



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Freins et leviers à l'utilisation de la dermoscopie dans
l'évaluation des lésions cutanées suspectes par les
médecins généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 09 janvier 2026 à 14h00

au Pôle Formation

par Nicolas FERNANDEZ

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

DOSIMA	Direction Opérationnelle Système d'Information, Multimédia et Audiovisuel
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
MSU	Maître de Stage des Universités
DPC	Développement Professionnel Continu
CBC	Carcinome basocellulaire
CE	Carcinome épidermoïde
PES	Prise en soin

Sommaire

Avertissement.....	3
Sigles.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	7
I. Démographie médicale.....	7
II. Incidence des cancers cutanés	7
III. Rôle du médecin traitant.....	8
A. Méthode visuelle.....	8
B. Dermoscopie	9
C. Implications en médecine générale	9
IV. Objectif de l'étude.....	10
Matériel et méthodes	11
I. Type d'étude.....	11
II. Population étudiée.....	11
A. Calcul du nombre de sujet nécessaire.....	11
B. Critères d'inclusion	11
C. Critères d'exclusion	11
III. Questionnaire	12
A. Création du questionnaire	12
B. Moyen de diffusion	12
IV. Analyse des réponses	13
V. Cadre réglementaire.....	13
Résultats.....	14
I. Flowchart.....	14
II. Analyses statistiques des données.....	14
A. Descriptif de la population	14
B. Freins et leviers à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes des Hauts de France.....	17
1. Facteurs limitants	18
2. Motivations et bénéfices.....	19
3. Leviers.....	20
Discussion	22
I. Principaux résultats	22

II. Comparaison avec la littérature	23
III. Forces et limites de l'étude	24
A. Forces	24
B. Limites	25
IV. Perspectives	26
Conclusion	27
Liste des tables	28
Liste des figures	29
Références	30
Annexe 1	33
Annexe 2	35
Annexe 3	36
Annexe 4	37

Introduction

I. Démographie médicale

2928. C'est le nombre de dermatologue exerçant en France en 2024 d'après un rapport d'activité du Conseil National de l'Ordre des Médecins [1]. La densité moyenne est en constante diminution, atteignant 3,4 dermatologues pour 100.000 habitants au 1^{er} janvier 2024. Dans notre région, cette dernière est en régression de respectivement 15,5%, 13%, 22%, 40,8% pour le Nord, le Pas de Calais, l'Aisne et l'Oise.

II. Incidence des cancers cutanés

Une augmentation constante de l'incidence des cancers cutanés en France métropolitaine est constatée. Les pathologies malignes de la peau sont dominées par les carcinomes (basocellulaire et épidermoïde) et les mélanomes.

Concernant les carcinomes, les données épidémiologiques sont partielles. L'incidence des carcinomes basocellulaires est en augmentation entre 0,33% à 1,49% par an depuis les années 2000 [2]. L'incidence des carcinomes épidermoïdes est estimée à 34 cas pour 100.000 habitants par an, multipliée par 2,5 au cours des 30 dernières années [3].

Quant aux mélanomes, ils représentent 10% des cancers cutanés mais constituent l'un des dix cancers les plus fréquents (6^{ème} rang chez l'homme et 4^{ème} rang chez la femme). Selon les données de Santé Publique France, depuis 1990, l'incidence ne fait que croître, multipliée par 5,4 chez l'homme et 3,4 chez la femme [4]. Le nombre de nouveaux cas par an augmente de 2% par année quel que soit le sexe [5].

En 2022, le nombre de décès par mélanome cutané en France métropolitaine était estimé à 1922 dont 1055 chez l'homme et 867 chez la femme [5].

Les cancers cutanés restent de bon pronostic, avec une survie à 5 ans de respectivement 100%, 95% et 93% pour les carcinomes basocellulaires, épidermoïdes et les mélanomes [6,7].

III. Rôle du médecin traitant

Le médecin généraliste joue un réel rôle de dépistage vis-à-vis de ses patients. Mais, distinguer une lésion bénigne d'une lésion maligne n'est pas forcément chose aisée.

Il est important de pouvoir les dépister rapidement pour améliorer le pronostic.

A. Méthode visuelle

Cliniquement, les carcinomes basocellulaires présentent des critères similaires. Il s'agit d'une lésion perlée accompagnée de télangiectasies et présentant parfois une dépression ou une ulcération centrale.

Les carcinomes épidermoïdes ont une présentation beaucoup plus variable. La lésion type est en générale épaisse, squameuse, croûteuse plus ou moins irrégulière et infiltrante.

Dans le classement des lésions mélanocytaires trois méthodes sont enseignées : le vilain petit canard, les sept points du groupe de Glasgow et la méthode ABCDE [8].

La méthode du vilain petit canard considère une lésion comme suspecte lorsqu'elle est différente des autres naevus du patient [9].

La méthode ABCDE est majoritairement utilisée à partir des années 1980. Elle repose sur un moyen mnémotechnique regroupant les principales caractéristiques d'un mélanome : A pour asymétrie, B pour bords irréguliers, C pour panachage de couleurs, D pour un diamètre supérieur à 6mm, et E pour l'évolutivité.

La méthode des sept points du groupe de Glasgow fait écho à la précédente avec d'autres critères. Il existe 3 critères majeurs comportant un changement de taille ou de forme, de couleur d'une lésion connue, la croissance d'une lésion nouvelle, et 4 critères mineurs parmi un diamètre supérieur ou égal à 7mm, une inflammation, une ulcération ou un saignement, un changement dans la sensibilité de la lésion.

Ces trois techniques ne trouvent leur fondement uniquement sur des critères visuels, et ont déjà été largement étudiées depuis les années 1990. Leur validée en pratique clinique n'est plus à démontrer [10–12]. Ces critères peuvent être détectés avec une fiabilité notable [13].

Une revue Cochrane de 2018 suggère que si seule l'inspection visuelle est utilisée, certains mélanomes risqueront d'échapper au dépistage précoce [14].

B. Dermoscopie

La dermoscopie – ou dermatoscopie – est une technique principalement utilisée par les dermatologues comme une aide dans la caractérisation des lésions cutanées. Pour se faire, elle nécessite l'utilisation d'un dermoscope – ou dermatoscope –. Il s'agit d'un appareil de poche agissant comme une loupe grâce à une lentille et à une source lumineuse. Il suffit d'appliquer un peu de liquide de type alcool 70° ou gel échographie pour réduire la réflexion de la lumière et d'apposer son dermoscope sur la lésion, ces derniers sont appelés dermoscope à immersion. D'autres, plus récents, utilisent la lumière polarisée, rendant quasi inutile l'usage d'un liquide de contact.

En identifiant certains patterns – ou patrons –, les médecins formés sont capables de classer les lésions et de déterminer celles portant des critères de malignité. En analysant la lésion, les caractéristiques sémiologiques sont observées, l'aspect des vaisseaux s'ils existent, taille, symétrie, présence ou absence de désordre architectural. Pour exemple, un patron unique, réticulé, sans atypie, symétrique et monochrome nous orientera vers un naevus bénin.

Deux revues Cochrane, toutes deux publiées en 2018, concluent à l'efficacité de la dermoscopie en complément de l'inspection visuelle dans le diagnostic des lésions mélanocytaires et des carcinomes basocellulaires – trop peu de données concernant les carcinomes épidermoïdes – [15,16]. L'adjonction de la dermoscopie à l'inspection visuelle augmente la sensibilité et la spécificité de respectivement 14% et 22% dans le diagnostic de CBC et de 16% et 20% dans le cadre des mélanomes.

La dermoscopie constitue une technique d'aide au diagnostic précoce des lésions cutanées malignes.

C. Implications en médecine générale

La pratique de la dermoscopie par les médecins généralistes est déjà beaucoup étudiée dans certains pays comme l'Australie, le Royaume-Uni, ou encore l'Italie [17,18]. En Australie d'ailleurs, elle est devenue une pratique courante en soins primaires et une demande croissante de la part des généralistes [19].

Plusieurs études démontrent l'intérêt de cette pratique en médecine générale. Une revue de la littérature au Royaume-Uni montre que grâce à une formation appropriée, l'utilisation de la dermoscopie en soins de premier recours présente une précision

supérieure à l'examen visuel seul. Elle permet également une diminution du nombre d'excision de lésion nécessaire [20,21]. Des résultats similaires en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas sont retrouvés, où l'apprentissage de la dermoscopie améliore la sélection des lésions [18,22,23].

L'apprentissage augmente la sensibilité et la spécificité des médecins généralistes dans la détection des lésions cutanées malignes [24].

Malgré ces résultats, il semble que la pratique de cette technique ne concerne qu'une minorité de médecin généraliste dans notre pays [25], même s'il n'existe pas de description précise de cette population.

IV. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de déterminer les principaux freins et leviers à la pratique de la dermoscopie par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

L'objectifs secondaire consiste en l'étude des bénéfices perçus par les médecins généralistes pratiquant la dermoscopie.

Matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive observationnelle et transversale. Celle-ci est menée entre décembre 2024 et juillet 2025. Elle est multicentrique, destinée aux médecins généralistes des Hauts-de-France.

L'acquisition des données s'est effectuée via un questionnaire en ligne (Annexe 1).

II. Population étudiée

A. Calcul du nombre de sujet nécessaire

En prenant en compte la densité de médecins généralistes par département au 1^{er} janvier 2024, d'après l'atlas de démographie médicale publié chaque année par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [1] ; on estime que les Hauts-de-France comptent environ 6 900 médecins généralistes.

En tenant compte d'un risque alpha de 5%, le nombre de sujets nécessaires est estimé à 364 réponses [26].

B. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste
- Être installé dans les Hauts-de-France
- Avoir un exercice libéral

C. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Internes et médecins non thésés
- Médecins non spécialistes de médecine générale
- Activité hospitalière stricte
- Médecins exerçants hors région
- Réponses incomplètes

III. Questionnaire

A. Création du questionnaire

Le questionnaire compte quatorze questions (Annexe 1). Il est composé de trois parties. La première est destinée à la description de notre population, et est obligatoire pour tous les répondants.

Une question permet de la séparer en deux catégories, à savoir ceux utilisant un dermatoscope, et ceux n'en utilisant pas.

Les médecins généralistes pratiquant la dermoscopie sont alors redirigés vers une série de questions sur leurs motivations, ainsi que sur le bénéfice de cette utilisation dans leur pratique médicale.

Les médecins généralistes ne pratiquant pas de dermoscopie sont alors invités à répondre à quelques questions concernant les facteurs limitants cette pratique.

La dernière question, commune aux deux parties, porte sur les axes d'améliorations pouvant accroître l'usage du dermatoscope.

Ce questionnaire a été élaboré selon les données principales retrouvées dans la littérature. Il a été conçu via la plateforme LimeSurvey, après ouverture d'une enquête par Mr LAGACHE Arnaud, du service web et multimédia de la Direction Opérationnelle Système d'Information, Multimédia et Audiovisuel (DOSIMA) de l'Université de Lille.

Toutes les réponses sont entièrement anonymisées.

B. Moyen de diffusion

Pour permettre la bonne diffusion du questionnaire, un mail a été envoyé à l'ensemble des CPTS des Hauts-de-France, en demandant le partage aux médecins généralistes de ces dernières.

Le questionnaire fut également communiqué à l'ensemble des Maîtres de Stage des Universités via l'aide de Mme Malgorzata GRZYB LELIEUR (Annexe 4).

Le lien fut partagé sur les plateformes de réseaux sociaux regroupant les médecins généralistes de la région, à savoir le groupe PICARGIE, le groupe des remplacements de médecine générale, ainsi que le groupe de diffusion de thèse.

Il est également publié sur l'application Thèse App' du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Trois relances ont été effectuées pour l'ensemble des moyens de diffusions, hormis pour l'application Thèse App'.

Devant le nombre insuffisant de réponse dans l'Oise et la Somme, un total de vingt envois papiers du lien a été effectué dans plusieurs maisons médicales de ces départements. Le choix s'est fait en sélectionnant au hasard les maisons médicales sur les cartes disponibles sur le site du Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (Annexe 2).

IV. Analyse des réponses

Les réponses recueillies via la plateforme LimeSurvey sont exportées à la fois sur Microsoft Excel et sur le logiciel Jamovi. Ce dernier étant utilisé pour la réalisation des tests statistiques.

Les variables qualitatives sont étudiées au moyen d'un test du Chi². Lorsqu'une association significative est repérée, le calcul d'un coefficient de contingence C est réalisé. Si une des données chiffrées est inférieure à 5, un test de Fischer est utilisé. Les variables qualitatives et quantitatives sont étudiées à l'aide d'un test de Student.

Le seuil de significativité est fixé à 5%, soit $p < 0,05$.

V. Cadre réglementaire

L'autorisation du délégué à la protection des données Mr TESSIER Jean-Luc a été obtenue en date du 04 novembre 2024 (Annexe 3).

Il n'y a pas eu de demande d'accord auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), les médecins généralistes étant libres de répondre au questionnaire après une information claire concernant les tenants et aboutissants de cette étude délivrée au début de chaque questionnaire.

Cette information est également délivrée dans le courriel que chacun a reçu.

Le questionnaire est anonyme.

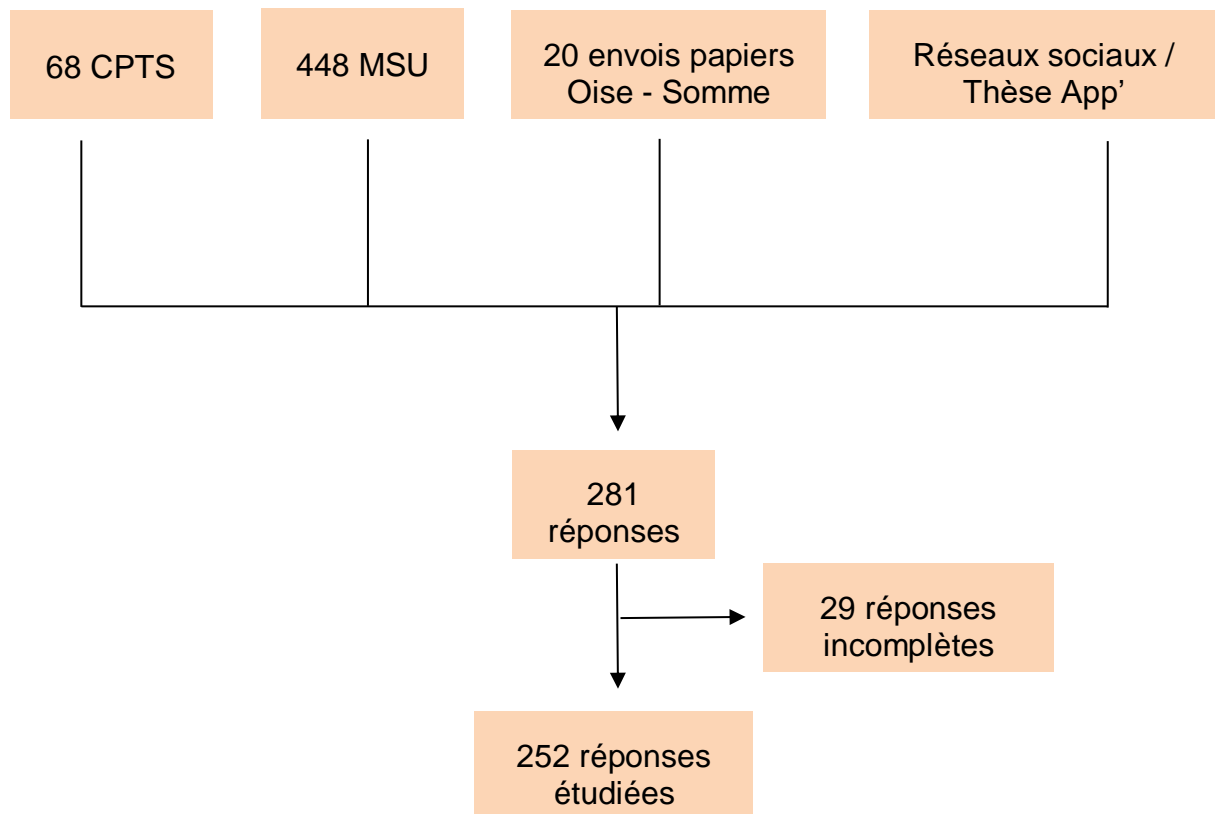
Ce travail a obtenu la validation du contrôle anti-plagiat le 20 novembre 2025.

Résultats

I. Flowchart

Un total de 68 CPTS ont été contactées, ainsi que 448 MSU. Vingt QR codes ont été envoyés par voie postale à vingt maisons de santé, dix dans le département de la Somme et dix dans l'Oise. 281 réponses ont été récoltées pour cette étude. Parmi elles, 252 questionnaires étaient complets (Figure 1). Les 29 réponses incomplètes n'ont pas été incluses dans les résultats. Elles représentent 10,32% des résultats.

Figure 1 – Flowchart



II. Analyses statistiques des données

A. Descriptif de la population

Le temps moyen de réponse était de 2 minutes et 9 secondes.

Le descriptif de la population est représenté dans la Table 1 suivante.

Table 1 - Caractéristiques de population n (%)	
Genre	
Masculin	122 (48,41%)
Féminin	129 (51,19%)
Ne souhaite pas répondre	1 (0,40%)
Âge	
25-34 ans	34 (13,49%)
35-44 ans	116 (46,03%)
45-54 ans	60 (23,81%)
55-64 ans	35 (13,89%)
> 65 ans	7 (2,78%)
Département	
Aisne (02)	8 (3,17%)
Nord (59)	132 (52,38%)
Oise (60)	25 (9,92%)
Pas de Calais (62)	81 (32,14%)
Somme (80)	6 (2,38%)
Territoire d'installation	
Urbain	75 (29,76%)
Rural	100 (39,68%)
Semi-urbain	77 (30,56%)
Nombre d'année d'exercice	
< 1 an	6 (2,38%)
1-4 ans	20 (7,94%)
5-14 ans	127 (50,40%)
15-24 ans	54 (21,43%)
> 25 ans	45 (17,86%)
Pratique de la dermoscopie	
Oui	99 (39,29%)
Non	153 (60,71%)

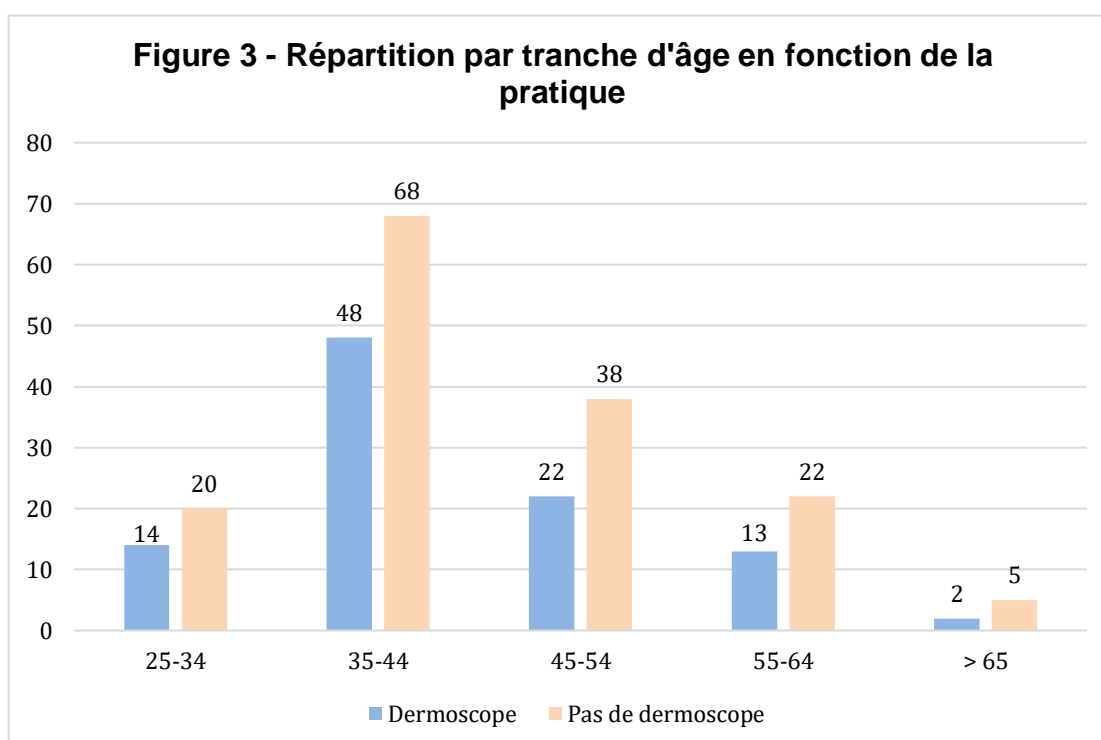
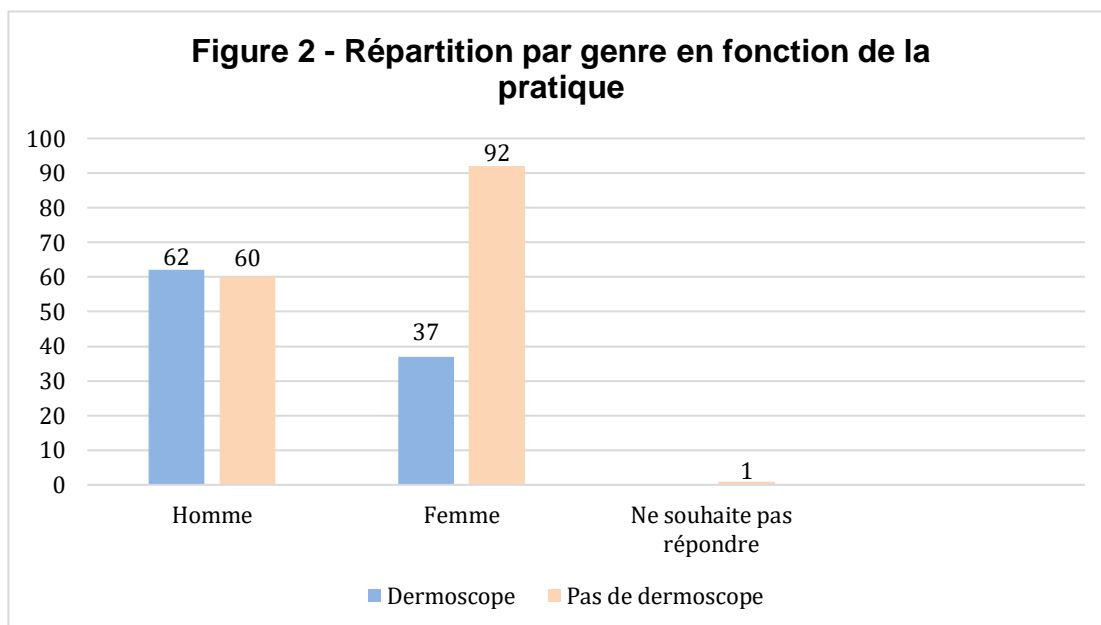
Parmi les répondants, 129 (51,19%) sont de genre féminin contre 122 (48,41%) de genre masculin. 1 personne (0,40%) ne souhaitait pas répondre à la question.

116 médecins généralistes sont âgés de 35 à 44 ans (46,03%) et 102 sont âgés de 45 ans ou plus (40,48%).

Le délai médian d'obtention d'un rendez-vous dermatologique est de 6 mois.

99 médecins pratiquent la dermoscopie (39,29%), contre 153 ne la pratiquant pas (60,71%). Parmi les pratiquants, 62 (62,6%) sont des hommes et 37 (37,4%) sont des femmes (Figure 2).

Les praticiens ayant recours à la dermoscopie sont jeunes puisque 62 (62,6%) d'entre eux sont âgés de moins de 45 ans (Figure 3).



Il n'est pas mis en évidence d'association significative entre la possession d'un dermoscope et l'âge ($p = 0,933$).

A l'inverse, il semble exister une association significative entre le genre et l'utilisation d'un dermoscope ($p = 0,001$), plus précisément, les hommes semblent plus nombreux à pratiquer la dermoscopie (Figure 4). Cette association reste faible à modérée ($C = 0,226$).

Figure 4 - Résidus ajustés du test χ^2 (genre vs dermoscopie)

	Utilisation d'un dermoscope		
	Non	Oui	
Genre	Féminin	-1,92	2
		1,55	1,5
			1
	Masculin	2,03	0,5
		-1,63	0
			-0,5
	Pas de réponse	-0,63	-1
		0,50	-1,5
			-2

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le délai d'obtention d'une consultation en dermatologie et la pratique ou non de la dermoscopie ($p = 0,982$).

B. Freins et leviers à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes des Hauts de France

47,71% des médecins généralistes n'utilisant pas de dermoscopie dans leur pratique courante souhaiteraient s'y former un jour, et 35,95% peut être.

Quel qu'en soit leur pratique, 119 médecins (47,22%) déclarent ne pas avoir de consultation de dermatologie dédiée, 102 (40,48%) en réalisent à la demande du patient, 54 (21,43%) le font en fonction des facteurs de risque du patient, et 10 médecins généralistes (3,97%) possèdent des consultations dermatologiques systématiques dans le suivi des patients.

Parmi les utilisateurs du dermoscope, 75 (75,7%) ont développé leurs compétences via les formations proposées dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). 12 médecins (12,1%) sont détenteurs d'un diplôme universitaire (DU) de dermatologie. Les 18 restants (18,2%) déclarent n'avoir aucune formation validée.

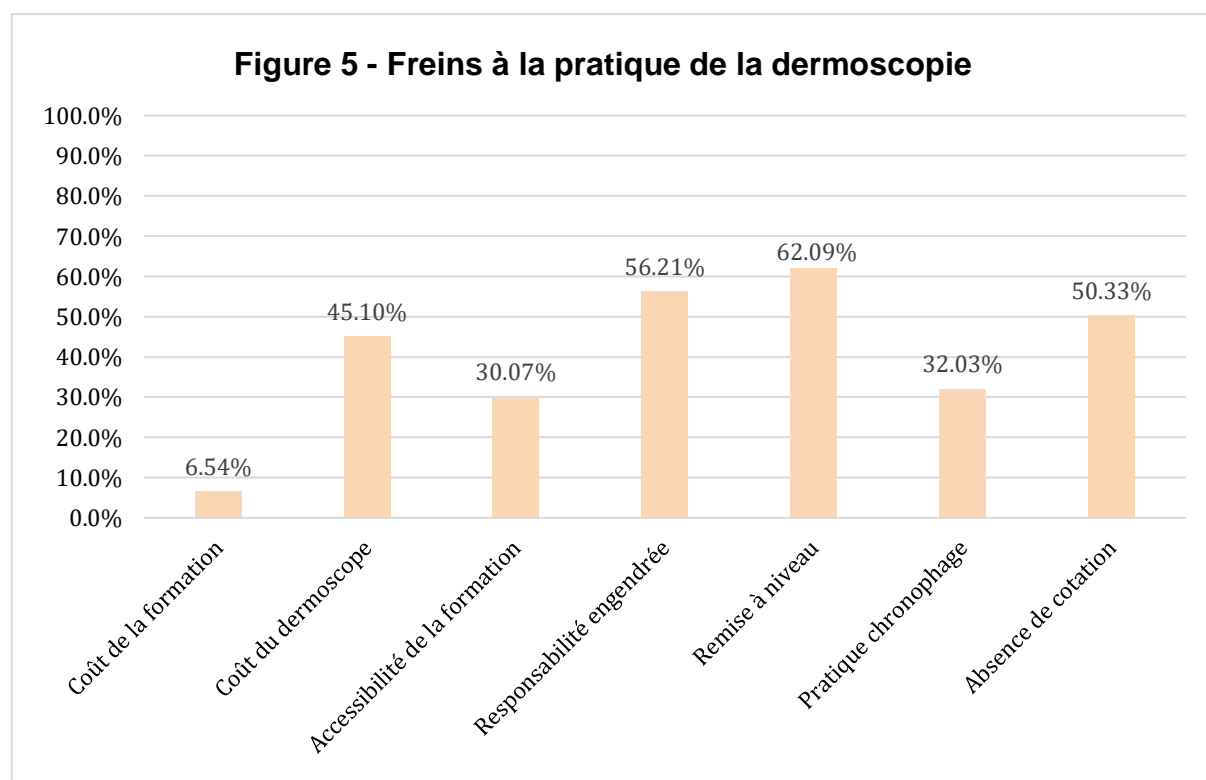
1. Facteurs limitants

Les principaux facteurs limitants l'utilisation de la dermoscopie sont la responsabilité engendrée par la réalisation de l'acte et par la ou les décisions thérapeutiques à prendre (56,21%), la nécessité de se remettre à niveau de façon constante et continue (62,09%) et l'absence de cotation (50,33%).

49 médecins (32,03%) considèrent la pratique trop chronophage, 46 (30,07%) jugent l'accessibilité de la formation comme un frein.

Pour 69 médecins (45,10%), le coût du dermoscope constitue un facteur limitant. Le coût de la formation ne représente que 6,54%.

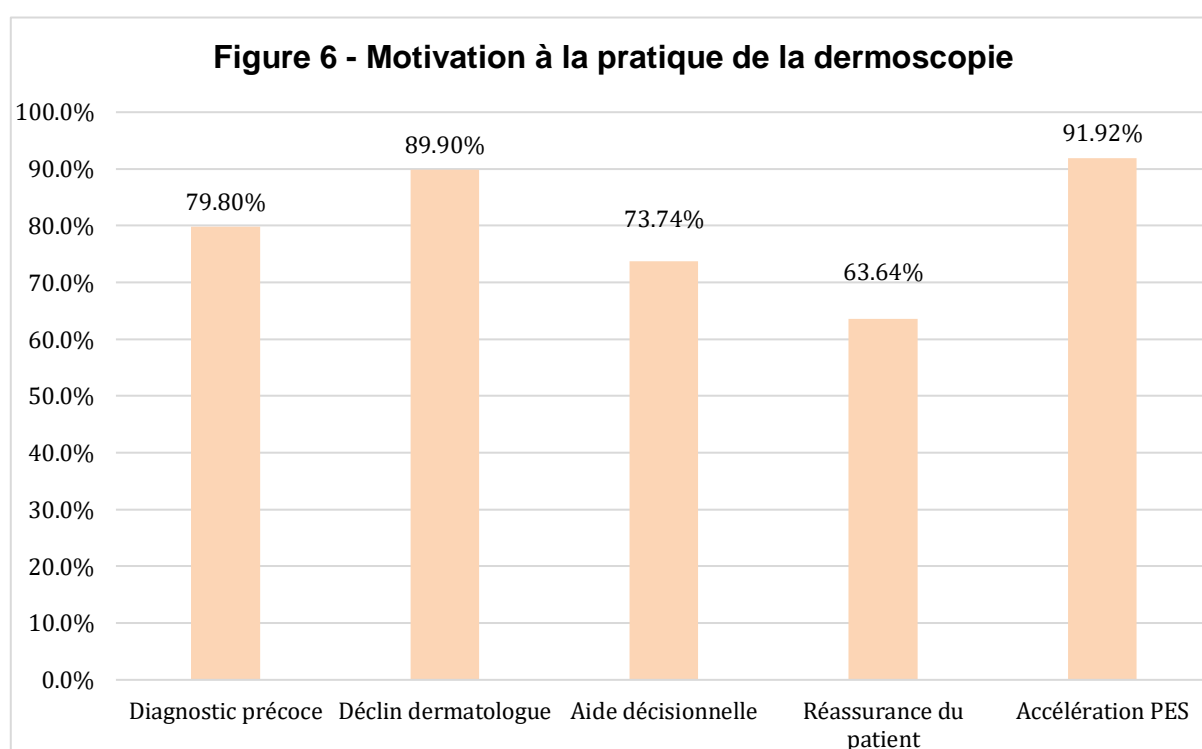
Les résultats sont présentés sur la figure 5 ci-dessous.



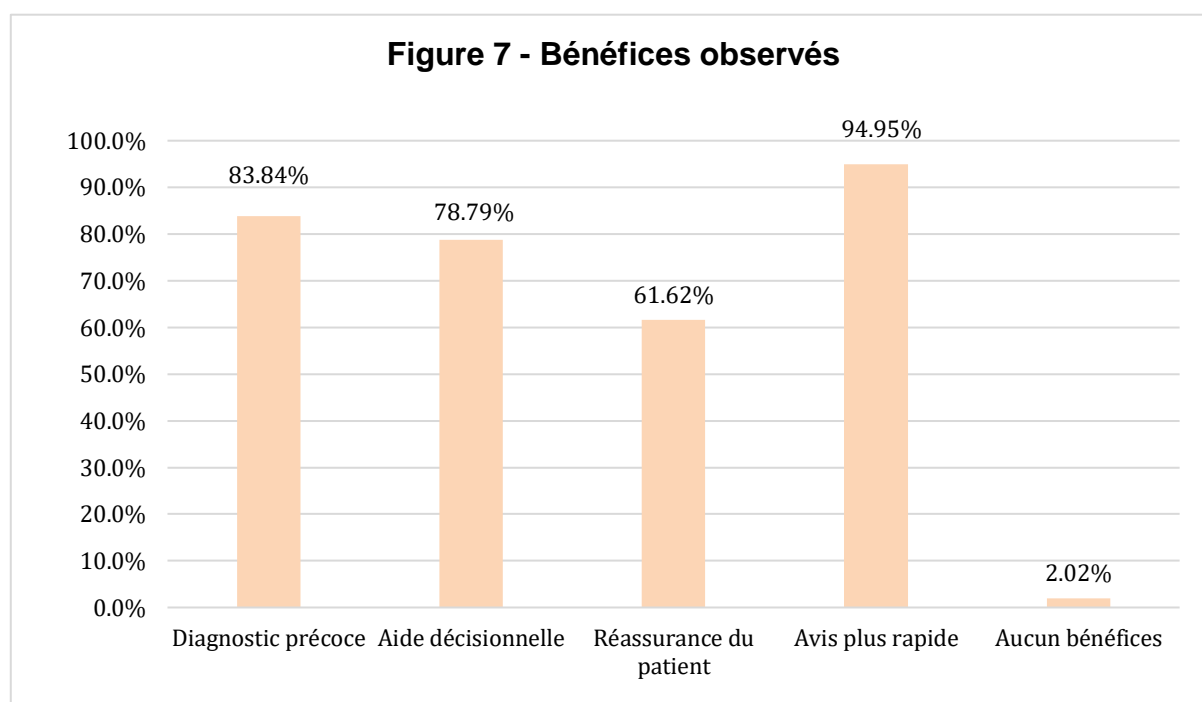
2. Motivations et bénéfices

Les motivations avancées par les médecins généralistes pratiquant la dermoscopie sont le diagnostic plus précoce des lésions cutanées malignes pour 79 d'entre eux (79,80%), le déclin croissant du nombre de dermatologue pour 89 (89,90%) d'entre eux. L'aide à la prise de décision pour 73 médecins (73,74%). L'accélération de la prise en charge en cas de dépistage d'une lésion maligne pour 91 des répondants (91,92%) et la réassurance du patient en cas de lésion bénigne pour 63 (63,64%) des utilisateurs.

Les résultats sont présentés sur la figure 6 ci-dessous.



Les bénéfices observés sont représentés dans la figure 7 ci-dessous.



Seuls le diagnostic précoce, l'aide décisionnelle et la réassurance du patient ont montré une association statistiquement significative entre la motivation et le bénéfice réel observé ($p = 0,001$, $p = 0,002$, $p < 0,001$).

Il n'existe pas d'association significative pour l'accélération de la prise en soin en termes de motivation et de bénéfice réel observé ($p = 0,350$). Même si la majorité des médecins observent ce bénéfice en pratique, il n'apparaît pas dépendre de son identification initiale comme motivation.

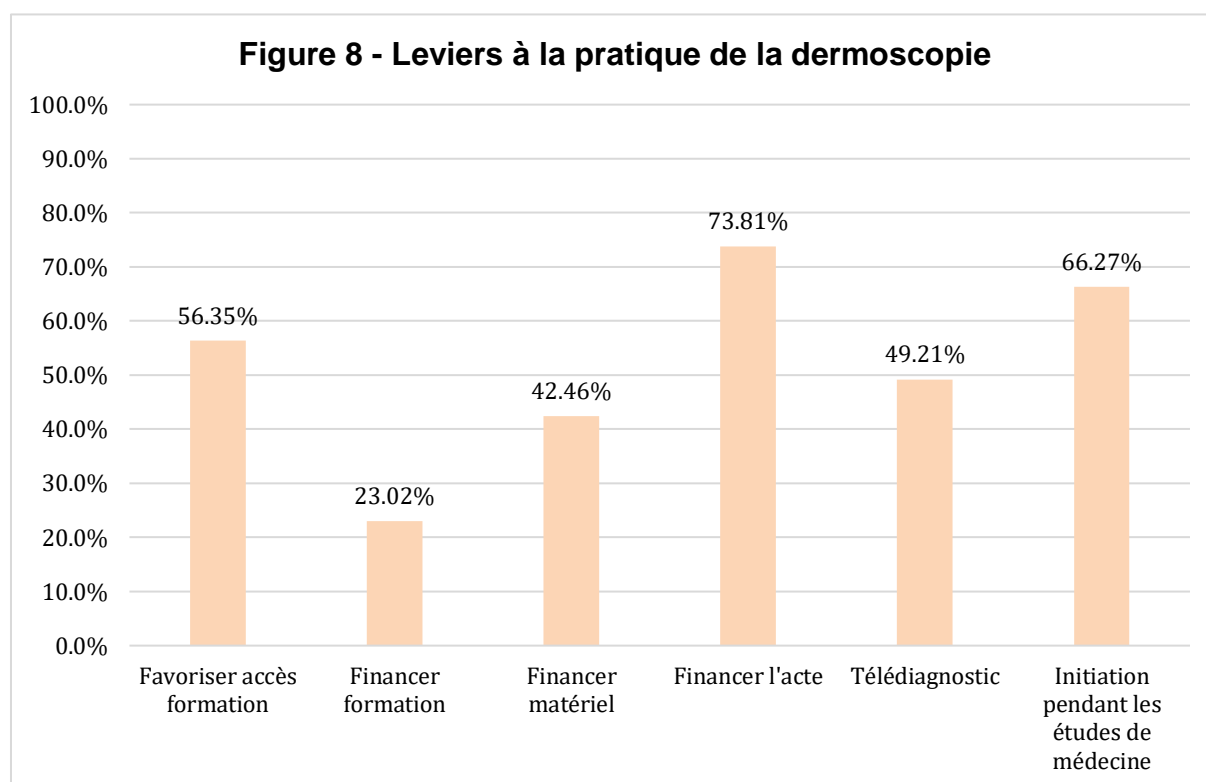
Deux médecins n'ont observé aucun bénéfice dans leur pratique courante (2,02%).

3. Leviers

186 médecins considèrent la création d'une cotation propre à la dermoscopie (73, 81%) comme un levier possible. 167 (66,27%) pensent que l'initiation pendant les études médicales augmenterait l'utilisation de ce dispositif, et 142 (56,35%) favoriseraient l'accès à la formation.

Il faudrait élargir la connaissance des plateformes de télédiagnostic type OMNIDOC pour 124 d'entre eux (49, 21%), améliorer la prise en charge financière concernant le matériel et la formation pour respectivement 107 et 58 médecins (42,46% et 23,02%).

Les résultats sont présentés dans la figure 8 ci-dessous.



Discussion

I. Principaux résultats

39,29% des répondants à cette étude ont déclaré utiliser un dermoscope dans leur pratique. Il a été démontré qu'il n'existait pas d'association significative entre l'âge et l'utilisation de cet outil. Les hommes utilisent significativement plus le dermoscope que les femmes.

Le DPC est le mode de formation principal, pour 75 médecins (75,7%).

Les principaux freins mis en avant par les médecins n'usant pas de cet outil sont la remise à niveau nécessaire (62,09%), la responsabilité engendrée par l'acte (56,21%), ainsi que l'absence de cotation de l'acte en lui-même (50,33%).

La seule cotation existante à l'heure actuelle pour la dermoscopie est la cotation QZQP001, pouvant être cotée par des médecins formés, pour la surveillance des lésions à haut risque. Il serait peut-être intéressant de modifier l'intitulé de cette tarification pour qu'elle soit valide pour l'ensemble des examens de dépistage des lésions cutanées malignes à l'aide du dermoscope.

Le coût du matériel est un frein plus conséquent que le coût de la formation, probablement en lien avec le remboursement de l'apprentissage par le DPC.

Les motivations sont globalement toutes représentées dans notre étude, avec principalement le déclin croissant du nombre de dermatologue en France pour 89,90%, mais aussi l'accélération de la prise en soin des patients pour 91,92%. Il existe une association statistiquement significative entre la motivation initiale et le bénéfice réel final pour trois items : le diagnostic plus précoce des lésions cutanées, l'aide décisionnelle qu'apporte la dermoscopie, et la réassurance du patient après l'examen.

Pour l'accélération de la prise en soin, il n'existe pas d'association significative, la motivation évoquée n'est pas prédictive du bénéfice réel. Il faudrait peut-être imaginer une nouvelle étude pour mettre en évidence – ou non – ce lien, en évaluant le délai entre visualisation et caractérisation d'une lésion – avec et sans dermoscopie – et sa prise charge si elle s'avère être suspecte.

Les leviers dominants sont le financement de l'acte en lui-même pour 73,81% des répondants, l'initiation à la dermoscopie pendant les études médicales pour 66,27% et la facilitation de l'accès à la formation pour 56,35%.

Parmi les médecins n'ayant pas l'usage du dermoscope, 47,71% souhaite s'y former (73 personnes) et 35,95% (55 personnes) pourrait peut-être le faire.

II. Comparaison avec la littérature

Il n'existe pas de données précises concernant le nombre de médecins généralistes utilisant un dermoscope en France. Cette proportion est de 8% dans une étude menée dans quatre régions françaises sur plus de 4000 médecins généralistes [25]. Dans ce travail de thèse ce pourcentage s'élève à 39,29%, rejoignant les taux retrouvés en Australie, de 34 à 43% [27]. On pourrait expliquer cette différence par une évolution temporelle des pratiques, l'étude française datant de 2014. Peut-être y a-t-il plus de formation disponible dans notre région. Une explication pourrait aussi se trouver dans la formulation de la question, « posséder » un dermoscope ne signifie pas forcément l'utiliser. Sans doute existe-t-il également un biais de recrutement, les répondants portent possiblement plus d'intérêt dans l'étude des lésions cutanées.

Dans la littérature, les données concernant l'association genre et utilisation de la dermoscopie sont discordantes [28].

Les freins retrouvés dans la littérature sont principalement la nécessité d'une formation et la nécessité d'entretenir ses connaissances par la pratique, pour 54,6% des répondant dans une étude française de 2014 [25]. On retrouve également la responsabilité engendrée, définie implicitement dans les études françaises et étrangères comme la confiance portée dans le diagnostic. Les utilisateurs du dermoscope se sentent plus confiant dans leur diagnostic que les non utilisateurs [25,29]. Il ressort d'une étude australienne que la dermoscopie influe sur le diagnostic dans 75% des cas [19], concordant ainsi avec les données obtenues pour l'item « aide décisionnelle ».

Plusieurs articles citent le coût matériel comme frein [20,25,29].

Concernant les motivations, la principale étude française retrouve également le diagnostic plus précoce des lésions cutanées malignes et de ce fait, l'adressage non

essentiel au dermatologue pour les lésions bénignes [25,28]. Ce critère n'a pas été évalué dans notre étude.

Ces éléments sont en accord avec les articles récents qui montrent une diminution du nombre de biopsies nécessaires [20,21]. La formation des médecins constitue une voie d'amélioration continue dans le dépistage des lésions cutanées [18,22,23,30–32]. Ces résultats sont aussi vrais en France, où une journée de formation suffit à améliorer ses capacités diagnostiques [33]. De même pour les internes en médecine générale, une étude menée à l'Université de Médecine de Montpellier-Nîmes retrouve une amélioration des capacités diagnostiques à trois mois d'un e-learning dans 87 à 92% des cas [34].

Sont également en train d'émerger dans plusieurs pays des plateformes de télé-expertise. Elles sont un argument en plus pour la formation des médecins généralistes. Il existe le réseau OMNIDOC, en France et en Belgique pour exemple. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucune étude évaluant le bénéfice de la dermoscopie sur cette plateforme dans le dépistage des lésions cutanées malignes. Des premiers chiffres commencent à émerger, avec notamment le projet ONCOBREIZH, grâce auquel 39% de lésions malignes ont été diagnostiquées et qui estime que 30% des mélanomes n'auraient pas été diagnostiqués sans la téléexpertise [35]. En Belgique, le projet de télédermoscopie TELESPOOT a d'ores et déjà démontré les preuves de son efficacité dans l'évaluation initiale des lésions et une accélération significative de la prise en soin [36].

III. Forces et limites de l'étude

A. Forces

Le sujet est peu étudié en France et dans la région, ce qui fait de ce travail de thèse une base de données supplémentaire pour des travaux ultérieurs.

Cette étude concerne l'ensemble du territoire des Hauts-de-France, pour accroître le nombre de réponse.

Le questionnaire ne comporte que 14 questions avec un temps moyen de réponse de 2 minutes et 9 secondes. Les médecins répondants avait soit la possibilité de suivre un lien HyperText vers le questionnaire, soit de scanner un QR code, augmentant leur

chance d'accéder à ce dernier. La période de recueil s'étendait sur 8 mois, avec des relances régulières permettant l'obtention d'un nombre plus important de réponse.

B. Limites

La principale limite de cette étude est le nombre de réponse obtenu, en deçà du nombre de sujets nécessaires (252 réponses complètes étudiées contre 364 attendues).

Il existe un biais de sélection. La majeure partie des répondants exercent dans le Nord et le Pas-de-Calais, rendant l'échantillon étudié moins représentatif de la population générale. Près de 40% utilisent un dermoscopes, pourcentage qui diffère de la littérature, probablement lié à un intérêt plus important des répondants au sujet abordé.

Les propositions de réponse sont toutes fermées, pour faciliter l'étude des données. Il existe probablement une perte dans la profondeur des réponses via notre questionnaire standardisé. Il serait judicieux d'agrémenter cette étude d'une étude qualitative.

Nous avons exploré les associations entre les motivations et les bénéfices observés par les médecins généralistes manipulant la dermoscopie. Cependant tous les items n'ont pas les mêmes intitulés, pouvant faire émerger un biais d'interprétation de la part du répondant. La force statistique des comparaisons en est donc réduite, il est possible d'interpréter à tort certaines associations.

Le choix des mots utilisés peut engendrer un biais de formulation. Pour exemple, avoir utilisé le mot « posséder » dans la question « Possédez-vous un dermoscope ? » peut induire des difficultés de compréhension, on veut parler ici de l'utilisation de l'outil et non pas uniquement de sa possession.

Un biais déclaratif peut aussi exister. Les médecins peuvent orienter leurs réponses au questionnaire par désirabilité sociale. On peut donc surestimer ou sous-estimer certaines pratiques.

IV. Perspectives

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative exhaustive pour décrire du mieux possible les freins et les limites de cette pratique. Ce qui permettrait d'élaborer des axes d'amélioration plus précis dans le but de gagner en attractivité.

Une approche, même superficielle, de la dermoscopie dès l'internat pourrait être intégrée dans notre cursus afin d'accroître l'appétence pour la dermatologie de nos futurs médecins généralistes.

Il pourrait également être imaginé une étude qui évaluerait l'intérêt de la dermoscopie dans la téléexpertise, et qui pourrait être – ou non – un argument en faveur de cet outil.

Il serait intéressant de connaître l'avis des dermatologues quant à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes.

On pourrait également envisager la création d'une nouvelle campagne d'information sur la plateforme de télé-expertise OMNIDOC à destination de tous les professionnels de santé. L'avenant 5 et 9 de la convention médicale et de la convention nationale des sage-femmes leur permettant de déposer une demande d'avis spécialisé.

Conclusion

Devant la décroissance continue du nombre de dermatologue en France et face au bon pronostic des cancers cutanés, le médecin généraliste reste une des pierres angulaires du dépistage.

Les résultats de cette étude sont en accord avec les données de la littérature. Certains freins à l'image de la responsabilité engendrée et de la nécessité de formation constituent des facteurs limitants. Il semble exister des moyens d'agir pour accroître la pratique de la dermoscopie, comme l'initiation en étude de médecine générale ou encore l'essor récent des plateformes de télé-expertise.

La dermoscopie apporte néanmoins un bénéfice aux médecins généralistes qui l'utilisent.

Liste des tables

Table 1. Caractéristiques de la population.....	15
---	----

Liste des figures

Figure 1. Flowchart	14
Figure 2. Répartition par genre en fonction de la pratique	16
Figure 3. Répartition par tranche d'âge en fonction de la pratique	16
Figure 4. Résidus ajustés du test χ^2 (genre vs dermoscopie)	17
Figure 5. Freins à la pratique de la dermoscopie	18
Figure 6. Motivations à la pratique de la dermoscopie	19
Figure 7. Bénéfices observés.....	20
Figure 8. Leviers à la pratique de la dermoscopie.....	21

Références

- [1] Ordre National des Médecins. Démographie médicale au 1er janvier 2024. 2024.
- [2] Hammas K, Nardin C, Boyer S, Michel C, Aubin F, Woronoff A-S. Incidence and trends of first basal cell carcinomas in France between 1980 and 2019: a regional population-based registry study. *Br J Dermatol* 2024;191:519–28. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae201>.
- [3] Dinulescu M, Williaume D, Cattenoz C, Metreau A, Merol J-C, François C, et al. Management of squamous cell carcinomas: a public health issue. Recommendations from the Corpeaurel study. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC* 2022;2:252–4. <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.10.003>.
- [4] Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, et al. Main cancers incidence in metropolitan France in 2023 and trends since 1990. *Bull Épidémiologique Hebd* 2023;188–204.
- [5] Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans. 2025.
- [6] Statistiques de survie pour le cancer de la peau autre que le mélanome | Société canadienne du cancer 2024. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/skin-non-melanoma/prognosis-and-survival/survival-statistics>.
- [7] Guizard A, Woronoff A, Plouvier S, Hammas K, Lecoffre C, et al. Mélanome cutané. Boulogne Billancourt Inst Natl Cancer 2021.
- [8] Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_452354/fr/strategie-de-diagnostic-precoc-du-melanome.
- [9] Scope A, Dusza SW, Halpern AC, Rabinovitz H, Braun RP, Zalaudek I, et al. The “Ugly Duckling” Sign: Agreement Between Observers. *Arch Dermatol* 2008;144. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2007.15>.
- [10] Duarte AF, Sousa-Pinto B, Azevedo LF, Barros AM, Puig S, Malveyh J, et al. Clinical ABCDE rule for early melanoma detection. *Eur J Dermatol EJD* 2021;31:771–8. <https://doi.org/10.1684/ejd.2021.4171>.
- [11] Tsao H, Olazagasti JM, Cordoro KM, Brewer JD, Taylor SC, Bordeaux JS, et al. Early detection of melanoma: Reviewing the ABCDEs. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:717–23. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.01.025>.
- [12] Walter FM, Prevost AT, Vasconcelos J, Hall PN, Burrows NP, Morris HC, et al. Using the 7-point checklist as a diagnostic aid for pigmented skin lesions in general practice: a diagnostic validation study. *Br J Gen Pract* 2013;63:e345–53. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X667213>.
- [13] Barnhill RL, Roush GC, Ernstoff MS, Kirkwood JM. Interclinician agreement on the recognition of selected gross morphologic features of pigmented lesions: Studies of melanocytic nevi V. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:185–90. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(92\)70023-9](https://doi.org/10.1016/0190-9622(92)70023-9).

- [14] Dinnes J, Deeks JJ, Grainge MJ, Chuchu N, Ferrante Di Ruffano L, Matin RN, et al. Visual inspection for diagnosing cutaneous melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013194>.
- [15] Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Matin RN, Wong KY, Aldridge RB, et al. Visual inspection and dermoscopy, alone or in combination, for diagnosing keratinocyte skin cancers in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011901.pub2>.
- [16] Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Ferrante Di Ruffano L, Matin RN, Thomson DR, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011902.pub2>.
- [17] Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can* 2012;58:740–5, e372-378.
- [18] Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2006;24:1877–82. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.0864>.
- [19] Chamberlain AJ, Kelly JW. Use of dermoscopy in Australia. *Med J Aust* 2007;187:252–3. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01222.x>.
- [20] Jones OT, Jurascheck LC, van Melle MA, Hickman S, Burrows NP, Hall PN, et al. Dermoscopy for melanoma detection and triage in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e027529. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027529>.
- [21] Seiverling EV, Prentiss MA, Stevens K, Stoddard H, Cyr PR, Ahrns H. Impact of Dermoscopy Training for Primary Care Practitioners on Number Needed to Biopsy to Detect Melanoma. *Primer Leawood Kan* 2023;7:276659. <https://doi.org/10.22454/PRIMER.2023.276659>.
- [22] Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, de Bock GH, Dekker JH, Jonkman MF, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2014;28:1442–9. <https://doi.org/10.1111/jdv.12306>.
- [23] Harkemanne E, Baeck M, Tromme I. Training general practitioners in melanoma diagnosis: a scoping review of the literature. *BMJ Open* 2021;11:e043926. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043926>.
- [24] De Bedout V, Williams NM, Muñoz AM, Londoño AM, Munera M, Naranjo N, et al. Skin Cancer and Dermoscopy Training for Primary Care Physicians: A Pilot Study. *Dermatol Pract Concept* 2021;11:e2021145. <https://doi.org/10.5826/dpc.1101a145>.
- [25] Chappuis P, Duru G, Marchal O, Girier P, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. *Br J Dermatol* 2016;175:744–50. <https://doi.org/10.1111/bjd.14495>.
- [26] Calculatrice de taille d'échantillon. SurveyMonkey n.d. <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>.
- [27] Jones S, Walker H, Maitland C. A dermoscopy training program for Victorian GPs to improve skin cancer prevention and detection - March 2022, Volume 32, Issue

- [28] Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Dermoscopy Use in Primary Care: A Scoping Review. *Dermatol Pract Concept* 2019;9:98–104. <https://doi.org/10.5826/dpc.0902a04>.
- [29] Fee JA, McGrady FP, Hart ND. Dermoscopy use in primary care: a qualitative study with general practitioners. *BMC Prim Care* 2022;23:47. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01653-7>.
- [30] Augustsson A, Paoli J. Effects of a 1-Day Training Course in Dermoscopy Among General Practitioners. *Dermatol Pract Concept* 2019;195–9. <https://doi.org/10.5826/dpc.0903a04>.
- [31] Anriot J, Ikhlef N, Duru G, Darnis S, Scouarnec P, Tamarat Y, et al. Improving Melanoma Screening in Primary Care: The Experience of the Association of French General Practitioners Practicing Dermoscopy. *Dermatol Pract Concept* 2025;15:6122. <https://doi.org/10.5826/dpc.1503a6122>.
- [32] Bruijn MS, Visser E, van der Heide WK. Recognizing benign and malignant skin lesions: Effect of a dermoscopy training course for general practitioners. *JEADV Clin Pract* 2024;3:600–3. <https://doi.org/10.1002/jvc2.291>.
- [33] Gohard FP, Gaultier A, Schmeltz H, Rat C, Quereux G, Boussemart L. Évaluation de l'apprentissage de la dermoscopie après une journée de formation auprès de médecins généralistes français sur le dépistage des tumeurs cutanées. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC* 2021;1:A168. <https://doi.org/10.1016/j.fander.2021.09.064>.
- [34] Friche P, Moulis L, Du Thanh A, Dereure O, Duflos C, Carbonnel F. Training Family Medicine Residents in Dermoscopy Using an e-Learning Course: Pilot Interventional Study. *JMIR Form Res* 2024;8:e56005. <https://doi.org/10.2196/56005>.
- [35] Infographie Oncobreizh 2025.
- [36] Damsin T, Canivet G, Jacquemin P, Seidel L, Absil G, Giet D, et al. Evaluation of a 3-year teledermoscopy project in primary healthcare centres in Belgium. *JEADV Clin Pract* 2024;3:160–8. <https://doi.org/10.1002/jvc2.254>.

Annexe 1



Bonjour, je suis Nicolas Fernandez, jeune médecin remplaçant ayant fini l'internat en novembre 2024. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires dans les Hauts de France. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les freins et les leviers à l'utilisation de la dermoscopie dans l'évaluation des lésions cutanées suspectes. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste installé ayant une activité libérale. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 2-3 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Merci à vous!

Partie A : Description de la population

A1. Quel âge avez-vous ?

18-24 ans	<input type="checkbox"/>
25-34 ans	<input type="checkbox"/>
35-44 ans	<input type="checkbox"/>
45-54 ans	<input type="checkbox"/>
55-64 ans	<input type="checkbox"/>
> 65 ans	<input type="checkbox"/>

A2. Quel est votre genre ?

Masculin	<input type="checkbox"/>
Féminin	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Ne souhaite pas répondre	<input type="checkbox"/>



A3. Depuis quand exercez vous en médecine générale ?

< 1 an	<input type="checkbox"/>
1-4 ans	<input type="checkbox"/>
5-14 ans	<input type="checkbox"/>
15-24 ans	<input type="checkbox"/>
> 25 ans	<input type="checkbox"/>

A4. Dans quelle zone exercez-vous ?

Rurale	<input type="checkbox"/>
Urbaine	<input type="checkbox"/>
Semi-urbaine	<input type="checkbox"/>

A5. Dans quel département exercez-vous ?

Aisne (02)	<input type="checkbox"/>
Nord (59)	<input type="checkbox"/>
Oise (60)	<input type="checkbox"/>
Pas-de-Calais (62)	<input type="checkbox"/>
Somme (80)	<input type="checkbox"/>

A6. Quel est le délai d'obtention d'une consultation de dermatologie sur votre territoire ? (en mois)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A7. Réalisez vous des consultations exclusivement dédiées au dépistage des lésions cutanées dans votre pratique courante ?

Consultations prévues systématiquement dans le suivi des patients	<input type="checkbox"/>
Consultation en fonction des facteurs de risque connus et à la demande du médecin	<input type="checkbox"/>
Uniquement à la demande du patient	<input type="checkbox"/>
Pas de consultation dédiée	<input type="checkbox"/>

A8. Possédez-vous un dermatoscope ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>



Partie B: Vous ne possédez pas de dermatoscope.

B1. Souhaiteriez-vous un jour vous former à la dermoscopie ?

Oui ☐

Non ☐

Peut-être ☐

B2. Selon vous, quels sont les facteurs limitants la pratique de la dermoscopie dans notre région ?

Coût de la formation ☐

Coût du dermatoscope ☐

Accessibilité de la formation ☐

Responsabilité engendrée ☐

Nécessité d'une remise à niveau et d'une pratique fréquente ☐

Pratique trop chronophage ☐

Absence de cotation de l'acte en lui-même ☐

Partie C: Vous possédez un dermatoscope.

C1. Êtes-vous formé à la dermoscopie ?

Non, je n'ai aucune formation validée ☐

DU de dermatologie en médecine générale ☐

Formation dans le cadre du DPC ☐

C2. Quelles ont été les motivations vous ayant conduit à la pratique de la dermoscopie ?

Diagnostic précoce des lésions cutanées malignes ☐

Déclin croissant du nombre de dermatologue ☐

Aide à la prise de décision ☐

Rassurer le patient en cas de caractère bénin d'une lésion ☐

Accélérer la prise en charge en cas de dépistage d'une lésion cutanée maligne ☐



C3. Dans votre pratique, quels sont les bénéfices de la dermoscopie ?

Dépistage plus précoce des lésions cutanées malignes ☐

Aide à la prise de décision ☐

Avis auprès du dermatologue plus rapide pour la suite de la prise en charge ☐

Réassurance du patient ☐

Je n'ai pas retrouvé de bénéfice de la dermoscopie dans ma pratique ☐

Partie D: Pour tous les participants.

D1. Selon vous, quels sont les axes d'amélioration pouvant être étudiés pour accroître la pratique de la dermoscopie en médecine générale ?

Favoriser l'accès à la formation ☐

Améliorer la prise en charge financière concernant la formation ☐

Améliorer la prise en charge financière concernant le matériel ☐

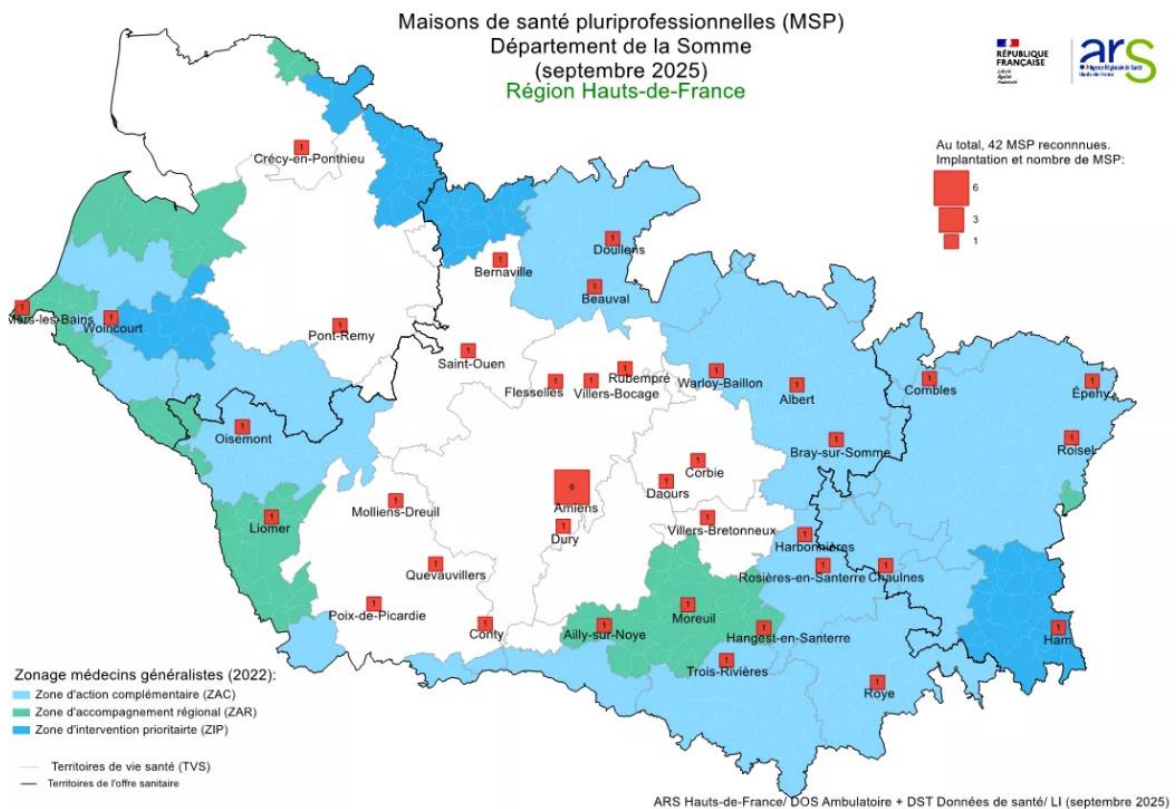
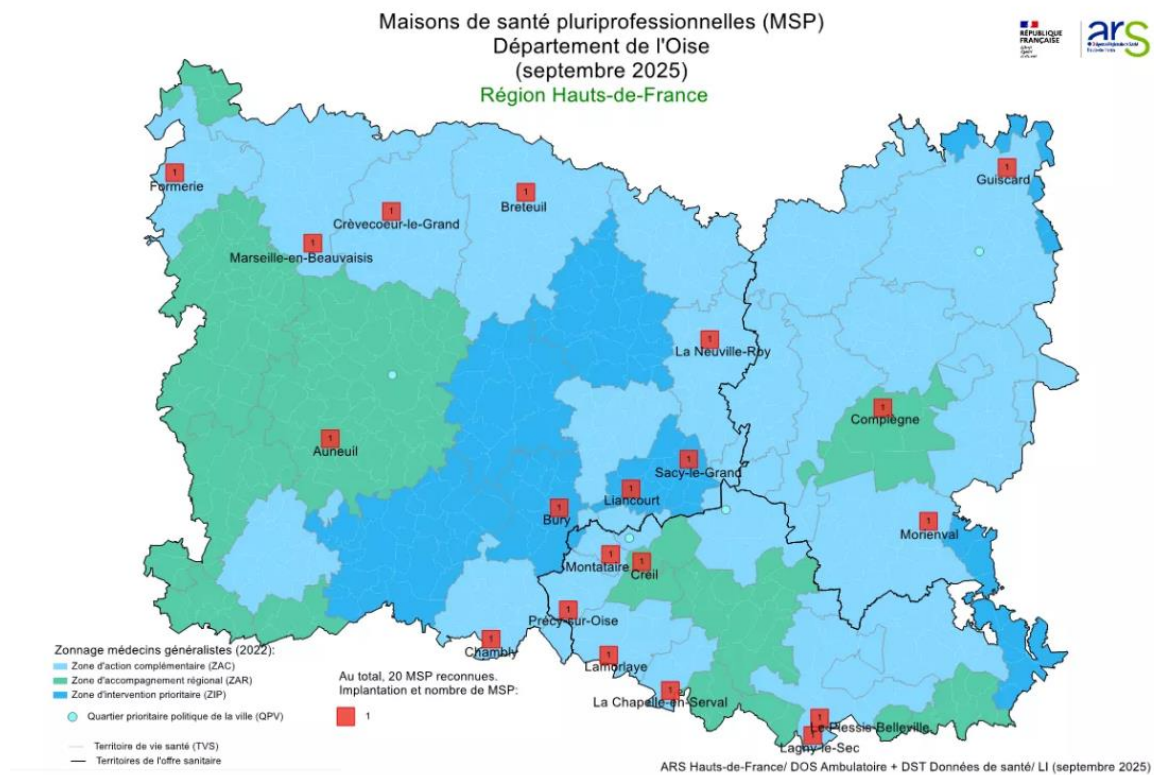
Favoriser financièrement l'acte en lui-même (cotation propre pour l'utilisation du dermatoscope) ☐

Élargir la connaissance et l'accès aux plateformes de télédiagnostic type OMNIDOC ☐

Initiation en cours des études de médecine ☐

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : nicolas.fernandez.etu@univ-lille.fr

Annexe 2



Annexe 3



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUÉMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Quels sont les freins et les leviers à l'utilisation de la dermoscopie dans l'évaluation des lésions cutanées suspectes en soins primaires dans les Hauts de France ?

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Denis DELEPANQUE

Interlocuteur (s) : M. Nicolas FERNANDEZ

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantisiez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mail/numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 4 novembre 2024

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4

Bonjour,

Je m'appelle Nicolas Fernandez, je suis jeune médecin remplaçant, ayant fini mon internat en [novembre 2024](#)

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude concernant la pratique de la dermoscopie par les médecins généralistes des Hauts de France.

Cela m'aiderait beaucoup si vous pouviez répondre à mon questionnaire de thèse : <https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/258966?lang=fr>

Pour ceux qui y ont déjà répondu, merci de ne pas tenir compte de ce mail et merci infiniment de votre participation.

Pour y répondre, il suffit d'être **médecin généraliste et d'être installé dans les Hauts de France**. Le temps de réponse est d'environ 2-3 minutes.

N'hésitez pas à le partager avec d'autres confrères ou consœurs de la région.

Vous pouvez également participer via le QR code ci-dessous:



Merci d'avance pour votre participation !

Cordialement,

Nicolas Fernandez.

AUTEUR : Nom : FERNANDEZ **Prénom :** Nicolas

Date de Soutenance : 09/01/2026

Titre de la Thèse : Freins et leviers à l'utilisation de la dermoscopie dans l'évaluation des lésions cutanées suspectes par les médecins généralistes des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : dermoscopie, médecine générale, freins, leviers

Résumé :

Contexte : En France, le nombre de dermatologue est en déclin constant. L'incidence du mélanome est en augmentation de 2% par an. Les données concernant les autres cancers cutanés sont éparses. Le rôle du médecin généraliste reste primordial dans le dépistage des lésions cutanées malignes. La dermoscopie permet une meilleure analyse des lésions cutanées. Pourtant, seulement 8% des médecins généralistes semblent utiliser cet outil. L'objectif principal de cette étude était de déterminer les freins et les leviers à la pratique de la dermoscopie par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

Matériel et Méthodes : Cette étude est quantitative, descriptive, observationnelle et transversale. Elle intéresse l'ensemble de la région des Hauts-de-France. Un questionnaire anonyme a été envoyé aux médecins généralistes entre décembre 2024 et juillet 2025.

Résultats : 39,29% des médecins généralistes de cette étude pratiquaient la dermoscopie. Les hommes étaient significativement plus nombreux à utiliser cet outil. Les freins principaux évoqués étaient la responsabilité engendrée par la réalisation de l'acte et par la décision thérapeutique à prendre (56,21%), la nécessité de se remettre à niveau de façon constante et continue (62,09%) et l'absence de cotation (50,33%). Les motivations étaient un diagnostic plus précoce (91,92%), une aide décisionnelle (73,74%), une réassurance du patient en cas de lésion bénigne (63,64%), et une accélération de la prise en soin (79,80%). Pour les trois premières, motivation et bénéfice observés présentent une association significative. Les principaux leviers étaient de favoriser l'accès à la formation (56,35%), de financer l'acte en lui-même (73,81%) et d'initier cette pratique au cours des études médicales (66,27%).

Conclusion : Les médecins généralistes gardent un rôle primordial dans le dépistage des lésions cutanées. Plusieurs études confirment la dermoscopie comme étant une technique fiable. Une étude qualitative serait intéressante pour comprendre avec plus de profondeur les freins et motivations des médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs : Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

