



Marché de la ville de Bikoro, province de l'Équateur, RDC ©Translators without Borders

Une communication localisée

L'approche gagnante de la réponse à la 11^e épidémie d'Ebola en République Démocratique du Congo – et les lacunes qui restent à combler

Juin 2021



TRANSLATORS
WITHOUT BORDERS

Table des matières

Ce que vous devez absolument savoir	2
Ce que cela veut dire pour les interventions futures	3
Une communication localisée favorise la compréhension et la confiance	4
La réponse a renforcé l'exclusion des peuples autochtones	5
Les acteurs locaux se sont sentis seuls face aux défis de la communication	9
Sans communication directe, la population fait peu confiance aux humanitaires	11
Méthodologie	12
Remerciements	13

Résultats clés

Ce que vous devez absolument savoir

La réponse à la 11e épidémie d’Ebola en République Démocratique du Congo (RDC), dans la province de l’Équateur, a démontré la force d’une approche localisée de la communication des risques. Cette approche constitue un progrès important par rapport à la réponse à la 10e épidémie, et aux multiples urgences humanitaires survenues en RDC à ce jour. Elle a toutefois également mis en évidence l’importance d’un meilleur encadrement de cette communication locale et multilingue par les organisations et autorités nationales et internationales impliquées dans la réponse. Sans un appui adéquat, et malgré l’expertise des communicateurs locaux, l’exclusion sociale s’est renforcée, et tant la compréhension des mesures à prendre que la confiance en la réponse ont été compromises.

La force d’une approche localisée de communication réside dans le rôle central réservé aux relais communautaires et autres communicateurs de santé de la zone affectée. Grâce à leurs connaissances linguistiques et culturelles et à la confiance que leur accordaient les communautés, ils ont réussi à transmettre des informations clés de façon compréhensible et acceptable. Ils ont privilégié la communication de vive voix, adapté leurs explications aux sensibilités locales, et utilisé différents canaux de communication pour atteindre différents publics. Selon les habitants interviewés par Translators without Borders, l’utilisation de leurs langues locales – plutôt que du français ou du lingala – serait la principale raison pour laquelle ces informations ont été comprises et bien reçues. Ils ont affirmé que cela a permis de diminuer la confusion et la peur ressenties face à une maladie mortelle.

« Pour réussir dans la communication, il faut développer cette approche de la langue locale. Si la population vous entend parler sa langue locale, elle va s’impliquer plus dans l’action. »

Agent de santé de 50 ans à Mapeke

Selon les résultats de notre étude, toutefois, le cas de la réponse en Équateur souligne aussi la responsabilité qui incombe aux organisations et autorités nationales et internationales d’appuyer cette approche localisée. En l’absence d’un encadrement spécifique sur ce point, la discrimination qui existe au sein de toute société risque de conduire à l’exclusion de groupes marginalisés. Cela a notamment été le cas des populations « autochtones » (appelées aussi Twa ou Batwa), qui se sont trouvées exclues des équipes de relais communautaires et très largement des efforts de communication. (Ce fait a également été [relevé par la CASS.](#)) Par conséquent, cette communication s’est peu faite dans leurs langues. Privés d’informations, nos interlocuteurs des communautés autochtones ont dit avoir donc compris que l’Ebola ne les concernait pas.

Par ailleurs, la communication localisée ne décharge pas les acteurs nationaux et internationaux de tout effort de communication multilingue. Les communicateurs en santé avec lesquels TWB s’est entretenu ont dit avoir reçu un appui insuffisant des acteurs de la réponse. Les agents de santé demandaient surtout une aide à la traduction, dans un contexte où la terminologie médicale de la réponse restait très largement incomprise. Les relais communautaires ont estimé ne pas avoir reçu suffisamment d’informations pour bien faire leur travail. Pour une bonne partie des communautés consultées, ce manque d’encadrement des communicateurs s’est traduit par un manque de détails et d’explications adéquates fournis sur des questions telles que la vaccination.

La place centrale laissée aux communicateurs locaux a eu comme conséquence imprévue de créer un vide autour de la responsabilité des organisations et autorités nationales et internationales qui dirigent la réponse. Les contacts limités et les difficultés de communication ont entraîné un manque de confiance envers les humanitaires et une hésitation à l'égard des mécanismes de retour d'information. Plus de la moitié des participants à la recherche n'étaient tout simplement pas conscients de l'existence de tels mécanismes.

Ce que cela veut dire pour les interventions futures

Les réponses aux urgences en santé publique et humanitaires peuvent renforcer l'efficacité de l'engagement communautaire en plaçant les acteurs locaux systématiquement au cœur de leurs efforts de communication. Cela permettra l'utilisation des langues, formats et canaux les plus adaptés aux besoins et préférences de la population – autant de facteurs essentiels pour la compréhension et la confiance.

Dans ce cas, le rôle des organisations et autorités nationales et internationales chargées de la réponse est d'appuyer et d'encadrer ces efforts de façon à :

- **éviter l'exclusion de groupes marginalisés**, notamment en veillant à la participation équitable aux équipes de communication de tous les groupes ethniques et linguistiques présents.
- **adapter la communication aux besoins des communautés affectées**, ce qui implique d'abord de les consulter sur leurs préférences en ce qui concerne les langues et autres modalités, et d'intégrer ces préférences ainsi que les recommandations des communicateurs locaux dans la planification des interventions.
- **promouvoir la compréhension et la traduction unifiée des informations et concepts** en proposant aux relais communautaires et agents de santé des formations et supports de communication dans les langues locales, et non pas seulement les langues officielle et nationales.
- **répondre concrètement aux questions des populations affectées**, en instaurant des mécanismes de retour d'information accessibles aux locuteurs de langues locales et en fournissant aux communicateurs locaux les éléments de réponse substantiels et harmonisés en langues locales, au fur et à mesure que les questions évoluent.
- **mettre en avant la responsabilité des acteurs chargés de la réponse**, à travers une coordination visible des efforts de communication et des échanges réguliers et en langues locales avec les différentes communautés affectées.

Portée de l'étude

Ce rapport rend compte d'une étude menée par TWB et commanditée par l'UNICEF sur les barrières linguistiques et les défis de la communication dans la 11e épidémie d'Ebola en RDC. L'étude est venue compléter le travail de la [Cellule d'Analyse en Sciences Sociales](#).

Les résultats présentés ici sont basés sur des groupes de discussion et des entretiens individuels réalisés en décembre 2020 et février 2021 avec 398 participants en province de

l'Équateur. Ont participé à la recherche : des habitants âgés de 18 à 80 ans, des relais communautaires et membres des cellules d'animation communautaire, des agents de santé, et des humanitaires. Les participants venaient de 14 villages, de la ville de Bikoro et de la commune de Mbandaka. Pour plus de détails, voir Méthodologie plus loin.

Une communication localisée favorise la compréhension et la confiance

Dans cette réponse, la communication des risques et l'engagement communautaire ont été menés principalement par des acteurs locaux, en lingala et dans des langues locales. Cette communication des risques localisée représente une avancée notable par rapport à la réponse à la 10^e épidémie d'Ebola en RDC, marquée par des problèmes de compréhension et de confiance. Les habitants de la zone consultés pour notre étude se sont généralement déclarés très satisfaits de cette approche de communication. Leur niveau de satisfaction global à l'égard de la communication des risques liés à l'Ebola était en contraste net avec la frustration exprimée par les [habitants de Beni en 2019](#). Ils ont cité l'utilisation des langues locales comme principale raison pour laquelle les informations ont été bien comprises et reçues. Cette meilleure compréhension, ont-ils souligné, a fait qu'ils ont ressenti moins de confusion et de peur face à cette maladie mortelle.

*« Comme les RECO nous expliquent en détail ces termes en lingala et des fois en ntomba, il n'y a pas de confusion. »
Homme de 22 ans à Mpango*

Le lingala ne suffit pas pour assurer la compréhension d'informations vitales

Tous les participants de notre étude ont constaté l'importance de recevoir les informations sur la santé dans les langues locales afin d'assurer la meilleure compréhension possible. Ayant reçu des informations sur l'Ebola en lingala et en langues locales, ils ont marqué une forte préférence pour la communication en langues locales. Dans le territoire de Bikoro, les langues les plus parlées sont le mongo, l'ekonda, et le ntomba, suivi du nkundo, du kwala, du lohango, et du twa. (Pour plus d'informations, voir [notre fiche sur les langues de la zone affectée](#).) Notamment pour les enfants, les personnes âgées, les personnes vulnérables et les peuples autochtones, l'information en langues locales est souvent le seul moyen de se renseigner.

Si le lingala est l'une des quatre langues nationales de la RDC, et la langue véhiculaire parlée en Équateur, toutes les variantes du lingala ne sont pas compréhensibles pour la population. Le lingala facile, qui permet aux locuteurs des multiples langues primaires parlées dans le nord et l'ouest du pays de communiquer, emprunte des mots aux langues locales ainsi qu'au français. Cette adaptation fait que le lingala facile de Kinshasa n'est pas compris par tous les locuteurs du lingala facile de l'Équateur.

Même parmi ceux de nos interlocuteurs – souvent habitants de zones urbaines – qui se disaient à l'aise pour parler et recevoir des informations en lingala, la plupart préféreraient leur langue locale pour la communication d'informations sur l'Ebola. En zone rurale surtout, nos interlocuteurs ont exprimé des sentiments mitigés sur l'utilisation de langues autres que la leur. La principale raison citée est la peur d'être raillé ou critiqué, ou la honte de ne pas comprendre ce qui est dit (surtout en français et dans certaines variantes de lingala).

Les acteurs locaux qui ont porté la communication des risques en Équateur ont largement su gérer ces besoins et sensibilités linguistiques. La population a reçu les informations principalement des cellules d'animation, relais et agents de santé communautaires.

« Pour réussir dans la communication, il faut développer cette approche de la langue locale. Si la population vous entend parler sa langue locale, elle va s'impliquer plus dans l'action. »

Agent de santé de 50 ans à Mapeke

Les femmes ont trouvé la communication adéquate et les informations faciles à comprendre

[Des études précédentes](#) ont montré que dans la réponse à la 10e épidémie d'Ebola en RDC, les femmes ont très largement manqué d'informations dans les langues et les formats qu'elles pouvaient comprendre. Étant donné le rôle clé qu'elles jouent dans les soins à domicile et dans la prise de décision de faire appel ou non à un médecin, les femmes sont une cible prioritaire pour toute communication des risques. Or la plupart des femmes consultées pour cette étude en Équateur se sont déclarées satisfaites de la forte implication des relais communautaires et de leur utilisation des langues locales. La grande majorité d'entre elles ont estimé qu'elles disposaient de suffisamment d'informations claires et faciles à comprendre, notamment sur les symptômes et l'enterrement digne et sécurisé.

Outre la traduction des messages dans les langues locales, les acteurs locaux ont utilisé différentes stratégies pour transmettre les informations à chaque membre de la communauté. Ils ont communiqué via les réunions d'église et les responsables locaux. Ils sont passés eux-mêmes à la radio quand ils en avaient la possibilité. Ils ont diffusé les informations dans les lieux fréquentés, rendu visite aux membres de la communauté à domicile, et utilisé les haut-parleurs pour se faire entendre des habitants qui n'assistaient pas aux réunions. En tant que membres des communautés concernées, les relais communautaires avec lesquels nous sommes entretenus prenaient très au sérieux leur mission de communication sur les risques d'Ebola et les mesures de prévention. Vivant dans les mêmes villages, ils étaient en contact direct avec la population au quotidien.

« La sensibilisation porte à porte est meilleure, car elle se fait souvent en langue locale puis tout le monde comprend facilement. »

Femme de 20 ans à Iyembe Monene

Les femmes ont principalement reçu les informations sur l'Ebola de la part des relais communautaires et dans leur langue. Cette transmission s'est faite de vive voix, souvent dans des séances de sensibilisation, des réunions communautaires, et des rencontres religieuses et sociales comme dans les églises ou les écoles. Les femmes ont également profité de la sensibilisation par les crieurs publics et ont trouvé les images utiles pour comprendre les mesures de prévention. À la différence des hommes, pour les femmes qui ont participé à cette étude, la radio et les documents écrits ont rarement été des sources d'information sur la maladie. Les femmes de tout âge ont cité la sensibilisation de porte à porte comme moyen préféré de recevoir des informations sur la santé.

La réponse a renforcé l'exclusion des peuples autochtones

Malgré ces avantages, une approche localisée de l'engagement communautaire implique le risque de reproduire l'exclusion sociale qui existe dans toute société. Sans un encadrement adéquat, les acteurs locaux chargés de cet engagement peuvent reproduire consciemment ou non les clivages sociaux et l'exclusion de certains groupes. C'est très clairement ce qui s'est produit dans la réponse à l'Ebola en Équateur en 2020, et cela malgré les [enseignements](#) déjà tirés à cet égard lors de la flambée d'Ebola dans la province en 2018. Les populations autochtones, ou Twa, sont restées en marge des efforts d'engagement communautaire, n'ayant pas été intégrées dans les équipes d'engagement communautaire, ni reçu d'information dans leur langue. Presque tous nos interlocuteurs de cette communauté ont exprimé le sentiment d'avoir été entièrement oubliés par la réponse et exclus des flux d'information.

*« Ils ne communiquent pas avec nous parce que nous sommes des pygmées. »
Femme de 31 ans à Bomenga*

Dans la province de l'Équateur et ailleurs, ces communautés font face à une discrimination profonde et généralisée qui limite leur accès aux informations et aux services essentiels. Cette discrimination, qui devrait faire d'eux une cible prioritaire de la communication des risques, est à l'origine de l'exclusion constatée par nos interlocuteurs lors de la réponse à l'Ebola.

Considérés par les autres groupes ethniques (qu'ils appellent « les Bantous ») comme inférieurs, les peuples autochtones vivent généralement à la périphérie des villages. Ils sont largement exclus de la vie sociale et souvent chassés d'événements tels que les campagnes de sensibilisation. Leur langue est stigmatisée à un point tel qu'ils n'osent pas la parler en public par peur d'être réprimandés, ce qui les oblige très souvent à se taire. Peu scolarisés et manquant de moyens financiers, les peuples autochtones sont pourtant connus pour leur savoir en médecine traditionnelle, ce qui limite encore plus leur contact avec les structures de santé formelles. En raison de leur statut social, ils sont rarement représentés dans les structures telles que les cellules d'animation communautaires.

Nos interlocuteurs membres des communautés autochtones ont signalé que pour être accessibles à ces communautés les informations doivent être :

- Disponibles en twa et dans la principale langue parlée dans la communauté concernée
- Disponibles dans des formats audio, audiovisuel, et graphiques
- Transmises de vive voix
- Transmises par un membre de la communauté autochtone
- Transmises dans les localités habitées par les peuples autochtones
- Transmises autant que possible sans la présence de membres d'autres groupes ethniques

Remarque sur l'utilisation du mot « autochtone »

Les participants originaires de communautés qui parlent le twa ont exprimé leur préférence pour la désignation « peuple autochtone » plutôt que « Twa » ou « Batwa ». En revanche, la plupart désignent leur langue comme étant le twa (écrit aussi « tswa »). Si le concept d'« autochtone » reste contesté et complexe, dans ce rapport nous respectons cette préférence.

La forte stigmatisation des peuples autochtones est profondément ancrée dans la façon de parler et se manifeste également dans la façon dont les communautés concernées parlent d'elles-mêmes, par exemple en utilisant le mot « pygmée ». Ce mot est dénigrant et devrait généralement être évité. Cependant, lorsque nos interlocuteurs ont utilisé ce mot pour exprimer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion qu'ils vivent au quotidien, nous ne l'avons pas remplacé, pour garder le sens original de leurs propos.

Dans ce chapitre, nous citons exclusivement nos interlocuteurs issus de la population autochtone.

De multiples exclusions conduisent à un manque de confiance dans les rares informations reçues

Nos interlocuteurs au sein des communautés autochtones ont demandé des informations sur presque chaque aspect d'Ebola ; la plupart d'entre eux ont dit n'en avoir reçu aucune. La campagne de sensibilisation n'a pas pris en compte leurs besoins et les a exclus de multiples façons.

Non seulement ils ont exprimé la même préférence que nos autres interlocuteurs pour une communication dans leur langue primaire, mais le niveau généralement faible d'éducation des peuples autochtones fait qu'ils n'ont souvent qu'une connaissance limitée du lingala. Cependant, les peuples autochtones n'étant pas représentés parmi les relais communautaires et agents de santé, les informations transmises sur l'Ebola n'étaient pas disponibles en twa. Seuls quelques interlocuteurs avaient parlé avec les humanitaires ou agents de santé ; ils disaient avoir eu du mal à comprendre ces derniers puisqu'ils parlaient en français ou en lingala.

En raison du bas statut social des peuples autochtones, le twa n'est parlé par aucun autre groupe. Dans les cas où ils assistaient aux séances de sensibilisation, les peuples autochtones n'avaient pas toujours le droit de parler ou de poser des questions devant les autres. Dans plusieurs villages, ils nous ont dit avoir souvent été réprimandés et moqués lors de ces séances, voire chassés. Alors que la plupart des peuples autochtones parlent la langue dominante du village où ils habitent, ils craignent la répression lorsqu'ils s'expriment librement devant les membres d'autres groupes, et s'abstiennent donc de parler.

*« À Bikoro pour qu'un autochtone s'exprime devant un Bantou, ça pose problème. Les Bantous veulent que les populations autochtones ne s'expriment pas librement dans des milieux publics. »
Femme de 28 ans à Bokaka*

L'expérience d'être réprimandé et moqué pendant ce genre de réunions et le sentiment de ne pas être respecté font aussi que les habitants autochtones préfèrent souvent ne pas y assister.

La marginalisation géographique de ces communautés a également contribué à leur exclusion des efforts de sensibilisation. Comme les activités d'engagement communautaire se déroulaient généralement le long de la route principale, les habitants autochtones des quartiers éloignés n'y participaient pas. Cela a renforcé le sentiment de discrimination, et de nombreux participants ont expliqué qu'ils avaient été exclus en raison de leur appartenance aux populations autochtones.

Pour certains participants, ces relations tendues entre les peuples autochtones et les autres groupes ont également provoqué un manque de confiance envers les humanitaires et les agents de santé. La perception générale de nos interlocuteurs originaires des communautés autochtones était que les humanitaires ne s'intéressent qu'aux autres communautés. Étant donné le manque de communication directe avec eux, certains de ces participants nous ont dit ne pas pouvoir faire confiance aux informations relayées, et beaucoup ont déclaré avoir l'impression que l'Ebola ne les concernait pas.

*« Il faut changer la façon de communiquer avec nous, parce que l'équipe de la réponse ne s'intéresse qu'aux Bantous et non pas à nous. »
Homme de 35 ans à Lyonda*

Restés sans informations sur la maladie qu'ils estimaient digne de confiance, les peuples autochtones ont cherché des explications dans leur médecine traditionnelle. Ils considèrent que l'Ebola est une maladie spirituelle, appelée *mabeke*, *matuku* ou *engongi*. Dans leur vision du monde, de telles maladies sont des malédictions mortelles, mais non contagieuses, et qui ne peuvent être guéries que par un *nganga*, un guérisseur spirituel. Cette perception de l'Ebola a conduit d'autres personnes à interpréter à tort la position adoptée par les peuples autochtones comme une résistance ou une incrédulité à l'égard de l'existence de la maladie.

Les peuples autochtones veulent leur propre communication localisée, dans un cadre protégé

Les peuples autochtones proposent d'appliquer cette même approche de la communication localisée à leurs propres besoins. Il s'agit d'instaurer des communicateurs en santé originaires de ces communautés pour transmettre les informations et répondre aux questions de leurs voisins – tout comme cela s'est fait pour les autres groupes ethniques. Le manque de relais communautaires issus des peuples autochtones est vécu comme une nouvelle preuve de discrimination.

*« Il faut éviter l'injustice sociale, le fait de ne considérer que les Bantous et de minimiser les populations autochtones, car on est tous des êtres humains. »
Homme de 30 à 44 ans à Lyonda*

Au-delà de ce principe d'égalité, recevoir les informations de la part d'un autre membre de la communauté autochtone est associé à une série d'avantages concrets. À différents niveaux selon leurs expériences personnelles de discrimination, nos interlocuteurs ont estimé que dans ces conditions ils seraient moins inquiets et se sentiraient plus libres de poser des questions. Ils auraient également la possibilité de poser ces questions en twa, ainsi que dans d'autres langues locales comme le ntomba, le nkundo ou l'ekonda, car tous ne se sentent pas à l'aise en lingala facile.

Étant donné la forte stigmatisation du twa et les tensions provoquées par son utilisation en public, les membres des communautés autochtones consultés ont surtout exprimé le besoin d'un environnement protégé dans lequel ils peuvent recevoir des informations et poser des questions. Nos interlocuteurs veulent que les humanitaires et les agents de santé leur parlent séparément, sans la présence d'autres groupes. Cela signifie également que la sensibilisation doit avoir lieu dans les quartiers où habitent les peuples autochtones.

Le format et le canal de communication sont également importants, compte tenu du faible taux d'alphabétisation de la majorité des peuples autochtones dans cette zone, et leur manque d'accès à la radio. Nos interlocuteurs ont exprimé une nette préférence pour la communication graphique, audiovisuelle et en face à face.

Les acteurs locaux se sont sentis seuls face aux défis de la communication

Les acteurs locaux sur lesquels repose l'approche de la communication localisée nous ont dit ne pas avoir reçu tout le soutien dont ils avaient besoin pour bien remplir leur mission. Après une formation initiale dont tous se sont déclarés satisfaits, les agents de santé ont estimé manquer de soutien pour traduire les informations, tandis que les relais communautaires se sont parfois sentis exclus des flux d'informations. Pour une partie de leur public cible, ces insuffisances dans l'encadrement se sont traduites par une communication souvent superficielle et un flou sur les concepts utilisés.

Restés sans informations complètes, les relais communautaires n'ont pu fournir les explications dont la population avait besoin

Les relais communautaires que nous avons consultés ont constaté un manque de ressources et de coordination des efforts de communication. Plusieurs se sont plaints d'un accès insuffisant aux informations, le plus souvent lié au fait que les ressources disponibles étaient en français ou en lingala. Un des relais communautaires a affirmé que le matériel de sensibilisation conservé dans les centres de soin leur était rarement distribué.

N'ayant aucun lien formel avec les différentes organisations nationales et internationales impliquées dans la réponse, nos interlocuteurs étaient parfois confrontés à des informations contradictoires issues de différentes sources. Dans certains cas, des informations erronées ont mis les relais communautaires dans une situation délicate, comme lorsqu'ils fournissaient les détails d'un service de vaccination qui finalement n'a pas

été mis en place. Le relais communautaire était alors considéré comme un menteur, remettant en question son intégrité et sa réputation au sein de la communauté.

La source du problème, d'après les participants, était l'absence d'un mécanisme de suivi qui aurait permis de coordonner et d'harmoniser la transmission d'informations entre les différentes parties prenantes de la réponse. Les relais communautaires étaient d'avis qu'un tel mécanisme leur aurait donné les orientations dont ils avaient besoin.

Ces problèmes ont trouvé un écho dans les témoignages des communautés consultées pour notre étude. La plupart des hommes ont trouvé les séances de sensibilisation trop courtes et trop peu fréquentes pour les aider à bien comprendre la maladie. Ils ont dit que les informations fournies étaient superficielles et manquaient d'explications et d'illustrations suffisantes. Si les informations transmises en langues locales étaient claires et faciles à comprendre, tous les participants n'ont pas été satisfaits du niveau de détail proposé. Certains estimaient qu'ils manquaient encore d'informations importantes sur l'Ebola, notamment par rapport à la prévention et la vaccination.

Ces inquiétudes étaient liées à la résurgence de la maladie dans une zone déjà touchée par des épidémies récentes. Les hommes en particulier y ont vu un signe qu'eux-mêmes et les communautés en général n'avaient pas suffisamment d'informations sur la manière de prévenir la maladie et de se protéger. Dans les villages qui ont connu une deuxième, voire une troisième flambée d'Ebola ces dernières années, le manque d'informations et d'explications détaillées suscitait un certain degré de frustration. Les participants ont insisté sur le besoin de renforcer les efforts de sensibilisation, notamment en impliquant les membres de leur communauté et en utilisant leurs langues locales.

« Oui, nous avons été informés sur la maladie à virus Ebola, mais d'une façon superficielle, tandis que nous voulons que nos enfants soient impliqués dans toute forme de formation afin de revenir nous transmettre les informations dans notre langue. »

Homme de 80 ans à Iyonda

La perception selon laquelle des explications satisfaisantes n'avaient pas été fournies a également contribué à une réticence par rapport à la vaccination contre l'Ebola, exprimée par à peu près la moitié de nos interlocuteurs. L'hésitation à se faire vacciner est alimentée par des rumeurs selon lesquelles le vaccin provoquerait maladies et décès. Ces rumeurs sont pour la plupart liées aux divers effets secondaires causés par le vaccin et qui n'ont pas été suffisamment expliqués à la population. Le fait que la sensibilisation autour de la vaccination s'est faite principalement en français et en lingala, mais pas dans les langues locales, a limité encore plus l'accès aux informations.

Sans appui linguistique, les agents de santé peinent à faire comprendre les informations clés

Les agents de santé, bien plus que les relais communautaires, ont souligné les défis linguistiques auxquels ils faisaient face pour communiquer sur l'Ebola en Équateur. Ils ont réclamé un soutien renforcé, notamment pour la traduction des messages vers les langues locales. Sans traductions claires et constantes, selon les agents de santé, les messages sont mal compris par la population, ce qui entraîne le refus.

Nos interlocuteurs ont signalé l'absence d'un processus de traduction unifié pour appuyer les efforts de sensibilisation à travers la réponse. Les documents d'information étaient

généralement en français voire en anglais, et c'était aux agents de santé de les traduire. Cette traduction se faisait souvent sans préparation, en fonction des connaissances, de la compréhension et des capacités linguistiques de chacun. C'est sur cette base que les agents de santé orientaient ensuite les relais communautaires et les responsables locaux sur les informations à relayer dans leurs propres contacts avec la population.

« On ne fait pas la traduction ici, en vérité, nous ne faisons que les lectures de compréhension et la traduction se fait directement pendant que vous êtes en train de mener l'activité. »

Agent de santé de 26 ans à Bikoro

Les nombreux termes techniques et médicaux utilisés dans la réponse ont présenté les plus grands problèmes de traduction en langues locales - comme cela avait été le cas notamment à [Beni](#) et à [Goma](#) lors de la 10e épidémie d'Ebola. Dans les messages de sensibilisation en langues locales, ces mots sont souvent restés en français, sans traduction ni explications. Tous nos interlocuteurs, quel que soit leur âge, sexe, profession ou groupe ethnique, ont déclaré avoir des difficultés à comprendre les nouveaux termes utilisés.

Les participants ont signalé toute une série de mots d'apparence faciles, mais qui sont très peu connus et considérés comme déroutants ou vides de sens. Il s'agit :

- de mots utilisés dans le domaine général de la santé publique, comme vaccin, virus, signes, symptômes
- de noms de certains symptômes tels qu'hémorragie, céphalée ou vomissements
- de termes plus techniques qui sont passés dans le langage courant des agents de santé et des humanitaires, comme épidémie, riposte, sac mortuaire, cas suspect ou cas positif, incubation, période d'attente, isolement, confinement, décontamination, distanciation, désinfection, sensibilisation
- de termes nouveaux comme thermoflash, mesures barrières, ou swab
- d'abréviations comme CTE ou EDS

Très souvent, une traduction directe n'existe pas dans les langues locales. En l'absence d'une traduction reconnue de ces termes, les communicateurs en santé doivent trouver les mots pour les expliquer de manière simple chaque fois qu'ils les utilisent. Ces explications peuvent être claires et efficaces, par exemple « décontaminer » devient « désinfecter l'endroit où une victime d'Ebola s'est posée ». Cependant, sans orientation commune, chacun traduit en fonction de ses propres connaissances, et les concepts clés sont donc utilisés de façon imprécise et incohérente.

« La communauté ne comprend pas ces mots clairement, car une équipe donne ces mots et l'autre équipe arrive avec des mots différents. »

Femme de 40 ans à Mompongo

Sans communication directe, la population fait peu confiance aux humanitaires

Contrairement aux acteurs locaux, selon les témoignages reçus le personnel des organisations humanitaires nationales et internationales n'ont eu que très peu de contact direct avec les populations affectées dans cette réponse. Si la présence des humanitaires a

sans doute été plus fréquente dans les villages où des cas d’Ebola ont été enregistrés, ce manque de communication directe est ressorti des témoignages recueillis dans toute la zone affectée. Pour la plupart de nos interlocuteurs, les humanitaires passaient en voiture, ne s’adressaient pas directement à la population, et parlaient une langue (le français) qui n’est pas bien comprise. Certains participants ont déclaré que ces barrières linguistiques les avaient découragés de poser des questions aux humanitaires, supposant qu’ils ne seraient pas compris ou écoutés s’ils parlaient dans leur propre langue.

Ces contacts limités et difficultés de communication semblent avoir nourri un manque de confiance envers les humanitaires. À l’instar des attitudes exprimées par les populations du Nord-Kivu lors de la 10e épidémie d’Ebola, les participants en Équateur se méfiaient des intentions des humanitaires, leur reprochant de ne pas tenir leurs engagements.

La rareté des échanges et le faible niveau de confiance ont eu un impact sur l’efficacité des mécanismes de retour d’information. Les habitants d’un seul village sur les quatorze recensés disaient faire confiance à un tel mécanisme, en l’occurrence une boîte à suggestions récemment installée. Les hommes de deux villages et les femmes d’un troisième avaient connaissance de certains mécanismes de retour d’information, mais doutaient de leur utilité, car les représentations faites étaient restées sans suite. Dans un des villages, les hommes confondaient retour d’information et alerte à l’Ebola. Le plus souvent toutefois, nos interlocuteurs nous disaient ne pas connaître ces mécanismes, mais en même temps ne pas y faire confiance.

La méfiance généralisée à l’égard des humanitaires qui ressort de ces propos ne favorise ni la communication des risques, ni la responsabilité des humanitaires envers les populations à risque. Les [conséquences pour le signalement de cas d’exploitation et d’abus sexuels](#) ont déjà été mises en évidence ailleurs. Une solution partielle pour les réponses futures se trouve peut-être dans les préférences signalées par nos interlocuteurs. Il s’agit pour eux d’instaurer une communication en face à face avec les organisations humanitaires afin de s’assurer que leurs demandes ou griefs sont bien compris et de recevoir une réponse directe. Cette communication se ferait idéalement dans les langues locales, ou à défaut en lingala.

*« Nous préférons donner nos avis aux personnes qui nous écoutent et qui nous respectent, et nous préférons faire les entretiens en personne pour nous exprimer clairement. »
Femme de 29 ans à Bokaka*

Méthodologie

Cette étude s’est déroulée entre décembre 2020 et février 2021. Nous avons mené 23 entretiens individuels semi-structurés, 31 discussions de groupe et 13 ateliers de terminologie. Au total, 392 personnes y ont participé. Parmi ces participants, 39 étaient des agents de santé ou humanitaires, 22 étaient des membres des cellules d’animation communautaire et des relais communautaires, et 60 appartenaient à la population autochtone.

Le plan d’échantillonnage a respecté certains principes de base afin d’assurer une distribution assez équitable en fonction du sexe, de l’âge et des facteurs linguistiques. Quarante-cinq pour cent de nos participants étaient des femmes. Les participants ont été

stratifiés en trois groupes d'âge : 18 à 29 ans, 30 à 44 ans, et plus de 45 ans. Les principales langues parlées à la maison étaient le ntomba, le nkundo, l'ekonda, le twa et le mongo, suivies du kwala, du lingala et du ngombe.

L'étude a été menée à Mbandaka et dans les trois secteurs du territoire de Bikoro : secteur du lac Tomba, secteur Elanga, et secteur des Ekonda. Les participants venaient de 14 villages et de la ville de Bikoro et de la commune de Mbandaka. L'étude couvre les zones de santé de Bikoro, d'Iboko, et de Mbandaka. Les entretiens, les groupes de discussion, et les ateliers ont été menés par une équipe de huit chercheurs congolais, hommes et femmes, de la province de l'Équateur.

Limites de la recherche

La recherche a été confrontée à certaines contraintes spécifiques. Premièrement, au moment où nous avons pu commencer les travaux, la fin de l'épidémie a été annoncée. Par conséquent les résultats n'ont pas influencé cette réponse ; nous estimons toutefois qu'ils restent importants pour de futures épidémies et réponses humanitaires.

Deuxièmement, aucun de nos chercheurs n'était originaire de la population autochtone. S'ils ont établi des relations de confiance avec les participants issus de ces communautés, cet état de fait a pu influencer les réponses reçues. Par ailleurs, nos données sur les expériences et perceptions des communautés autochtones sont tirées de seulement quatre discussions de groupe, complétées par douze entretiens individuels. Or, les individus qui nous ont accordé ces entretiens avaient déjà quitté leur communauté notamment pour faire des études. Ils ont pu nous donner des perspectives importantes sur les conditions de vie des populations autochtones, mais ces conditions n'étaient plus les leurs.

Dernièrement, l'équipe de recherche n'a eu que peu de contact avec les responsables nationaux et internationaux de la réponse. Leurs perspectives sont donc peu prises en compte dans ce rapport. Nous avons estimé plus important d'écouter les communautés et les acteurs locaux, dont les voix sont plus rarement entendues dans les périodes d'urgence.

Remerciements

Translators without Borders (TWB) tient à remercier sincèrement toutes les personnes et organisations qui ont soutenu et contribué à cette étude. En particulier, nous sommes extrêmement reconnaissants envers le personnel de l'Unicef/CASS et de l'International Rescue Council (IRC) pour leur soutien dans la conduite de la recherche. Nous remercions chaleureusement l'équipe de l'association Solidarité pour la promotion des femmes autochtones (SPFA), pour leur appui, leurs perspectives et leurs conseils.

Jean Ikala, chercheur chez TWB, a mené les activités de recherche avec le soutien de sept assistants de recherche : Sandra Ikutu, Papy Itambala, Naomi Kitenge, Martin Mapa, Fiston Monkengo, Nicole Mputu, et Sandra Nkele. Nicole Mputu et André Egozakumu ont soutenu les activités de recherche en tant que référents de langue mongo et ngombe respectivement. Laure Venier, coordinatrice programmes pour TWB en RDC, a mené les consultations avec la société civile et a appuyé la recherche et la gestion des données.

Christine Fricke, responsable de recherche chez TWB, a également appuyé la recherche ; elle est aussi l'auteure de ce rapport, avec Ellie Kemp, directrice recherches et plaidoyer.

Comment TWB peut contribuer

La mission de TWB est d'aider les gens à obtenir des informations vitales et à être entendus, quelle que soit la langue qu'ils parlent. Nous aidons nos organisations partenaires à écouter et à communiquer efficacement avec les communautés qu'elles servent. Nous traduisons messages et documents dans les langues locales, prenons en charge les traductions audio et la création d'informations illustrées, et fournissons des conseils sur la communication bidirectionnelle. Nous travaillons également avec des partenaires pour tester sur le terrain et adapter leur matériel de communication afin d'améliorer la compréhension et l'impact. Ces services s'appuient sur des activités de recherche, de cartographie linguistique et d'appui à l'évaluation des besoins de communication des populations cibles. Nous élaborons également des solutions en matière de technologies linguistiques pour l'engagement communautaire.

Pour plus d'informations, voir notre [site web](#). Vous pouvez aussi nous contacter sur drc@translatorswithoutborders.org.

Translators without Borders est une composante clé de CLEAR Global, une initiative lancée en 2021 pour élargir la portée de notre ambition d'aider les populations à accéder aux informations vitales et à se faire entendre, dans la langue de leur choix.



La présente publication est basée sur des travaux financés par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), avec le soutien du département UK Aid du gouvernement britannique. Les opinions exprimées dans ce document ne doivent en aucun cas être considérées comme reflétant la position officielle de l'UNICEF. Elles ne sont pas non plus nécessairement le reflet des politiques officielles du gouvernement britannique. L'UNICEF et le gouvernement britannique ne peuvent être tenus pour responsables de l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans cette publication.