la plus utilisée dans la communication

a) « Médecin-malade? » ☐

b) « infirmier-malade ? » ☐

II. CONNAISSANCE LINGUISTIQUE

1. Quelle est votre langue maternelle ?
2. En plus de votre langue maternelle, quelles sont les autres langues que vous connaissez ?

III. METISSAGE LINGUISTIQUE

1. Vous arrive-t-il de mélanger les langues pendant la communication avec le médecin ? Oui ☐ Non, ☐ pourquoi ?.....
2. A votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les gens à mélanger les langues en milieu hospitalier
3. Quand vous êtes en communication avec votre médecin, vous arrive-t-il de commencer l'entretien dans une langue et le terminer dans une autre ?

   Oui ☐ non ☐

IV. UTILITE DU MULTILINGUISME EN MILIEU HOSPITALIER

1. Est-il nécessaire d'utiliser plusieurs langues en milieu hospitalier ?

   Oui ☐ non ☐
2. Quelle est l'utilité du multilinguisme en milieu hospitalier?

C. URUTONDE RW'IBIBAZO VYISHURWA N'ABARWAYI MU KIRUNDI

0. UKWINDONDORA

1. Izina n'amatazirano :.....
2. Amashure mwize : ay'intango , ay'isumbuye , kaminuza, Ntanarimwe

I. IKORESHWA RY'INDIMI MU BITARO

1. Ni izihe ndimi zikoreshwa mu bitaro ?

   a) Ikirundi ☐ b) Igifarasa ☐ c) Igiswahili ☐ d) Icongereza ☐

   e) Igishinwa ☐ f) Icarabu ☐ g) canke izindi ☐

2. Ni uruhe rurimi rukoreshwa kuruta izindi?
3. Ni uruhe rurimi rukoreshwa cane kuruta izindi mu kiyago c'

   a) Umuganga n'abagwayi ☐

   b) Umuforoma n'abarwayi ☐

II. UKUMENYA INDIMI

1. Ururimi rwawe kavukire ni uruhe ?
2. Kiretse urwo rurimi kavukire, izindi uzi ni izihe ?

III. IVANGWA RY'INDIMI MU BITARO

1. Biragushikira ukavanga indimi iyo uriko uravugana n'umuganga ?

   Ego ☐ oya ☐ none biva kuki ?

2. Kubwawe ni izihe mvo zituma bavanga indimi iyo bari mu bitaro ?
3. Iyo muriko muravugana n'umuganga, biragushikira ugatanguza ururimi rwawe hanyuma ugahereza k'urundi ? Ego ☐ Oya ☐

IV. AKAMARO K'IGWIRIRANA RY'INDIMI MUBITARO

1. Birakenerwa ko hakoreshwa indimi nyishi mu bitaro ? Ego oya
2. Ikoreshwa ry'indim inyishi ryoba rifise akamaro akahe mu bitaro ?