



Le jeu des familles d'hypothèses

Soins infirmiers

HELHa
Haute École Louvain en Hainaut



CeREF

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
Haute École Louvain en Hainaut

Règles du jeu



1. Objectifs pédagogiques

Le jeu des **Familles d'Hypothèses « SCALENEo »** est un **jeu sérieux spécifiquement conçu pour développer le raisonnement clinique des infirmiers**, qu'ils soient étudiants ou professionnels en exercice. Il vise à renforcer leur capacité à mobiliser un **raisonnement clinique hypothético-déductif**, en stimulant la **génération structurée d'hypothèses** à partir de situations cliniques variées et contextualisées.

Dans ce jeu, les cartes représentent des familles d'hypothèses, c'est-à-dire différents types d'explications possibles concernant la situation présentée. Dans les familles d'hypothèses, peuvent se trouver :

- des **indices** liés aux données biomédicales, à l'évaluation infirmière, à la sécurité du patient ou encore au **case-management** ;
- une **hypothèse de diagnostic infirmier** ou l'identification d'un **problème nécessitant une prise en charge collaborative** ;
- les **interventions infirmières** envisagées ainsi que les éléments guidant la **prise de décision** ;
- les **résultats attendus**, l'évaluation des effets des interventions et les **réajustements** nécessaires.

Les familles d'hypothèses servent à **ouvrir le raisonnement**, éviter les conclusions hâtives et soutenir une posture réflexive chez le joueur / l'apprenant.

Dans une perspective propre à la pratique infirmière, SCALENEo s'inscrit pleinement dans le modèle du **jugement clinique de Christine Tanner**. Ce modèle décrit le raisonnement clinique comme un « ensemble de processus cognitifs qui précèdent et soutiennent le jugement clinique » (Lavoie et al, 2021, p.7). Ch. Tanner distingue quatre dimensions essentielles : **remarquer, interpréter, répondre et réfléchir**.

SCALENEo contribue au développement de chacune de ces dimensions en permettant aux infirmier.ère.s :

- de **repérer, remarquer** et **sélectionner** des indices cliniques pertinents ;
- d'**interpréter** ces indices en générant, organisant et confrontant différentes hypothèses de problèmes, c'est-à-dire en donnant du sens aux données recueillies. Ce processus permet d'explorer de manière systématique différentes pistes explicatives concernant la situation de la personne et de nommer :
 - **Une hypothèse de diagnostic infirmier** qui est une supposition de diagnostic infirmier ou diagnostic infirmier possible. C'est une tentative d'explication d'un ensemble d'indices dans le but de cerner un problème infirmier.
 - **Un diagnostic infirmier (DI)** qui se définit comme « un jugement clinique concernant une réaction humaine aux problèmes de santé/aux processus de vie, ou une prédisposition à cette réaction d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Un diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière a la responsabilité. » (NANDAI, 2024, p. 49).
 - **Un problème à traiter en collaboration (PTC)** qui correspond à « une complication physiologique dont l'infirmier(e) doit surveiller l'apparition ou l'aggravation. Elle/il intervient en appliquant les prescriptions médicales et en pratiquant des interventions médicales et interventions autonomes pour réduire la complication » (Carpenito, 2023, p. 977). Le problème à traiter en collaboration concerne un patient à risque d'instabilité physiologique ou qui présente une complication réelle physiologique qui demande une évaluation constante de son état.
- de **répondre** en envisageant des interventions de soins adaptées aux hypothèses retenues et aux compétences travaillées ;
- de **réfléchir** sur le raisonnement produit, les choix effectués et les résultats obtenus, favorisant ainsi une posture réflexive essentielle à la pratique clinique.

Le cadre proposé dans ce livret de règles sert de base commune, mais reste volontairement souple et ouvert. Il peut être ajusté, réinterprété et enrichi selon les besoins et objectifs des contextes d'enseignement. Les formateurs et les infirmiers peuvent l'ajuster, le réinterpréter ou l'enrichir selon les objectifs pédagogiques, les contextes de soins ou les niveaux d'expertise visés.

2. Matériel du jeu

- 1 Fiche explicative des familles d'hypothèses (intégrée à ce livret à partir de la p.9)
- 5 paquets de 5x11 cartes représentant chaque famille d'hypothèses (11 familles) + cartes atout
- 1 cas clinique (intégré à ce livret)
- 10 marqueurs
- 1 sablier (pour le mode rapide voir p.8 « Variantes »)

Pour aller plus loin, vous pouvez scanner le QR code suivant pour accéder à **un répertoire contenant d'autres cas cliniques développés par des experts** :



3. Mise en place

- Choisir un des cas cliniques fournis en fin de livret ou en ligne (QR code).
- L'enseignant / animateur forme des groupes de joueurs impairs (3 ou 5 joueurs).
- Ensuite, il distribue à chaque groupe les 11 cartes représentant les familles d'hypothèses, 1 marqueur, 1 cas clinique et, selon la variante choisie, 1 sablier.

Dans la situation où des joueurs novices participent, il peut être pertinent de parcourir et détailler les familles d'hypothèses avant le jeu sur base de la fiche explicative fournie (voir point 7, p.9).

4. Déroulement

Le jeu propose un déroulement en **3 phases**.

PHASE 1 : Lecture du cas

- Lecture du cas dans chaque groupe
- Les joueurs du groupe analysent et échangent sur les informations du cas pour assurer une compréhension générale de la situation clinique.

PHASE 2 : Formulation du jugement clinique infirmier

- Les joueurs disposent sur une table une carte par famille d'hypothèses, côté recto. Ils disposent de cartes banches (verso) supplémentaires.
- Sur le verso des cartes, les joueurs inscrivent leurs hypothèses / éléments pertinents avec les feutres effaçables fournis (différentes couleurs sont disponibles si le joueur veut différencier des hypothèses).

Exemple :

Sur la carte "Raisonnement diagnostique", les joueurs inscrivent les propositions d'hypothèses de diagnostics infirmiers / diagnostics infirmiers / problèmes à traiter en collaboration.



Raisonnement diagnostique

Autogestion inefficace de la santé

Tolérance à l'activité diminuée

Syndrome de fragilité chez la personne âgée

- Une carte est considérée comme « jouée » lorsqu'elle contient toutes les informations requises, rédigées en accord avec la famille d'hypothèses choisie.
- Sélectionner les informations du cas, générer des hypothèses, et jouer les cartes se fait en concertation avec tout le groupe de joueurs.
- En fin de partie, les joueurs mobilisent la carte « atout ». Choisie collectivement par consensus, cette carte sert de support pour analyser la manière dont les données ont été triées selon les familles d'hypothèses et pour revisiter le raisonnement clinique produit. Elle favorise ainsi une posture réflexive et l'intégration des apprentissages.
- L'enseignant / animateur facilite et stimule les échanges dans chaque groupe tout au long de la partie.
- Cette phase s'achève lorsque les joueurs estiment avoir :
 - trié et identifié l'ensemble des informations pertinentes,
 - formulé les hypothèses de problèmes de DI et PTC,
 - élaboré des interventions contextualisées,
 - rattaché ces éléments aux familles d'hypothèses appropriées.



Le jeu a pour objectif de développer chez les joueurs la capacité à formuler différentes hypothèses de problèmes infirmiers (diagnostics infirmiers et problèmes à traiter en collaboration) à partir des informations pertinentes du cas clinique, ainsi qu'à proposer des interventions infirmières adaptées. Toutefois, selon le niveau de compétences des étudiants, une première finalité du jeu peut consister à travailler prioritairement le tri des données objectives et subjectives en les organisant selon les familles d'hypothèses correspondantes.

PHASE 3 : Échange avec les pairs

- Chaque groupe présente, sur base d'un consensus collectif, le résultat de son raisonnement clinique concernant la situation, en s'appuyant sur les cartes « familles d'hypothèses », puis le partage avec les autres groupes de joueurs.
- La discussion et le feedback collégial sont guidés par l'enseignant / animateur ; celui-ci aide le groupe de joueurs à organiser les informations, à poser des hypothèses de façon structurée et à choisir les pistes les plus pertinentes pour comprendre et résoudre la situation clinique jouée.

- En fin de partie, ce jeu n'a pas pour vocation de donner un score aux étudiants. Le jeu vise à entraîner le raisonnement clinique (notamment la capacité à faire des inférences, c'est-à-dire à tirer des conclusions logiques à partir des informations de la situation jouée, la façon de générer des hypothèses de DI/PTC, leur priorisation) et à proposer des interventions adaptées (prise de décision/interventions).



La finalité du jeu est de développer la compétence de jugement diagnostique, éthique et thérapeutique des joueurs. Les échanges peuvent donc porter sur leur capacité à trier les données de la situation, à générer des hypothèses dans les différentes familles, et, lorsque cela est pertinent, à élaborer un plan de soin et à le réajuster.

Voici ci-dessous un exemple d'utilisation de regroupement d'indices pour la famille d'hypothèse « anamnèse infirmière » :

Données psycho-adaptatives

“Cet handicap l’affecte profondément.”
Baisse de motivation.

Fille = aidant proche
Famille nombreuse.

Données rôle et relation

Données cognitives et spirituelles

Confession catholique non pratiquante.

Épisodes occasionnels d’incontinence, a perdu l’odorat.
Dyspnée d’effort.

Données physiologiques

5. Durée

La durée recommandée est de 2 heures (1h Phase 1 & 2, et 1h Phase 3). Le temps de jeu est adaptable selon les objectifs pédagogiques visés. Un temps d'explication des familles d'hypothèses et des règles du jeu est également à prévoir en fonction des connaissances des joueurs.

6. Variantes

Des exemples de variantes pour simplifier / complexifier le jeu et permettre une progression adaptée aux joueurs sont proposés :

• Débutants

- **Familiarisation** : selon le niveau des étudiants et le temps de cours disponible, l'enseignant peut choisir de travailler uniquement avec certaines familles d'hypothèses. Par exemple, Il peut décider d'utiliser uniquement les quatre cartes correspondant à l'« anamnèse infirmière » et demander aux étudiants d'y associer les données pertinentes de la situation clinique (Cf. page 6).
- **Atout** : cette carte est ici le déclencheur pour analyser le raisonnement clinique de l'étudiant / du groupe et ainsi renforcer la posture réflexive. Elle permet de structurer celle-ci en répondant à trois types de questions en lien avec :
 - la pertinence du tri des données/la formulation des hypothèses / la pertinence du plan de soin ;
 - les facilités / difficultés rencontrées lors du jeu ;
 - la cohésion du groupe autour du raisonnement clinique ;
 - les pistes d'apprentissages et d'amélioration à retenir.

• Experts

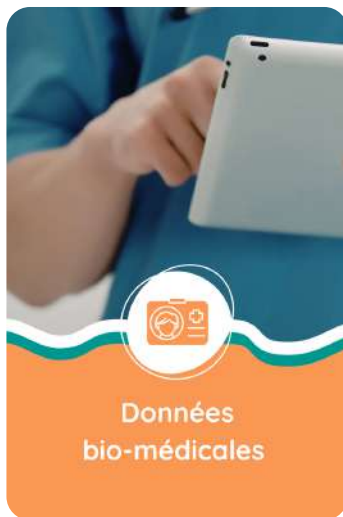
- **Speed** : Dans cette variante, chaque groupe de joueur reçoit un sablier et doit compléter les hypothèses dans le temps imparti.
- **Cartes mystères** : les joueurs ne reçoivent que des cartes blanches et doivent retrouver les familles d'hypothèses.

7. Les familles d'Hypothèses

Données biomédicales

Les données reprises dans cette famille d'hypothèses reprennent l'ensemble des caractéristiques médicales du patient. Le profil médical est une synthèse structurée des informations essentielles concernant l'état de santé d'un patient.

Pour l'infirmier, il sert de référence rapide pour comprendre la situation clinique globale et orienter son raisonnement clinique.




Dans cette famille vous devez rassembler les informations concernant les données médicales du patient (antécédents médicaux, pathologie actuelle, comorbidités), les symptômes rapportés, les examens cliniques et paracliniques et leurs résultats, les traitements prescrits et appareillages.

Anamnèse infirmière : Données psycho-adaptatives, cognitives et spirituelles, rôle et relation, physiologique



Dans le cadre du jeu, pour la famille « anamnèse infirmière », nous nous appuyons sur **les Modes Fonctionnels de Santé de Marjory Gordon** qui est un modèle holistique mettant en lumière l'interaction entre la personne et son environnement. Chaque mode contribue à comprendre l'état de santé du patient ainsi que ses réactions humaines (NANDA-I, 2024, pp. 70-71). Le mot « fonction » est défini comme une série de comportements au cours du temps. Les fonctions sont étroitement liées entre elles. Elles agissent les unes sur les autres et dépendent les unes des autres. Cette trame sert de guide aux infirmier·ère·s pour **la collecte des données subjectives (vécu, histoire du patient : ce qu'il dit, raconte de son expérience de santé) et des données objectives (examen physique, observation factuelle infirmière)**, en offrant des repères essentiels et une organisation structurée pour analyser systématiquement les informations recueillies. Les données objectives ont la même importance que les données subjectives. **Pour faciliter l'utilisation dans le jeu, les 11 modes ont été regroupés en 4 familles d'hypothèses.**

Le logo  figurant sur chacune des quatre cartes rappelle la fonction première de ces familles d'hypothèses. L'objectif de cette famille est de regrouper les données d'évaluation clinique infirmière de telle façon que le joueur puisse envisager la personne sous tous ses aspects (physiques, psychiques, sociaux...) et l'analyser de manière intégrée pour générer des hypothèses de problèmes infirmiers (DI/PTC).

En triant ces données dans les cartes correspondantes, il devient possible de mieux comprendre l'expérience de santé de la personne, la manière dont elle vit sa santé et les actions qu'elle entreprend pour la gérer. Vous trouverez ci-dessous la description de chacune de ces cartes, qui servent à organiser les informations issues des évaluations cliniques infirmières réalisées dans les situations jouées.

Données physiologiques

Cette carte regroupe :

Le mode “nutrition et métabolisme” qui décrit le mode de consommation d'aliments et de liquides de la personne par rapport à ses besoins métaboliques ainsi que les indices sur la qualité de l'apport nutritif local. Il s'agit des modalités habituelles de consommation de liquides et d'aliments, les préférences alimentaires, l'absorption de nutriments et l'accès aux denrées alimentaires. Il comporte les éléments de cicatrisation et les lésions cutanées, l'état cutané, les phanères, l'état bucco-dentaire, la température corporelle, la taille et le poids.

Le mode “élimination” qui décrit les caractéristiques des fonctions d'excrétion (intestin, vessie, peau). Il comprend la manière dont les individus en perçoivent la régularité, les habitudes, tout changement et anomalie dans le temps de quantité et de qualité. Il comprend les appareillages pour contrôler l'excrétion et la prise de laxatifs. La destruction des déchets familiaux en fait partie si appropriée.

Le mode “activités et exercices” qui décrit le genre d'activité, d'exercices, de loisir et de détente (récréations). Il reprend les activités de la vie quotidienne et activités instrumentales du domicile qui demandent une dépense énergétique, le genre, la quantité et la qualité des exercices, le sport, les déficits neuro-musculaires, squelettiques, la dyspnée, les douleurs sternales, les crampes qui entravent l'exercice. Il comporte les loisirs et les activités les plus importantes pour la personne.

Le mode “sommeil repos” qui décrit les habitudes de sommeil, de repos et de relaxation. Il comporte les périodes de sommeil et de repos ou de relaxation par journée de 24 heures, la qualité et la quantité de sommeil et de repos et la perception au niveau énergie, tout ce qui peut aider au sommeil comme les médicaments et les rituels d'endormissement.



Données psycho-adaptatives

Cette carte regroupe :

Le mode “cognition et perception” qui décrit la cognition et la manière de sentir, de percevoir. Il comporte l'évaluation des sens comme la vue, l'ouïe, le goût, le toucher et l'odorat. Il prend en compte les façons de compenser les anomalies et les prothèses. Il comprend la douleur et sa gestion, les capacités fonctionnelles cognitives comme le langage, la mémoire et la prise de décision.



Le mode “perception et concept de soi” décrit le concept de soi et la perception du moi de la personne. Par exemple, citons : conception de soi/valeur, image corporelle, état d'esprit, bien-être corporel, humeurs, sentiment de mérite et caractéristiques émotionnelles en général. Il comporte les attitudes corporelles, le contact visuel, les aspects de la voix et du discours.

Le mode “adaptation-tolérance au stress” qui décrit le mode d'adaptation en général de la personne et son efficacité en termes de tolérance au stress, sa capacité à y faire face. Il comprend la manière de surmonter le stress, les systèmes de soutien familiaux et la capacité à contrôler certaines situations ou à les résoudre.

Le mode “sexualité et reproduction” qui décrit les sujets de satisfaction ou d'insatisfaction de la personne en matière de sexualité : caractéristiques de la reproduction, état de reproductivité des femmes avant ou après la ménopause ainsi que tout problème ressenti.

Données cognitives et spirituelles

Cette carte regroupe :

Le mode “valeurs et croyances” qui décrit le type de valeurs, de croyance (y compris spirituelles) et les buts qui guident les choix ou les décisions de la personne. Il comprend ce qui est ressenti comme important dans la vie et tous les conflits perçus entre les valeurs, croyances ou les espoirs liés à la santé.

Le mode “perception et gestion de la santé” qui décrit la manière dont la personne perçoit sa santé et comment elle la gère.

Il s’agit de la perception de l’état de santé et de la qualité des attitudes actuelles et des projets pour l’avenir par rapport à l’état de santé réel. Il comprend le comportement général vis-à-vis de la santé, comme l’adhésion à une hygiène de vie préventive, tant du point de vue de la santé mentale que physique, du respect des prescriptions médicales, infirmière et de la surveillance.



Données rôle et relation

Ces données reprennent le “mode rôle et relation” décrivant les relations et la manière d’assumer les rôles de la personne.

Ce mode prend en compte la perception des principaux rôles et les responsabilités dans la vie courante.

Il comporte le fonctionnement en famille, dans le milieu du travail, les relations sociales et les responsabilités dans ces milieux.



Sécurité du patient

Cette famille d'hypothèses comprend les éléments qui permettent **la réduction du risque de préjudice évitable associé aux soins de santé.**

Dans le contexte plus large des systèmes de santé, la sécurité des patients est « un cadre d'activités organisées qui crée des cultures, des processus, des procédures, des comportements, des technologies et des environnements dans le contexte des soins de santé, aptes à réduire systématiquement et durablement les risques, l'occurrence des préjudices évitables, la probabilité d'erreurs et l'impact des préjudices quand ils se produisent ».

(OMS, sept 2023, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>).

Le joueur regroupe dans cette famille d'hypothèses ce qu'il comprend comme étant les erreurs éventuelles de prescription, les erreurs chirurgicales, les infections liées aux soins de santé, un état septique, les erreurs de diagnostics, les chutes, les escarres, les pratiques transfusionnelles à risques, les erreurs d'identification du patient, les pratiques d'injection à risque.

Les éléments peuvent comprendre aussi bien la sécurité environnementale (en lien avec le milieu de vie, le milieu professionnel et les déterminants sociaux de la santé) ainsi que la sécurité dans le suivi thérapeutique (parcours de soins) : erreurs, ruptures, incohérences, non observance dans le suivi thérapeutique.



Raisonnement diagnostique

« Le raisonnement clinique infirmier correspond aux processus intellectuels que mobilise le personnel infirmier pour adapter consciemment ou inconsciemment ses interactions avec les personnes soignées, ses collègues et son environnement en vue de poser des jugements cliniques (Lechasseur, 2023; Tanner, 2006) » (Cité dans OIIQ, 2025, page 3).

Cela comprend le processus de formulation d'hypothèses, leur confrontation aux données probantes et le choix de la plus appropriée (Tanner, 2006).

Le raisonnement clinique est donc « un processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé. » (Nendaz , Charlin, Leblanc & Bordage, 2005).

Nous retrouvons dans cette famille d'hypothèses l'énoncé des hypothèses de diagnostic infirmier, les diagnostics infirmiers et les problèmes à traiter en collaboration présents dans la situation jouée. Il s'agit ici, après l'analyse des données, de regrouper les indices, de soulever des diagnostics infirmiers possibles (hypothèses de diagnostic infirmier), de différencier les diagnostics infirmiers similaires et de nommer les diagnostics infirmiers et problèmes à traiter en collaboration. Cette famille permet également de travailler la priorisation des problèmes de santé du patient.



Case management

Le case management est l'action de "coordonner et recommander les soins pour des individus spécifiques et des populations de patients à travers des données afin de réduire les coûts et l'utilisation de ressources, d'améliorer la qualité des soins de santé et d'atteindre les résultats souhaités." (CISI/NIC, 2010, p. 184).

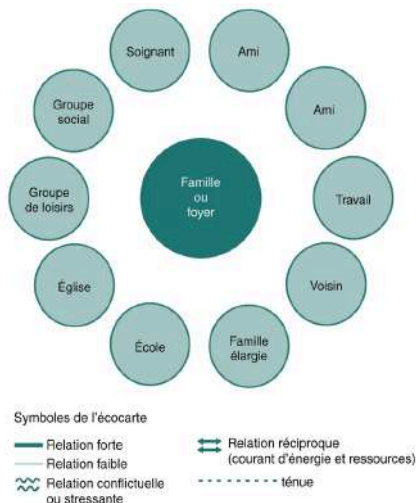
Cette famille d'hypothèses comprend les acteurs de terrain concernés (notion de pluri-inter-transdisciplinarité) et la coordination à prévoir en fonction des objectifs de santé de la personne et l'optimisation des soins chez ce dernier.

Elle permet également de travailler le réseau du patient sous forme d'écocarte, celle-ci étant "la description graphique du réseau social d'une personne, notamment les liens qui l'unissent à ses amis, à la famille élargie, aux voisins, à son travail, au système de soins de santé aux groupes religieux et aux organismes communautaires." (Friedman et coll., 2003, cité dans Gottlieb, L.N, 2013, p.371).



Un exemple ci-dessous permet d'illustrer une écocarte :

Image extraite de Gottlieb, L.N., 2014, p. 372



Prise de décision / Interventions

Cette famille d'hypothèses mobilise le jugement clinique thérapeutique de l'infirmier.ère, c'est-à-dire sa capacité à décider des interventions à mettre en place pour le patient. Elle intègre le résultat visé, l'objectif à construire et négocier avec le patient, ainsi que les interventions les plus pertinentes à planifier.

Pour ce faire, l'infirmier.ère s'appuie sur les plans de soins de référence, les plans de soins guides, les protocoles et les procédures.

Dans cette hypothèse, le joueur va s'appuyer sur la carte « raisonnement clinique » préalablement remplie pour proposer des interventions personnalisées, contextualisée à la situation jouée.



Réévaluation

Cette famille d'hypothèses peut reprendre, en fonction des situations jouées, l'atteinte des résultats suite à la mise en place du plan de soin (**hypothèse : interventions/prise de décision**) et l'ajustement de ce dernier.

L'ajustement du plan de soins consiste à ajuster les interventions infirmières au besoin, en fonction des résultats obtenus chez le patient. Pour ce faire, le joueur doit avoir fixé un objectif/ résultat à atteindre.

Ajuster le plan de soins signifie apporter

des changements aux objectifs, aux résultats, aux interventions ou aux stratégies qui ne fonctionnent pas, ou qui doivent être mis à jour ou révisés en fonction des besoins et des préférences changeants du patient.

Par exemple, ajuster le plan de soins si l'état du patient s'aggrave ou s'améliore, s'il développe de nouveaux symptômes ou complications, s'il éprouve des effets secondaires ou indésirables, s'il a de nouvelles préférences ou de nouveaux objectifs éducationnels ...



Atout : réflexivité

Cette carte du jeu représente la capacité des joueurs à analyser leurs mécanismes cognitifs, leurs prises de décisions et leurs interactions dans l'équipe.

Elle mobilise un retour critique sur l'expérience, les savoirs mobilisés et les choix effectués dans la situation clinique jouée.

La réflexivité est une carte transversale du jeu qui demande un questionnement chez les joueurs / apprenants, notamment sur des points de vue auxquels ils n'auraient pas spontanément pensé.



Cette carte peut être utilisée :

- Lorsqu'un doute apparaît dans l'interprétation des données.
- Pour identifier les éléments qui ont influencé le raisonnement (indices, biais, émotions, habitudes, valeurs).
- Quand plusieurs hypothèses semblent possibles et qu'il faut clarifier les priorités.
- Après une intervention pour analyser son impact et envisager des ajustements.
- Lors d'un désaccord ou d'une incompréhension dans l'équipe.
- À tout moment où le joueur et/ ou l'animateur souhaite renforcer la qualité du raisonnement clinique.

L'utilisation de cette carte :

- Favorise la construction d'un raisonnement clinique plus conscient, structuré et argumenté.
- Permet de repérer les zones d'incertitude ou de fragilité dans l'analyse.
- Encourage l'apprentissage à partir de l'expérience, individuelle ou collective
- Développer la capacité à se situer, décider, ajuster et assumer ses choix dans l'équipe
- Ne pas se focaliser uniquement sur le résultat du raisonnement clinique en tant que tel (ex : trouver le bon diagnostic infirmier) mais aussi sur les processus impliqués de même que sur le contexte de chaque cas particulier (Audétat et al, 2017)

Cas clinique : Mme Domivue

Mme Domivue, âgée de 77 ans, vit seule dans un appartement situé au troisième étage, équipé d'un ascenseur. Elle présente plusieurs antécédents médicaux : une fibrose pulmonaire non traitée, un diabète de type 2 pris en charge par Metformine trois fois par jour, une dépression apparue après le décès de son époux il y a 5 ans, traitée par Paroxétine, une hypertension artérielle contrôlée par Périndopril et Bisoprolol, ainsi qu'un reflux gastro-œsophagien traité par Pantoprazole.

Elle souffre également de douleurs chroniques liées à une arthrose diffuse, ayant nécessité une prothèse totale de genou et de hanche, pour lesquelles elle reçoit du Paracétamol et du Tramadol. Elle prend également de la vitamine D, du calcium et un antiagrégant plaquettaire en prévention cardiovasculaire.

Mme Domivue bénéficie du soutien de sa fille, qui est son aidante principale, et de son fils qui lui rend visite une fois par mois. En plus des soins infirmiers, pour l'aider dans ses AVQ, elle reçoit l'aide d'une technicienne de surface une fois par semaine et d'une aide familiale deux heures par semaine.

Elle participe à une séance hebdomadaire d'ergothérapie pour travailler son équilibre, sa marche et entretenir des contacts sociaux. Elle dispose d'un système de télévigilance et d'un abonnement de transport médical en taxi pour ses rendez-vous.

Il y a dix-huit mois, elle a subi un AVC qui a entraîné une diplopie et une baisse importante de son acuité visuelle. Ce handicap l'affecte profondément, car elle n'est plus capable de lire ni d'utiliser un téléphone portable. Elle présente également des troubles de la mémoire récente, qui se sont aggravés récemment avec un score MMSE à 24/30 (Mme perd des points au niveau de la mémoire directe).

Sur le plan fonctionnel, Mme Domivue est classée forfait A sur l'échelle de Katz. Elle connaît des épisodes occasionnels d'incontinence, le jour comme la nuit, et a besoin d'une aide quotidienne pour sa toilette au lavabo et pour s'habiller. Elle prend une douche une fois par semaine.

Son alimentation est limitée par des reflux gastriques : elle préfère manger des tartines avec du fromage plutôt qu'un repas complet et refuse l'aide d'un traiteur. Les courses sont réalisées chaque semaine avec sa fille.

Ses journées se déroulent principalement dans son fauteuil devant la télévision, où elle consomme des crèmes et des biscuits sans sucre. Le soir, elle reprend des tartines et le matin, elle déjeune avec du pain et un œuf dur.

Elle a perdu l'odorat depuis une intervention des sinus il y a 15 ans.

Son logement est adapté avec des barres d'appui dans la salle de bain et les toilettes. Elle se déplace avec une canne dans l'appartement et utilise une chaise roulante pour les trajets plus longs à l'extérieur.

Elle attend le passage de l'infirmier(e) pour se lever le matin et affirme dormir profondément la nuit.

Depuis trois mois, Mme Domivue souffre d'un ulcère veineux nécessitant un soin quotidien avec pansement interactif. Sa fille a mis en place un cahier de liaison afin d'assurer la continuité des soins. Elle prépare également son pilulier, en lien avec le médecin traitant qui révisé le traitement chaque mois. Comme elle oublie ses rendez-vous médicaux, c'est sa fille qui les gère également.

Mme Domivue ne parvient plus à réaliser ses glycémies capillaires, bien qu'elle possède un glucomètre. Sa dernière HbA1c est de 9 %, avec des glycémies comprises entre 200 et 250 mg/dl.

Elle souffre d'une dyspnée d'effort qui la fatigue considérablement, avec une saturation en oxygène qui varie entre 89 % et 93 % à l'effort. Elle a une tension artérielle comprise entre 130 mmHg / 80 mmHg et 140 mmHg / 90 mmHg.

Mme Domivue est de confession catholique non pratiquante. Issue d'une famille nombreuse, elle garde contact avec ses frères et sœurs.

Sa fille vous confie que sa maman exprime souvent une baisse de motivation pour ses activités de la vie quotidienne.

Mme Domivue est très attachée à son chat, qui lui apporte de l'affection, et vous dit parfois croire entendre encore son ancien chien se déplacer dans l'appartement.

Échelle de Katz* de Mme Domivue **calculée** ce jour :

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
Transfert et déplacement		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et s'essuyer	a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
Continence		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de rééducation) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Échelle de chutes Morse* FALL SCALE ASSESSMENT RECORD – MORSE :

#	MORSE Fall Scale Category Catégorie de l'échelle de chutes Morse	Circle / Encercler Yes / Oui No / Non	Score	Patient Score Score du patient / de la patiente
1	Patient has a history of falling <i>Le patient/la patiente a des antécédents de chutes</i>	No / Non Yes / Oui	0 25	X
2	Patient has a secondary diagnosis <i>Le patient/la patiente a au moins un diagnostic</i>	No / Non Yes / Oui	0 15	X
3	Patient uses ambulatory aid (<i>Le patient/la patiente utilise aide à la marche</i>) none/bedrest/nurse assistant (<i>aucune/repos au lit/aide infirmière</i>) crutches/cane/ walker (<i>béquilles/canne/marchette</i>) holds on to furniture (<i>se tient aux meubles</i>)	Yes / Oui Yes / Oui Yes / Oui	0 15 30	X
4	Patient is attached to equipment <i>Le patient/la patiente est relié/é à l'équipement</i>	No / Non Yes / Oui	0 20	X
5	Patient's Gait / Transferring (<i>Démarche/Transfert de pu patient/de la patiente</i>) Normal/ bedrest/ immobile (<i>normal/repos au lit/immobile</i>) Weak (<i>faible</i>) Impaired (<i>restreint</i>)	Yes / Oui Yes / Oui Yes / Oui	0 10 20	X
6	Patient's Mental Status (<i>État mental du patient/de la patiente</i>) Oriented toward own ability (<i>Connaît ses propres</i>) Overestimates / forgets imitations (<i>Surestime/ oublie ses limites</i>)	Yes / Oui Yes / Oui	0 15	X

*https://best.ugent.be/BEST3_FR/francais_echelles_différentes_échelles_mfs_mfs2.html

Échelle de Cognition* :

Traduction : Mini Mental State Examination (MMSE)

Folstein MM, Folstein SE, Mc Hugh PR (1975)

« Mini-Mental State »: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical.

Orientation 10 / 10

En quelle année sommes-nous ? En quelle saison ? Quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ?
Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? Dans quelle ville se trouve-t-il ? Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
Dans quelle province ou région est situé(e) ce département ? A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage 0 / 3

Cigare Citron Fauteuil
Fleur ou Clé ou Tulipe
Porte Oiseau Canard

Attention et calcul 5 / 5

Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? 93 86 79 72 65

Épeler le mot MONDE à l'envers ?

Rappel 3 / 3

Cigare Citron Fauteuil
Fleur ou Clé ou Tulipe
Porte Oiseau Canard

Langage 8 / 8

Montrer un crayon : Quel est le nom de cet objet ?

Montrer votre montre : Quel est le nom de cet objet ?

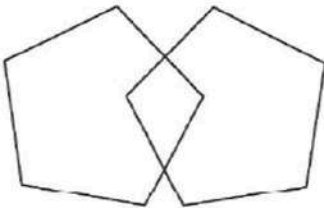
Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, pliez-la en deux, jetez-la par terre.

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : « Faites ce qui est écrit ».

Tendre ensuite une feuille de papier et un stylo, en demandant d'écrire une phrase :

Praxies constructives 1 / 1



Un score inférieur à 24 indique un trouble cognitif.

Financements

Le développement du jeu SCALENEo a bénéficié des financements suivants :

- **Interreg FWVI « NOMADe »**
<https://interreg5.interreg-fwvl.eu/fr/nomade>
<https://nomadeproject.eu/>
- **Erasmus+ « SCALENEo »**
<https://scaleneo.eu/>
- **Projet « JERC : Jouer pour Enseigner le Raisonnement Clinique »**, financé par la HELHa.
<https://cerf.helha.be/sante/projets/jouer-pour-enseigner-le-raisonnement-clinique-jerc/>

Design du jeu



CELINE AT WORK SRL
www.celineatwork.com
hello@celineatwork.com

Partenaires

Ont contribué au développement du jeu SCALENEo :



Références

Audétat,M.-C.; Laurin,S.; Dory,V. Charlin,B. & Nendaz,M.(2017). Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE n°117. 1ère partie : supervision du raisonnement clinique et diagnostic pédagogique. Pédagogie médicale,18:129-138

Beauchamp, Jacinthe; Lalonde, Michelle; Fournier, Viviane; Mehiz, Sabrina; Pedrotti, Marco; Michel, Isabelle; Godbout, Pierre; Simoneau, Ivan; and Lasater, Kathie . (2021) .Traduction et adaptation en langue française du Lasater Clinical Judgment Rubric: Une étude multicentrique.Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière: Vol. 7 : Iss. 2, Article 5. DOI : <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1277>

Carpenito, L.J. (2023). Manuel de diagnostics infirmiers. Traduction de la 16ème édition. Adaptation française Lina Rahal. Elsevier Masson.

Comité de la formation infirmière de l'OIIQ. (2025). Le développement du raisonnement et du jugement clinique infirmier. Comment enrichir la formation infirmière ? <fiche-RCI-JCI-2025.pdf>

Gordon, M. (1991). Diagnostic infirmier. Méthodes et applications. Traduction Collet Catherine. Encyclopédie des soins infirmiers. MEDSI/McGRAW-HILL.

Gottlieb, N., L. (2014). Les soins infirmiers fondés sur les forces. La santé et la guérison de la personne et de la famille. Editions du renouveau pédagogique INC. De Boeck.

Lafortune,L. (2012). Une démarche réflexive pour la formation en santé. Un accompagnement socioconstructivisme. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lavoie, P., Pépin, J., Deschênes, M.-F., Richard, V., Tanner, C. A., & Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. Quality Advancement in Nursing Education – Avancées en formation infirmière, Vol. 7: Iss. 2, Article 4. DOI : <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272>

NANDA International. (2024). Diagnostics infirmiers. Définition et classification. 2024-2026. 13ème édition. Traduction ACQSI et AFEDI. Elsevier Masson.

Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique ; données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale, 6, 235-254 ;

Organisation mondiale de la santé. (2023, 11 sept). Sécurité des patients. <Sécurité des patients>

Tanner, C.A.(2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical Judgment in nursing. Journal of Nursing Education, 45(6): 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

