



Camille Lépine¹, Vincent Jédat²,
Paolo Di Patrizio³, Dagmar M. Haller⁴,
Philippe Binder²

1. Département de médecine générale,
Faculté de médecine de Strasbourg

2. Département de médecine générale,
Université de médecine et de pharmacie
de Poitiers

3. Département de médecine générale,
Faculté de médecine et de pharmacie,
Université de Lorraine

4. Unité des internistes généralistes et
pédiatres (UIGP), Faculté de médecine,
Université de Genève, unité santé jeunes,
Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

c.lepine@unistra.fr

exercer 2021;177:388-94.

Les annexes sont consultables en ligne à
l'adresse : www.exercer.fr

Liens d'intérêts :

Tous les auteurs ont déclaré sur le formulaire ICMJE tous leurs liens ou potentiels conflits d'intérêts (activités financières, liens avec des entreprises ou des institutions) en rapport avec le travail soumis. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêts de chacun des auteurs de l'article sont consultables en ligne sur www.transparence.gouv.fr.

Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale

Validation d'un référentiel francophone

Expected competencies for adolescent healthcare in general practice: consensus on a French-speaking frame of reference

INTRODUCTION

Les médecins généralistes (MG) sont souvent mal à l'aise pour accueillir les adolescents en consultation, particulièrement ceux en difficulté psychologique¹⁻³. Les étudiants de troisième cycle en médecine générale expriment le même embarras et sont souvent en demande de formation sur le sujet⁴. Pourtant, la consultation avec l'adolescent est au programme du DES (diplôme d'études spécialisées) français de médecine générale, puisque identifiée dans la quatrième famille de situations, « situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent »⁵. Par ailleurs, la question de l'accueil de l'adolescent par le MG a déjà fait l'objet de publications dans le contexte francophone, mais sans que la recherche d'un consensus n'ait été au cœur de ces travaux⁶⁻⁸. Plusieurs formations complémentaires existent, pour les médecins ressentant l'envie ou le besoin de travailler leur approche de l'adolescent. Citons, à titre d'exemple, le programme international EuTEACH (*European training in effective adolescent care and health*), développé par la fondation suisse du même nom⁹.

Pour l'enseignement, les recommandations américaines datent de 2001, et il n'existe pas, dans les pays francophones, de référentiel de formation et d'évaluation spécifique à la situation professionnelle « consultation avec un adolescent »¹⁰. Ainsi, les enseignements sont disparates.

Dans une approche par compétences, la première étape, pour la création d'un tel référentiel, est de procéder à une traduction didactique, c'est-à-dire « d'identifier et d'énoncer ce qui devrait être enseigné et appris », par analyse de l'activité professionnelle¹¹. Pour ces raisons, il nous est donc apparu utile d'établir un référentiel de propositions pragmatiques, caractérisant les compétences attendues pour la conduite d'une consultation avec un adolescent. Il s'adresserait à tout MG, en formation initiale ou continue, sans que celui-ci cherche à aboutir à une expertise au sujet des adolescents.

L'objectif était d'établir un référentiel des compétences attendues d'un MG, pour l'accueil des adolescents en soins primaires.

MÉTHODE

L'étude a été coordonnée par un comité scientifique et de pilotage de MG, associant trois professeurs des universités (deux exerçant en France et une en Suisse) et deux chefs de clinique.

Proposition de référentiel pour l'accueil des adolescents par les MG

La première étape fut de construire un document de travail initial, à partir d'une revue de la littérature francophone et anglo-saxonne, de l'expérience clinique et des analyses d'ateliers de formation médicale continue pour MG.

Le document a été rédigé en suivant les trois séquences d'une consultation : le constat (j'observe), le contact (je m'implique) et le contrat (je choisis)¹². Dix compétences étaient présentées, toutes déclinées en trois capacités. Toutes les propositions étaient étayées par 41 références.

Sélection des experts pour la ronde Delphi

La méthode Delphi a été employée afin de critiquer et d'enrichir ce premier travail. L'objectif était de trouver un consensus au sein d'un groupe d'experts.

Vingt-deux médecins francophones ont été sollicités par courriel par les membres du comité de pilotage en janvier 2020. Ils ont été sélectionnés par le comité scientifique dans l'objectif d'obtenir les profils les plus divers possibles, notamment concernant leur expérience auprès des adolescents et en pédagogie. Un seul expert invité n'a pas souhaité donner suite pour cause d'indisponibilité.

Ronde Delphi

Le premier tour a débuté le 29 février 2020. Les vingt et un experts ont été invités par courriel à consulter le document de synthèse, puis à remplir un questionnaire en ligne. Les participants devaient juger les trente capacités selon trois critères : la compréhension, la pertinence et l'applicabilité. Ils se positionnaient sur une échelle de Likert allant de 1 à 9 (1 = « pas du tout » pertinent/compréhensible/applicable ; 9 = « tout à fait » pertinent/compréhensible /applicable). Les experts étaient invités à faire des commentaires libres pour chaque capacité décrite. L'anonymat des votes était respecté entre les participants, mais le comité de pilotage avait accès aux données nominatives. Les résultats ont été synthétisés sous forme de tableau Excel®, en ordonnant les votes de 1 à 9, où 1 représentait l'accord le plus faible et 9 l'accord le plus élevé. L'analyse des résultats était effectuée selon les critères de la fondation RAND¹³ (figure 1). Le document

de synthèse était retravaillé par le comité scientifique en tenant compte des avis des experts.

Le second tour a été initié le 31 mars 2020. Chaque participant recevait le document de synthèse modifié et un tableur afin de consulter son profil de réponses, confronté à l'avis de tous ceux du panel. L'expert était invité à revoir les notations de chaque capacité en fonction des données du groupe et à commenter ses modifications. L'analyse des votes a été réalisée par le comité scientifique selon le même processus qu'au premier tour, lors de deux séances de visioconférences. Le texte a été ajusté en tenant compte des nouveaux commentaires des experts et de l'avis de deux experts en pédagogie, pour préciser la sémantique des termes « capacités » et « compétences ».

Pour le dernier tour, les experts ont reçu le 8 mai 2020 le document modifié et le tableur de toutes les réponses individuelles. Ils devaient exprimer leurs oppositions formelles.

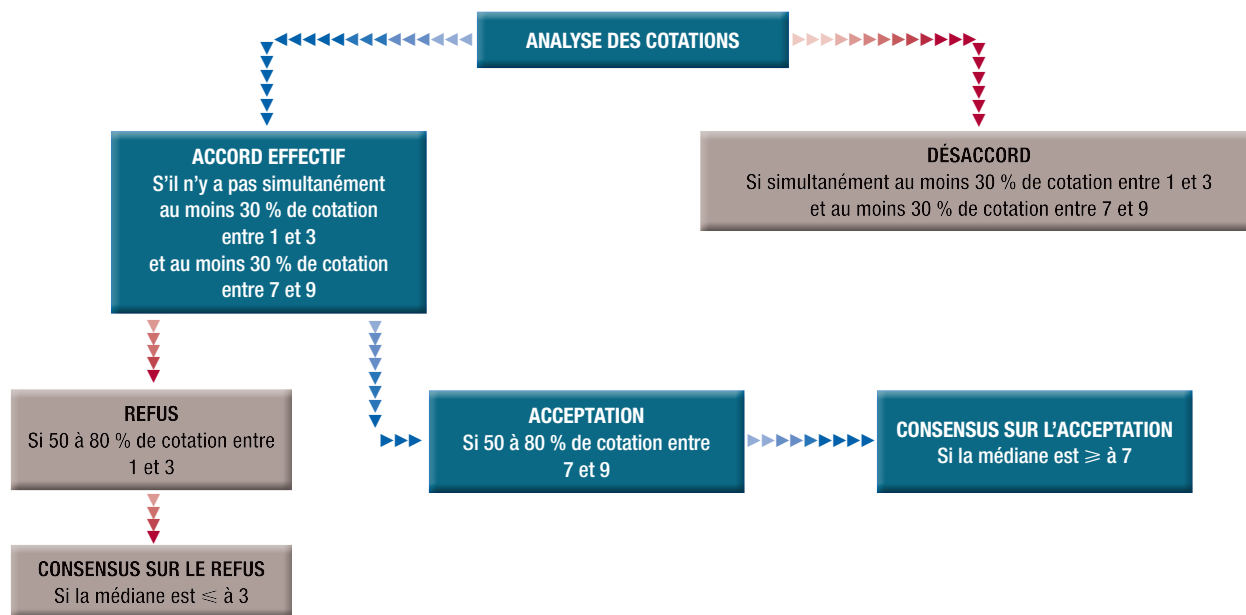


Figure 1 - Modalité d'analyse des votes des rondes Delphi, selon les critères de la fondation RAND
D'après Compagnon L, Dumoitier N, Taha A, et al. *Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. Résultat d'un consensus national. exercer* 2018;143:222-31.



RÉSULTATS

Panel d'experts

Les vingt et un experts exerçaient dans quatre pays francophones : un en Belgique, un au Luxembourg, trois en Suisse et seize en France. Le panel comptait vingt MG et un pédopsychiatre. Il y avait douze hommes et neuf femmes. Sept experts avaient moins de 40 ans, cinq étaient âgés de 40 à 55 ans et neuf avaient plus de 55 ans. Un expert exerçait seul, huit en groupe et dix en maisons de santé pluriprofessionnelles. Deux médecins avaient un autre type d'exercice. Ils étaient majoritairement installés en libéral (14 experts). Dix-huit étaient maîtres de stage des universités (MSU) et six d'entre eux n'avaient pas d'autre grade universitaire. Le panel comptait trois chefs de clinique, sept maîtres de conférences (MC), trois professeurs des universités. Deux MC ne se déclaraient pas comme MSU. Un expert n'était pas MSU et n'avait pas de grade universitaire. Concernant leur patientèle, neuf médecins estimaient voir des adolescents occasionnellement et douze quotidiennement. Les niveaux d'expertise sur le sujet de l'adolescent et en pédagogie sont présentés dans le **tableau 1**.

Ronde Delphi : premier tour

Les résultats détaillés sont présentés en **annexe 1** en ligne. À l'issue du premier tour, il n'y a pas eu de désaccord constaté. L'accord effectif, selon les critères de la fondation RAND, a

été obtenu pour les trente capacités, pour la pertinence, la compréhension et l'applicabilité¹³. Vingt-huit capacités ont obtenu l'acceptation et le consensus sur l'acceptation. En revanche, l'applicabilité de deux capacités a suscité des discussions. L'applicabilité était questionnée pour la capacité n° 7 (43 % de cotation entre 7 et 9), portant sur la nécessité d'un espace intime de déshabillage. Les experts évoquaient des difficultés quant aux moyens pour le faire (locaux pas toujours adaptés, nécessité d'un rideau ou d'un paravent pour les patients). D'autres experts s'interrogeaient sur la place du tiers accompagnant et sur la confidentialité des échanges. La capacité n° 15 (« adapter l'entretien au sexe de l'ado ») était également discutée dans son applicabilité (43 % de cotation entre 7 et 9). Les experts s'interrogeaient sur la nécessité d'intégrer les spécificités de genre des adolescents. Ils souhaitaient aussi aller plus loin pour s'adapter à la culture ou à l'orientation sexuelle du jeune. Les experts ont aussi fait de nombreuses remarques sur le contenu et sur la formulation de chacune de ces capacités. Elles ont été intégrées au document soumis lors du deuxième tour.

Ronde Delphi : deuxième tour

Un expert a souhaité mettre fin à sa participation lors du deuxième tour. À l'issue du deuxième tour, le consensus sur l'acceptation était obtenu pour les trente capacités. L'applicabilité de la

capacité n° 7 était acceptée, mais restait la plus faible, avec 52 % de cotation entre 7 et 9. En commentaire, les experts continuaient d'exprimer des avis personnels et des ressentis, qui ont été intégrés au document de synthèse.

Ronde Delphi : troisième tour

Le dernier tour de validation invitait les experts à relever des formulations inappropriées ou trahissant leurs remarques faites précédemment, l'absence de réponse valait pour accord tacite. Quatre experts ont apporté des commentaires et précisions, sans exprimer de désaccord ni demande de rectification. Le document n'a donc pas été modifié.

Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale

Le résultat final de la ronde Delphi est présenté en version courte dans le **tableau 2** et en version intégrale *via* le QR code (**figure 2**) ou en **annexe 2** en ligne.

Chaque compétence est détaillée en trois capacités, et les capacités déclinées en trois parties : l'énoncé, un exemple, puis un commentaire.

DISCUSSION

Principaux résultats

Ce travail a permis d'établir le premier référentiel francophone des compétences attendues d'un MG pour

Niveau d'expertise concernant le sujet	Adolescent	Pédagogie
Sans formation spécifique	6	5
A eu une formation spécifique	6	13
A été formateur	10	8
A travaillé dans une équipe de recherche	7	6
A rédigé une thèse	6	3
A dirigé des thèses	10	4
A présenté des travaux en congrès	8	6
A publié dans des revues à comité de lecture ou IF	6	4

Tableau 1 - Nombre des experts selon leur niveau d'expertise déclaré pour les thématiques « l'adolescent » et « la pédagogie »
N = 21 experts ; IF : Impact factor.



Figure 2 - QR code permettant d'accéder au document intégral « Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale ».

Séquence de consultation n° 1 : le constat «j'observe»

Compétence 1 - Tenir compte du tiers

Capacité 1

Dès le début de consultation, voire en salle d'attente, pouvoir répondre mentalement à la question «Qui souffre, qui demande quoi et pour qui?» et commencer la relation avec le demandeur, et non l'ado désigné

Capacité 2

Gérer la demande du tiers en 3 temps :
1. Le laisser formuler son inquiétude
2. Puis demander à l'ado s'il était d'accord pour venir, puis recueillir un premier avis...
... et un deuxième avis sur le problème évoqué
3. Enfin, demander l'avis du tiers sur les propos de l'adolescent

Capacité 3

Estimer si le tiers est facilitant ou gênant et tenir compte des tentatives de manipulation du tiers, volontaires ou involontaires, ou des minimisations des problèmes

Compétence 2 - Repérer et évaluer un mal-être au-delà du motif de consultation

Capacité 4

Ouvrir au-delà du ou des motif(s) exposé(s), avec : «et à part ça?» ou «oui, mais?» ou «oui et encore?» ou «et quoi d'autre?», en raison de leur difficulté à évoquer spontanément leurs soucis s'ils n'y sont pas invités

Capacité 5

Dépister avec le BITS (*Bullying, insomnia, tobacco and stress*)²³ un mal-être non dit et plus précisément des problématiques auto-agressives cachées : les idées suicidaires, les tentatives de suicide, mais aussi les scarifications

Capacité 6

Pour l'évaluation et le suivi, s'appuyer sur des échelles validées, comme l'ADRS (*Adolescent depression rating scale*)²⁴ pour la dépression et le RUD (risque, urgence, dangerosité)²⁵ pour le risque suicidaire

Compétence 3 - Placer et soigner l'examen clinique

Capacité 7

Veiller au respect de l'intimité lors de l'examen physique, au consentement pour les gestes nécessaires, et à la place du tiers dans ce temps intime

Capacité 8

Commenter l'examen clinique en suscitant un échange

Capacité 9

Rassurer sur la normalité en revenant sur ses représentations, les «on-dit» ou les rumeurs

Compétence 4 - Organiser un cadre de confidentialité

Capacité 10

Être clair sur son rapport à la confidentialité et s'assurer que l'adolescent connaît son droit à la confidentialité et ses limites

Capacité 11

Créer les conditions de la confidentialité : demander à l'accompagnant de se retirer pour un temps sans solliciter l'accord de l'adolescent

Capacité 12

Finir l'entretien confidentiel en s'accordant sur ce qui va être dit à l'accompagnant

Séquence de consultation n° 2 : le contact «je m'implique»

Compétence 5 - Favoriser l'expression

Capacité 13

Faciliter l'accessibilité en termes pratiques : flexibilité des horaires, prise de rendez-vous en ligne et utilisation des nouveaux modes de communication

Capacité 14

Solliciter son ressenti sur les avantages et les inconvénients de ses comportements, tout en reconnaissant les émotions qui leur sont liées

Capacité 15

Tenir compte du sexe, du genre, de la culture de l'adolescent et de ses fluctuations identitaires

Compétence 6 - Dialoguer avec des attitudes et paroles non jugeantes

Capacité 16

Exprimer une attention dans la bonne distance, montrer un respect avec ou sans tutoiement dès le premier contact, car il est déterminant, et tenir au respect envers le médecin

Capacité 17

Échanger sur le comportement en abordant plutôt la dimension adaptative, récréative, plaisante ou apaisante, que morale des comportements

Capacité 18

Donner son point de vue en tant que professionnel, voire son émotion, et recueillir l'avis de l'adolescent en excluant les jugements du type «c'est bien», «il faut»

Compétence 7 - Poser les bonnes questions

Capacité 19

Questionner sur ses préoccupations : c'est-à-dire ses besoins, ses désirs, ses projets... Donc connaître les principales préoccupations des adolescents. Différencier ce qu'il subit de ce qu'il choisit

Capacité 20

Questionner explicitement sur le réel, les aspects concrets et pragmatiques, ne pas rester dans l'implicite avec les adolescents

Capacité 21

Inviter l'adolescent à voir la situation différemment, augmenter les choix

Suite du tableau ►



Séquence de consultation n° 3 : le contrat « je choisis »		
Compétence 8 - S'ajuster avec l'adolescent sur des objectifs à sa portée		
Capacité 22 Tenir compte du lien avec le tiers, dans une perspective d'autonomisation progressive de l'adolescent	Capacité 23 S'accorder sur un objectif pragmatique réalisable et valoriser les efforts faits	Capacité 24 S'appuyer sur des outils et supports de médiation pour enrichir le lien et soutenir la communication : biographie, génogramme, métaphores, clip, etc.
Compétence 9 - Planifier l'accompagnement quand nécessaire		
Capacité 25 Déterminer soit une série de consultations dans l'objectif d'évaluer et d'accompagner pour l'aider à passer un cap, soit une orientation vers le dispositif spécialisé	Capacité 26 Discuter de l'opportunité et des objectifs du traitement médicamenteux anxiolytique ou/et antidépresseur et savoir le prescrire s'il est indispensable	Capacité 27 Proposer un rendez-vous précis avant de demander son avis et anticiper le début du prochain rendez-vous selon l'objectif annoncé ou la tâche confiée
Compétence 10 - Orienter vers le dispositif spécialisé		
Capacité 28 Distinguer ce qui peut être attendu d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un éducateur en anticipant les confusions possibles	Capacité 29 Dans la façon d'orienter, adresser si possible à une personne, ou une équipe, plutôt qu'à une institution	Capacité 30 Avoir à jour les adresses des lieux de consultation, d'hospitalisation et des services sociaux, leurs indications, et leurs modes de fonctionnement

Tableau 2 - Version courte des résultats de la ronde Delphi : compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale (présentation des niveaux « compétences » et « capacités »)

l'accueil des adolescents en soins primaires. La méthode Delphi a permis de trouver un consensus, en réunissant à distance les avis de vingt et un experts de quatre pays francophones. Notre travail, ciblé sur la relation et le dialogue avec le jeune, se distingue de la recommandation américaine qui inclut les dépistages par pathologies et les connaissances théoriques nécessaires¹⁰.

Forces et limites de l'étude

Initialement, vingt-deux experts avaient été sollicités pour anticiper des refus, le but étant d'en inclure quinze. Finalement, vingt et un experts ont accepté de participer, permettant d'obtenir un panel plus large que prévu. Néanmoins, la validation « francophone » du référentiel doit être nuancée par la surreprésentation d'experts français. La contribution des experts suisses, belges et luxembourgeois aura permis d'élargir la réflexion, mais ne peut se prévaloir de toute la francophonie.

Aucun expert ne s'est retiré de l'étude du fait de la pandémie de Covid-19 apparue lors de la deuxième

ronde. Un expert, MG français, n'a pas souhaité maintenir sa participation lors du deuxième tour, se sentant trop éloigné du consensus qui était en train d'émerger. Nous avons pris en compte cette auto-exclusion qui ne modifie cependant pas les résultats, car notre objectif était le consensus.

La méthode Delphi recueille des réponses anonymes, évitant ainsi l'émergence de leaders d'opinion au sein du groupe. Ceci a permis de colliger, avec la même pondération, l'avis de médecins ayant plus ou moins d'expertise en pédagogie ou auprès des adolescents. Cette diversité donne de la valeur au consensus obtenu et peut faire préjuger d'une bonne acceptabilité du référentiel par la communauté médicale la plus large.

Nous avons choisi de soumettre aux experts une proposition de référentiel, et non un questionnaire, comme cela est le cas lors d'une ronde Delphi classique. En effet, ce sujet avait déjà été travaillé et le terrain défriché par des études ponctuelles, mais il manquait l'étape du consensus. L'objectif était donc de partir de l'état actuel des connaissances et des pratiques pour

l'adapter, après jugement des MG (dont des enseignants de médecine générale). Cette méthode introduit un biais de désirabilité (envie de faire plaisir à l'interrogateur, en approuvant les propositions faites). Cependant, la grande liberté d'expression dans les commentaires et la franchise des réponses des experts permettent d'envisager un impact modéré de ce biais.

La théorie... et la pratique

Les divergences relatives ont porté sur l'applicabilité des capacités et non sur leur pertinence. C'est le reflet de pratiques diverses parmi les experts. Ainsi, la capacité 6, qui mentionnait l'utilisation des échelles validées ADRS (*Adolescent depression rating scale*) et RUD (Évaluation du potentiel suicidaire : risque, urgence, dangerosité), a rendu certains experts dubitatifs : « Trop d'échelles, trop d'acronymes » (expert n° 15), « De l'irruption de l'artificiel en consultation courante. Applicable avec une grande expérience de l'outil. Donc rarement » (expert n° 2). Ces commentaires sont cohérents avec la littérature, qui montre une utilisation modérée des échelles et scores par les

MG¹⁴. Les freins à leur utilisation sont bien connus : manque de formation, manque de temps et trop d'échelles à disposition¹⁵⁻¹⁷. Cette recommandation pourrait donc être peu suivie en pratique.

La compétence n° 10 (« orienter vers le dispositif spécialisé ») était source de commentaires sur le manque de lisibilité du réseau et sur certaines difficultés d'accès aux soins. Les disparités territoriales et la complexité du fonctionnement de certaines structures rendent l'applicabilité de cette compétence plus délicate, mais cela reste possible pour le MG qui connaît bien son réseau.

Soutien psychologique : compétence du MG ?

Neuf des trente capacités présentées (capacités 14, et 17 à 24) impliquaient la mise en œuvre de compétences psychorelationnelles ou relatives à l'entretien motivationnel.

Certains experts y voyaient une difficulté pour le MG, particulièrement pour les plus jeunes : « *C'est pas facile. Capacité de "haut niveau"* » (expert n° 9). D'ailleurs, certains considéraient ces compétences comme celles du spécialiste en santé mentale. La littérature montre que le MG n'est pas en reste, puisque 9 % des consultations comprennent un acte de soutien psychologique comme composante principale, alors même que le MG est le premier professionnel de santé consulté pour un problème de santé mentale, et particulièrement par les jeunes¹⁸⁻²¹. Par ailleurs, certains experts doutaient des capacités de l'adolescent à se lancer dans une démarche d'introspection, à élaborer, à « *déployer sa pensée* » (expert n° 4). Néanmoins, l'applicabilité a été acceptée (médiane toujours comprise entre 7 et 9 pour ces capacités). Les experts s'accordent donc à dire que les compétences psychorelation-

nelles du MG doivent s'exercer avec l'adolescent consultant en soins primaires.

CONCLUSION

Ce premier référentiel francophone d'accueil des adolescents en médecine générale est susceptible d'enrichir les formations professionnelles et la certification des internes²²⁻²⁵. L'étape suivante sera celle de la transposition pédagogique, pour organiser les enseignements, les évaluations et en déterminer les indicateurs, dans les différents contextes pédagogiques francophones.

Du côté du soin, tout MG trouvera dans ce référentiel des repères pour se situer dans les compétences qu'il peut espérer développer dans sa pratique. Leur mise en œuvre est cependant liée au positionnement du MG face à l'adolescent, et à l'ouverture de ce dernier au soutien proposé. ♦

Résumé

Introduction. Les médecins généralistes sont souvent mal à l'aise pour accueillir les adolescents en consultation, particulièrement ceux en difficulté psychologique. En 2020, il n'existait pas de référentiel de formation et d'évaluation spécifique concernant la consultation avec l'adolescent.

Objectifs. Établir un référentiel des compétences attendues d'un médecin généraliste, pour l'accueil des adolescents en soins primaires.

Méthode. Après synthèse de la littérature, une proposition de référentiel a été rédigée, présentant dix compétences, caractérisées chacune par trois capacités dont le contenu était détaillé. Cette proposition a été soumise à un panel de vingt et un experts francophones, selon la méthode Delphi. Il leur était demandé de juger chacune des trente capacités selon trois critères, sur une échelle de 1 à 9 : la compréhension, la pertinence, et l'applicabilité. Trois tours ont été réalisés, entre février et mai 2020. L'analyse des résultats a été effectuée selon les critères de la fondation RAND : la validité contextuelle était établie lorsque le score médian de l'accord était supérieur ou égal à 7, en l'absence de désaccord.

Résultats. Le consensus, tel que défini, a été atteint au bout de deux tours pour les trente capacités, avec la participation explicite de tous les experts sur les deux tours. Des ajustements ont été validés lors d'un troisième tour. Les divergences relatives des experts portaient sur l'applicabilité des compétences, et non sur leur pertinence. Les trois rondes Delphi et le consensus obtenu ont permis de construire le premier référentiel francophone pour l'accueil de l'adolescent en médecine générale, présenté dans cet article.

Conclusion. Ce premier référentiel francophone des « Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale » servira à enrichir les formations professionnelles et la certification des internes. L'étape suivante sera celle de sa transposition pédagogique.

→ **Mots-clés :** adolescent ; soins de santé primaires ; méthode Delphi.

Summary

Introduction. General practitioners often face difficulties managing teenage patients during consultations, even more so when faced with mental health issues. In 2020, there are no specific training or evaluation framework for adolescent healthcare in the French-speaking primary care context.

Objectives. To establish a frame of reference of skills and competencies that general practitioners need to provide adolescent healthcare.

Method. Following a literature review, a first draft was conceived, introducing 10 skills, each of which were defined by three detailed evaluation criteria. This draft was submitted to a jury of 21 French-speaking experts, following the Delphi method. They were asked to assess each criterion based on three standards, on a scale of 1 to 9: their comprehension, relevance and applicability. Three Delphi rounds were performed between February and May 2020. Results were analysed following RAND corporation's standards: contextual validation was approved when the median score was greater than or equal to 7, in absence of disagreement.

Results. The agreed consensus was reached after two Delphi rounds for the 30 competencies, with a high involvement from the experts in both rounds. Adjustments were validated through a third round. The experts' opinions diverged on the applicability of the competencies, not on their relevance. The three Delphi rounds and the reached consensus led to the publication of the first French-speaking frame of reference for adolescent healthcare in general practice.

Conclusion. This first French-speaking frame of reference about "Expected competencies for adolescent healthcare in general practice" will help improve vocational training sessions as well as the certification process. The next step will be to transpose it into the educational curriculum.

→ **Key words:** adolescent; primary health care; Delphi study.



Références

1. Aime M. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste : revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisants et difficultés ressentis par les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017.
2. Jobanputra S, Singh S. What are general practitioners' views on the management of adolescents with mental health disorders? A qualitative study. *Educ Prim Care* 2020;31:323-4.
3. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract* 2016;66:e693-707.
4. Lepine C. Les adolescents en consultation de médecine générale : évaluation des besoins des internes et conception d'une formation. Thèse de médecine : Université de Strasbourg, 2018.
5. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr-Drylewicz A. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer* 2013;108:165-9.
6. Binder P, Heintz A, Trudej B, Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie : l'adolescent, cet inconnu. *exercer* 2018;141:122-32.
7. Binder P, Heintz A, Trudej B, Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie : évaluer, accompagner. *exercer* 2018;142:169-81.
8. Housseau B, Vincent I, Alvin P, et al. Entre nous : comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : Inpes, 2009.
9. EuTEACH : European training in effective adolescent care and health. Disponible sur: <https://www.unil.ch/euteach/en/home.html> [consulté le 28 juillet 2021].
10. Ford CA, Reif C, Rosen DS, et al. The AMA residency training in adolescent preventive services project: report of the working group. *J Adolesc Health* 2001;29:50-8.
11. Parent F, Jouquan J, Pelaccia T. Chapitre 6. Inscrire la formation dans le cadre d'une approche par compétences. In: Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, 2016.
12. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Monographie sous la direction de Marcelli D. *Rev Prat* 2005;55:1073-7.
13. Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:5-14.
14. Arnaud G, Maryvete BD, François B, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes 2009. Disponible sur : http://peidd.fr/IMG/pdf/Barometre_Sante_medecins_generalistes_2011.pdf [consulté le 28 juillet 2021].
15. Cario C. Tests et échelles en médecine générale ambulatoire : freins des généralistes à leur utilisation. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2010.
16. Kasprzyk M. Utilisation des scores cliniques en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Saint-Étienne, 2011.
17. Micciche J. Mise au point et évaluation d'un outil facilitant l'utilisation de scores clinico-biologiques utiles au médecin généraliste. Thèse de médecine : Université de Lorraine, 2015.
18. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? La revue du praticien médecine générale 2004;18:781-4.
19. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-De-dieu C, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 2007;31:188.
20. Beck F, Richard J, Chan-Chee C, et al. Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes 2013. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf> [consulté le 28 juillet 2021].
21. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust* 2007;187(S7):S35-9.
22. Compagnon L, Dumoitier N, Taha A, et al. Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. Résultat d'un consensus national. *exercer* 2018;143:222-31.
23. Binder P, Heintz AL, Servant C, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:637-44.
24. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007;7:2.
25. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? *Rev Med Suisse* 2010;6:1555-7.