

Simulation et débriefing structuré pour l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie

Simulation and Structured Debriefing to Teach Breaking Bad News in Pediatric Care

Abir Boussetta, Taha Sayari, Tahar Gargah

Service de pédiatrie hôpital Charles Nicolle Tunis, Tunisie. Faculté de médecine de Tunis, université Tunis el Manar

RÉSUMÉ

Introduction: L'annonce d'une mauvaise nouvelle est une compétence en médecine et complexe en pédiatrie. La simulation associée au débriefing structuré constitue une stratégie pédagogique pour développer les compétences communicationnelles.

Objectif: Décrire un dispositif pédagogique fondé sur le jeu de rôle et le débriefing structuré, et explorer son impact perçu sur les compétences communicationnelles des étudiants en médecine dans l'annonce d'une insuffisance rénale chronique terminale en pédiatrie.

Méthodes: Une étude descriptive monocentrique a été menée durant l'année universitaire 2025–2026 auprès de 42 externes en médecine (DCM2). Les étudiants ont participé à un enseignement dirigé comprenant une introduction théorique, une simulation par jeu de rôle et un débriefing structuré. L'évaluation reposait sur un questionnaire de satisfaction, une auto-évaluation pré/post intervention, une analyse qualitative des commentaires recueillis et une évaluation observationnelle structurée des performances des trois étudiants ayant joué le rôle du médecin, à l'aide d'une grille comportant 13 domaines de compétences cotés de 0 à 2.

Résultats: Les 42 étudiants ont participé à l'ensemble du dispositif et complété les questionnaires, soit un taux de réponse de 100 %. Le score global de satisfaction était de $9,1 \pm 0,8/10$. Une amélioration des scores d'auto-évaluation des compétences communicationnelles a été observée après la séance. La confiance globale dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle est passée de $4,0 \pm 1,3$ à $7,9 \pm 1,2$ sur 10, tandis que la capacité à gérer les émotions est passée de $3,8 \pm 1,6$ à $7,1 \pm 1,3$. Le débriefing structuré a été considéré comme l'élément le plus utile du dispositif par 97,6 % des étudiants. L'évaluation observationnelle des trois étudiants ayant joué le rôle du médecin a retrouvé des scores de 19/26, 18/26 et 23/26 dans les groupes 1, 2 et 3, respectivement. Compte tenu du faible nombre d'étudiants évalués, ces résultats ont été analysés de manière descriptive.

Conclusion: La simulation associée à un débriefing structuré constitue une approche pédagogique bien acceptée, associée à une évolution des compétences perçues par les étudiants dans l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie. Le débriefing apparaît comme un élément central du dispositif, favorisant la réflexion sur les pratiques et le sentiment de confiance. Des évaluations objectives et longitudinales sont nécessaires pour déterminer l'impact du dispositif sur les performances réelles et la persistance des acquis.

Mots-clés : annonce d'une mauvaise nouvelle, pédiatrie, pédagogie médicale, simulation, débriefing, communication.

ABSTRACT

Introduction: Breaking bad news is an essential medical skill and is particularly challenging in pediatrics. Simulation combined with structured debriefing is an educational strategy for developing communication skills.

Aim : To describe an educational intervention based on role-play and structured debriefing, and to explore its perceived impact on medical students' communication skills when breaking the news of end-stage chronic kidney disease in pediatric patients.

Methods: A single-center descriptive study was conducted during the 2025–2026 academic year among 42 second-year medical students (DCM2). Students participated in a structured teaching session comprising a theoretical introduction, role-play simulation, and structured debriefing. Evaluation was based on a satisfaction questionnaire, pre/post-intervention self-assessment, qualitative analysis of students' comments, and a structured observational assessment of the performance of the three students who played the role of the physician, using a 13-domain competency grid scored from 0 to 2.

Results: All 42 students participated in the entire educational intervention and completed the questionnaires, corresponding to a 100% response rate. The overall satisfaction score was $9.1 \pm 0.8/10$. An improvement in self-assessed communication skills was observed following the session. Overall confidence in breaking bad news increased from 4.0 ± 1.3 to 7.9 ± 1.2 out of 10, while confidence in managing emotions increased from 3.8 ± 1.6 to 7.1 ± 1.3 . Structured debriefing was considered the most useful component of the intervention by 97.6% of students. Observational assessment of the three students who played the role of the physician yielded scores of 19/26, 18/26, and 23/26 in Groups 1, 2, and 3, respectively. Given the small number of students assessed, these results were analyzed descriptively.

Conclusion: Simulation combined with structured debriefing is a well-accepted educational approach associated with an improvement in students' perceived communication skills among medical students learning how to break bad news in pediatrics. Debriefing appears to be a central component of the intervention, promoting reflection on practice and enhancing students' confidence. Objective and longitudinal assessments are needed to determine the intervention's impact on actual performance and the retention of acquired skills.

Keywords: breaking bad news, pediatrics, medical education, simulation, debriefing, communication.

Correspondance

Abir Boussetta

Service de pédiatrie hôpital Charles Nicolle Tunis, Tunisie. Faculté de médecine de Tunis, université Tunis el Manar

Email: abir.boussetta@gmail.com

INTRODUCTION

L'annonce d'une mauvaise nouvelle est définie comme toute information susceptible de modifier négativement la perception qu'un patient ou sa famille a de son avenir (1). Cette compétence est aujourd'hui reconnue comme un élément fondamental de la pratique médicale, influençant directement la satisfaction des patients, l'adhésion thérapeutique et la qualité de la relation médecin-malade (2).

Plusieurs études rapportent que 60 à 80 % des étudiants en médecine estiment ne pas être suffisamment préparés à annoncer une mauvaise nouvelle au cours de leur formation initiale (3,4). Par ailleurs, plus de 70 % des jeunes médecins déclarent ressentir une anxiété importante lors de leurs premières expériences d'annonce (5).

En pédiatrie, la situation est rendue plus complexe par la nécessité d'interagir simultanément avec l'enfant et ses parents. L'annonce d'une maladie chronique grave, telle qu'une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), implique non seulement l'explication d'informations médicales complexes mais également l'accompagnement des réactions émotionnelles de la famille (6).

Face aux limites des approches pédagogiques traditionnelles, la simulation est devenue un outil majeur de formation (7). Fondée sur les principes de l'apprentissage expérientiel décrits par Kolb (8), elle permet aux étudiants de s'exercer dans un environnement sécurisé. Cependant, l'efficacité de la simulation repose largement sur la qualité du débriefing qui suit l'expérience (9).

L'objectif de cette étude était de décrire un dispositif pédagogique reposant sur le jeu de rôle et le débriefing structuré, et d'explorer son impact perçu sur les compétences communicationnelles des étudiants en médecine lors de l'annonce d'une insuffisance rénale chronique terminale chez l'enfant.

METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique réalisée au cours de l'année universitaire 2025–2026. Quarante-deux externes en médecine de deuxième cycle (DCEM2) ont participé à cette activité pédagogique. Les étudiants ont été répartis en trois groupes de quatorze participants.

Organisation du dispositif pédagogique

Chaque séance comportait trois étapes successives :

1. Introduction théorique (15 minutes)
 - Présentation des objectifs pédagogiques
 - Principes généraux de l'annonce d'une mauvaise nouvelle
 - Présentation simplifiée du protocole SPIKES
2. Simulation par jeu de rôle (25 minutes)
 - Un étudiant jouait le rôle du médecin
 - Deux étudiants jouaient le rôle des parents
 - Les étudiants observateurs disposaient d'une grille

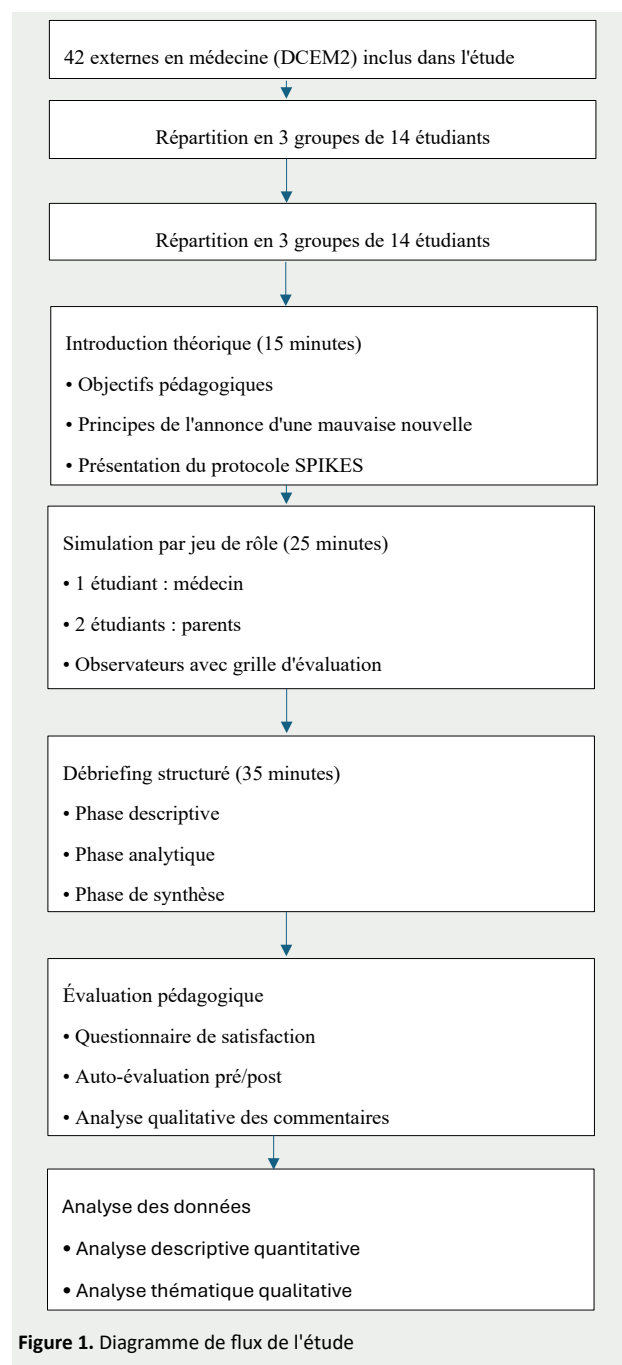
d'observation structurée comportant 13 domaines de compétences communicationnelles. Chaque domaine était coté sur une échelle à trois niveaux : 0 = non réalisé, 1 = partiellement réalisé et 2 = correctement réalisé, pour un score maximal de 26 points. Un étudiant par groupe, soit trois étudiants au total, a joué le rôle du médecin et a fait l'objet d'une évaluation à l'aide de cette grille. La grille permettait de structurer l'observation des performances lors de la simulation et de soutenir les échanges au cours du débriefing (Annexe 1)

3. Débriefing structuré (35 minutes)

Le débriefing suivait trois phases :

- Phase descriptive
- Phase analytique
- Phase de synthèse et transfert

Le déroulement global du dispositif pédagogique est résumé dans la Figure 1.



Scénario clinique

Les étudiants devaient annoncer à des parents que leur fils âgé de 13 ans présentait une insuffisance rénale chronique terminale secondaire à une hypoplasie rénale bilatérale.

Les objectifs de l'entretien étaient :

- annoncer le diagnostic ;
- expliquer la nécessité d'une épuration extra-rénale ;
- introduire la perspective d'une transplantation rénale ;
- répondre aux réactions émotionnelles des parents.

Évaluation

L'évaluation du dispositif reposait sur quatre approches complémentaires : un questionnaire de satisfaction, une auto-évaluation des compétences communicationnelles avant et après l'intervention, une analyse qualitative des commentaires recueillis et une évaluation observationnelle structurée des performances.

Le questionnaire d'auto-évaluation permettait d'explorer les compétences communicationnelles perçues par les étudiants avant et après la séance. Les résultats de satisfaction permettaient d'apprécier l'acceptabilité et l'appréciation globale du dispositif pédagogique. Les commentaires recueillis à l'issue de la séance ont fait l'objet d'une analyse qualitative descriptive.

L'évaluation observationnelle concernait les trois étudiants ayant joué le rôle du médecin, à raison d'un étudiant par groupe. Elle reposait sur une grille comportant 13 domaines de compétences communicationnelles : instauration d'un climat de confiance, vérification des connaissances des parents, préparation progressive de l'annonce, utilisation d'un langage compréhensible, annonce claire du diagnostic, vérification de la compréhension, respect d'un temps de silence, reconnaissance des émotions, réponse empathique, explication des traitements, vérification de l'accord sur le projet thérapeutique, résumé des informations essentielles et conclusion de l'entretien.

Chaque domaine était coté de 0 à 2 : 0 = non réalisé, 1 = partiellement réalisé et 2 = correctement réalisé, pour un score total maximal de 26 points. Compte tenu du faible nombre d'étudiants évalués, les résultats de cette évaluation observationnelle ont été analysés et présentés de manière descriptive.

Les outils pédagogiques utilisés au cours de cette étude sont présentés dans les annexes afin de faciliter la reproductibilité du dispositif dans d'autres contextes de formation.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Les quarante-deux étudiants inclus ont participé à l'ensemble des séances prévues et ont complété les questionnaires d'évaluation, correspondant à un taux de participation de 100 %. Les caractéristiques

démographiques de la population étudiée sont présentées dans le Tableau 1. Les participants étaient majoritairement de sexe féminin et présentaient un âge homogène correspondant au niveau de formation ciblé.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Variable	Valeur
Nombre total d'étudiants	42
Sexe féminin	24 (57,1 %)
Sexe masculine	18 (42,9 %)
Âge moyen	23,4 ± 1,2 ans

Satisfaction globale

L'évaluation de la satisfaction a mis en évidence une excellente acceptabilité du dispositif pédagogique. La majorité des étudiants se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits de l'organisation générale, du réalisme du scénario proposé ainsi que de la qualité du débriefing. Le score global de satisfaction était de 9,1 ± 0,8 sur 10. Les résultats détaillés de l'enquête de satisfaction sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2. Satisfaction des étudiants

Item évalué	Très satisfait n (%)
Organisation générale	32 (76,2)
Réalisme du scénario	34 (81,0)
Qualité du débriefing	37 (88,1)
Utilité pédagogique	36 (85,7)

Évaluation observationnelle des performances

Une évaluation observationnelle structurée a été réalisée chez les trois étudiants ayant joué le rôle du médecin, à raison d'un étudiant par groupe. Les performances ont été évaluées à l'aide d'une grille comportant 13 domaines de compétences communicationnelles, chaque domaine étant coté de 0 à 2, pour un score maximal de 26 points. Les scores globaux obtenus étaient de 19/26 pour le groupe 1, de 18/26 pour le groupe 2 et de 23/26 pour le groupe 3. Ces résultats correspondent respectivement à 73,1 %, 69,2 % et 88,5 % du score maximal. Compte tenu du faible nombre d'étudiants évalués, ces résultats sont présentés à titre descriptive (Tableau 3)

Évolution des compétences perçues

Une amélioration des scores d'auto-évaluation a été observée après la participation à la séance de simulation. Cette progression concernait l'ensemble des domaines explorés, notamment la structuration de l'annonce, la gestion des émotions, l'empathie et la confiance dans la conduite d'un entretien difficile. Les scores obtenus avant et après l'intervention sont détaillés dans le Tableau 4. L'évolution des scores d'auto-évaluation avant et après l'intervention est illustrée dans la Figure 2, mettant en évidence une amélioration homogène de l'ensemble des compétences communicationnelles évaluées.

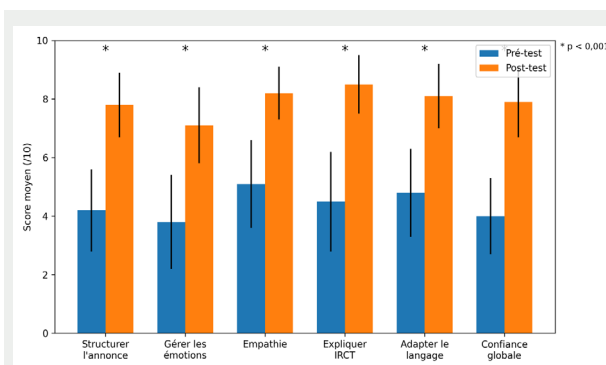
Tableau 3. Évaluation observationnelle des performances des étudiants ayant joué le rôle du médecin

Domaine évalué	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Se présente et instaure un climat de confiance	2	2	2
Vérifie les connaissances des parents	1	1	2
Prépare progressivement l'annonce	1	2	1
Utilise un langage compréhensible	2	2	2
Annonce clairement le diagnostic	2	2	2
Vérifie la compréhension	1	1	2
Laisse un temps de silence	1	0	1
Reconnaît les émotions	1	1	2
Répond avec empathie	2	1	2
Explique les traitements	2	2	2
Vérifie l'accord sur le projet thérapeutique	1	1	2
Résume les informations essentielles	1	2	1
Conclut correctement l'entretien	2	1	2
Score total /26	19/26	18/26	23/26

Chaque domaine était coté de 0 à 2 : 0 = non réalisé, 1 = partiellement réalisé et 2 = correctement réalisé. Un étudiant par groupe a été évalué, soit trois étudiants au total.

Tableau 4. Auto-évaluation avant et après la formation

Compétence	Avant	Après
Structurer une annonce difficile	4,2 ± 1,4	7,8 ± 1,1
Gérer les émotions	3,8 ± 1,6	7,1 ± 1,3
Répondre avec empathie	5,1 ± 1,5	8,2 ± 0,9
Expliquer une IRCT	4,5 ± 1,7	8,5 ± 1,0
Adapter son langage aux parents	4,8 ± 1,5	8,1 ± 1,1
Confiance globale	4,0 ± 1,3	7,9 ± 1,2

**Figure 2.** Évolution des compétences (pré et post tests)

Apports pédagogiques perçus

À l'issue de la formation, 40 étudiants (95,2 %) ont rapporté une amélioration de leurs compétences de communication avec les familles, tandis que 39 (92,9 %) estimaient mieux structurer une annonce difficile.

Une amélioration de la gestion des émotions a été rapportée par 38 participants (90,5 %), et 37 (88,1 %) ont déclaré avoir gagné en confiance pour conduire ce type d'entretien. Par ailleurs, 36 étudiants (85,7 %) considéraient avoir développé une attitude plus empathique envers les patients et leurs proches.

Impact du debriefing

Le débriefing structuré a été identifié comme l'élément central du dispositif pédagogique. Au total, 41 étudiants (97,6 %) l'ont jugé utile ou très utile pour leur apprentissage. Les participants ont souligné son rôle dans l'analyse réflexive des pratiques, l'identification des points forts et des axes d'amélioration ainsi que dans la compréhension des réactions émotionnelles suscitées par l'annonce d'une maladie grave. Les commentaires qualitatifs ont également mis en évidence un renforcement du sentiment de confiance et une meilleure préparation à la pratique clinique future.

Difficultés identifiées

Malgré les bénéfices observés, plusieurs difficultés ont été rapportées par les étudiants. Les principales concernaient l'annonce de la gravité de la maladie sans générer de brutalité excessive, la gestion des réactions émotionnelles des parents et le choix d'un langage adapté à leur niveau de compréhension. Près des deux tiers des participants ont mentionné une appréhension particulière vis-à-vis de la gestion des émotions parentales, confirmant la complexité de ce type d'entretien en contexte pédiatrique.

Analyse qualitative des retours

L'analyse thématique des commentaires recueillis a permis d'identifier quatre thèmes récurrents. Le réalisme de la simulation a été évoqué par 29 étudiants (69,0 %), le rôle déterminant du débriefing par 38 (90,5 %), la prise de conscience de leurs difficultés communicationnelles par 26 (61,9 %) et le gain de confiance pour leur pratique future par 34 participants (81,0 %). Ces résultats soulignent l'intérêt de l'apprentissage expérientiel dans le développement des compétences relationnelles des futurs médecins.

DISCUSSION

Cette étude décrit la mise en œuvre d'un enseignement dirigé centré sur l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie auprès d'externes en médecine, reposant sur une combinaison de simulation par jeu de rôle et de débriefing structuré. Les résultats montrent une excellente acceptabilité du dispositif, une amélioration des scores d'auto-évaluation perçues par les étudiants et soulignent le rôle central attribué au débriefing dans le processus d'apprentissage. Ces résultats s'inscrivent dans les données actuelles de la littérature qui soulignent l'intérêt des approches expérientielles

dans la formation médicale. Ces résultats s'inscrivent dans les données actuelles de la littérature qui soulignent l'intérêt croissant des approches expérientielles dans la formation médicale.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une situation particulièrement redoutée par les étudiants et les jeunes médecins. Plusieurs travaux ont montré que la majorité des étudiants en médecine se sentent insuffisamment préparés à faire face à ce type de situation malgré leur exposition progressive à la pratique clinique (3,5). Cette difficulté s'explique par la complexité de la tâche qui mobilise simultanément des compétences médicales, relationnelles, émotionnelles et éthiques. Dans notre étude, les scores d'auto-évaluation avant la séance étaient relativement faibles pour l'ensemble des dimensions explorées, notamment concernant la gestion des émotions et la confiance globale dans la conduite d'un entretien d'annonce. Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés dans la littérature internationale et confirment la nécessité d'intégrer précocement des enseignements dédiés à la communication dans les cursus médicaux.

L'amélioration observée après l'intervention pédagogique concerne l'ensemble des domaines évalués. Les étudiants rapportaient notamment une meilleure capacité à structurer leur entretien, à adapter leur langage au niveau de compréhension des parents et à répondre aux réactions émotionnelles (Tableau 4). Ces résultats confirment l'intérêt des méthodes actives d'apprentissage pour le développement des compétences communicationnelles. Contrairement aux approches magistrales traditionnelles, la simulation permet aux étudiants de s'impliquer directement dans une situation proche de la réalité clinique et peut favoriser le développement de compétences communicationnelles et relationnelles. Dans notre étude, cette évolution a toutefois été appréciée à partir de mesures auto-déclarées et ne permet pas de conclure à une amélioration objective des performances en situation clinique. Cette observation rejoint les principes de l'apprentissage expérientiel développés par Kolb, selon lesquels l'apprentissage est optimisé lorsque l'apprenant est placé dans une situation concrète suivie d'une réflexion structurée sur l'expérience vécue (8). L'interprétation de ces résultats doit néanmoins tenir compte de la nature même de la compétence étudiée. L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue une compétence professionnelle complexe, mobilisant de manière intégrée des connaissances, des habiletés communicationnelles, des compétences relationnelles ainsi que la capacité à reconnaître et à gérer les émotions. Elle peut ainsi être considérée comme un véritable savoir-agir en situation. Dans ce contexte, les mesures de satisfaction et d'auto-évaluation utilisées dans notre étude permettent principalement d'apprécier l'expérience vécue par les étudiants, leur sentiment d'efficacité personnelle et leurs compétences perçues, mais ne permettent pas, à elles seules, de conclure à une acquisition effective de la compétence en situation authentique.

Une évaluation observationnelle structurée a néanmoins été réalisée chez les trois étudiants ayant joué le rôle du médecin, à l'aide d'une grille comportant 13 domaines

de compétences. Cette approche apporte un élément complémentaire aux mesures auto-déclarées en permettant de documenter les performances observées lors de la situation simulée. Les scores obtenus, compris entre 18/26 et 23/26, suggèrent des performances globalement satisfaisantes, tout en mettant en évidence certaines difficultés, notamment concernant le respect d'un temps de silence, la reconnaissance des émotions et la vérification de la compréhension. Toutefois, le très faible nombre d'étudiants évalués et l'absence d'évaluation pré/post intervention à l'aide de cette grille ne permettent pas d'apprécier de manière robuste l'évolution des performances ni de conclure à une acquisition durable de la compétence.

Le recours au jeu de rôle constitue l'un des points forts de notre dispositif. Cette méthode pédagogique présente plusieurs avantages. Elle permet tout d'abord aux étudiants de s'exercer dans un environnement sécurisé où l'erreur est autorisée et considérée comme une opportunité d'apprentissage. Elle favorise également le développement de compétences difficilement accessibles par l'enseignement théorique, telles que l'empathie, l'écoute active ou la gestion du non-verbal. Enfin, le jeu de rôle offre la possibilité d'exposer les étudiants à des situations rares ou particulièrement difficiles qu'ils ne rencontreraient pas nécessairement au cours de leurs stages cliniques. Les travaux de Nestel et Tierney ont montré que cette approche améliore significativement les performances communicationnelles des étudiants tout en augmentant leur sentiment d'efficacité personnelle (7).

L'un des résultats majeurs de notre étude réside dans l'importance accordée au débriefing structuré. Près de 98 % des étudiants ont considéré cette étape comme la plus utile de l'ensemble du dispositif. Ce résultat est particulièrement intéressant car il rejoint un consensus largement établi dans le domaine de la simulation médicale. Depuis les travaux fondateurs d'Issenberg et collaborateurs, le débriefing est considéré comme l'élément déterminant de l'apprentissage en simulation (10). La simulation seule ne garantit pas l'acquisition de compétences ; c'est l'analyse réflexive qui suit l'expérience qui permet de transformer l'action en apprentissage durable.

Ces observations sont également soutenues par des travaux plus récents qui confirment que le débriefing constitue le principal mécanisme de transformation de l'expérience simulée en apprentissage durable et favorise le développement des compétences réflexives chez les apprenants (11-14).

Le débriefing utilisé dans notre dispositif reposait sur un modèle en trois étapes comprenant une phase descriptive, une phase analytique et une phase de synthèse. Cette structuration favorise une réflexion progressive permettant à l'étudiant d'identifier ses points forts, de reconnaître ses difficultés et de construire des stratégies d'amélioration. Plusieurs auteurs ont montré que les débriefings structurés sont associés à une meilleure rétention des connaissances et à une amélioration plus importante des performances cliniques comparativement aux discussions non structurées (9,15). Au-delà de son rôle pédagogique, le débriefing possède

également une fonction émotionnelle particulièrement importante dans le contexte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Les étudiants rapportent fréquemment un stress important lorsqu'ils sont confrontés à des situations impliquant une forte charge émotionnelle. Dans notre étude, de nombreux participants ont souligné l'intérêt de pouvoir verbaliser leurs émotions et partager leurs difficultés avec leurs pairs. Cette dimension est essentielle car elle participe au développement de la sécurité psychologique du groupe.

Des études récentes soulignent que la qualité du climat instauré durant le débriefing influence directement l'engagement des participants, leur capacité d'auto-analyse et la profondeur des apprentissages réalisés au cours de la simulation (11,12).

Rudolph et collaborateurs ont montré que l'instauration d'un climat bienveillant et non jugeant constitue une condition indispensable à l'efficacité du débriefing (16). Lorsque les étudiants se sentent autorisés à exprimer leurs erreurs sans crainte d'être évalués négativement, ils développent davantage leur capacité de réflexion critique et leur engagement dans le processus d'apprentissage.

La spécificité pédiatrique représente également un élément important à considérer. L'annonce d'une maladie chronique grave chez l'enfant diffère sensiblement de l'annonce réalisée chez un patient adulte. Le médecin doit simultanément prendre en compte les besoins informationnels des parents, les capacités de compréhension de l'enfant et les réactions émotionnelles de l'ensemble de la famille. Cette relation triangulaire augmente considérablement la complexité de l'entretien. Dans notre scénario, les étudiants devaient annoncer une insuffisance rénale chronique terminale nécessitant la mise en route d'un traitement de suppléance et la perspective d'une transplantation rénale. Les difficultés les plus fréquemment rapportées concernaient la gestion des émotions parentales, le choix des mots et la manière d'aborder le pronostic. Ces observations sont cohérentes avec les travaux de Turner et collaborateurs qui soulignent que la communication en pédiatrie nécessite des compétences spécifiques rarement acquises de manière spontanée au cours de la formation clinique (17).

L'utilisation du protocole SPIKES comme cadre de référence a probablement contribué à l'amélioration des performances perçues par les étudiants. Développé initialement en oncologie, ce modèle propose une approche structurée de l'annonce reposant sur six étapes successives : préparation de l'entretien, exploration des connaissances du patient, recherche de ses attentes, transmission de l'information, réponse aux émotions et élaboration d'une stratégie thérapeutique (18). Plusieurs études ont démontré son utilité pédagogique auprès des étudiants en médecine. Néanmoins, il est important de rappeler que ce protocole ne constitue pas une recette universelle et doit être adapté aux spécificités du contexte pédiatrique ainsi qu'aux caractéristiques socioculturelles des familles.

Nos résultats suggèrent également une amélioration progressive de la qualité perçue du débriefing entre les différents groupes. Bien que cette observation doive être interprétée avec prudence en raison du faible effectif,

elle pourrait refléter une adaptation progressive des enseignants à la conduite du débriefing. Cette hypothèse est en accord avec les données récentes soulignant l'importance de la formation des formateurs dans les programmes de simulation. Plusieurs auteurs ont montré que la qualité du débriefing dépend fortement des compétences pédagogiques de l'animateur. Le développement de formations spécifiques destinées aux enseignants constitue donc un enjeu majeur pour optimiser l'efficacité des dispositifs pédagogiques fondés sur la simulation (19,20).

Cette étude présente plusieurs points forts. Tout d'abord, le scénario clinique choisi correspond à une situation authentique fréquemment rencontrée en néphrologie pédiatrique. Ensuite, le dispositif reposait sur une participation active de l'ensemble des étudiants, favorisant leur engagement dans le processus d'apprentissage. L'utilisation combinée de données quantitatives et qualitatives a également permis d'obtenir une vision plus complète des effets de l'intervention. Enfin, le recours à un débriefing systématique et standardisé renforce la cohérence pédagogique du dispositif.

Certaines limites doivent être soulignées. Le caractère monocentrique de l'étude et le faible effectif limitent la généralisation des résultats. L'évaluation reposait principalement sur des mesures de satisfaction et d'auto-évaluation, qui reflètent essentiellement l'expérience des étudiants, leur confiance et leurs compétences perçues. Bien qu'une évaluation observationnelle structurée ait été réalisée, celle-ci ne concernait que trois étudiants et ne permettait donc pas une analyse comparative ou statistique des performances. En outre, l'absence de suivi longitudinal ne permet pas d'évaluer la persistance des acquis ni leur transfert dans la pratique clinique réelle.

Des études ultérieures devraient intégrer des modalités d'évaluation plus robustes, telles qu'un examen clinique objectif structuré (ECOS), une observation standardisée par des évaluateurs formés ou par des patients simulés, sur un effectif plus important. Un suivi longitudinal permettrait également d'évaluer la persistance des acquis et leur éventuel transfert dans la pratique clinique. Une évaluation observationnelle structurée des performances a néanmoins été réalisée chez les trois étudiants ayant joué le rôle du médecin, à l'aide d'une grille comportant 13 domaines de compétences. Cette évaluation apporte un élément complémentaire aux mesures auto-déclarées, mais son interprétation reste limitée par le très faible nombre d'étudiants évalués et par l'absence de mesure avant/après permettant d'objectiver une progression des performances.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle constitue en effet une compétence professionnelle complexe, mobilisant de manière intégrée des connaissances, des habiletés communicationnelles, des compétences relationnelles et une capacité à gérer les émotions. Les résultats de notre étude doivent donc être interprétés comme témoignant principalement d'une amélioration des scores d'auto-évaluation perçues et d'une performance observationnelle exploratoire, plutôt que comme une preuve d'acquisition durable de cette compétence. Des études ultérieures pourraient intégrer une évaluation

structurée sur un effectif plus important, au moyen d'un ECOS/OSCE, d'une grille d'évaluation renseignée par des évaluateurs formés ou de patients simulés, ainsi qu'un suivi longitudinal permettant d'évaluer la persistance des acquis et leur transfert dans la pratique clinique.

Les recherches les plus récentes s'intéressent également à la comparaison de différents modèles pédagogiques de simulation. Colman et collaborateurs ont montré que les approches fondées sur la pratique délibérée et le feedback immédiat pouvaient améliorer certaines performances d'équipe, mais que les modèles réflexifs traditionnels conservaient une place essentielle pour le développement des compétences communicationnelles et relationnelles (19). Par ailleurs, plusieurs revues récentes insistent sur l'importance d'aligner les objectifs pédagogiques, le réalisme du scénario et la qualité du débriefing afin d'optimiser les bénéfices de la simulation médicale (20).

Ces limites ouvrent plusieurs perspectives de recherche. Des études multicentriques incluant un plus grand nombre d'étudiants pourraient permettre de confirmer nos résultats. L'intégration d'évaluations objectives avant et après la formation apporterait des données plus robustes concernant l'impact réel du dispositif sur les compétences communicationnelles. Enfin, l'étude de la persistance des acquis plusieurs mois après la formation permettrait d'évaluer la durabilité des bénéfices observés. En conclusion, nos résultats confirment que la simulation associée à un débriefing structuré constitue une approche particulièrement pertinente pour l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie. Au-delà de l'acquisition de compétences techniques de communication, ce type de formation favorise le développement de la réflexion professionnelle, de l'empathie et de la confiance en soi. Dans un contexte où les compétences relationnelles occupent une place croissante dans la qualité des soins, l'intégration de tels dispositifs dans les cursus médicaux apparaît non seulement souhaitable mais probablement indispensable.

CONCLUSION

La simulation par jeu de rôle associée à un débriefing structuré constitue une approche pédagogique bien acceptée pour l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en pédiatrie. Dans notre étude, elle était associée à une amélioration des compétences communicationnelles perçues par les étudiants. Le débriefing apparaît comme un élément central du dispositif, favorisant la réflexion sur les pratiques et le sentiment de confiance. L'évaluation observationnelle structurée réalisée chez les trois étudiants ayant joué le rôle du médecin apporte des données complémentaires sur les performances en situation simulée, mais son caractère exploratoire limite la portée des conclusions. Des évaluations objectives, réalisées sur des effectifs plus importants et associées à un suivi longitudinal, sont nécessaires pour déterminer l'impact du dispositif sur les performances réelles, la persistance des acquis et leur transfert dans la pratique clinique.

RÉFÉRENCES

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 May 26;288(6430):1597-9. doi: 10.1136/bmj.288.6430.1597.
2. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997 Feb 19;277(7):553-9. doi: 10.1001/jama.277.7.553.
3. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004 Feb;79(2):107-17. doi: 10.1097/00001888-200402000-00002.
4. Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. *JAMA*. 1997 Sep 3;278(9):733-8.
5. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 1996 Aug 14;276(6):496-502.
6. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Jan;156(1):14-9. doi: 10.1001/archpedi.156.1.14.
7. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2007 Mar 2;7:3. doi: 10.1186/1472-6920-7-3.
8. Brackenreg J. Issues in reflection and debriefing: how nurse educators structure experiential activities. *Nurse Educ Pract*. 2004 Dec;4(4):264-70. doi: 10.1016/j.nepr.2004.01.005.
9. Elendu C, Amaechi DC, Okatta AU, Amaechi EC, Elendu TC, Ekeh CP, Elendu ID. The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Jul 5;103(27):e38813. doi: 10.1097/MD.00000000000038813.
10. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. 2005 Jan;27(1):10-28. doi: 10.1080/01421590500046924.
11. Ahmad M, Page M, Goodsman D. What is simulation-based medical education debriefing in prehospital medicine? A qualitative, ethnographic study exploring SBME debriefing in prehospital medical education. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):625.
12. Baliga K, Halamek LP, Warburton S, Mathias D, Yamada NK, Fuerch JH, et al. The Debriefing Assessment in Real Time (DART) tool for simulation-based medical education. *Adv Simul*. 2023;8(1):9.
13. Kumar P, Somerville S. Exploring in-person self-led debriefings for groups of learners in simulation-based education: an integrative review. *Adv Simul*. 2024;9(1):5.
14. Duff JP, Morse KJ, Seelandt J, Gross IT, Lydston M, Sargeant J, et al. Debriefing Methods for Simulation in Healthcare: A Systematic Review. *Simul Healthc*. 2024;19(1 Suppl):S112-S121.
15. Abulebda K, Auerbach M, Limaie F. Debriefing Techniques Utilized in Medical Simulation. 2022 Sep 26. In: *StatPearls (Internet)*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan
16. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc*. 2006 Spring;1(1):49-55. doi: 10.1097/01266021-200600110-00006.
17. Prober CG, Grousbeck HI, Meehan WF 3rd. Managing Difficult Conversations: An Essential Communication Skill for All Professionals and Leaders. *Acad Med*. 2022 Jul 1;97(7):973-976. doi: 10.1097/ACM.0000000000004692.
18. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
19. Colman N, Wiltrakis SM, Holmes S, Hwu R, Iyer S, Goodwin N, et al. A comparison of rapid cycle deliberate practice and traditional reflective debriefing on interprofessional team performance. *BMC Med Educ*. 2024;24:138.

20. Le KDR. Principles of Effective Simulation-Based Teaching Sessions in Medical Education: A Narrative Review. Cureus. 2023;15(11):e49159.