



Investigación

Recibido: 16/01 / 2022--- Aceptado: 10/05/2022 --- Publicado: 08/06/2022

MISSION HUMANITAIRE MÉDICALE EN SITUATION DE CRISE COVID-19 : L'AGENTIVITÉ DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL



Anne Delizée

Université de Mons, Belgique

anne.delizee@umons.ac.be

How to cite this article? / ¿Cómo citar este artículo?

Delizée, A. (2022). Mission humanitaire médicale en situation de crise COVID-19 : l'agentivité du médiateur interculturel. *FITISPos International Journal*, 9(1), 146-166. <https://doi.org/10.37536/FITISPos-IJ.2023.1.9.315>

RÉSUMÉ : Dans le cadre d'une mission d'aide humanitaire médicale urgente déclenchée par la pandémie de COVID-19, une recherche de participation observante a été menée pour contribuer à mieux comprendre les activités déployées par le médiateur interculturel (MI), les facteurs qui les déclenchent et les effets sociaux qu'elles entraînent. Cette étude de terrain ethnographique montre que le MI est susceptible de s'engager dans 14 types d'activités (non) discursives qui ne sont pas prévus par l'institution qui l'emploie, poussé par l'urgence, les contingences organisationnelles, les vulnérabilités du public bénéficiaire et les objectifs institutionnels. Les choix posés par le MI construisent son agentivité dans le sens où ils servent la finalité sociale de la mission, à savoir l'exercice du droit fondamental à une prise en charge socio-médicale de qualité. Ces résultats peuvent alimenter la réflexion sur les spécificités de l'interprétation en contexte humanitaire.

MOTS CLEFS : mission humanitaire médicale, crise sanitaire, médiateur interculturel, agentivité, interprétation en contexte humanitaire.

RESUMEN: En el contexto de una misión de ayuda humanitaria urgente desencadenada por la pandemia de la COVID-19, se llevó a cabo una investigación de participación observacional para contribuir a una mejor comprensión de las actividades del mediador interculturel (MI), los factores que las desencadenan y los efectos sociales que conllevan. Este estudio de campo etnográfico muestra que el MI puede emprender 14 tipos de actividades (no) discursivas no previstas por la institución para la que trabaja, impulsadas por la urgencia, las contingencias organizativas, las vulnerabilidades de los beneficiarios y los objetivos institucionales. Estas elecciones construyen la agentividad del MI en el sentido de que sirven a la finalidad social de la misión, a saber,

el ejercicio del derecho fundamental a una asistencia socio-médica de calidad. Estos resultados pueden contribuir a la reflexión sobre las especificidades de la interpretación en contextos humanitarios

PALABRAS CLAVE: misión de ayuda médica humanitaria, crisis sanitaria, mediador intercultural agentividad, interpretación en contextos humanitarios.

ABSTRACT: In the context of an urgent medical humanitarian mission in response to the COVID-19 pandemic, observational participation research was conducted to contribute to a better understanding of the activities performed by the Intercultural Mediator (IM), the factors that trigger them and the social effects they induce. This ethnographic study shows that the IM is likely to engage in 14 types of (non)discursive activities that are not foreseen by the employing institution, driven by urgency, organisational contingencies, the vulnerabilities of the beneficiaries and institutional goals. The choices made by the IM shape his/her agency in the sense that they serve the social purpose of the mission, namely the exercise of the fundamental right to quality socio-medical care. These results contribute to discussion on the specificities of interpreting in humanitarian contexts.

KEYWORDS: Medical humanitarian mission, health crisis, intercultural mediator, agency, interpreting in humanitarian contexts.

1. Introduction

La pandémie de COVID-19 qui sévit depuis fin 2019 a entraîné dans de nombreux pays la nécessité d'être confiné chez soi en cas de maladie déclarée ou de suspicion de contamination. La situation est particulièrement difficile pour les migrants et/ou sans-abri : lorsqu'on n'a pas de domicile, où rester en quarantaine et recevoir les soins adéquats ? Cette étude se centre sur la situation à Bruxelles-Capitale, cette ville-monde qui abritait 182 nationalités différentes au 1^{er} janvier 2020 (IBSA, 2021, p.9) et dénombrait environ 5000 personnes sans abri, en maison d'hébergement de transit ou dans un logement inadéquat entre 2018 et 2020 (Horvat & Striano, 2020). Les infrastructures publiques étant insuffisantes pour répondre aux besoins sanitaires des migrants et/ou sans-abri (MSF, 2020), l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) y a mené deux missions successives d'aide humanitaire médicale entre le printemps 2020 et le printemps 2021 : des sites publics et des hôtels ont été réquisitionnés et transformés en centres COVID-19, où des soins ont été prodigués par des équipes d'intervention trilingues français-néerlandais-anglais à des sans-abri belges néerlandophones et francophones, ainsi qu'à des migrants sans domicile s'exprimant dans une dizaine d'autres langues (MSF, 2020). Des médiateurs interculturels ont été recrutés par MSF. L'objet de cette étude est de contribuer à mieux saisir la dimension sociolinguistique de leurs interventions dans le contexte spécifique d'une mission plurilingue et pluriculturelle d'aide humanitaire médicale urgente déclenchée par une crise sanitaire.

Les modalités des interventions des interprètes et des médiateurs interculturels en situation de crise attirent de manière de plus en plus ciblée l'attention des chercheurs (Federici, 2016a ; Delgado Luchner & Kherbiche, 2018 ; Schuster & Baixauli-Olmos, 2018 ; Todorova & Ruiz Rosendo, 2021), et leurs spécificités émergent petit à petit dans la littérature. Premièrement, les aspects interculturels y apparaissent comme fondamentaux (Federici & Declercq, 2019). La nomenclature hybride oscillant entre interprète et médiateur mais incluant très souvent l'adjectif « (inter)culturel » indique que les compétences interculturelles sont considérées comme centrales pour pouvoir faire face à la différence de perception du monde, entrave

potentielle à la communication (Radicioni, 2021, p. 237). Deuxièmement, l'activisme du tiers traduisant est nettement marqué (Todorova, 2019). Il facilite non seulement la communication, mais agit en tant que partenaire actif du personnel humanitaire pour défendre les personnes vulnérables et œuvrer à leur autonomisation, grâce à sa capacité à l'empathie et à la construction de la confiance (Todorova, 2019). Il est capable de gérer les risques et les conflits, ainsi que de prendre des décisions rapides et efficaces (Todorova, 2021b). Il agit également au niveau des problématiques sociales (Martín-Ruel, 2021 ; Radicioni, 2021). Ses actions dépassent le cadre des interactions triadiques classiques Prestataire de service–Interprète–Bénéficiaire et se déploient dans des interactions dyadiques avec l'un des deux intervenants primaires, ce qui a pour effet de maximiser l'assistance fournie aux bénéficiaires (Radicioni, 2021 ; Todorova, 2021a).

Par ailleurs, dans le secteur médical hors situation de crise, la littérature éclaire avec de plus en plus de précisions toute la complexité des activités (non) discursives de l'interprète et du médiateur interculturel (Baraldi & Gavioli, 2021), dont certaines construisent son agentivité (Baraldi, 2019). Selon Tyulenev (2016, p. 17) et Baraldi (2019, p. 319), l'agentivité est définie comme le choix, parmi de nombreuses possibilités, d'un plan d'action qui entraîne un changement social dans l'interaction et/ou la société : ce choix non seulement modifie le cours de l'interaction et a des conséquences positives ou négatives sur l'échange communicatif, mais fait aussi la différence en termes d'effets dans la société. Depuis le prisme de l'agentivité, l'interprétation est considérée comme une activité sociale, et l'interprète comme un acteur social (Tyulenev, 2016, p. 17). De nombreuses études montrent que l'interprète ou le médiateur interculturel peut exercer une agentivité par des moyens extrêmement diversifiés : restitutions amplifiées et non-restitutions¹ qui ont pour effet de co-construire les problèmes de la personne allophone et le soutien institutionnel (Baraldi, 2018), actions discursives pour résoudre rapidement un problème interactionnel et rétablir la compréhension mutuelle (Bolden, 2018), manifestations d'empathie qui facilitent l'adhésion thérapeutique (Merlini & Gatti, 2015), ou encore interactions dyadiques avec le patient favorisant l'intégration (Leanza, 2005).

C'est dans ce cadre que cette étude se fixe trois questions de recherche. Lors d'une mission d'aide humanitaire médicale urgente déclenchée par une crise sanitaire, quelles activités discursives et éventuellement non discursives le médiateur interculturel est-il susceptible de déployer ? Par quels facteurs sont-elles déclenchées ? Quels effets entraînent-elles sur l'interaction et/ou la situation sociale ? Pour apporter des éléments de réponse, nous avons mené une enquête de terrain dans un centre d'hébergement COVID-19 de MSF.

2. Terrain, acteurs et méthodologie de recherche

Cette étude est menée depuis l'angle de l'interprétation considérée comme une activité socialement située, façonnée par les spécificités du contexte (Inghilleri, 2003 ; de Boe et al., 2021).

¹ Une restitution amplifiée inclut des informations explicitées par rapport à l'original ; une non-restitution est une prise de parole de l'interprète qui ne correspond pas à la transmission d'un énoncé original (Wadensjö, 1998, p. 107-108).

Elle est sous-tendue par la perspective ethnographique, qui vise à décrire la convergence des activités, des acteurs² et d'un lieu qui fondent une situation sociale particulière (Asare, 2016). Celle-ci est l'un des centres d'hébergement et de soins COVID-19 de MSF à Bruxelles, ci-après le Centre, qui a fonctionné de novembre 2020 à avril 2021. Un hôtel a été aménagé pour qu'en cas de maladie déclarée ou de suspicion de contamination, des migrants sans abri et des Belges sans domicile puissent observer leur quarantaine et recevoir des soins médicaux. Seuls les patients dans un état de santé jugé non préoccupant étaient admis dans le Centre ; les cas graves étaient référés vers les hôpitaux. La large majorité des patients migrants avaient quitté leur pays d'origine pour trouver de meilleures conditions socio-économiques, et certains d'entre eux avaient fui un conflit. Le Centre a accueilli tout d'abord des hommes uniquement, puis, à partir de la mi-janvier, des femmes avec enfants également. Les données ont été récoltées par l'auteure de l'article entre le 10 novembre 2020 et le 31 janvier 2021. Pendant cette période, le Centre a hébergé une vingtaine de patients par jour en moyenne, et leur séjour était en règle générale de minimum 10 jours. Les patients s'exprimaient en albanais, amharique, anglais, arabe (différentes variantes), bulgare, espagnol, français, géorgien, grec, italien, lingala, lituanien, néerlandais, peul, polonais, roumain, russe, serbe, tigrina et turc. La plupart d'entre eux maniaient plusieurs langues. L'équipe d'intervention était constituée de la responsable de la mission, de la responsable des membres de l'équipe, des logisticiens qui ont transformé l'hôtel en centre de soins pendant les premiers jours de novembre, des hygiénistes qui veillaient à la propreté et la décontamination des lieux, du personnel médical (médecins, infirmiers et une psychologue) et de leur responsable, ainsi que des médiateurs interculturels (MI) et de leur responsable. Les membres de l'équipe s'exprimaient entre eux en français, néerlandais et/ou anglais. Étant donné les difficultés de recrutement pendant cette période de flambée épidémique, les contrats d'engagement étaient souples, allant d'un temps plein à durée indéterminée à un temps partiel à durée déterminée, la rotation du personnel était rapide et le nombre de membres de l'équipe fluctuait sensiblement. Deux groupes d'intervention se relayaient pendant la journée, chacun constitué en moyenne d'un médecin, de deux infirmiers, de trois hygiénistes et de deux MI. La psychologue intervenait à mi-temps. Un tandem constitué d'un infirmier et d'un MI assurait la veille de nuit.

Les MI ont été recrutés parmi la population locale, sur dossier et après avoir passé un entretien d'embauche, en fonction des critères suivants : leurs compétences linguistiques et culturelles, leur formation liée aux langues et/ou leur expérience de la médiation linguistique et culturelle et/ou leur expérience de la migration, leur capacité à gérer le stress et les tensions relationnelles, à agir dans l'urgence, à prendre des décisions rapidement et à travailler en équipe, ainsi que leur connaissance, fût-elle théorique, du rôle de MI et de ses limites. Cinq d'entre eux avaient déjà travaillé pour MSF au printemps 2020 dans le cadre de la crise COVID-19. Dès leur engagement, les MI ont suivi une formation ciblée sur leurs fonctions, et ils étaient guidés par un Code de conduite et de déontologie et un mandat institutionnel explicites (voir section suivante). Le profil général des MI, qui s'appuient sur une connaissance à divers degrés de la

² Afin de faciliter la lecture, le masculin générique sera utilisé pour les désigner, mais il s'agit bien entendu autant d'hommes que de femmes.

médiation linguistique et culturelle, fait d'eux des personnes qui sont en cours de spécialisation dans la profession en général et dans le champ médical humanitaire en particulier.

Identifi- -cation	Homme ou Femme	Langues de communication	Formation supérieure	Expérience antérieure en tant que MI en situation de crise ou ISP (interprète de services publics) dans les secteurs traditionnels	Type de contrat : TP (temps plein) ou TPL (temps partiel)
A	H	Français-arabe- anglais	/	MI	TP
B	F	Français-arabe- anglais	Langues étrangères appliquées, Médiation interculturelle	MI	TP
C	H	Français-arabe- espagnol-italien	Philologie	MI et ISP	TP
D	H	Néerlandais- arabe-anglais- russe	Pharmacie, Philologie	MI et ISP	TP
E	H	Néerlandais- anglais-tigrina- amharique	/	ISP	TP
F	H	Néerlandais- anglais- amharique- arabe	/	ISP	TP
G	F	Anglais- polonais- espagnol-	Philologie	MI	TPL
H	F	Français-russe- anglais	Traductologie, Philologie	ISP	TPL

Tableau 1. Profil sociolinguistique des MI

L'auteure de cette contribution a travaillé dans le Centre en tant que MI (identification par la lettre H dans le tableau 1) du 10 novembre au 31 décembre 2020 à mi-temps, puis du 1^{er} au 31 janvier 2021 à quatre dixièmes de temps. C'est cette immersion sur le terrain en tant que membre actif à part entière du groupe qui a permis de poursuivre la recherche. Sa démarche peut dès lors être qualifiée de participation observante (PO) plutôt que d'observation participante (OP), dont elle diffère par la fréquentation intense du terrain, l'implication accrue du chercheur inscrit dans une action ayant une finalité partagée avec les autres acteurs, la primauté de la participation sur l'observation et la prise en compte de la subjectivité du chercheur comme source de résultats (Pfadenhauer, 2005 ; Soulé, 2007). La PO est une méthode pertinente pour répondre à l'objectif de non seulement décrire l'objet de recherche, mais encore d'en

comprendre les facettes et les mécanismes aussi profondément que possible, parce qu'en se basant sur la perspective de celui qui est à l'intérieur, elle induit la récolte de données tirées tant de l'observation que de l'expérience en intégrant la perspective interactionnelle (Pfadenhauer, 2005). Le participant-observateur pose en effet des actions individuelles et participe aux actions collectives, éprouve des émotions et est influencé par celles des autres, construit des relations avec les autres acteurs, (s')interroge et questionne les interactions. C'est le corps à corps lui-même avec la situation et avec les acteurs qui devient un outil réflexif pour élaborer l'objet.

Ce rapport singulier au terrain et cette proximité avec ses acteurs fait resurgir une tension relativement habituelle en ethnographie (Soulé, 2007) : comment participer-observer tout en s'appuyant sur une mise à distance objectivée de l'objet ? Adopter la perspective de la PO permet de surmonter ce paradoxe car la prétention à être à la fois participant et observateur désengagé s'efface devant la primauté de l'implication interactionnelle et intersubjective (Soulé, 2007). Les effets de la subjectivité et de l'intersubjectivité sont reconnus comme partie intégrante du processus de production de la connaissance, à condition que le chercheur s'en tienne constamment à une attitude réflexive concernant sa démarche et ses présupposés (Tedlock, 1991 ; Baraldi & Mellinger, 2016). C'est cette posture qui a été adoptée lors de la récolte des données et de leur analyse.

La PO mise en œuvre dans le Centre a permis de collecter des données observationnelles et expérientielles, tirées des interactions (in)formelles avec les différents acteurs, des documents de travail et des notes de formation. Ces données ont permis d'identifier des facteurs d'influence institutionnels et situationnels qui façonnent le comportement (non) discursif du MI. Elles ont en outre été analysées et conceptualisées grâce à la théorie du positionnement (Harré & van Langenhove, 1999) pour faire émerger les positions subjectives, c'est-à-dire les projections discursives qui naissent dans le hic et nunc interactionnel et reflètent la manière dont l'un des interactants, y compris le MI, considère ce qui est dit et envisage, par ce qui est dit, sa relation aux autres interactants (Delizée, 2021). Cet outil analytique est à même de faire percevoir la force constitutive des activités discursives, les influences mutuelles entre interactants et tout particulièrement la dynamique interpersonnelle qui les anime (Delizée, 2021).

Précisons encore que la PO était ouverte, c'est-à-dire qu'elle a été déclarée aux autres acteurs, qui y ont consenti. Si cette transparence était éthiquement indispensable, le risque méthodologique est que se savoir observé peut pousser à modifier son comportement. Cependant, dans les situations d'observation en général, les procédures d'autosurveillance durent peu (Olivier de Sardan, 2014). De plus, dans la situation étudiée, l'urgence et la charge de travail importante poussaient tous les membres de l'équipe à être focalisés quasi exclusivement sur l'action rapide et constante ; cette intense mobilisation cognitive et physique ne laissait sans doute que très peu de place à l'autocontrôle.

3. Résultats

Cette section présente les résultats tirés de l'analyse des données observationnelles et expérientielles récoltées lors de la PO. Les facteurs d'influence du comportement (non) discursif du MI sont identifiés. Celui-ci est conceptualisé en positions subjectives et les formats interactionnels dans lesquels elles se manifestent sont précisés. L'exemplification des positions subjectives est issue des données récoltées par la chercheuse dans le Centre. Les effets qu'entraînent ces positions subjectives sur la situation sociale sont mis en lumière. Un tableau récapitulatif est présenté en fin de section.

3.1. Facteurs d'influence institutionnels

Du point de vue institutionnel, les deux facteurs qui modèlent le comportement du MI sont le Code de conduite et de déontologie (MSF, s.d.) et le document *Intercultural Mediation in MSF* qui explicite son mandat (Degratet, 2020). Le contenu de ces deux documents internes est exploité lors de sa formation, préalable à son entrée sur le terrain.

D'une part, dans les interactions triadiques entre les membres du personnel médical (ci-après PersMed), le patient et le MI, ce dernier doit restituer ce qui est dit avec précision, complétude et transparence, sans omission, distorsion de sens ni ajout, avec neutralité, impartialité et en restant dans les limites de son rôle (MSF, s.d.). Ceci correspond à la position subjective que nous appellerons celle de Convoyeur de sens.

D'autre part, l'objectif primordial du MI doit être de contribuer à améliorer l'accès à des soins de qualité et de soutenir activement les buts des parties (Degratet, 2020). L'analyse du document *Intercultural Mediation in MSF* et du contenu de sa formation indique que pour atteindre cet objectif, le MI est invité à investir quatre positions subjectives supplémentaires. Primo, il doit prioritairement mener un dialogue entre la culture du patient et celle du prestataire de soins pour aplanir tout obstacle à la prise en charge (Degratet, 2020). Ceci correspond à la position de Médiateur interculturel proprement dite :

e.g. : un patient serbe refuse catégoriquement la nourriture depuis plusieurs jours en affirmant qu'elle n'est pas respectueuse de son état de santé. L'infirmière belge soutient que la qualité nutritive des repas est irréprochable. Le ton monte entre eux. Le MI signale à celle-ci que les plats froids servis le soir sont peut-être la source du problème et demande au patient ce qui lui semble approprié pour recouvrer la santé. Celui-ci estime que du bouillon bien chaud l'aidera à retrouver ses forces. Avec l'aide du MI, les intervenants primaires s'accordent alors sur un compromis : un ami du patient apportera des sachets de soupe lyophilisée et une bouilloire sera mise à sa disposition.

Secundo, il est demandé au MI d'activer la position de Promoteur de la santé, c'est-à-dire de véhiculer, dans des interactions dyadiques avec le patient, des informations de routine lui permettant de protéger sa santé et celle des autres (Degratet, 2020) :

e.g. : le MI explique la procédure de test COVID, il rappelle régulièrement les gestes barrières, la nécessité d'aérer fréquemment la chambre, de changer de masque, etc.

Tertio, le MI est incité à déceler les besoins et les vulnérabilités particulières du patient et à transmettre ses observations au PersMed, en tant que Porte-parole du patient (Degratet, 2020) :

e.g. : en interaction dyadique avec le MI, un patient se plaint d'insomnie (ou de diarrhée, de constipation, de reflux gastrique, etc.), et le MI relaie sa plainte au PersMed qui prendra les mesures appropriées.

Un patient s'exprime sereinement lors des interactions triadiques PersMed-MI-Patient, mais fait part de sa conviction d'être persécuté par l'équipe médicale lors d'interactions dyadiques avec le MI. Le MI relaie cette conversation au PersMed, qui mettra en place un suivi approprié en santé mentale.

Quarto, le MI est d'emblée positionné en Collaborateur du PersMed. Il est ainsi invité à suggérer des améliorations du système (e.g. inclure deux MI au lieu d'un seul dans les équipes de jour pour répondre avec davantage de disponibilité aux besoins des patients). Il participe également aux passations médicales, réunions au cours desquelles l'équipe qui termine son travail transmet à celle qui prend le relais les informations importantes à propos des patients. Cette participation aux passations indique que l'accès du MI au discours médical est institutionnellement ancré. De cette manière, le MI a une vue d'ensemble des enjeux : il est au courant de la situation de chaque patient, et il connaît les préoccupations du PersMed. Il est donc placé par l'institution dans une position qui lui permet d'ajuster réciproquement les besoins et objectifs des intervenants primaires.

3.1.1. Facteurs d'influence situationnels

Du point de vue situationnel, les facteurs qui influencent le comportement du MI sont au nombre de quatre.

Premièrement, la lutte contre la pandémie de COVID-19 signifie que le MI travaille en situation de crise et d'urgence, c'est-à-dire que les attentes sont violées, qu'il y a menace, qu'il faut réagir, et que cette réaction doit être aussi immédiate que possible (Cadwell, 2021, p. 354). Ceci implique que le MI doit contribuer activement à la rapidité et à l'efficacité de la prise en charge des patients.

Deuxièmement, les risques de contamination par le virus SARS-CoV-2 sont élevés. Le Centre est donc fermé, seuls les patients et les membres de l'équipe y ont accès. Il a été aménagé en une zone dite « propre » abritant les locaux de l'équipe où le MI est en interaction dyadique avec les autres membres de l'équipe, et en une zone dite « contaminée » abritant d'une part les chambres des patients où le MI est en interaction triadique PersMed-MI-Patient, et d'autre part la salle des repas et des loisirs, où le MI est principalement en interaction dyadique avec les patients :

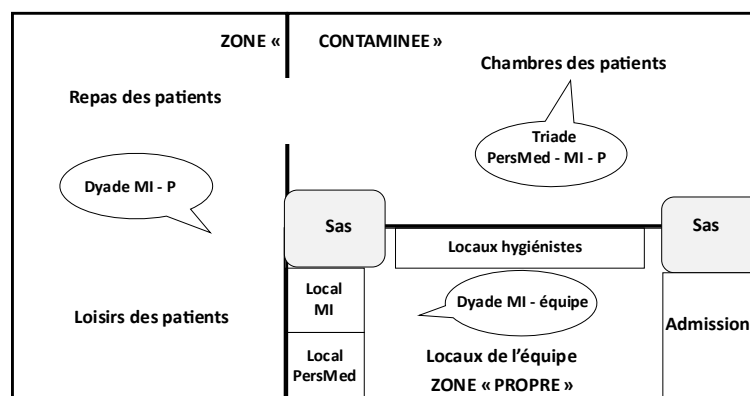


Schéma 1. Configuration particulière du Centre et formats interactionnels

Pour entrer dans la zone contaminée, il est indispensable de revêtir dans le sas un équipement de protection individuel complet (EPI, à savoir blouse et pantalon médicaux, surblouse à manche longue, gants, couvre-chaussures, masque FFP2, lunettes de protection, charlotte médicale). La plupart de ses éléments étant jetables, l'EPI coûte cher. Dès lors, une fois les visites triadiques terminées dans les chambres des patients avec le PersMed, le MI maximise sa présence dans la zone « contaminée » et y assure la distribution des repas, organise des loisirs pour les patients et se rend disponible pour recueillir leurs besoins, conformément à sa position institutionnelle de Porte-parole. Le PersMed, lui, enlève l'EPI pour retourner dans la zone « propre » vaquer à diverses tâches médicales et administratives. La configuration particulière des lieux et la répartition des tâches favorisent un nombre beaucoup plus important d'interactions dyadiques MI-patient et MI-PersMed que d'interactions triadiques PersMed-MI-Patient.

L'association de ces deux premiers facteurs implique que le Centre est un univers clos et que l'efficacité de la communication, la cohésion et l'adaptabilité constituent le socle du fonctionnement de l'équipe, les membres ne pouvant compter que sur eux-mêmes. La collaboration entre eux est dès lors accrue et les limites de leurs rôles respectifs sont perméables, l'un devant pouvoir rapidement épauler l'autre. Les initiatives des MI sont vivement encouragées.

Troisièmement, les patients sont susceptibles de souffrir de cinq types de vulnérabilité, souvent concomitants : sans-abrisme, COVID-19 déclarée ou suspicion de contamination, comorbidités somatiques, vécu lourdement lesté émotionnellement et troubles de santé mentale (addictions et/ou troubles psychiques). Cela signifie qu'ils arrivent dans le Centre dans un état généralisé de faiblesse somatique et d'anxiété.

Quatrièmement, les spécificités susmentionnées du public accueilli entraînent trois objectifs institutionnels : prodiguer des soins somatiques liés à la COVID-19 et/ou à toute autre nécessité médicale, fournir un soutien psychologique visant prioritairement à apaiser l'anxiété, et co-construire avec les patients un projet social pour éviter qu'ils ne retournent à la rue une fois sortis du Centre. Pour ce dernier point, les membres de l'équipe mènent un dialogue soutenu

avec les acteurs du maillage social bruxellois et les patients pour aider ceux-ci à trouver un lieu d'hébergement ou de prise en charge spécifique³ et à retisser un projet de vie.

L'association de ces deux derniers facteurs implique que les activités de l'équipe se déploient à l'intersection de la santé somatique, de la santé mentale et de l'insertion sociale.

Les quatre facteurs situationnels conjugués dilatent littéralement le champ d'action du MI, qui s'élargit bien au-delà des cinq positions subjectives qui lui sont demandées institutionnellement. Sous leur pression, le MI investit en effet les 14 positions supplémentaires suivantes.

La prise en charge somatique s'articule autour des tours médicaux effectués par l'infirmier et/ou le médecin et un MI dans les chambres des patients, au minimum deux fois par jour. Les paramètres du patient (tension, température, saturation en oxygène) sont relevés et il est ausculté, écouté, les médicaments et les soins sont administrés, les recommandations données, le projet social discuté. En interaction triadique, le MI restitue les propos dans la position institutionnelle de Convoyeur de sens, comme le veut son Code de conduite et de déontologie. Cependant, il se positionne également fréquemment en Assistant de la communication médicale, c'est-à-dire que dans un mouvement d'affiliation avec le PersMed et pour soutenir le but communicatif médical, il mêle restitutions proches, amplifiées et non-restitutions :

e.g. : le MI restitue le discours original du PersMed en répétant certaines informations, en amplifiant le développement argumentatif, en ajoutant certaines informations contextuelles, en s'enquérant de la compréhension du patient et en accentuant les schémas prosodiques et la gestuelle.

Cette amplification verbale et non verbale du discours médical est déclenchée par deux facteurs. Primo, le temps de visite consacré à chaque patient est limité pour diminuer les risques d'infection des membres de l'équipe et pour qu'ils puissent faire face à leur lourde charge de travail : il faut donc convaincre rapidement le patient d'un fait (e.g. poser une action, accepter une situation et modifier son comportement : prendre correctement ses médicaments, rester en quarantaine, diminuer sa consommation de tabac ou d'alcool, etc.). Secundo, le port de l'EPI – tout particulièrement du masque FFP2, des lunettes de protection et de la surblouse – rend quasi imperceptible pour le patient l'expression du visage et du regard, assourdit la parole et entrave les mouvements : ces pertes sont compensées par une accentuation de la prosodie et de la gestuelle par le MI afin de renforcer la force de conviction et la charge émotionnelle de l'original.

Dans la zone des repas/loisirs, le MI est très souvent en interaction dyadique avec le patient, ce qu'il lui permet d'activer la position d'Observateur pour récolter des informations potentiellement pertinentes pour améliorer la prise en charge :

³ En cas de maladies somatiques graves autres que la COVID-19, de traitement d'assuétudes ou de troubles psychiques.

e.g. : le MI peut être le témoin de l'accentuation ou de la diminution de l'anxiété ou de la confusion, de pensées suicidaires, de troubles du comportement, de traces de mutilation, de douleurs dentaires ou musculaires, d'incompréhensions sur le traitement ou sur le projet social, etc.

Le MI investit ensuite la position de Partenaire de réflexion lors des passations médicales. En interaction dyadique avec le PersMed, il lui rapporte ses éléments d'observation pour éclairer la décision que ce dernier prendra :

e.g. : vu que le comportement du patient rapporté par le MI ressemble à des manifestations d'anxiété accentuée, un soutien psychologique est envisagé.

Puisque le MI est le dépositaire de plaintes somatiques persistantes malgré les résultats négatifs de tous les examens médicaux, la psychologue augmentera la fréquence de ses rendez-vous avec le patient.

Le MI ayant remarqué que le patient mange compulsivement, l'infirmier en discutera avec ce dernier et établira un régime particulier.

Étant donné que le MI a vu le patient se gratter à plusieurs reprises alors que celui-ci ne se plaint pas, le médecin examinera sa peau attentivement.

Le MI est la personne qui est institutionnellement désignée pour passer le plus fréquemment de la zone « contaminée » à la zone « propre », et vice-versa. Il est donc tout naturellement positionné en Messenger du PersMed et du patient, afin d'éviter que le PersMed doive lui aussi revêtir l'EPI à chaque fois qu'une information non urgente doit être transmise à un patient ou reçue de sa part :

e.g. : de la part du PersMed, le MI transmet au patient qu'un centre d'hébergement vient de confirmer une place libre pour lui, que le résultat de son test COVID n'est pas encore connu, que l'assistant social va apporter les médicaments qu'il avait oubliés dans son lieu d'hébergement précédent, etc.

De la part du patient, le MI transmet au PersMed une prise autonome de rendez-vous pour faire avancer le projet social, une demande d'informations sur la procédure d'euthanasie, un bref épisode hémorragique sous la douche au niveau d'une blessure superficielle, etc.

Grâce aux informations qu'il recueille lors de ses interactions dyadiques, le MI peut se positionner en Aide-mémoire du PersMed et du patient :

e.g. : au PersMed, le MI rappelle que Monsieur W se plaint de diarrhée comme Monsieur X, que la blessure de Monsieur Y se situe au pied droit et non gauche, que le pansement de Monsieur Z n'a pas encore été changé, etc.

Au patient, le MI rappelle l'heure de son rendez-vous téléphonique avec l'assistant social, la date du deuxième shampoing anti-poux, sa date de sortie du Centre, etc.

Détenteur d'informations sur le fonctionnement administratif et institutionnel de la région où se trouve le Centre grâce à son expérience professionnelle et/ou son propre vécu, le MI peut en faire bénéficier le PersMed et le patient, de sa propre initiative ou à leur demande. Il est alors en position d'Intervenant social :

e.g. : le MI explique au patient la procédure d'obtention de la carte d'aide médicale urgente dont il aura besoin à sa sortie du Centre, le système d'inscription dans certains centres d'hébergement, etc.

Il explique au PersMed qui n'a jamais encore travaillé à Bruxelles le fonctionnement de la plateforme humanitaire régionale, les spécificités de certains centres d'hébergement, etc.

Le MI est également Traducteur et Assistant administratif :

e.g. : le MI traduit dans ses langues de travail les mesures de promotion de la santé et le règlement d'ordre intérieur.

En interaction dyadique avec le patient, le MI remplit les formulaires non médicaux d'admission et de sortie, gère avec lui les appels téléphoniques pour l'organisation de son projet social, organise le transport du Centre vers son nouveau lieu de vie.

Le MI déploie également des activités d'Aide-soignant en soutien aux autres membres de l'équipe :

e.g. : lors des tours médicaux dans les chambres des patients, le MI passe les instruments de mesure au PersMed, les désinfecte et prend note des paramètres (tension, température, saturation en oxygène).

Le MI aide les hygiénistes à appliquer les protocoles anti-gale, -poux et -punaises, et il participe à la décontamination de la zone des repas/loisirs.

En collaboration avec les infirmiers, le MI apporte les repas en accord avec les régimes individuels ; il participe à la gestion des addictions en distribuant aux patients la quantité de tabac et de bière autorisée par les médecins et en les encourageant à diminuer leur consommation.

Le Centre est un microcosme fermé au sein duquel des personnes vulnérables et anxieuses doivent rester en quarantaine souvent contre leur gré, recevoir des soins efficaces et se remettre en route dans leur trajet social. Les sollicitations des patients auprès des membres de l'équipe sont nombreuses, la charge de travail de ces derniers est lourde et leurs conditions de travail particulièrement contraignantes. Dans ces circonstances, le Centre ne pourrait pas atteindre ses objectifs sans une relation soutenance entre tous les acteurs, basée sur la confiance. Le MI joue à cet égard un rôle clef en tant que Médiateur relationnel.

D'une part, il co-construit des relations collaboratives avec le PersMed où personne n'usurpe la place de l'autre, mais où chacun est conscient d'une certaine porosité des rôles pour parvenir à la cohésion, gage d'efficacité :

e.g. : l'infirmier est responsable du suivi médicamenteux, mais le MI vérifie avec lui si le patient prend correctement son traitement en autogestion.

Le médecin est responsable de la prise en charge psychiatrique, mais le MI le soutient dans ses tentatives pour convaincre le patient psychotique de ne pas s'enfuir du Centre et d'accepter une hospitalisation dans un établissement spécialisé.

La psychologue est responsable du soutien psychologique, mais le MI se rend brièvement disponible pour écouter le patient lors d'une interaction dyadique.

D'autre part, la relation entre le MI et le patient est celle qui est la plus activement construite en raison de la fréquence de leurs interactions dyadiques, ainsi que de la langue et du

fond culturel partagés, même s'ils sont d'origines différentes. Sans se substituer au PersMed, le MI établit avec le patient une relation empathique à même de le rendre réceptif aux soins et de sous-tendre son autonomisation :

e.g. : le MI prend quelques minutes pour écouter le patient et le rassurer, l'encourager à prendre des initiatives pour se remettre en chemin socialement, pour le valoriser en lui confiant certaines tâches, comme transmettre une information organisationnelle à un autre patient.

Le MI est parfois témoin d'accès d'émotions négatives alors qu'il est seul avec le patient dans la zone de repas/loisirs (e.g. colère, pleurs, anxiété). Il a été spécifiquement formé par MSF pour pouvoir fournir une première aide psychologique. Après avoir évalué les risques et appelé le PersMed, et en attendant la venue de celui-ci, le MI se positionne alors en Co-gestionnaire des émotions :

e.g. : le MI se montre verbalement et non verbalement disponible et calme, demande ce dont le patient a besoin en priorité, l'écoute, propose des exercices de respiration consciente, l'encourage et tente de réactiver sa capacité à réagir positivement.

Persuader des personnes habituées à vivre dehors de rester confinées est loin d'être une chose aisée. L'ennui s'installe, la tension monte rapidement, les tentatives de sortie non autorisées sont nombreuses. Pour garder un climat aussi serein que possible, le MI se positionne en Animateur, Médiateur de conflits et Surveillant :

e.g. : le MI apporte des livres ou une guitare, organise dans le respect de consignes sanitaires un moment de danse, un souper festif, des jeux de société, etc.

Le MI aide les patients en conflit à trouver une solution de compromis.

Le MI rappelle les règles d'ordre intérieur.

Le tableau ci-dessous récapitule les résultats de l'analyse des données observationnelles et expérientielles :

Facteurs d'influence	Activités (non) discursives du MI		Principaux effets sur la situation sociale
	Conceptualisation en positions subjectives	Déploiement interactionnel	
Facteurs institutionnels : 1/ Code de déontologie et de conduite 2/ Mandat	Convoyeur de sens	Triadique PersMed-MI-P	Compréhension mutuelle Communication efficace et apaisée
	Médiateur interculturel	Triadique PersMed-MI-P	
	Promoteur de la santé	Dyadique MI-P	Soutien aux missions du PersMed Ajustements des besoins et des objectifs des IP
	Porte-parole de P	Dyadique MI-P et MI-PersMed	
	Collaborateur du PersMed	Dyadique MI-PersMed	
Facteurs situationnels :	Assistant de la communication médicale	Triadique PersMed-MI-P	Soutien aux missions du PersMed

1/ Crise, urgence	Observateur de P	Dyadique MI-P et MI-PersMed	Soutien aux missions du PersMed
	Partenaire de réflexion de PersMed		
2/ Sars-CoV-2	Messenger de P/PersMed	Triadique Equipe-MI-P	Soutien à l'autonomisation du patient
	Aide-mémoire de P/PersMed		
3/ Vulnérabilités du public	Intervenant social	Dyadique MI-P et MI-PersMed	Communication efficace
	Traducteur		
4/ Objectifs institutionnels	Assistant administratif	Dyadique MI-P	Soutien aux missions de l'équipe
	Aide-soignant		
	Médiateur relationnel	Dyadique MI-P et MI-PersMed	Soutien aux missions du PersMed
	Co-gestionnaire des émotions		
	Animateur	Dyadique MI-P	Soutien à l'autonomisation du patient
	Médiateur de conflit		
	Surveillant		Attention aux besoins de l'autre
			Communication apaisée

Tableau 2. Facteurs d'influence, activités (non) discursives du MI et leurs principaux effets sur la situation sociale

4. Discussion

Par le biais de la participation observante, nous avons identifié les activités (non) discursives du MI et les facteurs qui les façonnent. Elles ont été conceptualisées en 19 positions subjectives au total : 5 demandées par l'institution et 14 déclenchées par les contraintes situationnelles. Cette conceptualisation met en évidence les relations interpersonnelles qui s'établissent entre le MI et les autres acteurs, essentiellement caractérisées par le soutien qu'il leur apporte sur les plans physique, cognitif, relationnel et émotionnel. Les positions subjectives du MI se déploient dans des interactions triadiques PersMed-MI-Patient et, beaucoup plus fréquemment, dans des interactions dyadiques avec le PersMed ou avec le patient. Via ses positions subjectives, le MI exerce les principaux effets suivants sur la situation sociale : faciliter la compréhension mutuelle, co-crée un climat de communication apaisé et d'attention aux besoins de l'autre, ajuster les besoins et les objectifs de l'équipe et des patients, soutenir les missions du personnel médical et le processus d'autonomisation du patient, à savoir sa capacité à se remettre en route socialement.

Ces résultats vont dans le même sens que ce qui a été établi dans la littérature pour l'interprétation en situation de crise, ce que nous avons relevé dans l'introduction : activisme de l'intermédiaire linguistique et culturel, liens collaboratifs étroits avec les autres acteurs, compétences à l'intersection des champs médical, social et administratif, centralité de l'interculturel, importance des interactions dyadiques pour soutenir les buts des deux parties, capacité à ajuster son positionnement en fonction de la dynamique du moment et à co-construire des relations soutenantées basées sur la confiance.

Ces résultats vont également dans le sens de l'agentivité de l'interprète ou du médiateur mis en évidence dans le secteur médical traditionnel hors situation d'urgence. Dans la situation

sociale à l'étude, le MI pose des actes et prend la parole de sa propre initiative, ce qui le rend visible. Au-delà de cette visibilité, et depuis le prisme de la médiation interculturelle considérée comme une activité sociale, il peut être posé que l'activisme du MI est la manifestation de son agentivité dans le sens où il choisit un plan d'action qui entraîne un changement dans l'interaction et/ou dans la société (cf. Tyulenev, 2016 ; Baraldi, 2019). Parmi tous les plans d'action possibles, dont l'un aurait pu être de se cantonner aux seules cinq positions subjectives demandées par son Code de déontologie et son mandat institutionnel, le MI fait le choix d'activer 14 positions supplémentaires, qui recouvrent principalement les actions suivantes. En interaction triadique, il produit des non-restitutions et des restitutions amplifiées sur les plans verbal et non verbal. En interaction dyadique, il fait circuler les informations entre les acteurs et ajuste leurs objectifs. Il co-construit des relations empathiques avec les patients, et collaboratives avec les autres membres de l'équipe. Il observe les patients, recueille leurs besoins spécifiques et entre en co-réflexion avec le personnel médical. Il pose des actes en soutien aux rôles des autres membres de l'équipe, traduit et prend des décisions organisationnelles. Ces choix exercent une influence sur les interactions dans le sens où ils contribuent à aplanir les obstacles à une communication aisée et efficace, à co-crée un climat communicatif de sérénité et d'attention à l'autre, et à rehausser la compréhension individuelle des enjeux. Plus largement, les choix du MI servent la finalité sociale désirée dans le sens où ils soutiennent le processus d'autonomisation du patient et la capacité des membres de l'équipe à remplir leurs missions. Ils contribuent à ce que le Centre fonctionne avec le moins de tensions et de défaillances possible malgré l'urgence, et à ce que le patient, mis en confiance, exprime de manière plus apaisée ses besoins et soit plus réceptif aux soins. Le MI apparaît dès lors comme un agent du Centre, dans le sens premier du latin *agens/agentis*, c'est-à-dire faisant avancer, poussant devant soi : par son agentivité, il contribue à faire avancer les trois objectifs institutionnels du Centre, à savoir prodiguer des soins somatiques aussi ciblés que possible, offrir un soutien psychologique visant l'apaisement, et co-tisser un projet social avec chaque patient.

L'agentivité du tiers traduisant est toujours socialement conditionnée (Tyulenev, 2016, p. 21). Étant donné l'intense mobilisation cognitive, physique, sensorielle, émotionnelle et relationnelle que dans laquelle le MI est plongé, il est peu probable qu'il conscientise toutes les positions subjectives qu'il adopte. Seules cinq d'entre elles sont voulues par l'institution et ont fait l'objet d'une élaboration lors de sa formation. Les 14 autres positions se déclenchent vraisemblablement de manière spontanée et relativement peu contrôlée, sous la forte pression des contraintes situationnelles. Certains comportements du MI ont eu des effets contre-productifs. Ainsi, un MI qui s'engage dans une trop grande proximité relationnelle et émotionnelle avec un patient peut être personnellement fragilisé par sa détresse. Autre exemple, un MI qui adopte la posture de celui qui fait *à la place* du patient plutôt que *pour* le patient sape les efforts d'autonomisation de ce dernier. Les positions du MI rapportées ici soulèvent encore bien d'autres questions, telles que son rapport aux principes éthiques de neutralité et d'impartialité (Tryuk, 2021), sa positionnalité (Delgado Luchner & Kherbiche, 2018 ; Todorova & Ruiz Rosendo, 2021), l'influence de ce type d'intervention sur sa santé mentale (Todorova 2019, 2021b), son rapport au pouvoir qui émane de son savoir (Delizée, 2022), ou encore sa compétence à juger de la pertinence de ce qu'il observe pour la prise en charge médicale. Chacun de ces

aspects mérite d'être traité dans une étude ciblée. Continuer à approfondir la compréhension des spécificités de l'interprétation en situation de crise et mettre sur pied des formations spécialisées décrivant la palette de choix possibles, leurs implications éthiques et leurs incidences potentielles (Delgado Luchner & Kherbiche, 2019) permettra sans aucun doute de rehausser le sens des responsabilités du tiers traduisant vis-à-vis des conséquences sociales de ses actions (Baker & Maier, 2011).

Cette étude éclaire des pratiques mises en œuvre par des MI recrutés par MSF, une association médicale humanitaire internationale, dans le cadre de la crise de la COVID-19. D'une part, au sens anthropologique, « aide humanitaire » désigne les opérations d'assistance matérielle et humaine apportée aux victimes de catastrophes naturelles et de guerres (Bodineau, 2017). Les pratiques observées pourraient dès lors alimenter la réflexion sur une catégorie conceptuelle à part entière, celle de l'interprétation en contexte humanitaire, qui engloberait des réponses apportées à des situations non seulement de conflits, mais également de catastrophes naturelles et, par extension, d'épidémies et de pandémies. D'autre part, Delgado Luchner & Kherbiche (2018) ont proposé une définition spécifique de « l'interprétation humanitaire » au sens juridique, qui fait référence uniquement aux situations qui relèvent du Droit international humanitaire et qui sont donc (in)directement liées à un conflit armé. Comme le souligne Federici (2016b), peu d'études se sont jusqu'à présent penchées sur les interventions des interprètes/médiateurs dans des situations qui ne sont pas dérivées d'un conflit et auxquelles des organisations humanitaires apportent une réponse. Leur multiplication permettra à terme de proposer une définition de ce qui peut constituer l'interprétation en contexte humanitaire hors situation de conflit armé.

5. Conclusions

Ancrée dans la perspective de la médiation interculturelle considérée comme une activité socialement située, cette étude de nature ethnographique a montré que dans le cadre d'une mission plurilingue et pluriculturelle d'aide humanitaire médicale urgente déclenchée par la pandémie de COVID-19, le médiateur interculturel s'engage dans cinq activités prévues par l'institution, mais également dans quatorze autres activités déclenchées sous la pression des facteurs situationnels. Les choix d'action posés par le MI parmi une multitude de moyens disponibles construisent son agentivité dans le sens où ils concourent à la mise en œuvre des objectifs de la mission humanitaire. Le MI apparaît donc un acteur social dont les choix permettent aux patients allophones d'exercer leur droit fondamental à une prise en charge socio-médicale de qualité malgré les barrières de la langue et de la culture.

L'étude porte sur une seule situation sociale, et celle-ci a été décryptée depuis la perspective d'une seule chercheuse dans le cadre d'un travail de terrain de participation observante. Des entretiens individuels menés avec les autres acteurs insitutionnels devront venir trianguler formellement les points de vue. La généralisation des résultats n'est dès lors pas de mise, et seule la multiplication d'études portant sur des situations similaires permettra de déceler s'il existe des tendances récurrentes dans ce type d'intervention.

Malgré ses limites, cette étude peut sans doute alimenter la réflexion sur les spécificités de l'interprétation en contexte humanitaire portant sur des situations qui ne découlent pas d'un conflit armé, mais d'une crise qui touche des personnes allophones qui ne sont pas nécessairement des réfugiés ou des personnes déplacées.

References

- Asare, E. (2016). *Ethnography of communication*. In C. Angelelli & B. J. Baer (Eds.), *Researching Translation and Interpreting* (pp. 212–219). Routledge.
- Baker, M., & Maier, C. (2011). Ethics in Interpreter & Translator Training. Critical perspectives. *The Interpreter and Translator Trainer*, 5(1), 1–14.
- Baraldi, C. (2018). Interpreting as mediation of migrants' agency and institutional support. A case analysis. *Journal of Pragmatics*, 125, 13–27.
- Baraldi, C. (2019). *Pragmatics and agency in healthcare interpreting*. In R. Tipton & L. Desilla (Eds.), *The Routledge Handbook of Translation and Pragmatics* (pp. 319–335). Routledge.
- Baraldi C. & Gavioli L. (Eds.) (2021) *When Clinicians and Patients Do Not Speak the Same Language - Interpreting in Health Care, Special Issue of Health Communication* 36/9.
- Baraldi, C., & Mellinger, Christopher D. (2016). *Observations*. In C. Angelelli & B. J. Baer (Eds.), *Researching Translation and Interpreting* (pp. 257–268). Routledge.
- Bodineau, S. (2017). *Humanitaire. Anthopen*. Université de Laval.
- Bolden, G. (2018). *Understanding interpreters' actions in context*. *Communication and Medicine*, 15(2), 135–149.
- Cadwell, P. (2021). *Translation and interpreting in disaster situations*. In Ş. Susam-Saraeva & E. Spišiaková (Eds.), *The Routledge Handbook of Translation and Health* (pp. 253–268). Routledge.
- de Boe, E., Balogh, K., & Salaets, H. (2021). *The impact of context on community interpreting research, practise & training*. *Linguistica Antverpiensia*, 20, 1–28.
- Degratet, A. (2020). *Intercultural Mediation in MSF. Hébergement Project*. Notes de formation, document interne de Médecins Sans Frontières.
- Delgado Luchner, C., & Kherbiche, L. (2018). Without fear or favour? The positionality of ICRC and UNHCR interpreters in the humanitarian field. *Target*, 30(3), 408–429.

- Delgado Luchner, C., & Kherbiche, L. (2019). Ethics training for humanitarian interpreters working in conflict and post-conflict settings. *Journal of War & Culture Studies*, 12(3), 251-267.
- Delizée, A. (2021). *Alignement et position subjective, une double focale analytique pour observer la dynamique interactionnelle en interprétation de dialogue*. The Interpreter's Newsletter, 26, 75-93.
- Delizée, A. (2022, sous presse). *Intervenir en situation de crise COVID-19 : pouvoir-savoir du médiateur interculturel*. In V. Lagae, N. Rentel, & S. Schwerter (Eds.), *La traduction en contexte migratoire. Aspects sociétaux, juridiques et linguistiques*. Frank & Timme.
- Federici, F. M. (Ed.). (2016a). *Mediating Emergencies and Conflicts: Frontline Translating and Interpreting*. Palgrave Macmillan UK.
- Federici, F. M. (2016b). *Introduction: a state of emergency for crisis communication*. In F. M. Federici (Ed.), *Mediating Emergencies and Conflicts: Frontline Translating and Interpreting* (pp. 1-29). Palgrave Macmillan UK.
- Federici, F. M., & Declercq, C. (Eds.). (2019). *Intercultural Crisis Communication: Translation, Interpreting and Languages in Local Crises*. Bloomsbury Publishing.
- Harré, R., & van Langenhove, L. (Eds.). (1999). *Positioning Theory*. Blackwell.
- Horvat, N., & Striano, M. (2020). *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruss'help.
- IBSA. (2021). *Mini-Bru, la Région de Bruxelles-Capitale en chiffres*. Institut bruxellois de statistique et d'analyse.
- Inghilleri, M. (2003). Habitus, field and discourse: interpreting as a socially situated activity. *Target*, 15(2), 243-268.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.

- Martín-Ruel, E. (2021). *Andalusia, the principal gateway to Europe for migrants and refugees arriving by sea: access to the right to interpreting services in reception entities for international asylum seekers*. In M. Todorova & L. Ruiz Rosendo (Eds.), *Interpreting Conflict. A Comparative Framework* (pp. 251–271). Springer.
- Merlini, R., & Gatti, M. (2015). *Empathy in healthcare interpreting: going beyond the notion of role*. *The Interpreters' Newsletter*, 20, 139–160.
- MSF. (2020). *Coronavirus : la plus grande intervention MSF jamais réalisée en Belgique*. <https://www.msf.org/belgium>
- MSF. (s.d.). *Deontology - code of conduct*. Document interne de Médecins Sans Frontières.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2014). *L'enquête de terrain socio-anthropologique*. In J. Boutier, J.-L. Fabiani, & J.-P. Olivier de Sardan (Eds.), *Corpus, sources et archives* (pp. 63–81). Institut de recherche sur le Maghreb contemporain.
- Pfadenhauer, M. (2005). *Ethnography of scenes. Towards a sociological life-world analysis of (post-traditional) community-building*. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art.43.
- Radicioni, M. (2021). *Interpreter-mediated encounters in complex humanitarian settings: Language and cultural mediation at Emergency ONG Onlus*. In M. Todorova & L. Ruiz Rosendo (Eds.), *Interpreting Conflict. A Comparative Framework* (pp. 229–249). Springer.
- Schuster, M., & Baixauli-Olmos, L. (Eds.). (2018). *A question of communication: the role of Public Service Interpreting in the migrant crisis*. *The European Legacy*, 23(7–8).
- Soulé, B. (2007). *Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*. *Recherches Qualitatives*, 27(1), 127–140.
- Tedlock, B. (1991). *From participant observation to the observation of participation: the emergence of narrative ethnography*. *Journal of Anthropological Research*, 47(1), 69–94.

- Todorova, M. (2019). *Interpreting for refugees: empathy and activism*. In F. M. Federici & C. Declercq (Eds.), *Intercultural Crisis Communication* (pp. 153–171). Bloomsbury Publishing.
- Todorova, M. (2021a). *Interpreting for refugees in Hong Kong*. In M. Todorova & L. Ruiz Rosendo (Eds.), *Interpreting Conflict. A Comparative Framework* (pp. 273–289). Springer.
- Todorova, M. (2021b). *Pressing issues and future directions for interpreting in conflict zones*. In M. Todorova & L. Ruiz Rosendo (Eds.), *Interpreting Conflict. A Comparative Framework* (pp. 305–316). Springer.
- Todorova, M., & Ruiz Rosendo, L. (Eds.). (2021). *Interpreting Conflict. A Comparative Framework*. Springer.
- Tryuk, M. (2021). *Translating and interpreting in conflict and crisis*. In K. Koskinen & N. K. Pokorn (Eds.), *The Routledge Handbook of Translation and Ethics* (pp. 398–414). Routledge.
- Tyulenev, S. (2016). *Agency and role*. In C. Angelelli & B. J. Baer (Eds.), *Researching Translation and Interpreting* (pp. 17–31). Routledge.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Longman.