

De l'analyse du travail sensoriel lors de prises de décision clinique au co-design d'un scénario de simulation

From Sensory Work Analysis in Clinical Decision-Making to Co-designing a Simulation Scenario

Sylvie Grosjean et Luc Bonneville

Volume 9, numéro 2, 2020

De l'observation à l'intervention : les usages de l'analyse interactionnelle en formation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1071692ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1071692ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Grosjean, S. & Bonneville, L. (2020). De l'analyse du travail sensoriel lors de prises de décision clinique au co-design d'un scénario de simulation. *Phronesis*, 9(2), 24–38. <https://doi.org/10.7202/1071692ar>

Résumé de l'article

La dimension sensorielle de la prise de décision clinique pose tout un défi pour la formation des professionnels de la santé. Par conséquent, comment stimuler chez eux une forme d'acuité sensorielle ? Nous avons mené une recherche en partenariat avec le laboratoire de simulation d'un hôpital canadien afin de comprendre le travail sensoriel effectué par des infirmières lors d'une prise de décision clinique. Pour ce faire, nous avons analysé les interactions se déroulant lors des groupes de discussion afin de révéler le travail sensoriel accompli par les infirmières lors de l'évaluation clinique de patients fictifs (personas).

De l'analyse du travail sensoriel lors de prises de décision clinique au co-design d'un scénario de simulation

Sylvie GROSJEAN et Luc BONNEVILLE

Université d'Ottawa, Canada
sylvie.grosjean@uottawa.ca
luc.bonneville@uottawa.ca

Mots-clés: *Évaluation clinique, groupes de discussion, Personas, Sens, Simulation, Travail sensoriel*

Résumé: *La dimension sensorielle de la prise de décision clinique pose tout un défi pour la formation des professionnels de la santé. Par conséquent, comment stimuler chez eux une forme d'acuité sensorielle? Nous avons mené une recherche en partenariat avec le laboratoire de simulation d'un hôpital canadien afin de comprendre le travail sensoriel effectué par des infirmières lors d'une prise de décision clinique. Pour ce faire, nous avons analysé les interactions se déroulant lors des groupes de discussion afin de révéler le travail sensoriel accompli par les infirmières lors de l'évaluation clinique de patients fictifs (personas).*

Title: *From Sensory Work Analysis in Clinical Decision-Making to Co-designing a Simulation Scenario*

Keyword: *Clinical assessment, Focus group, personas, Senses, Sensory work, Simulation*

Abstract: *Considering the sensory dimension of clinical decision-making is a challenge for the training of health professionals. Therefore, how can we help them stimulate a form of sensory acuity? We conducted a study in partnership with the Simulation Laboratory of a Canadian hospital to understand the sensory work accomplished by nurses during a clinical decision-making. To do this, we analyzed the interactions occurring during focus groups to reveal the sensory work performed by nurses during the clinical evaluation of patients (personas).*

Introduction

Au cours des dernières années, certains chercheurs (Howes, 2006; Howes et Classen, 2013) soulignent l'importance de prendre en compte la dimension sensorielle des pratiques professionnelles et de théoriser ce « sensorium at work » dont parlent Hockey et Allen-Collinson (2009). Le constat est fait que les travaux relevant de la sociologie du travail et des professions se sont surtout intéressés au corps au travail, l'accent ayant été mis sur le corps et l'incarnation de certaines pratiques (Styhre, 2004; Ropo, Sauer et Salovaara, 2013), plutôt que sur la dimension sensorielle des pratiques de travail (Gimlin, 2007). Il existe néanmoins des travaux qui abordent cette dimension sensorielle en contexte organisationnel et de travail. Prenons pour exemple les approches relevant de l'esthétique organisationnelle (Strati, 1999, 2007), des « Practices-Based Studies » (Gherardi et al., 2013; Willems, 2018) ou les études visant à mieux comprendre la part sensorielle de l'apprentissage de certaines compétences professionnelles (Mack, 2007; Yakhlef, 2010; Viteritti, 2012).

Il convient toutefois de souligner que, même dans ce type de travaux empiriques, l'analyse des dimensions sensorielles du travail est rarement au centre de l'attention et constitue le plus souvent une partie secondaire d'une analyse plus large (Hockey et Allen-Collinson, 2009). De plus, il est fréquent que les études se concentrent sur un sens en particulier, par exemple la vision (Goddwin, 1994) ou l'ouïe (Rice, 2010), plutôt que sur l'activité sensorielle dans sa globalité. Or, les travailleurs développent des compétences, des connaissances via une multitude d'expériences sensorielles qui vont nourrir le processus d'apprentissage; ce que Shilling (2017) nomme les « corps pédagogiques » (body pedagogics), soulignant ainsi le caractère incorporé du travail (Hindmarsh et Pilnick, 2007).

Dans cet article, nous allons porter notre attention sur la part sensorielle du travail clinique qui représente une composante fondamentale de la formation des professionnels de la santé. Pour ce faire, nous avons jugé nécessaire d'accorder une attention particulière aux situations d'interaction au cours desquelles des expériences sensorielles sont mobilisées pour soutenir l'activité clinique et la prise de décision. Les sens des professionnels de la santé sont constamment sollicités et sont indispensables à leur prise de décision clinique (Bleakley et al., 2003; Groopman, 2007; Mol, 2008; Lupton et Maslen, 2017). Mais les dispositifs de formation sont mis à rudes épreuves, car les expériences sensorielles sont difficilement formalisables et partageables (Ryan et Higgs, 2008; Windish et al., 2005; Heiberg Engel 2007). Ainsi, la reconnaissance par les professionnels eux-mêmes de la part sensorielle de leur prise de décision clinique et le développement de formations visant à soutenir une meilleure prise en compte de celles-ci dans la pratique clinique reste tout un défi. Or, c'est justement le défi que nous avons tenté de relever en menant une recherche collaborative avec des infirmières et des spécialistes en apprentissage et simulation travaillant dans un hôpital canadien.

Analyser la part sensorielle de la prise de décision clinique pour mieux former

Sens, corps et décision clinique: de la reconnaissance du « travail sensoriel »

Les technologies médicales (ultrasons, échocardiogrammes, radiographies et autres technologies diagnostiques) ont pris une place considérable dans la pratique clinique d'aujourd'hui, reléguant la part sensorielle du travail clinique au second plan. Ces technologies se sont progressivement substituées aux pratiques impliquant le toucher, l'écoute et des approches plus intégrées des soins (Howes, 1995; Verghese, 2011). Or, bon nombre de manuels de formation font état de techniques de palpation ou de techniques de percussion (Hope et al., 1996; Harris, 2016)¹. Il existe donc toute une tradition dans la formation des professionnels de la santé visant à intégrer les sens dans la production d'un jugement clinique. Par ailleurs, les approches technico-rationnelles du raisonnement clinique sont bien documentées et s'appuient majoritairement sur la psychologie cognitive expérimentale pour en établir les fondements théoriques. Cependant les aspects esthétiques et sensoriels de la pratique clinique sont bien souvent négligés (Bleakley et al., 2003; Lupton et Maslen, 2017). Pourtant, la littérature sur le sujet montre que la prise de décision clinique repose sur un cycle d'activités perceptuelles, impliquant à la fois ce qui est reçu par les sens et des activités cognitives associées au traitement intellectuel de l'information (Coget et Keller, 2010).

1. Pour un historique des sens dans le diagnostic médical, comme la prise de pouls, voir *Medicine and the Five Senses* de Porter (2005) ou, plus récemment, Howes et Classen (2013).

Il est reconnu que les infirmières mobilisent leurs sens afin de prendre une décision clinique (Benner et Tanner 1987 ; Benner, 2000 ; Bjørk et Hamilton, 2011 ; Draper, 2014 ; Donetto et al., 2017). L'examen clinique qu'accomplit une infirmière s'effectue en partie en regardant le corps du patient, en palpant un abdomen, en sentant, en écoutant et en parlant au patient. Ainsi, la mobilisation des sens est une compétence essentielle que les infirmières utilisent dans leurs soins quotidiens aux patients (Ihlebaek, 2018). Cependant, cette compétence est rarement analysée en détail et fait donc rarement partie des formations que reçoivent les professionnels. Elle est pourtant essentielle, et relève de ce que Maslen (2016, 2017) identifie comme le « travail sensoriel » (sensory work). Les sens sont constamment sollicités lors de la pratique clinique, et les professionnels doivent prendre en compte ce « territoire sensoriel » (Classen et Howes, 2006) qu'est le corps humain. Et, ils doivent aussi intégrer à leur pratique différentes formes de perceptions (sensing), d'évaluations sensorielles décrites par Maslen (2016, 2017). Par exemple, le corps du patient pourrait être ausculté directement à l'aide d'un stéthoscope (évaluation sensorielle directe médiée) pour entendre des bruits cardiaques ou pulmonaires. La respiration peut être bruyante ou sifflante et donner des indices sensoriels qui permettent de formuler des hypothèses comme une obstruction pulmonaire. Le travail sensoriel de l'infirmière peut aussi s'accomplir via la détection avec ou sans médiation (évaluation directe non médiée) comme dans le cas d'un examen clinique à l'aide de techniques telles que la palpation. Or, un professionnel peut aussi accéder à des éléments sensoriels par le biais du récit partagé par le patient qui va décrire sa douleur, les difficultés à se mouvoir. Autant de modes d'accès différents à des sensations qui sont progressivement intégrés au raisonnement clinique et qui sont résumés dans la Figure 1.

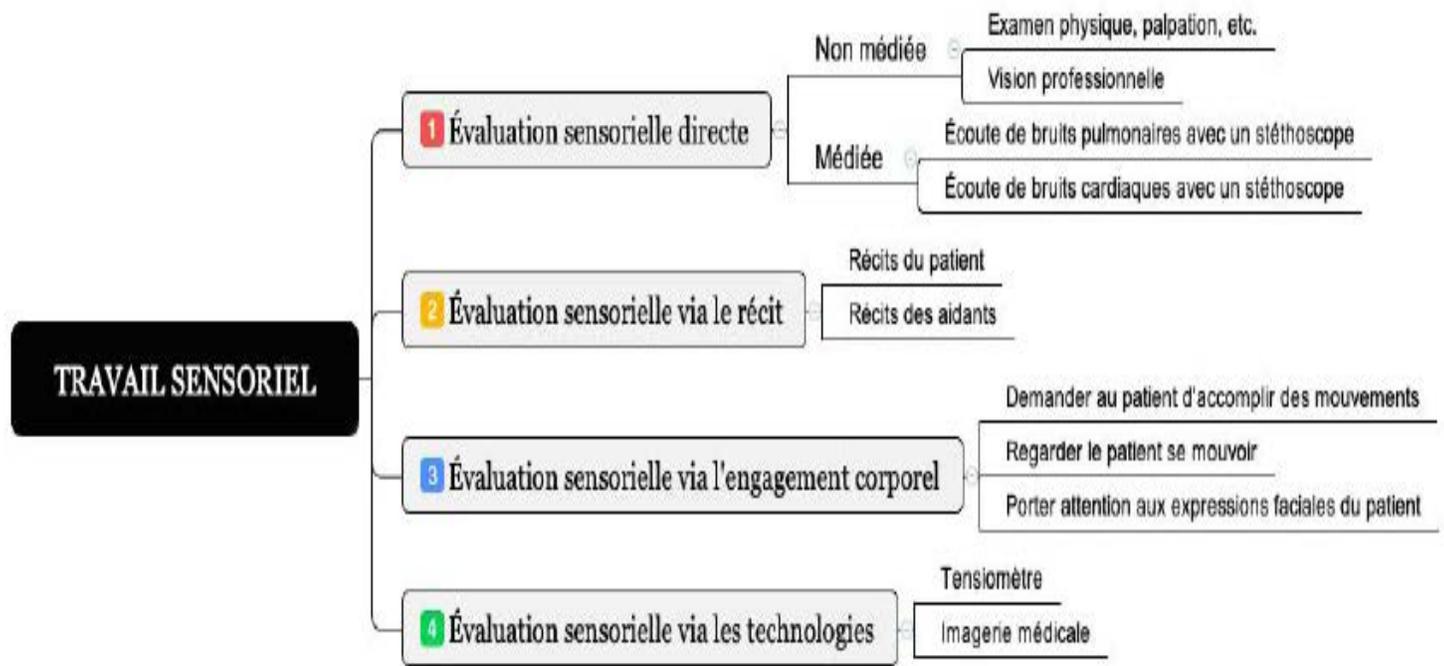


Figure 1 : Éléments du travail sensoriel (figure créée par les auteurs à partir de Maslen [2016, 2017])

Saisir le « travail sensoriel » via une analyse interactionnelle de la multisensorialité

Toute décision clinique repose sur une relation, une communication et une collaboration étroites avec le patient, comme l'ont montré de nombreux travaux s'inscrivant dans une perspective interactionniste (Cicourel, 1985 ; Maynard et Heritage, 2005). Les professionnels de la santé doivent donc apprendre à évaluer l'état de santé d'un patient en se basant sur des indices, des symptômes et des signes non verbaux (Chapados, Audétat et Laurin, 2014).

En effet, lors d'un examen clinique, une infirmière va mobiliser son corps, ses sens afin de compléter un examen physique. De plus, le patient est loin d'être passif, il réalise ce que Fristalon et Durand (2008) nomment « un travail actif de présentation » de lui-même en répondant aux questions, mais aussi via une attitude corporelle et certains gestes. Fristalon et Durand (2008) notent d'ailleurs que l'activité des professionnels de la santé intègre :

« des actions visant à glaner dans la situation des indices divers en lien avec ses connaissances professionnelles ou extra-professionnelles. [...] C'est ainsi que la couleur blanche de [la peau du patient] constitue un signe qui lui fait

concevoir, puis infirmer le soupçon d'un problème de saignement en plus de son problème cardiaque potentiel » (p. 285).

Autrement dit, les professionnels de la santé mobilisent leurs sens afin de procéder à une activité interprétative et une recherche de signes leur permettant de valider/invalides des hypothèses (Tanner, 2006). Par exemple, les infirmières ne se contentent pas d'échanger entre elles, d'interagir avec le patient ou des aidants, elles mobilisent aussi des ressources multimodales² pour manifester et afficher leur accès sensoriel au monde (Mondada, 2019). Dans les travaux qui portent une attention sur la multimodalité de l'interaction (Goodwin, 2003; Mondada, 2008; Streeck, Goodwin et LeBaron, 2011), l'accent a surtout été mis sur les échanges, les corps, gestes et les repères visuels³, négligeant quelque peu la multisensorialité de nos pratiques⁴ (Gibson et Vom Lehn, 2020; Mondada, 2019).

Dans le cas des infirmières, l'évaluation de l'état clinique du patient est une expérience multisensorielle qui s'organise en faisant appel à diverses formes de perceptions (sensing), évaluations sensorielles comme l'observation de la peau du patient, ou l'écoute d'un bruit pulmonaire. Aborder la multisensorialité de la pratique clinique, c'est considérer que les sens agissent en synergie lors d'un examen clinique. Les infirmières procèdent à un travail d'interprétation pour « faire sens » d'une odeur ou d'un toucher lors d'une palpation. Ce processus illustre le « travail sensoriel » accompli par les infirmières, c'est-à-dire la manière dont elles organisent un ensemble complexe d'engagements multisensoriels et la façon dont elles leur attribuent une signification dans le contexte d'un examen clinique.

De plus, analyser le travail sensoriel accompli par les infirmières au cours d'une interaction, c'est aborder les expériences sensorielles non pas uniquement comme des expériences individuelles, mais aussi comme des pratiques impliquant des acteurs (infirmières, patients, aidants), des objets (stéthoscopes, tensiomètres) et des corps qui sont autant de moyens d'accès au monde sensoriel. Ces objets, corps et artefacts ne sont pas uniquement mobilisés au cours de l'interaction comme des ressources multimodales; ils sont « ressentis » et traduisent ainsi les multiples engagements sensoriels des acteurs au cours d'une interaction.

Il faut donc au chercheur accéder à ces ressources multisensorielles (des rougeurs, des sons, des textures, des odeurs, etc.) qui prennent sens dans l'interaction et qui sont mobilisées par les acteurs eux-mêmes afin de « donner du sens » à l'action en cours (Mondada, 2019). Par conséquent, il nous faut comprendre la dimension performative de ces expériences sensorielles telles que des actes sonores ou olfactifs (Austin, 1975; Vannini et al., 2010). En somme, les sensations, les expériences sensorielles auxquelles les professionnels sont confrontés ont un potentiel performatif lorsque l'on est en mesure de leur attribuer un sens. Et ce potentiel sera mis en œuvre lors du travail sensoriel, c'est-à-dire à la manière dont les professionnels interprètent, créent ou communiquent des sensations pertinentes à l'évaluation clinique. Ils effectuent un travail sensoriel selon des règles cliniques négociées qui ont un sens pour les autres infirmières ou les médecins. Nous nous proposons donc d'étudier ce travail sensoriel comme un processus interactif et interprétatif.

En portant notre attention sur les activités au cours desquelles les infirmières mobilisent leurs sens pour procéder à une évaluation clinique d'un patient et partagent avec d'autres leurs expériences sensibles de la situation, nous nous proposons dans ce texte de mener une analyse interactionnelle de la multisensorialité à l'œuvre lors de l'évaluation clinique d'un patient. Notre but sera de révéler le travail sensoriel accompli par les infirmières lors d'une interaction en contexte clinique.

Méthodologie

L'objectif principal de cette recherche⁵ était de rendre compte de la part sensorielle de la prise de décision clinique dans le but de construire une formation destinée aux professionnels de la santé qui puisse en rendre compte. Deux questions ont alors été au cœur de cette étude :

- Comment le processus de prise de décision clinique est-il influencé par la prise en compte des expériences sensorielles produites lors de la pratique clinique ?
- Comment stimuler, dans le cadre de la formation des professionnels de la santé, la prise en compte des expériences sensorielles dans la prise de décision clinique ?

2. Les « ressources multimodales » renvoient à toutes les formes matérielles, corporelles et linguistiques et à tous les détails que les participants mobilisent pour rendre intelligible l'interaction.

3. L'analyse conversationnelle s'est intéressée à la dimension visuelle et corporelle des interactions sociales depuis les années 1970 (Mondada, 2012). Les travaux de Goodwin (1994) et Heath (1986) en sont de très belles illustrations.

4. Mondada (2019) et Gibson et Vom Lehn (2020) proposent d'étendre l'analyse multimodale de l'interaction à une approche multisensorielle de l'interaction. Sur la base de cette proposition, nous utilisons la notion de ressources multisensorielles pour nous concentrer non seulement sur la multimodalité de l'interaction mais aussi sur la multisensorialité.

5. Cette recherche a été rendue possible grâce au financement obtenu dans le cadre du programme projet-pilote de l'Institut du Savoir Montfort (ISM). Nous remercions l'équipe du laboratoire de simulation pour son implication constante dans ce projet, ainsi que les Pr. Matte et Pr. Nahon-Serfaty (Université d'Ottawa) pour leur riche contribution à la recherche (collecte de données, analyse des données et accompagnement dans le processus de co-design).

Pour répondre à ces questions, nous avons adopté une méthodologie en deux étapes: (a) deux séries de groupes de discussion avec des infirmières (temps 1 & temps 2) et (b) le co-design d'un scénario de simulation pour la formation des infirmières. Dans le cadre du présent article, nous allons détailler la première étape de notre méthodologie qui nous permettra de suivre le travail sensoriel accompli par les infirmières lors de l'évaluation clinique d'un patient et de comprendre comment, au cours de l'interaction, se constitue une forme « d'agencement sensoriel »⁶ (sensory ordering) qui va supporter leur prise de décision clinique. C'est précisément ce qui nous a permis de concevoir un scénario de simulation en laboratoire intégrant les résultats de cette étude. Nous avons fait le choix de réaliser une recherche qualitative basée sur une collaboration étroite entre chercheurs universitaires et professionnels de la santé, dans notre cas des infirmières autorisées. Nous avons procédé à un échantillonnage intentionnel reposant sur les critères d'inclusion suivants: (a) appartenir à la catégorie des infirmières autorisées; et (b) avoir une expérience clinique d'au moins un an afin de pouvoir partager avec les chercheurs des récits d'expériences cliniques.

Temps 1: Partage de récits de situations cliniques lors d'un premier groupe de discussion

Dans un premier temps, afin de collecter des récits de situations cliniques, quatre groupes de discussion d'une durée d'une heure ont été menés avec 15 infirmières autorisées provenant de spécialisations médicales variées. Préalablement au groupe de discussion, les infirmières étaient invitées à identifier un événement ou une situation clinique durant lequel les expériences sensorielles ont influencé leur décision clinique. Le groupe de discussion débutait par un partage des récits individuels qui servaient ensuite de base à la discussion collective. L'objectif consistait à stimuler le partage de récits d'expériences cliniques, d'expériences vécues de situations de soins infirmiers où les sens avaient contribué à la prise de décision clinique.

Nous avons utilisé une approche narrative pour révéler l'expérience des infirmières et pour comprendre comment elles interprétaient et comprenaient leur expérience (Czarniawska, 2004). Plus précisément, une approche narrative se concentre sur la façon dont les infirmières, collectivement ou individuellement, créent, rapportent ou donnent un sens aux aspects évolutifs d'une situation clinique (Cooren, 2015). L'accent est alors mis sur la nature constitutive des histoires, c'est-à-dire sur les nombreuses façons dont l'acte même de raconter une histoire ne reflète pas seulement notre réalité, mais la crée également (Spector-Mersel, 2010). Dans notre cas, la mobilisation d'une approche narrative nous permet de concentrer notre attention sur les récits créés et partagés et de montrer comment la pratique clinique est aussi une pratique interprétative. Lors des groupes de discussion, les infirmières ont partagé des histoires sur l'influence et le poids des sens et le rôle crucial qu'ils semblent jouer dans la prise de décision clinique. Dans notre étude, les histoires ont ainsi été utilisées pour aider les infirmières à trouver un sens à leurs expériences sensorielles tirées du contexte clinique (Devik, Enmarker et Hellzen, 2013). Nous faisons donc l'hypothèse que la mise en récit et le partage de narrations au sein d'un collectif d'infirmières soutiendraient la construction conjointe de significations et de savoirs (Lämsä et Sintonen, 2006). Ce choix méthodologique s'inscrit à la fois dans le prolongement des approches par la pratique (Gherardi et al., 2013) et des travaux issus de l'approche narrative en santé (Kelly et Howie, 2007).

Temps 2: Personas pour stimuler l'interaction lors d'un deuxième groupe de discussion

Pour cette seconde série de groupes de discussion mobilisant neuf infirmières autorisées, trois personas ont été créés par les chercheurs et utilisés pour stimuler les échanges et les interactions entre les infirmières. Nous avons invité les mêmes infirmières à participer une seconde fois à un groupe de discussion au cours duquel des personas leur étaient présentées pour stimuler les échanges entre elles. Les personas sont des personnes fictives qui représentent, dans notre cas, des patients dans des situations d'interactions spécifiques. Ces personas ont été créés à partir des récits cliniques partagés par les infirmières lors des groupes de discussion. La méthode des personas a été utilisée en psychologie du travail et en ergonomie afin de permettre une analyse du travail ou encore l'étude de situations et ce dans le but de développer, d'anticiper des situations ou produits futurs à concevoir (Brangier et Bornet, 2011 ; Hisham, 2009). Un persona décrit une personne (un patient dans notre étude) évoluant dans une situation d'interaction particulière⁷. Chaque persona donne une consistance au patient en le décrivant dans une situation spécifique (arrivé aux urgences après une chute, ou alors hospitalisé en soins intensifs). Nous avons mobilisé trois personas au cours des groupes de discussion à la fois comme (a) outils de communication, car ils rassemblent les infirmières autour d'une situation d'interaction qu'elles vont partager et discuter, mais aussi (b) comme instrument stimulant l'activité cognitive, car à partir d'informations sur le patient, les infirmières sont incitées à imaginer les actions à accomplir dans cette situation spécifique (Nielsen, 2007 ; Bornet et Brangier, 2013).

6. Nous prendrons le temps d'illustrer cette notion lors de la présentation de nos analyses. Précisons néanmoins que la notion d'agencement sensoriel renvoie au processus d'évaluation de l'état clinique du patient accompli en situation par les infirmières, processus qui implique une expérience multisensorielle s'organisant progressivement au cours de l'interaction et convoquant diverses formes de perceptions (sensing) ou évaluations sensorielles. Autrement dit, la notion d'agencement sensoriel renvoie à un processus interactionnel, intersubjectif, séquentiel et produit localement.

7. Nous présenterons un exemple de persona utilisé dans le cadre des groupes de discussion ultérieurement dans le texte, lors de l'analyse des interactions de la seconde série de groupes de discussion.

Les personas sont donc des « instruments cognitifs » (Vygotski, 1985), des « médiations instrumentales » (Béguin et Rabardel, 2000) qui vont guider les réflexions et actions des infirmières lors des groupes de discussion. Les personas vont agir comme des médiations entre les infirmières stimulant l'énonciation de différents points de vue sur le persona et la situation présentée, mais aussi en constituant un référentiel commun qui a pour but de faciliter, au sein du collectif, le processus d'argumentation et de négociation. Les infirmières sont amenées à mobiliser les personas dans une activité argumentative collective. Les groupes de discussion ont donc commencé par une présentation de chaque persona par le chercheur, puis celui-ci a posé les questions suivantes : Que pensez-vous que l'infirmière fera dans cette situation ? Quelles mesures prendra-t-elle ? À votre avis, quels sens seront concernés ?

Analyses des groupes de discussion

Tous les groupes de discussion ont été filmés et enregistrés audio. Après avoir transcrit les verbatims, nous avons mené une analyse en deux temps. Tout d'abord, une analyse descriptive et thématique des histoires racontées et ensuite une analyse des interactions visant à révéler les histoires qui « font sens » pour les membres du groupe (Warr, 2005). Nous avons porté une attention spécifique aux narrations produites en situation et qui sont l'expression d'un point de vue, d'une expérience commune, d'une pratique partagée. Ces narrations sont co-construites par les participants aux groupes de discussion au cours de leur interaction. Ainsi notre objectif d'analyse était double : (a) identifier des situations d'interaction (à partir des narrations produites) au cours desquelles les sens ont fait une différence dans la prise de décision clinique et ensuite (b) comprendre la manière dont les infirmières mettent en œuvre le travail sensoriel lors de situations spécifiques (lorsque confrontées à des personas au cours du second groupe de discussion).

De l'analyse de situations d'interactions à l'élaboration d'une simulation en laboratoire

Six situations d'interactions identifiées dans les récits partagés

La première série de groupes de discussion (temps 1) portait sur des expériences vécues de situations de soins où les sens participent à la prise de décision clinique. Au cours des groupes de discussion, les infirmières ont présenté de nombreuses situations d'interaction dans lesquelles leurs sens ont fait une différence dans leur prise de décision clinique. Les situations d'interaction décrites dans les extraits figurant à la fin de cet article illustrent la multiplicité des contextes cliniques dans lesquels les sens des infirmières sont mobilisés pour soutenir leur activité clinique. Ces situations ont été identifiées par les infirmières comme étant importantes et représentatives de leur milieu de travail. Ces six situations ont ensuite servi de base à la création des trois personas qui ont été présentées lors de la seconde série de groupes de discussion (temps 2). Cette approche en deux étapes nous a permis de nous appuyer sur un processus réflexif qui a validé l'exactitude de nos personnages de cas types, un processus qui a donné aux infirmières la possibilité de les affiner, de les améliorer et de les corroborer. Les discussions qui ont suivi la présentation de chaque persona nous ont permis d'apprécier plus en détail la prééminence des sens dans la prise de décision clinique.

Suivre l'accomplissement pratique du travail sensoriel via l'analyse des interactions

La présentation des trois personas a contribué à mettre en évidence le processus d'évaluation des patients par les sens, mais aussi la manière dont une forme « d'agencement sensoriel » (sensory ordering) a été accomplie par les infirmières dans des situations spécifiques. Dans notre cas, le terme d'agencement sensoriel renvoie aux différentes formes de perceptions (sensing) ou d'évaluations sensorielles – telles que décrites par Maslen (2016, 2017) – qui sont ordonnées méthodiquement par les infirmières et organisées de manière interactive et séquentielle au cours de l'interaction afin de soutenir la production d'une décision clinique. En conséquence, nous analysons l'accomplissement pratique de multiples formes d'agencements sensoriels que les infirmières ont décrit au cours de leurs interactions avec les personas. Nous allons prendre le temps d'illustrer notre propos avec un extrait des échanges qui ont eu lieu lors d'un groupe de discussion.

Extrait : Échange entre les infirmières suite à la présentation de la persona « M^{me} Flore »

Le chercheur (MOD) présente la persona (M^{me} Flore) et pose la question suivante aux infirmières (INF) : Que pensez-vous que l'infirmière fera dans cette situation ? S'ensuit un échange entre les infirmières.

Persona présentée : une feuille est posée sur la table avec une photographie de M^{me} Flore (une personne âgée allongée sur une civière aux urgences), ce qui permet de personnaliser et de rendre le personnage et la situation le plus réaliste possible. En dessous de la photographie se trouve la description suivante : « M^{me} Flore âgée de 78 ans a fait une chute dans sa maison. Son mari a téléphoné au 911, car elle avait mal à la jambe droite et n'arrivait plus à se relever. Son mari a remarqué aussi que son épouse avait de la difficulté à parler et à respirer après sa chute. Elle arrive aux urgences, accompagnée de deux ambulanciers paramédicaux et de son mari. Rapidement vous remarquez que cette dame âgée est pâle et respire très rapidement. »

INF1: Moi: je vais tout de suite faire une évaluation au niveau de la respiration ça: ça: serait la première chose/

INF2: /Oui ça serait la priorité définitivement oui (.) vu que (.) Puis l'autre chose qui est importante c'est que selon les faits que tu as mentionnés il a une chute donc s'il y a chute (.) il y a peut-être fracture ou quoi que ce soit. Il suffit d'examiner la jambe (.) on peut voir si quelqu'un a une fracture de la hanche (.) on va pouvoir voir par rapport à sa jambe, sa jambe et peut-être raccourcie sa jambe et peut-être aussi son pied il est peut-être tombant donc ça peut nous donner tout de suite cette information par rapport à une fracture de la hanche (.)

INF3: Euh: et puis autre chose aussi j'avais remarqué que son époux a remarqué qu'elle a de la difficulté à parler et à respirer (.) c'est ça elle fait peut-être un stroke (.) fait qu'ici qu'est-ce qui est vraiment important là: c'est de lui demander de sourires des choses comme ça pour voir si la bouche est symétrique ou pas donc c'est un autre élément qu'on va pouvoir voir: voir si elle est capable de parler si elle est capable d'émettre des sons ou pas du tout (.) ça serait un autre élément euh: aussi si on parle juste pour aller plus loin au niveau de son évaluation physique c'est un peu lui faire lever les deux bras aussi pour voir s'il y a une nuance à ce niveau-là fait qu'il y a l'examen complet qui est possible de faire avant même que le médecin la voie.

[Question de relance de la modératrice]

INF1: Ben en lien avec la: ben dans cette situation-là: ben moi je pense ça serait vraiment d'aller évaluer les signes vitaux puis la respiration (.) je pense que c'est ce qui est le plus prioritaire (.) ben il y a beaucoup de choses à évaluer, mais prioritairement je pense qu'elle focuserait là-dessus/

INF2: /Oui parce qu'il y a aussi autre chose pour compléter ce que INF1 a mentionné c'est qu'aussi son teint (.) parce qu'aussi elle peut avoir les lèvres bleues: tu es donc (1s) ça va aussi démontrer que sa respiration est plus sévère que (1s) comme ça carence en respiration elle peut être encore pire parce qu'on va voir le bleuté des lèvres (.) on peut voir la plupart du temps quand on fait une évaluation on peut même voir peut-être par rapport au niveau des ongles la même chose (1s) c'est que la perfusion ne se fait pas très bien à ce niveau-là peut-être aussi en fonction de tu sais est-ce que: est-ce qu'il y a des bruits respiratoires comme juste sans ausculter, mais peut-être juste comme ça, et puis en fonction des plaintes de la patiente aussi

MOD: Au niveau des bruits respiratoires est-ce qu'il y en a un particulier que vous cherchiez?

INF1: Ben des fois sans même ausculter on va entendre des patients qui vont wizzer: t'sais on les entend ou encore des patients qui ont des sécrétions au niveau pulmonaire (.) des fois sans même ausculter on les entend/

MOD: on les entend comme ça

INF2: /Ah: c'est très audible, un œdème pulmonaire avancé, ça va être audible à l'oreille/

MOD: /Ah ok donc il n'y a pas besoin de l'écouter avec/

INF3 /Ben c'est l'expérience aussi qui va faire que tu vas le détecter là: puis la aussi juste en regardant le thorax si ça tire ou quoi que ce soit, mais ça aussi c'est tous des éléments au niveau de l'évaluation (2s)

MOD: Donc ce sont des éléments visuels qui peuvent être importants à ce moment-là.

INF3: Oui puis on va entendre comme tu dis s'il y a des sifflements, on peut voir si c'est plus à l'inspiration ou à l'expiration aussi.

Les infirmières réagissent rapidement à la présentation du persona (M^{me} Flore) en décrivant ce qu'elles feraient dans une telle situation (Moi: je vais tout de suite faire une évaluation au niveau de la respiration), mais aussi en explicitant leur raisonnement (s'il y a chute (.) il y a peut-être fracture). De plus, elles décrivent très rapidement les actions à entreprendre qui soulignent la multi-activité de leur pratique clinique (évaluer la respiration, regarder les jambes, demander à la patiente de faire des mouvements, regarder ses gestes, etc.). Cette séquence est intéressante, car elle est représentative de ce que nous avons constaté dans tous les groupes de discussion: elle illustre les évaluations sensorielles que les infirmières mettent en œuvre dans une telle situation (écouter les bruits respiratoires, regarder les mouvements de la cage thoracique, regarder les jambes, les lèvres, entendre des sons spécifiques).

Autrement dit, elles procèdent à une évaluation sensorielle de la patiente en focalisant leur regard sur des éléments du corps (les jambes, le thorax, les lèvres), en étant attentives à des sons, des bruits (sons pulmonaires) et en demandant à la patiente d'exécuter des mouvements afin de « voir » des anomalies dans sa gestuelle, lesquelles seraient des indices d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Procéder à l'évaluation clinique de cette patiente est une expérience multisensorielle qui est méthodiquement organisée, agencée par les infirmières au cours de l'interaction afin de nourrir leur raisonnement clinique, ce que nous avons nommé un « agencement sensoriel ». En effet, confrontées à la situation, elles posent des hypothèses (une fracture, un AVC) et vont rechercher des éléments sensoriels (sons, couleurs des lèvres, mouvements du corps) qui vont venir confirmer ou infirmer leurs hypothèses. Par ailleurs, cet agencement progressif de leurs expériences sensorielles est un processus conjoint impliquant la patiente, son corps et d'autres acteurs (son mari, mais aussi dans notre cas les services d'urgence 911), autant de ressources qui vont être mobilisées dans l'interaction afin de faire sens de la situation clinique présente.

La Figure 2 ci-dessous est une synthèse du travail sensoriel qui s'accomplit au cours du groupe de discussion⁸ et qui implique différentes formes de perceptions sensorielles (sensing) mise en ordre progressivement au cours de l'interaction lorsque l'on présente le persona M^{me} Flore aux infirmières. Comme mentionné précédemment, cette situation rend visible une forme d'agencement sensoriel – spécifique à cette situation – qui se constitue au cours de l'interaction. Nous pouvons voir comment différentes formes de perceptions sensorielles (évaluation sensorielle directe, via le récit du patient, via des engagements corporels et via des technologies médicales) sont méthodiquement convoquées par les infirmières au cours de l'interaction et elles vont progressivement leur attribuer une signification (« un œdème pulmonaire avancé, ça va être audible à l'oreille » ; « on écoute le cœur aussi sûrement, voir s'il y a des arythmies souvent sur la machine on va pouvoir voir la bande de rythme pour voir si c'est quelque chose de régulier », etc.). Nous pouvons voir comment se constituent interactionnellement des « indices » mutuellement significatifs pour les infirmières qui vont leur permettre de prendre une décision clinique. Plus particulièrement, dans tous les groupes de discussion analysés, l'évaluation sensorielle que les infirmières décrivent et accomplissent en situation, lorsque confrontées aux personas, se révèle être une dimension fondamentale de la pratique clinique. Cependant, nous constatons que celle-ci n'est pas uniquement une expérience individuelle, mais qu'elle s'organise de manière interactive, intersubjective et séquentielle. Le corps de la patiente n'est pas uniquement un référentiel partagé, mais un « référentiel sensoriel », visible (mouvements de la patiente, lèvres bleues), sonore (sons pulmonaires) et dépendant des engagements corporels de chacun (la patiente et l'infirmière), ce qui implique une évaluation sensorielle active. Les sens tels que le toucher, la vue, l'odorat et l'ouïe ainsi que les différentes formes d'évaluations sensorielles (évaluations sensorielles directes, médiées, narratives, corporelles) jouent, par ailleurs, un rôle équivalent dans le travail sensoriel qui s'accomplit au cours de l'examen clinique de M^{me} Flore.

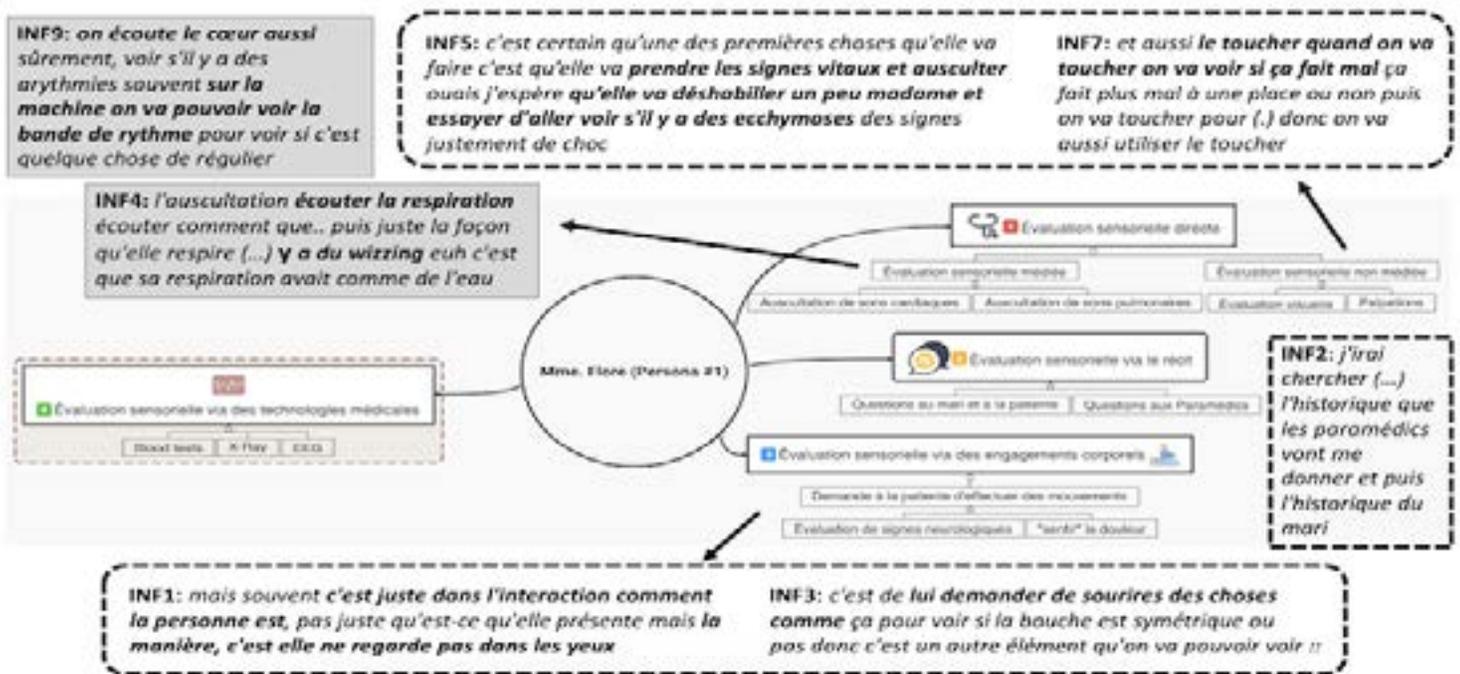


Figure 2 Travail sensoriel accompli par les infirmières (Persona de Mme Flore)

8. Nous n'avons pas pu reproduire l'ensemble de l'interaction (verbatim), mais avons décidé de représenter l'accomplissement pratique du travail sensoriel accompli au cours de l'interaction dans cette figure afin de faire ressortir le processus d'agencement sensoriel qui prend forme au cours de l'interaction et qui va progressivement soutenir la constitution d'une prise de décision clinique.

Dans les groupes de discussion, les infirmières ont explicité leur raisonnement clinique et décrit les décisions qu'elles ont prises en réponse à des informations sensorielles qui vont « faire sens » au cours de leur activité clinique. En révélant ce travail d'agencement sensoriel effectué par les infirmières lors des échanges générés par les personas, nous voulions souligner l'ensemble du spectre de l'activité sensorielle et son interaction dans le processus de décision clinique. Nos analyses des interactions s'accomplissant lors de la seconde série de groupes de discussion mettent en lumière la dimension performative des actes sensoriels réalisés par les infirmières au cours de l'activité clinique ainsi que le travail de traduction de leurs sensations en données probantes pour les médecins. Par exemple, la dimension olfactive de la détection d'un problème chez un patient est expliquée par les infirmières qui ont mentionné avoir pris certaines odeurs au sérieux lors de leur examen clinique. Pour les infirmières, une odeur inquiétante doit être prise en compte dans l'examen clinique, car l'interprétation de l'« acte olfactif » qui en découle amène à « donner du sens » à la situation et à identifier un mode de présentation d'une pathologie. Par conséquent, nos résultats contribuent à renforcer l'idée que les aspects sensoriels de la prise de décision clinique sont pleinement nécessaires pour interpréter la situation et anticiper l'imprévu. Par ailleurs, l'interprétation donnée aux expériences sensorielles au cours de l'examen clinique doit être rendue communicable et partageable afin d'être intégrée au processus de raisonnement clinique. Et c'est en suivant la dimension performative de chaque acte sensoriel qu'il est possible de révéler ce travail d'agencement progressif des éléments sensoriels contribuant à la constitution d'une prise de décision clinique.

Sensibiliser au « travail sensoriel » : un défi pour la formation des professionnels

L'expérience sensorielle dans le cadre de la pratique clinique est difficile à transmettre. D'ailleurs, Groopman (2007) explique que les compétences acquises par des novices en ce qui concerne la prise de décision clinique passent par une période de résidence/stage au cours de laquelle ils sont guidés par des professionnels d'expérience, ce qui souligne d'ailleurs l'importance de la mise en situation, de l'interaction, de la communication dans la prise en compte progressive des sens dans la pratique clinique. Les savoirs et les apprentissages qui sont produits, ou qui dérivent de facultés sensorielles telles que le toucher, l'ouïe, l'odorat ont été quelque peu négligés, comme nous l'avons mentionné plus haut, par les chercheurs s'intéressant à la formation en santé.

Tout le défi repose sur la capacité des individus à interpréter, traduire, mobiliser et partager ces expériences sensorielles et à les intégrer progressivement à la pratique clinique afin qu'elles soutiennent et alimentent leur prise de décision clinique. D'où la place importante qu'occupent les laboratoires de simulation dans les établissements de santé, car ils permettent de mettre les professionnels en contexte et de simuler des situations d'interaction aussi réelles que possible (Boet, Granry et Savoldelli, 2013).

Les résultats de nos analyses (révélation d'un agencement sensoriel accompli en situation) ont d'ailleurs pu être intégrés au développement d'une simulation en laboratoire, notamment en faisant l'objet d'une discussion avec les professionnels impliqués dans le développement d'un scénario de simulation. La simulation est un outil pédagogique dans le domaine de la santé, car elle permet de placer les apprenants dans des situations proches de la réalité et d'avoir aussi une pratique réflexive sur leur activité clinique (Bradley, 2006). En effet, ce qui est recherché dans les formations en simulation, c'est de développer des situations cliniques qui sont fidèles à la réalité et aux situations réelles que peuvent vivre les professionnels dans leur quotidien.

Une séance de formation en simulation comporte toujours trois phases: (a) une phase de briefage au cours de laquelle les formateurs présentent aux apprenants les consignes concernant la simulation, (b) une phase de simulation proprement dite et pour terminer (c) une phase de débriefing au cours de laquelle les formateurs et les apprenants commentent et analysent les événements liés à la simulation à partir des enregistrements vidéo. Cette séance contribue à la création d'un espace didactique pour réfléchir sur sa propre pratique (Gineyt, 2015). Il faut savoir que le débriefing en simulation se déroule selon trois phases importantes (Gardner, 2013): 1) « réaction à chaud » (retour sur le vécu de la simulation, les émotions, etc.), 2) « compréhension » (phase réflexive sur la simulation pouvant être appuyée par les enregistrements vidéo) et 3) « synthèse » ou retour général sur la simulation.

Au cours de discussions avec l'équipe de formateurs du laboratoire de simulation, il a été convenu que la phase de « compréhension » était le moment le plus propice pour sensibiliser les infirmières à la prise en compte des expériences sensorielles dans la prise de décision clinique. L'idée est de mobiliser les enregistrements vidéo de la simulation afin d'immerger les participants dans leur activité, en les confrontant aux enregistrements de leur propre activité de façon à les amener à verbaliser leurs processus cognitifs sous-jacents et à révéler le travail sensoriel accompli au cours de la simulation. L'équipe de formateurs a donc décidé de sélectionner des épisodes tirés des enregistrements vidéo de la simulation créée afin de faire ressortir le travail sensoriel accompli ou qui aurait dû être accompli au cours de l'examen clinique. Pour les aider dans ce travail, les formateurs décident de prendre appui sur nos résultats d'analyse décrivant l'agencement sensoriel accompli au cours d'un examen clinique par les infirmières confrontées aux personas. En se basant sur le scénario de simulation créé, l'équipe de formateurs a identifié dans un document les séquences d'activité qui seront analysées (épisodes clés) afin de soutenir une réflexion collective sur le processus d'agencement sensoriel s'accomplissant lors d'un examen clinique.

Conclusion

Dans ce texte, nous avons voulu remettre à l'avant-plan l'importance centrale du travail sensoriel dans l'activité clinique proprement dite. Angle mort de la formation en santé, la dimension sensorielle du travail soignant nous est apparue essentielle à analyser. Les groupes de discussion analysés dans un premier temps ont été l'occasion pour nous de révéler le travail sensoriel accompli par les infirmières au cours de leur activité clinique et de décrire via une analyse des interactions une forme d'agencement sensoriel qui s'accomplit au cours de l'interaction. Au final, notre recherche aura été l'occasion de mettre à profit une analyse des interactions pour permettre dans un second temps à une équipe de s'approprier ces résultats de recherche et de les intégrer progressivement à leur activité de formation en laboratoire. Ce travail d'appropriation et d'intégration progressive des résultats de recherche a été rendu possible via une démarche collaborative impliquant l'équipe du laboratoire de simulation.

Bibliographie:

- Austin, J. L. (1975). *How to do things with words*. New York, N.Y: Oxford University Press.
- Béguin, P. et Rabardel, P. (2000). Designing for instrument mediated activity. *Scandinavian Journal of Information Systems*, no 12, vol. 1, 173-190.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, no 1, vol. 1, 5-19.
- Benner, P. et Tanner, C. A. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, no 87, vol. 1, 23-31.
- Björk, I. T. et Hamilton, G. S. (2011). Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice*, Volume 2011, Article ID 524918.
- Bleakley, A., Farrow, R., Gould, D. et Marshall, R. (2003). Making sense of clinical reasoning: Judgement and the evidence of the senses. *Medical Education*, no 37, 544-552.
- Boet, S., Granry, J-C. et Savoldelli, G. (2013). *La simulation en santé: de la théorie à la pratique*. Paris : Springer.
- Bornet, C. et Brangier, É. (2013). La méthode des personas: principes, intérêts et limites. *Bulletin de psychologie*, no 524, vol. 2, 115-134.
- Bradley, P. (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education*, no 40, vol. 3, 254-262.
- Brangier, É. et Bornet, C. (2011). Persona: A method to produce representations focused on consumers' needs. Dans W. Karwowski, M. M. Soares et N. A. Stanton (dir.), *Human factors and ergonomics in consumer product design: Methods and techniques* (p. 37-61). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Chapados, C., Audétat, M. C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, no 11, vol. 1, 37-40.
- Classen, C. et Howes, D. (2006). The museum as sensescape: Western sensibilities and indigenous artifacts. Dans E. Edwards, C. Godsen et R. Phillips (dir.), *Sensible objects: Colonialism, museums and material culture* (p. 199-221). Oxford, UK: Berg.
- Cicourel, A. V. (1985). Reasoning and diagnosis: The role of language and clinical understanding in medicine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 60, 79-89.
- Coget, J. F. et Keller, E. (2010). The critical decision vortex: Lessons from emergency room. *Journal of Management Inquiry*, no 19, vol. 1, 56-67.
- Cooren, F. (2015). *Organizational discourse: Communication and constitution*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Devik, S. A., Enmarker I. et Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, no 8, vol. 1, 21880.
- Donetto, S., Penfold, C., Anderson, J., Robert, G. et Maben, J. (2017). Nursing work and sensory experiences of hospital design: A before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient. *Health & Place*, no 46, 121-129.

- Draper, J. (2014). Embodied practice: Rediscovering the 'heart' of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, no 70, 10, 2235 – 2244.
- Fristalon, I. et Durand, M. (2008). Analyse du travail infirmier comme interactivité et formation professionnelle. *Raisons Educatives*, no 12, 275-297.
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology*, no 37, vol. 3, 166-174.
- Gherardi, S., Meriläinen, S., Strati, A. et Valtonen, A. (2013). Editors' introduction: A practice-based view on the body, senses and knowing in organization. *Scandinavian Journal of Management*, no 4, vol. 29, 333-337.
- Gibson, W., Vom Lehn, D. (2020). Seeing as accountable action: The interactional accomplishment of sensorial work. *Current Sociology*, no 68, vol. 1, 77-96.
- Gimlin, D. (2007). What is "body work"? A review of the literature. *Sociology Compass*, no 1, vol. 1, 353-370.
- Gineyt, C. (2015). Les coulisses de la didactisation des savoirs en sciences infirmières: simulation par jeu de rôle filmé pour un apprentissage par « situation-problèmes ». *Recherche en soins infirmiers*, no 123, 89-107.
- Goodwin, C. (1994). Professional vision. *American Anthropologist*, no 96, vol. 3, 606-633.
- Goodwin C. (2003). The semiotic body in its environment. Dans J. Coupland et R. Gwyn (dir.), *Discourses of the body* (p. 19-42). New York: Palgrave.
- Groopman, J. (2007). How doctors think. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.
- Harris, A. (2016). Listening-touch, affect and the crafting of medical bodies through percussion. *Body & Society*, no 22, 1, 31-61.
- Heath C. (1986). Body movement and speech in medical interaction. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Heiberg Engel, P. J. (2007). Tacit knowledge and visual expertise in medical diagnostic reasoning: Implications for medical education. *Medical Teacher*, no 30, vol. 7, 184-188.
- Hisham, S. (2009). Experimenting with the use of persona in a focus group discussion with older adults in Malaysia. *Proceedings of 21 st annual conference of the Australian computer-human interaction, special interest group* (p. 333-336). Melbourne/New York: ACM.
- Hindmarsh, J. et Pilnick, A. (2007). Knowing bodies at work: Embodiment and ephemeral teamwork in anaesthesia. *Organization Studies*, no 28, vol. 9, 1395-1416.
- Hockey, J. et Allen Collinson, J. (2009). The sensorium at work: The sensory phenomenology of the working body. *The Sociological Review*, no 57, vol. 2, 217-239.
- Hope, R. A., Longmore, J. M., Hodgetts, T. J. et Ramrakha, P. S. (1996). Oxford handbook of clinical medicine. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Howes, D. (1995). The senses in medicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*, no 19, 125-133.
- Howes, D. (2006). Charting the sensorial revolution. *Senses and Society*, no 1, vol. 1, 113-128.
- Howes, D. et Classen, C. (2013). Ways of sensing: Understanding the senses in society. London, UK: Routledge.
- Ihlebaek, H. M. (2018). Blood, sweat, and tears: Making sense of senses in expert nursing. *Ethos*, no 46, vol. 4, 477-497.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). Infirmières autorisées et infirmières praticiennes. <https://www.cihi.ca/fr/infirmieres-autorisees-et-infirmieres-praticiennes>.
- Kelly, T. et Howie, L. (2007). Working with stories in nursing research: Procedures used in narrative analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, no 16, vol. 2, 136-144.
- Lämsä, A.M. et Sintonen, T. (2006). A narrative approach for organizational learning in a diverse organization. *Journal of Workplace Learning*, no 18, vol. 2, 106-120.

- Mack, K. S. (2007). Senses of seascapes: Aesthetics and the passion for knowledge. *Organization*, no 14, vol. 3, 373-390.
- Lupton, D. et Maslen, S. (2017). Telemedicine and the senses: A review. *Sociology of Health and Illness*, no 39, vol. 8, 1557-1571
- Maslen S. (2016). Sensory work of diagnosis: A crisis of legitimacy. *The Senses & Society*, no 11, vol. 2, 158-176.
- Maslen S. (2017). Layers of sense: The sensory work of diagnostic sensemaking in digital health. *Digital Health*, no 3, 1-9.
- Maynard, D. W. et Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor – patient interaction and medical communication. *Medical Education*, no 39, vol. 4, 428-435.
- Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice.* London, UK: Routledge.
- Mondada, L. (2008). L'analyse de « collections » de phénomènes multimodaux en linguistique interactionnelle. *Cahiers de praxématique*, no 50, 21-66.
- Mondada, L. (2012). Organisation multimodale de la parole-en-interaction: pratiques incarnées d'introduction des référents. *Langue française*, no 175, vol. 3, 129-147.
- Mondada, L. (2019). Contemporary issues in conversation analysis: Embodiment and materiality, multimodality and multisensoriality in social interaction. *Journal of Pragmatics*, no 145, 47-62.
- Nielsen, L. (2007). Personae – communication or process? *Proceedings of the seventh Danish HCI research symposium* (p. 25-26). Copenhagen, DK: IT University of Copenhagen.
- Porter, R. (2005). The rise of physical examination. Dans W. F. Bynum et R. Porter (dir.), *Medicine and the five senses* (p. 179-197). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rice, T. (2010). Learning to listen: Auscultation and the transmission of auditory knowledge. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, no 16, S41-S61.
- Ropo, A., Sauer, E. et Salovaara, P. (2013). Embodiment of leadership through material place. *Leadership*, no 9, vol. 3, 378-395.
- Ryan, S. et Higgs, J. (2008). Teaching and learning clinical reasoning. Dans J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (Dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (p. 379-388). Amsterdam: Elsevier.
- Shilling, C. (2017). Body pedagogics: Embodiment, cognition and cultural transmission. *Sociology*, no 51, vol. 6, 1205-1221.
- Spector-Mersel, G. (2010). Narrative research: Time for a paradigm. *Narrative Inquiry*, no 20, vol. 1, 204-224.
- Strati, A. (2007). Sensible knowledge and practice-based learning. *Management Learning*, no 38, vol. 1, 61-77.
- Strati, A. (1999). *Organization and aesthetics.* London, UK: Sage.
- Streeck, J., Goodwin, C. et LeBaron, L. (dir.). (2011). *Embodied interaction, language and body in the material world.* New York, NY: Cambridge University Press.
- Styhre, A. (2004). The (re) embodied organization: Four perspectives on the body in organizations. *Human Resource Development International*, no 7, vol. 1, 101-116.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, no 45, vol. 6, 204-211.
- Vannini, P., Waskul, D., Gottschalk, S. et Rambo, C. (2010). Sound acts: Elocution, somatic work, and the performance of sonic alignment. *Journal of Contemporary Ethnography*, no 39, vol. 3, 328-353.
- Vergheze, A. (2011). Treat the patient, not the CT scan. *New York Times*, 26 February.
- Viteritti, A. (2012). Sociomaterial assemblages in learning scientific practice: Margherita's first PCR. *Tecnoscienza: Italian Journal of Science & Technology Studies*, no 3, vol. 1, 29-48.

Vygotski, L. ([1933]1985). *Pensée et langage*. Paris : Éditions sociales.

Warr, D. J. (2005). It was fun... but we don't usually talk about these things: Analyzing Sociable interaction in focus groups. *Qualitative Inquiry*, no 11, vol. 2, 200-225.

Waskul, D. et Vannini, P. (2008). Smell, odor, and somatic work: Sense-making and sensory management. *Social Psychology Quarterly*, no 71, vol. 1, 53-71.

Windish, D.M., Price, E.G., Clever, S.L., Magaziner, J.L. et Thomas, P.A (2005). Teaching medical students, the important connection between communication and clinical reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, no 20, vol. 12, 1108-1113.

Willems, T. (2018). Seeing and sensing the railways: A phenomenological view on practice-based learning. *Management learning*, no 49, vol. 1, 23-39.

Yakhlef, A. (2010). The corporeality of practice-based learning. *Organization Studies*, no 31, vol. 4, 409-430.

Extraits illustrant les situations d'interaction

Situations d'interaction partagées	Extraits
1) Incohérences sensorielles entre les « dire » du patient et ce que l'infirmière voit/perçoit	<p>1) Pis le visuel, ça peut être aussi des compilations, ou des fois le patient, il ne dira pas qu'il a mal, ou comme des [inaudible], ton visuel, il va se développer aussi avec les années, parce que tu vas voir le facial de ton patient, le facial de ton patient.</p> <p>2) Aussi le facial de nos patients par rapport au contrôle de la douleur. Parce que souvent on avait des, euh, signes différents. Le patient peut dire quelque chose pis tu regardes sa figure, tu te dis : définitivement. Pis moi j'ai aussi le parallèle avec un apprenant, quand t'enseignes tout de suite je peux dire, il comprend, il ne comprend pas, ça me suit, ça me suit pas (en pointant des élèves imaginaires de l'index). Pis le non verbal, les mouvements, le, tsé les bras croisés, euh (se décroise les bras), le désintéressement ou quoi que ce soit, tsé. Mais ça faut aller chercher. C'est pas toujours convenu non plus là.</p>
2) Avoir tous les sens en alerte et développer une « vigilance attentive »	<p>3) [...] j'entendais du toussage, mais de l'eau (toussote) – pis y'a des bubble là. (Toussote). Pis là des bubble. Là je fais ah, ça, c'est pas bon. Là je suis rentrée dans la chambre, la madame avait vraiment, était en détresse pulmonaire, elle était pleine d'eau, là. Pis tsé quand on voit dans les livres, là, qu'il y a de l'écume qui sort de la bouche, c'était vraiment, là comme dans les livres, était pleine pis était comme en rond comme ça (fait la position), pis elle toussait, pis c'était entre le quart de travail. Dans ce temps-là, on n'avait pas de (resteam), on n'avait de (codérique). Donc, j'suis arrivée au poste pis j'ai dit Appelez le code bleu, parce que, elle s'en va, là.</p> <p>4) [...] j'étais assise et puis le patient s'était présenté. En fait c'est sa femme qui est venue à la fenêtre et elle avait l'air vraiment anxieuse dans sa, dans sa façon de parler, dans sa tenue, euh, mais elle ne venait pas pour elle, elle venait pour son conjoint qui était resté assis dans un coin parce qu'il ne se sentait pas bien. Mais là tu sais à regarder le patient qui était assis à terre qui était un peu gris, euh, l'anxiété de la dame qui l'accompagnait de se. Tu sais j'me suis levé je suis allée le voir et je l'ai touché et j'ai pris son pouls. Tu sais je savais que. Elle elle me disait c'est son cœur c'est son cœur. Euh, mais il était, il n'était pas bien le monsieur, fait qu'on l'a apporté tout de suite en arrière, mais euh, c'était l'ensemble de tout ce que j'avais senti. Fait qu'initialement c'est la vue, mais c'est le touché aussi c'est...</p>
3) Décalage entre « données objectives » générées par les technologies médicales et le « ressenti » de l'infirmière à partir de ses expériences sensorielles.	<p>5) [...] un patient qui se présente avec des douleurs thoraciques. Euh... Oui c'est ça avec des douleurs thoraciques. Ou une autre raison. Quand on prend le pouls d'un patient, on l'a avec un saturomètre donc le saturomètre nous montre un peu mécanique. Euh, c'est une valeur qui varie parce que des fois c'est bien mis, ou parfois c'est pas bien mis. En prenant radial donc avec le toucher, on peut établir si notre pouls est régulier ou pas régulier. Si c'est un pouls qui n'est pas régulier, je vais demander au patient s'il est connu pour avoir un pouls irrégulier, s'il est connu pour des arythmies, est-ce qu'il prend des médicaments pour l'arythmie.</p> <p>6) [...] c'est euh par rapport à un patient là je me souviens plus il était admis pourquoi, mais il attendait une chirurgie cardiaque à l'étage. Fait qu'ils sont très anticoagulés ces patients-là, puis euh vers moi je travaillais de soirée ça finit à onze heures et demie le shift, je pense qu'à cinq heures six heures je suis passée lui donner ses anticoagulants dont le "Lovenom" c'est une injection qu'on donne à patient cardiaque, fait que là plus tard, tu sais il a sonné pour dire euh qu'il avait comme des fourmillements dans son bras puis dans sa jambe, etc. Là je me dis ah c'est quoi, je prends les signes vitaux il était correct et tout était beau au moniteur, mais tu sais, je savais que ce n'était pas normal, tu sais comme je disais, le plus tu travailles, le plus tu te dis ce n'est pas normal. Il ne faut pas toujours se fier aux machines.</p>
4) Mettre de côté ses préjugés sensoriels et saisir l'effet performatif de certains « actes »	<p>7) J'suis rentrée dans la chambre, pis je voyais que le patient avait vomi, mais il y avait cette senteur-là. Je ne savais pas c'était quoi, mais il avait cette senteur-là, pis là après ça j'ai su, le patient avait un saignement digestif, c'était cette senteur-là de sang, qu'on sent dans les selles aussi, qui est semblables. Elle m'a</p>

<p>sensoriels ». Par exemple, saisir l'effet performatif de certaines odeurs (Bactérie eColi, saignements digestifs, diabète, etc.) et se laisser interpellé par une expérience sensorielle dérangement (mauvaise odeur).</p>	<p>dit « tu sens ça, c'est un patient qui saigne ». Et puis, après ça, toutes les autres fois, j'ai eu un patient qui était en saignement, j'ai toujours pu associer cette senteur-là avec.</p>
<p>5) Intégrer à son jugement clinique les limites des expériences sensorielles. Des sensations qui peuvent induire en erreur.</p>	<p>8) Discussion sur la chaleur au toucher Inf1 : Ben, souvent, les patients chauds, on prend la température, ils ne font pas de température, mais moi j'ai trop les mains tellement froides que Inf2 : Tout le monde sont chauds. Inf1 : C'est pour ça que je les touche. Inf2 : Y'a ça, parce que des fois le monde est chaud, pis la température n'est pas là. Mais le restant, ça ne va pas mal ensemble. [...] Inf2 : C'est sûr que les jambes en insuffisance veineuse exacerbée vont être rouges, chaudes, xxx, etc., on pourrait crier à l'infection, mais en fait il n'y a pas d'infection (lève les bras dans les airs), c'est une insuffisance veineuse, exacerbée simplement. Euh, mais à ce moment-là, je n'ai pas des sens qui sont discordants, c'est sûr que ça ressemble cliniquement à une infection.</p>
<p>6) Toucher pour agir et reconforter (empathie, reconfort, calme, etc.)</p>	<p>9) Ben je pense qu'on utilise beaucoup le toucher soit pour réassurer le patient, faire un, un contact humain, mais aussi pour évaluer par exemple. Ben, est-ce que je sens le pouls, est-ce que les membres sont froids, sont chauds ?</p>

