

LA COLLABORATION ENTRE CHERCHEUSES ET CHERCHEURS ET « INTERMÉDIAIRES » DANS LE RECRUTEMENT DES PATIENTES ET PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS : réflexions issues de la pratique de recherche

CLARA ACIEN

Doctorante en psychologie
Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de psychologie palliative
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

clara.acien@chuv.ch

FANNY BOVEY

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de soins palliatifs gériatriques
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

CATARINA LETRAS

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de soins palliatifs infirmiers
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

SOLENE BLANC

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de soins palliatifs gériatriques
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

MATHIEU BERNARD

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de psychologie palliative
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

LEA HEISTRÜVERS

URPP Human Reproduction
Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine et
Université de Zurich

MICHAEL J. DEML

Service de soins palliatifs et de support
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

LAURA GALBIATI

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de psychologie palliative
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

LAURA JONES

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de soins palliatifs gériatriques
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

SAMIRA RUEDIN

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de soins palliatifs gériatriques
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

ANCA-CRISTINA STERIE

Service de soins palliatifs et de support,
Chaire de psychologie palliative et Chaire de soins palliatifs
gériatriques
Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de
Lausanne

RÉSUMÉ

Pour les chercheuses et chercheurs en sciences humaines et sociales dans le contexte hospitalier, le recrutement de la patientèle suivie par une équipe de soins palliatifs repose souvent sur la collaboration avec une clinicienne ou un clinicien par site, que nous appelons « intermédiaire ». Ce rôle, rarement explicité ni choisi, place ces spécialistes dans une position pivot entre trois types de parties prenantes : chercheuses et chercheurs, professionnelles et professionnels de la santé, et patientèle. À l'aide d'une approche réflexive, nous mettons en lumière les tensions qui émergent dans la relation établie entre ces parties prenantes durant le mandat de recherche : décalages épistémiques, asymétries institutionnelles, ajustements relationnels ou encore charges émotionnelles. La reconnaissance explicite de ces dynamiques nous apparaît comme un enjeu central pour des collaborations plus justes et durables entre recherche et clinique.

Mots clés

Recrutement, contexte hospitalier, collaboration, réflexivité, soins palliatifs, Suisse.

ABSTRACT

For researchers in social sciences and humanities conducting studies in hospital settings, the recruitment of patients in palliative care often relies on collaboration with a clinician at each site, whom we refer to as an “intermediary”. This role, seldom formalized and rarely chosen, places these professionals in a pivotal position among three groups: researchers, healthcare providers, and patients. Drawing on a reflexive approach grounded in shared fieldwork experiences, we shed light on the tensions that arise within this relationship: epistemic dissonances, institutional asymmetries, relational adjustments, and emotional burdens. We argue that explicitly acknowledging these dynamics is a key condition for fostering fairer and more sustainable collaborations between research and clinical practice.

Keywords

Recruitment, hospital setting, collaboration, reflexivity, palliative care, Switzerland.

1. INTRODUCTION

Les chercheuses et chercheurs en soins palliatifs s'intéressent régulièrement à l'expérience des patientes et des patients concernant leur maladie, les préférences de soins, les besoins existentiels ou la qualité de vie. L'accès à ces expériences suppose souvent de recueillir directement la parole des patientes ou des patients

ou de leurs proches. Le recrutement de ces personnes participantes constitue ainsi une étape cruciale pour de nombreux projets de recherche. Or, lorsque les chercheurs et chercheuses ne disposent pas d'un accès direct aux patientes et patients, ce recrutement repose largement sur la collaboration avec des spécialistes de santé occupant une position d'intermédiaire entre recherche et clinique. En contexte hospitalier, les intermédiaires sont le plus souvent cliniciennes ou cliniciens (personnel infirmier, médecin, psychologue, aide-soignante ou aide-soignant). Ces personnes sont identifiées sur chaque site et occupent une position particulière et essentielle, en ce qu'elles détiennent la délicate responsabilité « d'ouvrir l'accès ». Leur travail, pourtant central dans le processus de recherche (Brohard, 2020), n'est que rarement reconnu explicitement, par exemple au travers d'un contrat, d'une position de partenaire de recherche, ou d'une rétribution financière ; le rôle de l'intermédiaire se construit donc généralement dans un flou organisationnel, ce qui provoque parfois un sentiment d'inconfort. Ce rôle n'est par ailleurs pas forcément choisi par les personnes, qui peuvent y être affectées par leur hiérarchie. Le défi pour les chercheuses et chercheurs est alors de préserver ce lien malgré les contraintes du terrain, les temporalités cliniques et les exigences propres au projet de recherche. Dans ce contexte, la recherche en soins palliatifs peut s'accompagner d'une importante charge émotionnelle et soulève des questionnements éthiques complexes.

La négociation de l'accès au terrain et aux personnes participantes auprès d'intermédiaires se joue de manière brève et fragmentée : rencontres rapides, appels téléphoniques, échanges de courriels. Dans le contexte des soins palliatifs et de fin de vie en milieu hospitalier, ces enjeux de temporalité sont particulièrement saillants. Par exemple, les patientes et patients sont souvent dans des situations cliniques instables, marquées par des trajectoires de soins parfois imprévisibles. Ces caractéristiques influencent les possibilités de recrutement et rendent centrales la collaboration et la coordination avec les équipes cliniques (Stone et al., 2013). En pratique, les rôles des intermédiaires sont multiples : identifier des patientes et patients éligibles, assurer la communication avec l'équipe de recherche, légitimer la présence des chercheuses et chercheurs auprès des équipes soignantes, et faciliter le lien avec

les personnes participantes. Durant tout le processus de recrutement, le rôle d'intermédiaire occupe une position « pivot » entre trois types de parties prenantes : l'équipe de recherche, l'équipe clinique et les personnes participantes. Cette position « pivot » peut être rapprochée du concept de « travail d'articulation » développé par Strauss et ses collègues (Strauss et al., 1985), qui désigne l'ensemble des activités nécessaires pour coordonner des acteurs, des temporalités et des objectifs interdépendants dans les organisations de soins. À l'instar du « travail invisible » décrit par Allen (2014), cette activité de coordination apparaît indispensable au fonctionnement des projets de recherche, tout en demeurant souvent peu reconnue sur le plan institutionnel. Ce rôle nécessite des ajustements constants, pour jongler entre les intérêts et les contraintes des différentes parties : réponses aux demandes de l'équipe de recherche, mais aussi protection des intérêts des personnes participantes et des équipes soignantes. La négociation de ces aspects, d'ordre organisationnel et éthique, s'ajoute aux tâches habituelles de clinique.

L'objectif du présent article est d'explorer le rôle des intermédiaires cliniciennes et cliniciens dans le recrutement de personnes participantes en soins palliatifs, en mettant en lumière les tensions méthodologiques, relationnelles, organisationnelles et émotionnelles qui traversent cette collaboration.

2. MÉTHODE

Le « Labo Réflexivité » a été créé en 2023 au sein du Service de soins palliatifs et de support du Centre hospitalier universitaire vaudois. Ce groupe réunit mensuellement des chercheuses et chercheurs ayant des degrés d'expertise différents dans la recherche, issus de différentes disciplines (médecine, sciences infirmières, sociologie, anthropologie, linguistique et psychologie) et engagés dans des projets de recherche en soins palliatifs. Les recherches des membres du laboratoire mobilisent différentes méthodes, qualitatives, quantitatives ou mixtes : questionnaires, entretiens semi-structurés ou encore groupes de discussion. Les expériences discutées sont issues de projets de recherche variés, menés en soins palliatifs ou en contexte de soins palliatifs, en Suisse. Cet espace de discussion structuré vise à soutenir les

scientifiques confrontés aux enjeux méthodologiques, éthiques, relationnels et émotionnels de la recherche en contexte de soins palliatifs (Sterie, 2026 ; von Unger, 2022). Ces échanges ont l'objectif de transformer des expériences souvent vécues individuellement en réflexions collectives susceptibles d'améliorer les pratiques de recherche. La démarche générale pendant le « Labo Réflexivité » consiste à partager des expériences vécues, des ressources ou des défis, ou simplement des réflexions en lien avec leur terrain de recherche. Régulièrement, des thématiques particulières émergent, et certains membres du laboratoire peuvent y réfléchir à travers un article réflexif ou de méthodologie, ou de présentations lors de conférences¹. Cet article s'inscrit également dans ce cadre.

Cette thématique de collaboration avec des intermédiaires a été choisie pour réaliser une investigation approfondie, présentée ici. À travers ce retour d'expériences, les auteurs et autrices veulent rendre visibles les tensions et les négociations autour du recrutement de personnes participantes par des intermédiaires en contexte hospitalier, ainsi que contribuer à une meilleure compréhension du rôle joué par ces intermédiaires dans les projets de recherche en soins palliatifs. Pour ce faire, des situations vécues par les membres du « Labo Réflexivité » dans le cadre de leurs projets de recherche sont discutées. Pour le présent article, les autrices et auteurs ont été invités à partager, sous forme de vignettes, leurs expériences de terrain liées au recrutement de personnes participantes par l'intermédiaire de cliniciennes et cliniciens. L'autrice principale a assigné à ces vignettes des thèmes globaux et ceux-ci ont servi de support à des discussions collectives ultérieures. Ces échanges ont permis de faire émerger les deux principaux enjeux développés dans cet article, puis de discuter de pistes d'amélioration.

La démarche suivie pour cet article s'inscrit dans une approche d'inspiration auto-ethnographique, visant à utiliser les expériences personnelles partagées afin de faire émerger des enjeux méthodologiques plus généraux (Mathieu et Hagelsteen, 2026). Deux vignettes, présentées dans le tableau 1, ont été sélectionnées pour illustrer ces

thèmes, parce qu'elles présentent des situations soulevées et discutées en détail au sein du collectif.

À partir des vignettes recueillies et des discussions collectives menées au sein du « Labo Réflexivité », plusieurs enjeux récurrents liés au rôle des intermédiaires dans le recrutement ont émergé. Les sections suivantes présentent ces réflexions autour de trois principaux constats : le travail relationnel nécessaire pour créer et maintenir la collaboration, les négociations entourant l'identification des patientes et patients éligibles, et les pistes d'amélioration envisagées pour soutenir ces collaborations entre recherche et clinique.

3. CRÉER ET MAINTENIR L'ACCÈS AUX PATIENTES ET PATIENTS : UN PROCESSUS DE COLLABORATION COMPLEXE

La durée de la collecte de données ou de recrutement varie considérablement d'une étude à l'autre et peut parfois s'étendre sur une année, voire davantage. Elle continue aussi parfois au-delà des estimations effectuées par l'équipe de recherche au moment du lancement de l'étude. Plusieurs membres du « Labo Réflexivité » ont rapporté l'impression que l'identification des patientes et patients ne se concrétisait pas toujours malgré un intérêt initial exprimé pour le projet. Par ailleurs, les expériences de terrain relatées lors du laboratoire ont amené à interpréter certaines difficultés de recrutement comme pouvant être liées aux contraintes organisationnelles de la clinique qui sont généralement prioritaires sur la recherche : surcharge de travail, imprévus, urgences. De plus, dans les contextes de soins palliatifs, la priorité est donnée aux impératifs de confort et de qualité de vie des patientes et patients. Certaines réactions ont parfois pu être interprétées par l'équipe de recherche comme des expressions d'inconfort à solliciter de potentielles personnes participantes dans un contexte marqué par la vulnérabilité, la crainte étant de les déranger ou de leur imposer une charge supplémentaire. Pris en étau entre leurs responsabilités cliniques et les attentes des chercheuses et chercheurs (délais à respecter,

¹ Voir aussi Blanc et al. (2025). « Comment te dire adieu » : un exercice réflexif sur l'expérience de terrain dans la

recherche en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 39(1), p. 48-58.

attentes particulières en matière de recrutement, garantie du respect de la procédure), les intermédiaires peuvent peut-être ressentir une forme d'essoufflement. À terme, ce potentiel désengagement peut ralentir, voire compromettre le processus de recrutement, et engendrer une certaine frustration des deux côtés (Chaiviboontham, 2013).

En effet, ce ralentissement dans le recrutement peut générer une incertitude difficile à gérer pour les chercheuses et chercheurs. Maintenir la motivation des intermédiaires devient alors un défi de longue haleine.

Tableau 1. Exemples de vignettes à l'origine des réflexions présentées

Entre relance et retenue
« Le tableau d'identification des patientes et patients n'arrive pas. Mes courriels restent sans réponse. Je finis par appeler, mais j'ai toujours l'impression de déranger, d'interrompre quelque chose d'urgent. Pourtant, au téléphone, le référent est aimable, parfois même enthousiaste. Je ne sais plus quoi penser : est-ce un oubli ? Un manque de temps ? » « Au fil du temps, je comprends que mon étude n'est pas toujours proposée, même quand les patientes ou patients sont éligibles. Ils et elles sont parfois jugés trop fatigués, ou alors on me répond que "ce n'est pas le bon moment pour leur proposer de participer". Je me retrouve parfois coincée : dois-je insister ? Questionner ? Ou préserver au mieux la relation avec l'intermédiaire, dont dépend tout mon recrutement ? »
Ne pas être oubliée
« Je me surprends parfois à développer des stratégies étranges pour que l'étude continue d'exister dans l'esprit des équipes. Pour une recherche nécessitant l'enregistrement d'entretiens médicaux, je passais du temps dans le bureau des médecins, j'apportais des chocolats, je faisais semblant d'être "de passage" pour rappeler discrètement l'existence du projet. J'ai aussi participé au colloque du matin afin que ma simple présence rappelle l'identification des personnes participantes. » « Parfois, une professionnelle ou un professionnel de la santé venait me voir avec un sourire : "J'ai un patient pour toi." Je ressentais alors un mélange de soulagement, de gratitude et d'inconfort. Comme si l'accès au patient relevait d'une faveur plutôt que d'une procédure prévue. »

Afin de continuer à accéder aux patientes et patients, le milieu de la recherche doit se montrer à l'écoute des réalités et des contraintes des partenaires de terrain, et soigner leur communication. Cela passe souvent par la mise en place de stratégies pour susciter et maintenir l'intérêt et la motivation, nourrir la relation, rappeler leur présence, tout en dérangeant le moins possible (Doris, 2024 ; Derbez, 2010). Ce travail relationnel demande tact et endurance, d'autant que la dépendance aux intermédiaires est grande, et les interactions souvent sporadiques. Il met en lumière une interrogation plus large sur la place et la légitimité de certaines recherches en contexte hospitalier, lorsqu'elles reposent sur les intermédiaires. Par exemple, au fil des sollicitations, que les chercheuses et chercheurs tentent de formuler avec tact, se rejoue chaque fois la nécessité

de reconstruire leur légitimité et de rappeler l'intérêt de leur recherche. Les réflexions collectives ont fait émerger l'idée que le recrutement ne se jouait pas uniquement au moment de la mise en place du projet, mais aussi lors de nombreuses renégociations tout au long de la collecte de données. Ces efforts de maintien du lien se font avec beaucoup de doutes : comment se repositionner et interroger le travail de l'intermédiaire ou exprimer des difficultés sans risquer de compromettre la collaboration ou de briser la relation ?

Ainsi, à travers ces échanges et les négociations successives de l'accès au terrain, c'est aussi l'utilité perçue de la recherche qui est remise en question. Certaines études semblent plus facilement trouver leur place dans les priorités cliniques, notamment quand elles sont perçues comme ayant des retombées directes sur les patientes ou patients ou

les équipes cliniques. À l'inverse, pour les recherches dont les bénéfices sont plus indirects ou difficiles à rendre visibles, plusieurs chercheuses ou chercheurs du groupe ont eu l'impression que ces recherches étaient considérées comme secondaires, d'une part à cause des impératifs cliniques, mais aussi à cause des recherches médicales reposant avant tout sur la preuve d'efficacité des traitements, jugées plus légitimes ou utiles (Sterie et al., 2022). Les critères d'importance d'une étude ne sont donc pas toujours partagés entre les équipes cliniques et de recherche. Pour la recherche, la valorisation d'une étude vient par la production de connaissances ou l'amélioration à long terme des pratiques. Pour la clinique, elle se trouve plutôt dans l'utilité immédiate dans les soins ou dans la pertinence concrète du projet dans leur quotidien. Cette différence d'appréciation semble influencer l'engagement des intermédiaires, et les chercheuses et chercheurs doivent alors redoubler d'efforts pour faire reconnaître la validité, la pertinence et la valeur de leur démarche (Foley et al., 2023 ; Sterie et al., 2022).

4. À LA RECHERCHE DE PATIENTES ET DE PATIENTS. OUI, MAIS LESQUELS ?

Si les critères d'éligibilité pour le recrutement des patientes et patients sont définis dans un protocole et validés par une commission d'éthique, ils doivent toujours être traduits et (re)négociés dans le concret des situations (Hanson et al., 2014). Cette éthique processuelle (Perrin et al., 2020) est inextricable au contact du terrain et les intermédiaires y tiennent un rôle indispensable. Tout d'abord, même avant d'ouvrir l'accès aux patientes et patients, ces personnes partagent leurs connaissances du terrain avec l'équipe de recherche pour affiner les critères d'inclusion afin d'améliorer les chances de recrutement, ou encore d'identifier les risques d'attrition. Ceci est d'autant moins évident que les intermédiaires sont rarement formés à la recherche. Mais ils peuvent également y faire obstacle : les critères d'éligibilité semblent parfois oubliés, ou remis en question, et parfois des patientes ou patients remplissant les critères d'éligibilité ne sont pas informés de l'étude.

L'aspect « sensible » (Garric et al., 2023 ; Sakoyan, 2006) des soins palliatifs comme terrain de

recherche peut également être soulevé, à la fois en recherche et en clinique : gravité des pathologies, intimité, vulnérabilité, charge symbolique véhiculée sur la mort (Rossi et al., 2008). Ces caractéristiques influencent directement les pratiques de recrutement : les cliniciennes et cliniciens peuvent chercher à protéger des patientes ou des patients jugés trop fragiles, tandis que les chercheuses et chercheurs doivent composer avec des situations cliniques instables et qui évoluent rapidement. Cette sensibilité, réelle ou perçue, peut ainsi exacerber les dynamiques exposées dans cet article, et participer à la légitimation de certaines formes de filtrage ou de blocage d'accès par des intermédiaires : un désengagement actif ou passif, documenté dans la littérature en soins palliatifs (Snowden et Young, 2017).

Ne disposant pas des compétences cliniques nécessaires pour identifier les personnes participantes selon les critères formulés, les chercheuses et chercheurs se reposent sur les intermédiaires pour poursuivre leurs recherches. Ainsi, certaines expériences rapportées dans le collectif ont suscité l'impression que les personnes participantes partageaient des caractéristiques similaires, possiblement en raison d'une sélection effectuée principalement à partir de considérations cliniques. Néanmoins, cette adaptation des critères théoriques d'éligibilité aux réalités pratiques du terrain est rarement explicitée dans les publications scientifiques.

5. EN QUÊTE D'AMÉLIORATIONS

Les difficultés décrites dans cet article ne peuvent être réduites à un manque d'engagement individuel des intermédiaires. Elles s'inscrivent dans des contraintes organisationnelles, institutionnelles et cliniques plus larges. Les pistes d'améliorations évoquées ci-dessous ne doivent pas être comprises comme des consignes de notre part, mais plutôt comme un point de départ pour la coconstruction entre équipes de recherche et équipes cliniques, afin de concilier les objectifs scientifiques avec les réalités du soin et les ressources disponibles.

Il semble important à la fois pour les chercheuses et chercheurs et les intermédiaires d'avoir des temps de rencontre suffisants et en

présence, afin de renégocier l'intérêt du projet, ainsi qu'expliciter les aspects organisationnels, mais également leurs représentations et leur enthousiasme, changeants au cours du projet. Ces contacts réguliers ont aussi l'avantage d'instaurer un lien de confiance entre recherche et clinique.

Le rôle des intermédiaires s'avère complexe, à l'intersection de plusieurs mondes. Il paraîtrait intéressant de mieux le définir et le reconnaître, avec un soutien institutionnel renforcé, permettant de développer et de maintenir des partenariats de recherche efficaces sans compromettre les tâches cliniques. Une piste à explorer serait l'inclusion des intermédiaires en amont de la recherche, et notamment dans la définition des critères d'éligibilité des patientes et patients. Leur inclusion dans l'étude, à la fois dans leur cahier des charges (dans les activités de recherche) et dans les considérations budgétaires du projet, serait également pertinente.

Finalement, le rôle des intermédiaires gagnerait également à être reconnu par leur participation à l'analyse des résultats ou à la valorisation scientifique (ex. : présentations, publications), desquelles ces personnes restent actuellement largement invisibilisées.

CONCLUSION

La collaboration entre le milieu de la recherche et les cliniciennes et cliniciens dans le recrutement de personnes soignées en contexte hospitalier repose sur un équilibre complexe, mêlant enjeux organisationnels, relationnels et émotionnels. Les expériences discutées dans cet article montrent à quel point la communication, les négociations et les incertitudes qui accompagnent ce travail restent souvent invisibles, alors même que le succès d'un projet de recherche en dépend. Dans les contextes de soins palliatifs et de fin de vie, où la vulnérabilité des personnes soignées, l'instabilité clinique et les enjeux éthiques sont particulièrement saillants, ces dynamiques de collaboration prennent une importance encore plus grande.

Les difficultés de recrutement décrites dans cet article peuvent ainsi être comprises non seulement comme des enjeux de collaboration, mais également comme le produit d'un travail d'organisation

largement « invisible » (Allen, 2014) et relevant de l'« articulation » (Strauss et al., 1985), réalisé par les intermédiaires en parallèle de leurs responsabilités cliniques habituelles. À travers leurs activités de coordination, de négociation et d'articulation entre les mondes de la recherche et du soin, les intermédiaires contribuent à rendre possible la conduite même des projets de recherche. Cette lecture permet de déplacer le regard des seules difficultés de recrutement vers les conditions organisationnelles qui soutiennent la production des connaissances en milieu clinique.

Les approches réflexives invitent à assumer les doutes, la vulnérabilité des chercheuses et chercheurs (Raheim et al., 2016 ; Sikic et al., 2019 ; Sterie et al., 2023), les tâtonnements et les « impuretés » (Bourdelloie, 2019). La collectivisation d'expériences personnelles et d'émotions parfois désagréables permet de mettre en lumière certains enjeux de la rencontre entre recherche et terrains. Les réflexions relatées sont toutefois issues principalement du point de vue des chercheuses et des chercheurs. Si elles permettent de mettre en lumière certaines tensions vécues dans la collaboration avec les intermédiaires, elles ne prétendent pas rendre compte de l'ensemble de leurs contraintes ou de leurs besoins.

En soins palliatifs, accéder à la parole des patientes et patients suppose toujours plus qu'une procédure validée : cela implique des relations, des ajustements, des arbitrages et une attention constante aux réalités du soin. En rendant visible ce travail d'intermédiation, cet article vise principalement à ouvrir un espace de discussion. Quelles formes de soutien, de reconnaissance ou d'organisation permettraient aux intermédiaires de mieux articuler leurs responsabilités cliniques et leur participation aux projets de recherche ? Ces questions semblent mériter d'être discutées collectivement, car c'est sans aucun doute dans cette coconstruction que se trouvent les pistes d'amélioration les plus prometteuses.

DÉCLARATION

Les autrices et auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts, incluant les relations de nature financière et non financière, associés à cette publication.

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement nos collègues cliniciennes et cliniciens intermédiaires avec lesquels nous avons pu échanger de manière constructive au cours des phases de collecte de données, ainsi que pour leur aide précieuse et indispensable tout au long de nos recherches.

RÉFÉRENCES

- Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Blanc, S., Acien, C., Savinelli, S., Ruedin, S., et Sterie, A.-C. (2025). « Comment te dire adieu » : un exercice réflexif sur l'expérience de terrain dans la recherche en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 39(1), 48-58.
- Bourdaloie, H. (2019). Les impuretés du travail de l'ethnographe sur un terrain sensible. Deuil en ligne et traces numériques des morts. *Recherches qualitatives*, 38(2), 25-46.
- Brohard, C. (2020). Barriers to hospice and palliative care research: A patient-centered approach to intervention studies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), 227-230.
- Chaiviboontham, S. (2011). Recruitment and retention challenges in research of palliative care in patients with advanced cancer. *Progress in Palliative Care*, 19(4), 185-188.
- Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. *Genèses*, 78(1), 105-120.
- Doris, J. (2024). L'importance des informateurs clés : récit d'expérience d'une recherche doctorale en contexte pandémique. *Recherches qualitatives*, 29.
- Foley, R.-A., Akre, C., Bovet, É., Castro, J., Dubois, J. et Linder, A. (2023). Chapitre 8. L'observation, dans Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M., *Les recherches qualitatives en santé*. Collection U, 215-233.
- Garric, N., Longhi, J., Pugnère-Saavedra, F. et Rochaix, V. (2023). *Discours des terrains sensibles : recueil, analyse, intervention*. Presses universitaires de Franche-Comté.
- Hanson, L. C., Bull, J., Wessell, K., Massie, L., Bennett, R. E., Kutner, J. S., Aziz, N. M. et Abernethy, A. (2014). Strategies to support recruitment of patients with life-limiting illness for research: The Palliative Care Research Cooperative Group. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1021-1030.
- Mathieu, C. et Hagelsteen, K. (2026). Enhancing reflexivity in research and practice in healthcare through oral-based autoethnography. *Qualitative Health Research*, 36(1), 15-29.
- Perrin, J., Bühler, N., Berthod, M.-A., Forney, J., Kradolfer, S. et Ossipow Wuest, L. (2020). En quête d'éthique : dispositions légales et enjeux empiriques pour l'anthropologie. *Tsantsa*.
- Råheim, M., Magnussen, L. H., Sekse, R. J. T., Lunde, Å., Jacobsen, T. et Blystad, A. (2016). Researcher-researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 30996.
- Rossi, I., Kaech, F., Foley, R.-A. et Papadaniel, Y. (2008). L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution, *ethnographiques.org*, 17.
- Sakoyan, J. (2006). Bouillon F., Fresia M., Tallio V. (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. Bulletin Amades. *Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé*, 68.
- Sikic Micanovic, L., Stelko, S. et Sakic, S. (2019). Who else needs protection? Reflecting on researcher vulnerability in sensitive research. *Sociétés*, 10(1), 3.
- Snowden, A. et Young, J. (2017). A screening tool for predicting gatekeeping behaviour. *Nursing Open*, 4(4), 187-199.
- Sterie, A.-C., Jox, R. et Rubli Truchard, E. (2022). Les humanités médicales intégrées dans un hôpital universitaire. *Langues, médecine et société. Mélanges en l'honneur de Pascal Singy*, 119-132.
- Sterie, A.-C., Potthoff, S., Erdmann, A., Burner-Fritsch, I. S., Oyine Aluh, D. et Schneiders, M. L. (2023). Dimensions of researcher vulnerability in qualitative health research and recommendations for future practice. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 16094069231183600.
- Sterie, A.-C. (2026). A Reflexivity Lab as a methodological tool in end-of-life research. *Palliative Medicine*, 02692163261452027.
- Stone, P. C., Gwilliam, B., Keeley, V., Todd, C., Kelly, L. C. et Barclay, S. (2013). Factors affecting recruitment to an observational multicentre palliative care study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(3), 318-323. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000396>
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B. et Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. Routledge.
- Von Unger, H., Huber, A., Kühner, A., Odukoya, D. et Reiter, H. (2022). Reflection labs: A space for researcher reflexivity in participatory collaborations. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 16094069221142460.