

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2026

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La dermoscopie dans la pratique des médecins généralistes : étude
qualitative auprès des médecins généralistes libéraux du Nord et
du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 06/05/2026
à 16h00 au Pôle Formation
par **Martin LECLERCQ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Asseseurs :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Madame le Docteur Claire DURETZ

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Marion LEVECQ-FARSY

Avertissement

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

Sigles

- **CPP** : Comité de Protection des Personnes
- **CRDMM** : Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **ED** : Enseignement Dirigé
- **FMC** : Formation Médicale Continue
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HSPT** : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009
- **IA** : Intelligence Artificielle
- **MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données
- **SFD** : Société Française de Dermatologie
- **SRQR** : Standards for Reporting Qualitative Research

Sommaire

Avertissement	2
Sigles.....	3
Sommaire	4
Introduction	7
I. Contexte démographique	7
II. Rôle du médecin généraliste.....	8
III. Essor de la téléexpertise	9
IV. La dermoscopie	12
V. Objectifs	14
Matériel et méthodes	15
I. Type d'étude	15
II. Choix de la méthode.....	15
III. Population étudiée	15
IV. Guide d'entretien	16
V. Éthique.....	16
VI. Recueil des données	17
VII. Analyse des données	18
Résultats	19
I. Les entretiens	19
II. Les caractéristiques des participants.....	19
III. Les leviers	21
A. La pénurie de spécialistes.....	21
1. Tension démographique en dermatologie.....	21
2. Importants délais de rendez-vous	21
3. Orientation vers une dermatologie « esthétique »	22
B. Une meilleure orientation	22
1. Tri plus rapide des patients.....	22
2. Soulager les dermatologues.....	23
3. Photos de qualité pour l'aide à la décision.....	23
4. Surveillance au cabinet.....	24

C.	Soins primaires.....	24
1.	Rôle du généraliste	24
2.	Demandes quotidiennes	25
3.	Rendre service au patient.....	25
4.	Dépistage	26
5.	Rassurer le praticien	26
D.	Enrichissement professionnel	27
1.	Compétence supplémentaire.....	27
2.	Curiosité personnelle	27
E.	Financement.....	28
1.	Investissement à plusieurs	28
2.	Investissement sur le long terme.....	28
F.	Supports d'aides et de connaissances	29
1.	Formations, Diplôme Universitaire (DU)	29
2.	Applications, Sites Internet, Livres	29
3.	Aide et pédagogie des dermatologues.....	30
4.	Alimenter une Intelligence Artificielle.....	30
IV.	Les freins.....	31
A.	Les freins liés à l'outil	31
1.	Méconnaissance de l'outil.....	31
2.	Peu ergonomique.....	31
B.	Les freins liés à la pratique du médecin généraliste	32
1.	Le manque d'intérêt du praticien pour la dermatologie	32
2.	Le refus de la « sur-spécialisation »	32
3.	Le manque de pratique, pratique irrégulière	33
4.	La nécessité d'un réseau	33
5.	Manque de confiance, sentiment d'illégitimité	34
C.	Le temps	34
1.	L'agenda du praticien.....	34
2.	Le temps de la consultation	35
3.	Le temps de la demande, puis de la réponse	35
4.	Les délais d'attente pour se former	35
5.	Les autres consultations dédiées	36

D.	L'aspect financier	36
1.	Le prix du dermoscope	36
2.	Peu d'aides financières.....	37
3.	La cotation de la consultation dédiée.....	37
V.	Les pistes.....	38
A.	La formation.....	38
1.	Des formations durant les études de médecine	38
2.	Des formations plus accessibles	38
3.	Une formation adaptée à la pratique.....	39
4.	Des formations mises en avant par le Développement Professionnel Continu.....	39
B.	Le financier	40
1.	Revaloriser la consultation.....	40
2.	Plus d'aides financières et/ou un matériel moins onéreux	40
C.	Une meilleure ergonomie de l'outil	40
D.	Développement de l'Intelligence Artificielle	41
	Discussion	42
I.	Forces et limites.....	42
A.	Le sujet	42
B.	La méthode.....	42
C.	Le recrutement	43
D.	Le recueil des données	43
E.	L'analyse des données	44
II.	Analyse des résultats	44
A.	Principaux résultats	44
B.	Les pistes.....	47
	Conclusion.....	49
	Références.....	51
	Annexes	56
	Annexe 1 : Résumé des résultats	56
	Annexe 2 : Standards for Reporting Qualitative Research.....	58
	Annexe 3 : Guide d'entretien	59
	Annexe 4 : Information pour une participation à une étude médicale.....	60

Introduction

I. Contexte démographique

En 2017, une large enquête menée par la Société Française de Dermatologie (SFD) dévoilait que les pathologies d'ordre dermatologique étaient classées quatrième rang mondial des pathologies reconnues comme affectant le plus la qualité de vie [1].

Le nombre de dermatologues a diminué de 10% en dix ans, en janvier 2023, on recensait 2981 dermatologues en exercice [2].

En janvier 2025, la densité moyenne en France métropolitaine était de 3,26 dermatologues pour 100 000 habitants [3] contre 4,5 en 2013 [4].

Le bulletin de mars-avril 2024 du Conseil National de l'Ordre des Médecins annonçait une baisse de 12,7% du nombre de dermatologues en exercice d'ici à 2040 [5] .

Après la publication au Journal officiel du 31 juillet 2025 du nombre de postes d'internes, la SFD a exprimé sa colère et sa déception quant aux 102 postes ouverts pour la spécialité « Dermatologie et Vénéréologie » pour la rentrée universitaire 2025-26 [6].

À titre de comparaison, il était fixé à 109 postes en 2015-16 et 113 postes en 2023-24 [7] [8].

Le délai pour obtenir un rendez-vous a augmenté, il faut dorénavant compter en moyenne plus de 3 mois pour une consultation chez un spécialiste [2] [9] [10].

Les risques sont multiples pour les patients. Il y a des cas de retards de diagnostic, ce qui entraîne des prises en charge tardives. Ce délai impacte potentiellement le pronostic de pathologies graves, notamment dans le cas du mélanome dont l'incidence a été multipliée par 5 chez l'homme et par 3 chez la femme entre 1990 et 2018 [11]. Certains renoncent complètement aux soins.

II. Rôle du médecin généraliste

Les médecins généralistes ont un rôle central dans la prise en charge des patients, notamment depuis la loi du 13 août 2004 [12] instaurant le parcours de soins coordonnés. Les omnipraticiens ont pour fonction d'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, d'orienter et de coordonner les soins avec les autres spécialistes [13].

En 2006 la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome [14], dans lequel le rôle du médecin généraliste est mis en avant. L'HAS insiste sur l'importance du praticien dans la sensibilisation et la prévention auprès des patients, ainsi que dans l'identification de patients à risque et de lésions cutanées suspectes qui nécessitent un adressage au spécialiste.

Pour pallier au manque de dermatologues, une collaboration avec les médecins traitants paraît nécessaire. Le médecin généraliste peut cibler les patients relevant d'un avis spécialisé et assurer les soins de premiers recours, aidés par la télé-expertise, de manière à éviter au maximum un retard dans la prise en charge et une perte de chance pour les patients.

III. Essor de la téléexpertise

La télémédecine est définie par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HSPT) du 21 juillet 2009 comme une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* » [15]. Elle était une réponse aux déserts médicaux.

Elle est composée de 5 actes [16] :

- La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance à un patient.
- La téléexpertise : un professionnel médical sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux, experts, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
- La téléassistance : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation : réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

La télé-expertise est en essor depuis quelques années car elle représente un outil intéressant dans ce contexte de pénurie de spécialistes. Elle permet à tout médecin, dit « médecin requérant » de solliciter un confrère, dit « médecin requis », pour un avis. Cet outil est particulièrement utilisé par les médecins généralistes pour des avis dermatologiques, en raison des nombreux déserts médicaux et des longs délais d'attente.

De plus, les actes de téléexpertise sont facturables à l'Assurance Maladie depuis le 10 février 2019 [17] :

- Pour le médecin requis : la téléexpertise est facturée 20€, dans la limite de 4 actes par an, pour un même patient.
- Pour le médecin requérant : la téléexpertise est facturée 10€, dans la limite de 4 actes par an, pour un même patient.

Il s'agit donc d'un outil collaboratif ayant pour objectifs d'apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge et d'optimiser le temps médical des spécialistes.

En ce qui concerne la téléexpertise dermatologique, de plus en plus de dermatologues demandent d'associer des photographies prises à l'aide d'un dermoscope. Ces dernières aident les spécialistes dans leur première expertise et leur permettent de confirmer ou d'infirmer la suspicion de lésion maligne, accélérant la prise en charge pour le patient.

IV. La dermoscopie

En 1989, HEINE invente le premier dermoscope, le « HEINE DELTA 10 » [18].



Photo 1 : Dermoscope « HEINE DELTA 10 » sortie en 1989 (à gauche) et Dermoscope « HEINE DELTA 30 » sortie en 2019 (à droite).

La dermoscopie, appelée également « dermatoscopie », correspond à une technique d'imagerie cutanée microscopique en épiluminescence. C'est un examen simple, indolore, sans effets secondaires ni complications qui permet de visualiser la peau en profondeur.

L'outil portatif est une aide essentielle dans le diagnostic des cancers cutanés, mais il est tout aussi utile pour diagnostiquer des lésions bénignes telles que les kératoses séborrhéiques, les dermatofibromes, etc... mais aussi d'autres dermatoses comme la gale avec le signe du « deltaplane » par exemple.

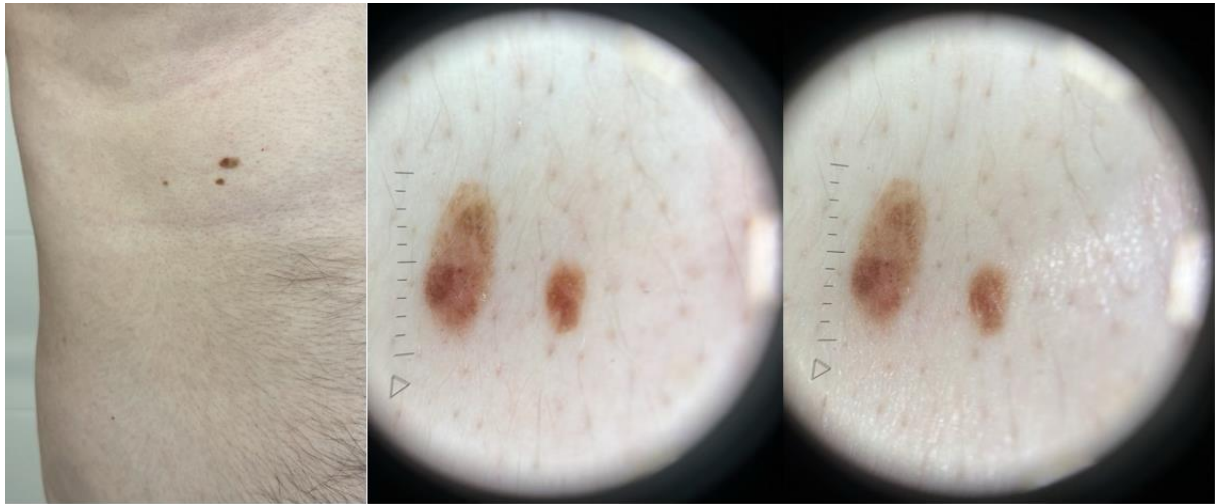


Photo 2 : Lésion mélanocytaire avec un patron bi-composé (globulaire et réticulaire) et asymétrique - image contextuelle (à gauche), image dermoscopique non polarisée (au centre), puis polarisée (à droite).

Des photographies peuvent être prises, soit avec un téléphone à travers le dermoscope, soit directement par ce dernier relié à un ordinateur. Cela permet d'une part de conserver les images dans le dossier patient pour le suivi, et d'autre part de fournir des photos plus précises lors des demandes d'avis en téléexpertise.

La dermoscopie (ou dermatoscopie) facilite le diagnostic de lésions cutanées cancéreuses et améliore la fiabilité diagnostique [19] [20] [21].

Dans sa thèse de 2015 [22], P. Chappuis rapportait qu'en France, sur les 425 réponses des médecins généralistes ayant participé à son étude, seuls 7,1% utilisaient un dermoscope dans le cadre de leur pratique. On retrouve un taux similaire de 8,3% dans une étude aux États-Unis en 2017 [23], alors qu'il était de 37% aux Pays-Bas [24] en 2017, et en Australie, pays fortement touché par le mélanome, une étude de 2019 constatait une utilisation de l'outil chez 60,9% des omnipraticiens face à des lésions pigmentées [25].

Dans le contexte de tensions démographiques, il paraît intéressant, en soins primaires, d'utiliser cet outil dans le but d'identifier les patients à risque et les lésions suspectes, afin de prioriser les avis dermatologiques et ainsi diminuer les délais d'attente de consultation spécialisée.

V. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les leviers et les freins à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes, libéraux, du Nord et du Pas-de-Calais en 2025.

L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour élargir son utilisation en soins primaires.

Matériel et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par entretiens semi-dirigés, auprès de médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais entre Avril et Décembre 2025.

II. Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie car elle appropriée pour l'exploration des facteurs subjectifs, donc difficilement mesurables. La recherche s'est effectuée par entretiens présentiels, semi-dirigés afin de permettre une plus grande liberté d'expression des personnes interrogées.

L'analyse interprétative phénoménologique a été retenue car elle permet une meilleure compréhension de l'expérience vécue des individus.

III. Population étudiée

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Être un médecin généraliste thésé, installé en libéral
- Exercer dans le département du Nord et/ou du Pas-de-Calais
- Activité principale de médecine générale

Les critères de variation étaient : l'âge, le milieu d'exercice, et l'expérience de la dermoscopie. Ces critères permettaient de recueillir des réponses différentes sur la pratique.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, en contactant par téléphone ou par mail des médecins dont les coordonnées ont été fournies par divers intermédiaires (famille, amis, faculté de médecine, autres médecins). Durant le premier contact, uniquement le sujet de la thèse a été mentionné. Le lieu et la date de l'entretien ont été choisis par chaque participant.

IV. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 1) élaboré était composé de 6 questions, ouvertes, pour ne pas influencer les réponses des médecins. Il a été retravaillé au fil des entretiens afin d'approfondir les réponses des participants.

V. Éthique

Le protocole de recherche a été validé par la Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique (CRDMM) de la Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé de Lille. Il respecte également le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Selon l'arrêté du 9 mai 2017, l'étude ne relevait pas du champ de la loi Jardé du 5 mars 2012. L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a donc pas été demandé.

Les médecins interrogés ont été prévenus de l'enregistrement des entretiens, puis de l'anonymisation des données et de la destruction des enregistrements à l'issue de l'étude. Ils étaient également informés de la possibilité de rectification ou de suppression des données.

La non opposition à l'enregistrement de chaque médecin a été recueillie pour les entretiens.

VI. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, de manière semi-dirigée, entre Juin et Juillet 2025. Ils ont eu lieu aux cabinets des médecins installés, à l'exception d'un, à son domicile.

Les entretiens ont été doublement enregistrés à l'aide d'un téléphone portable et d'un enregistreur vocal. Les consentements à l'enregistrement ont été signés. Ces enregistrements ont été détruits après la retranscription.

VII. Analyse des données

Pour garantir l'anonymat des participants, leurs noms ont été remplacés par la lettre « E », pour « entretien », suivie d'un nombre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

La retranscription des entretiens a été réalisée mot à mot sur le logiciel de traitement de texte WORD® sous forme de « verbatims » par l'investigateur, en respectant les pauses, les expressions non verbales et en anonymisant les propos.

Une analyse interprétative phénoménologique a été effectuée, et ce dès le premier entretien afin de pouvoir adapter le guide d'entretien et de repérer la suffisance des données au fil des entretiens.

Les idées relevées à chaque entretien ont été regroupées pour former des thèmes.

Le codage a été réalisé manuellement en utilisant le logiciel EXCEL®. Le codage de l'ensemble des entretiens a été effectué en triangulation avec une étudiante en 6^e année de médecine.

Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données.

Résultats

I. Les entretiens

Onze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la suffisance des données, et elle a été confirmée par un entretien supplémentaire.

Les entretiens ont duré entre 8 et 41 minutes.

II. Les caractéristiques des participants

Les participants avaient entre 29 et 64 ans. Il y avait 7 femmes et 5 hommes. Parmi les médecins interrogés, 7 travaillaient dans le département du Nord, et 5 dans le département du Pas-de-Calais. Sur les 12 participants, 4 exerçaient en milieu urbain, 4 en milieu semi-urbain, et 4 en milieu rural.

Parmi les 12 praticiens, 7 étaient formés à la dermoscopie et 5 ne l'étaient pas.

Description des participants à l'étude et leurs caractéristiques

Variables	Nombre
Sexe :	
Homme	5
Femme	7
Âge (en années) :	
≤ 29	1
30-39	3
40-49	2
50-59	3
≥ 60	3
Région :	
Nord	7
Pas-de-Calais	5
Milieu d'exercice :	
Urbain	4
Semi-urbain	4
Rural	4
Formation à la dermatoscopie :	
Non	5
≤ 1 an	4
> 1 an	3
Totalité des participants	12

III. Les leviers

A. La pénurie de spécialistes

1. Tension démographique en dermatologie

Les médecins généralistes subissent la pénurie de dermatologues.

E7 : « Nous on avait 3 dermatos autour de chez nous, y en a une qui est partie à la retraite, une deuxième qui vient de partir à la retraite, et une troisième qui évidemment ne prend plus de nouveaux patients. Donc en fait-on a plus de dermato. »

2. Importants délais de rendez-vous

La conséquence est un délai allongé pour obtenir une consultation, et une orientation des patients vers la Belgique.

E7 : « Très compliqué d'avoir des rendez-vous dermato pour nos patients. À Tournai et à Mouscron, à l'hôpital, ils arrivent à avoir des rendez-vous beaucoup plus rapidement, dans des délais raisonnables, on va dire 3 mois... sur Lille, mais c'est impossible d'avoir un rendez-vous... t'as pas de rendez-vous. »

3. Orientation vers une dermatologie « esthétique »

Le ressenti des omnipraticiens était que les dermatologues privilégient la médecine esthétique à la surveillance des nævi, le suivi des dermatoses, le retrait des verrues...

E6 : « ils font surtout de la dermatologie plutôt esthétique, plus rentable, mieux rémunérée. »

B. Une meilleure orientation

1. Tri plus rapide des patients

L'utilisation du dermoscope permet de mieux hiérarchiser les demandes des patients.

E10 : « Quand on a un doute ou qu'on voit quand même vraiment une lésion, ça permet aussi d'adresser le patient beaucoup plus rapidement, et éviter qu'il erre avec sa lésion pendant des mois. »

2. Soulager les dermatologues

Une des conséquences d'une meilleure orientation est de soulager, à terme, les dermatologues.

E1 : « ... on avait tendance assez trop souvent à envoyer des demandes de téléexpertise ou à envoyer les patients en consults dermato. »

E9 : « Je pense que la dermoscopie peut-être un avantage, non pas en interprétation personnelle, mais en aide pour éviter que le dermato, il perde son temps. »

3. Photos de qualité pour l'aide à la décision

Le dermoscope permet d'obtenir des photos nettes et précises, à condition de respecter quelques règles, contribuant à une meilleure évaluation.

Certains dermatologues ou services de dermatologie exigent des photos « dermatoscopiques » associées aux photos « macro » lors des demandes d'avis par téléexpertise.

E6 : « Sur Omnidoc maintenant, si t'envoies une lésion, ils te demandent des versions dermatoscopiques de la macro que t'as pu voir, donc du coup si t'as pas de dermatoscope, je pense tu ne fais pas grand-chose. »

4. Surveillance au cabinet

Avoir des images de qualité, et reconnaître l'urgence ou au contraire, l'absence d'urgence, permet une surveillance initiale au cabinet.

E2 : « ça peut être vachement bien car ça permet d'avoir une évolution, de pouvoir avoir des images comparées l'une à côté de l'autre plus facilement. »

C. Soins primaires

1. Rôle du généraliste

Plusieurs médecins considéraient la dermatologie comme faisant partie des compétences du médecin généraliste, d'autant plus avec le contexte démographique actuel en médecine. Pour dépister, pour surveiller, pour faire de la prévention, pour traiter...

E1 : « La dermato pour le coup, j'estime que c'est quand même quelque chose qui relève pour le coup de la médecine générale et que c'est important qu'on se forme, ou en tout cas qu'on soit capable de répondre à la majorité des demandes [...] le constat qu'on a de moins en moins de dermato et que c'est à nous de gérer et qui faut qu'on trie un peu mieux nos demandes. »

2. Demandes quotidiennes

Les demandes pour un problème dermatologique sont un motif du quotidien.

E5 : « Parce que c'est de la demande, c'est de la demande du quotidien, et on sait qu'on n'a plus de dermato, donc on sait que nous on doit se former un petit peu quoi. »

E12 : « La dermatologie c'est tous les jours, donc que ça soit... un bouton de fièvre... un bouton de fièvre...après j'ai vu ce matin c'était un pied d'athlète parce qu'il faisait chaud vendredi, le patient il a bricolé chez lui, après ça a été soi-disant des piqûres d'araignée, mais c'étaient pas des piqûres d'araignées plutôt des piqûres de moustiques. Ça peut-être les lésions éruptives chez l'enfant, j'ai vu une varicelle il y a 10 jours... donc c'est tous les jours quoi... »

3. Rendre service au patient

Une des motivations des omnipraticiens pour se former était l'apport d'un « service » à leur patientèle.

E7 : « Pourquoi je me suis formé à la dermatoscopie ? Parce que je me suis dit que ça allait rendre un grand service à nos patients quand même, étant donné qu'il y a plus de dermatologues dans le coin [...] on apporte un service aux patients. »

E8 : « J'ai fait le DU parce qu'il manquait... parce qu'il manque de dermatologues, et que je ressens au sein de ma patientèle, le besoin de pouvoir « aller plus loin » en dermatologique que mes connaissances de base »

4. Dépistage

La maîtrise de la dermoscopie, ou du moins la réalisation de photos de qualité, facilite le dépistage de lésions malignes, permettant une prise en charge plus précoce et donc une amélioration du pronostic.

E1 : « On a trop peu de dépistages et quand on les voit c'est que vraiment le mélanome il est arrivé, et c'est un peu dommage parce qu'on aurait pu repérer les trucs un peu suspects avant. »

5. Rassurer le praticien

La maîtrise de la dermoscopie a permis également de rassurer le praticien sur la lésion cutanée qu'il observe, d'améliorer son diagnostic et sa prise en charge.

E3 : « Je pense que ça a permis de me rassurer sur certaines lésions quand même. »

E9 : « Le dermoscope ça conforte. C'est ça l'idée, moi le fait d'avoir fait ce DU et d'avoir fait de la dermoscopie, ça m'a donné la dermatologie comme quelque chose de plus... je suis plus sûr de moi en dermatologie que ce que j'étais avant. »

D. Enrichissement professionnel

1. Compétence supplémentaire

La formation à la dermoscopie, non enseignée durant les études de médecine générale, permet d'acquérir un savoir additionnel à la pratique.

E2 : « Ça rajoute une vraie corde à notre arc. »

2. Curiosité personnelle

La curiosité du professionnel est un autre levier exprimé dans les entretiens.

E3 : « J'aime bien jeter un œil quand je l'ai, et essayer de comparer avec les images du livre pour apprendre au maximum. »

E9 : « Mais j'adore... j'adorerais, en fait, j'adorerais plus encore, mais ça c'est aussi un rêve, c'est d'aller suivre un dermato hospitalier une demi-journée par semaine, ça c'est tellement rigolo de les voir travailler, tellement marrant de voir les diagnostics, la construction, le truc c'est beaucoup plus passionnant que la cardio. »

E. Financement

1. Investissement à plusieurs

Une des solutions face au prix onéreux de l'outil, c'était d'acheter un dermoscope pour plusieurs praticiens.

E10 : « Dans le cadre de la MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire), on se ferait financer l'achat car ça reste un coût. »

E11 : « Pour notre réflexion cabinet de quatre, ce serait de réfléchir à l'utilisation, dans ce cas-là mutualiser l'outil, mais il faut qu'on soit tous d'accord. »

2. Investissement sur le long terme

Devant le coût du matériel, plusieurs médecins ont réfléchi sur le long terme.

E4 : « Si on doit investir dans du matériel médical, le dermoscope c'est pas déconnant. »

E10 : « ... après ça voilà c'est tout, tu fais une fois et après si tu fais pas mal de dermato, tu rentabilises quand même assez rapidement. »

F. Supports d'aides et de connaissances

1. Formations, Diplôme Universitaire (DU)

Une manière de se former à la dermoscopie se fait à travers des journées/soirées de formation ou les DU.

E3 : « Moi je me forme beaucoup par le biais des formations, des soirées de formation médicale continue... »

E12 : « Donc en fait, on m'a demandé si je voulais bien être sur les listes d'attente, oui, et en fait, on m'a rappelé l'année dernière en janvier, en disant « voilà, bah écoutez, vous pouvez vous inscrire ». »

2. Applications, Sites Internet, Livres

Il existe d'autres moyens de se former, d'approfondir ses connaissances ou de les entretenir.

E3 : « J'ai essayé de me former par mes propres moyens, voilà j'ai un beau livre [elle me montre le « Manuel de la Dermatoscopie » de Luc Thomas]. »

E4 : « ... sur les groupes parce que tu as le « KEZAKO du dermato » bien sûr mais tu as aussi « le divan des médecins » enfin... il y a beaucoup d'échanges là-dessus. »

3. Aide et pédagogie des dermatologues

Les médecins généralistes n'hésitent pas à demander l'avis de leurs confrères et consoeurs dermatologues afin d'affiner leurs connaissances.

E3 : « ... les correspondants dermato qui sont plutôt sympas et qui nous font une description des lésions qu'on a envoyées en photo. »

4. Alimenter une Intelligence Artificielle

Certains praticiens évoquent l'Intelligence Artificielle (IA) comme une future aide dans la prise de décision, ou du moins dans l'orientation des patients. Pour cela, il faut l'alimenter de diagnostics associés à des photos « dermatoscopiques ».

E1 : « L'IA je pense que, enfin après là pour le coup c'est un ressenti personnel car je n'ai pas vu s'il y avait des études là-dessus etc, mais je pense que ça peut quand même être assez efficace car comme ça ingurgite une banque de données monumentale en très peu de temps [...] en montrant plein de photos de dermoscopie en disant si c'est suspect ou pas suspect, ça peut très vite fabriquer un algorithme assez puissant. »

E9 : « Et je pense que, un des autres trucs, ça va être l'intelligence artificielle, comme en pneumo sur les radios de thorax. Où il va y avoir l'intelligence artificielle, elle va apprendre et elle va sélectionner les dossiers qui seront à montrer au dermato. »

IV. Les freins

A. Les freins liés à l'outil

1. Méconnaissance de l'outil

Le premier frein à l'utilisation du dermoscope, c'est avant tout de ne pas connaître son existence.

E8 : « Le plus gros frein pour moi, au départ, c'était justement la non-connaissance. »

2. Peu ergonomique

Les praticiens évoquent également la prise en main difficile du matériel. Le fait de devoir jongler entre l'outil et le téléphone portable au moment de prendre des photographies est particulièrement laborieux, sans compter les autres paramètres (la lumière, l'angle...). Les dermoscopes pouvant prendre des photos directement étant plus onéreux.

E1 : « Dans une main le téléphone, dans l'autre main le dermoscope, bien orienter, il faut que le patient soit bien installé... donc c'est pas forcément très facile. »

B. Les freins liés à la pratique du médecin généraliste

1. Le manque d'intérêt du praticien pour la dermatologie

Avant même d'évoquer d'autres freins possibles, ce qui va motiver le médecin à s'intéresser à la dermoscopie, et à la dermatologie au sens large, c'est son attrait ou non pour la spécialité.

E1 : « Il y a les préférences du médecin qui vont entrer en jeu, car forcément on est sensibilisé à ça ou pas [...] Si le médecin ça ne l'intéresse pas plus que ça ou alors qu'il n'a pas envie de mettre de l'énergie là-dedans parce qu'il en met déjà ailleurs, c'est un peu compliqué de le forcer. »

E12 : « Encore faut-il s'y intéresser, c'est comme l'échographie, l'investissement c'est long. »

2. Le refus de la « sur-spécialisation »

Plusieurs omnipraticiens acceptent la compétence supplémentaire apportée par la dermoscopie, mais refusent que cela prenne une part trop importante de leur pratique, au détriment des consultations de « médecine générale ».

E1 : « Je ne peux pas aller trop dans l'hyper-spécialisation dans toutes les spécialités, ça ça ne va pas être possible. »

E7 : « Mais en fait c'est une après-midi pendant ce temps-là je fais pas de la médecine générale, et du coup c'est des patients qui se répercutent sur le reste des après-midis, enfin des journées. »

3. Le manque de pratique, pratique irrégulière

Une pratique régulière est nécessaire pour maîtriser l'outil soulignent de nombreux participants.

E8 : « C'est quelque chose qu'il faut vraiment travailler, très très... enfin à mon avis, qu'il faut travailler très régulièrement [...] Je me rends compte que, actuellement, c'est encore ça qui me freine un peu, parce qu'il y a des choses que je sais ça va, mais il y a des choses où j'ai encore beaucoup d'incertitudes, et il faut absolument que je continue des formations en dermoscopie. »

4. La nécessité d'un réseau

Deux médecins rappellent qu'il ne suffit pas d'être formé, il faut aussi avoir les contacts pour adresser les patients, et dans un délai raisonnable.

E11 : « ... d'avoir derrière aussi le relais rapide avec l'utilisation du dermatoscope, parce qu'on met en évidence, il faut que derrière ça puisse suivre rapidement aussi. »

5. Manque de confiance, sentiment d'illégitimité

Plusieurs médecins mentionnent une appréhension à la pose d'un diagnostic suite à la consultation « dermatoscopique », un sentiment d'illégitimité vis-à-vis de ce dernier.

E1 : « Moins t'en fais, moins tu as envie d'en faire parce que moins tu te sens à l'aise. »

E3 : « C'est un outil qu'on ne connaît pas, en général, on préfère pas prendre la responsabilité aussi de faire un diagnostic. »

E7 : « il faut faire attention quand même, parce qu'on est pas dermato et on n'a pas l'œil d'un dermato. »

C. Le temps

1. L'agenda du praticien

Les participants évoquent le temps limité dans leur pratique quotidienne comme frein à la formation, puis à la pratique de la dermoscopie.

E3 : « C'est le temps de formation, surtout le manque de temps pour se former. »

E9 : « Le problème de la prise en charge dermatologique, c'est que ça prend du temps et en médecine générale, on n'a pas forcément beaucoup de temps. »

E12 : « Pour moi c'est stressant de pouvoir... devoir organiser tout le système quoi, par rapport à ça. Là par exemple je vais pouvoir faire un peu de dermato le jeudi parce que j'ai mon interne qui sera là. »

2. Le temps de la consultation

Le temps de consultation dédiée à la dermoscopie est remis en cause par de nombreux participants.

E5 : « On a du mal à faire 30 minutes, dans nos créneaux de quotidien, c'est compliqué. 30 minutes c'est beaucoup. Et c'est pour ça que la dermato, bon, je fais à peine, à peine, à peine 30 quoi. »

3. Le temps de la demande, puis de la réponse

La consultation « dermoscopique » est considérée comme « chronophage » par une partie des praticiens, d'autant plus si elle découle sur une demande Omnidoc.

E5 : « Je prends en photo, machin etc., et j'envoie mes photos. J'envoie mes photos encore après, c'est du temps en plus, c'est pas du temps dans la consultation. »

E6 : « Mes gestions d'Omnidoc je le fais le soir chez moi ou des fois le weekend parce que j'ai pas le temps de le faire autrement. »

4. Les délais d'attente pour se former

Quelques médecins pointent du doigt les délais d'attente pour accéder à certaines formations ou DU.

E12 : « je trouve que les formations c'est pas évident, pour s'inscrire déjà [...] Et quand j'ai voulu m'inscrire il y a 2 ans, c'était plein déjà. »

5. Les autres consultations dédiées

La plupart des personnes interrogées dans l'étude font déjà des consultations dédiées pour d'autres motifs, occupant une place non négligeable de leur emploi du temps.

E1 : « Je fais des consultations de 30 minutes pour le suivi des nourrissons, et pour les consultations de gynécologie, et de 45 minutes voire 1 heure pour l'entretien prénatal précoce. »

E4 : « je fais du sommeil, donc c'est le dépistage du SAS et demain j'ai mon oral pour mon DU insomnie, pour terminer, clôturer, le DU. »

E12 : « L'échographie et les troubles cognitifs. Et je suis coordinateur d'Ehpad. »

D. L'aspect financier

1. Le prix du dermoscope

Le coût du dermoscope était présenté comme un frein par certains participants.

E9 : « Ça coûte cher, un des freins, c'est le coût [...] Donc un des freins c'est le financier, je pense. »

2. Peu d'aides financières

Certains médecins pointent du doigt le peu d'aides financières à l'équipement de matériel médical, et, les conditions requises pour y accéder. En effet, la Sécurité Sociale n'alloue que 175€ à l'acquisition d'un dermoscope, et uniquement si ce dernier est connecté [26].

E1 : « Il peut y avoir des forfaits quand tu es installé qui peuvent aider à la prise en charge financière mais il faut que cela soit un matériel connecté. »

E6 : « Une aide de l'ARS... nous, on a essayé, comme on est une MSP, de se faire financer par l'ARS notre achat de matériel, ils ont pas été sensibilisés »

3. La cotation de la consultation dédiée

La cotation d'une consultation « dermoscopique » est jugée insuffisante par plusieurs participants, pour le temps passé à examiner l'ensemble du corps du patient.

E7 : « En soi financièrement on n'est pas gagnant. Parce qu'une consult d'une demi-heure pour la dermoscopie, c'est coté 54,10€, tandis qu'on est à 60 € sur deux consultations de médecine générale, enfin 30 et 30 quoi, donc c'est pas très lucratif. »

V. Les pistes

A. La formation

1. Des formations durant les études de médecine

Plusieurs médecins interrogés estiment qu'une formation à la dermoscopie, dès l'internat, voire avant pour certains, serait bénéfique.

E3 : « Je pense que ça serait bien que les internes de médecine générale soient formés à la fac tout de suite. »

E7 : « Faire des ED (Enseignements Dirigés) spécifiques dermato où on montre des planches, où on peut faire déjà un début de « qu'est-ce que c'est que la dermoscopie ? ». »

2. Des formations plus accessibles

Les omnipraticiens souhaiteraient une meilleure accessibilité des différentes formations.

E2 : « Si on pouvait avoir une formation qui est plus accessible que le DU ça serait bien, il me semble qu'il y a deux ans d'attente maintenant, ou un truc comme ça. »

E3 : « C'est plus simple d'aller en soirée [formation] que de devoir fermer le cabinet une journée ou de trouver un remplaçant pour aller se former. »

3. Une formation adaptée à la pratique

Plusieurs participants aimeraient une formation plus axée sur la dermatologie que l'on peut gérer en ville, et sur un accompagnement un peu plus approfondi à l'utilisation du dermoscope.

E8 : « Il faut que les gens soient plus à l'aise dans l'usage. Donc de ce fait là, avoir un peu plus de formations avec le dermoscope. »

E10 : « La dermatologie que t'as en hospitalier, quand t'es vraiment dans les services hospitaliers, ça reste de la dermatologie qui nécessite une prise en charge vraiment poussée, donc c'est pas forcément celle qu'on rencontre en ville. »

4. Des formations mises en avant par le Développement

Professionnel Continu

Quelques médecins plussoient le Développement Professionnel Continu (DPC) qui met en avant ces formations dermatologiques.

E6 : « Bah déjà ce qui est sympa, c'est que ça fait partie de nos DPC, donc ça c'est génial. »

B. Le financier

1. Revaloriser la consultation

Des praticiens se posent la question d'une revalorisation de la consultation « dermoscopique », payée 54,10€ à condition d'y passer trente minutes.

E7 : « Je pense que si c'était mieux coté, il y a peut-être plus de généralistes qui feraient des après-midi spéciales dermoscopie par exemple. »

2. Plus d'aides financières et/ou un matériel moins onéreux

Une aide financière pour un dermoscope, sans condition de modèle, serait appréciée par les professionnels de santé.

E1 : « Ça serait quand même pas mal qu'il y ait une prise en charge financière d'un dermoscope, pas d'un appareil connecté [...] peut-être s'il y avait une prise en charge financière ça serait déjà moins un frein. »

C. Une meilleure ergonomie de l'outil

Une meilleure ergonomie, surtout en ce qui concerne la prise de photographies des lésions cutanées, aiderait grandement certains participants.

E1 : « Avoir une interface assez facile pour prendre des photos. »

E9 : « En fait ce qu'il faudrait, c'est que l'appareil photo soit intégré, ça doit pas être si compliqué que ça à faire. »

D. Développement de l'Intelligence Artificielle

Pour certaines personnes interrogées, l'IA aura sa place dans la pratique future, dans l'aide au diagnostic médical, et notamment des dermatoses.

E9 : « Et je pense que, un des autres trucs, ça va être l'intelligence artificielle, comme en pneumo sur les radios de thorax [...] Oui à mon avis, l'IA va, sur ces choses-là, ça va déblayer énormément de trucs. »

Discussion

I. Forces et limites

A. Le sujet

La pénurie de médecins, notamment de dermatologues, est une problématique de société actuelle.

Des solutions émergent, dont la formation et l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes, premiers recours aux soins.

B. La méthode

L'approche qualitative permet d'explorer plus en profondeur les représentations et l'expérience qu'ont les médecins généralistes libéraux de la dermoscopie. Le choix d'entretiens individuels semi-dirigés a été retenu afin de permettre une plus grande liberté d'expression et de limiter le risque d'effet de soumission au groupe ainsi que le biais de désirabilité sociale.

L'étude a été réalisée en suivant le guide de vérification « Standards for Reporting Qualitative Research » (SRQR) (Annexe 2)[27].

C. Le recrutement

Un échantillonnage raisonné a été réalisé dans le but d'effectuer une analyse interprétative phénoménologique. En effet, l'échantillonnage en variation maximale a permis de recruter des praticiens aux profils variés en termes d'âge, de sexe, d'expérience et de lieu d'exercice. La diversité de la population assure la richesse des résultats. Les médecins recrutés ne connaissaient que le sujet de l'étude pour préserver leur spontanéité, et l'investigateur ne connaissait pas leur formation ou non à la dermoscopie.

D. Le recueil des données

La majorité des entretiens se sont déroulés à l'heure du midi, au cabinet du praticien, il paraît possible que certains participants n'aient pas développé leurs idées faute de temps. De plus, un entretien a été interrompu par l'appel d'une maison de retraite pour une conduite à tenir.

S'agissant de la première expérience dans le domaine de la recherche qualitative pour l'investigateur, les questions ont pu être mal formulées ou mal interprétées, parfois des propos n'ont pas été approfondis, malgré une analyse des données réalisée en même temps que le recueil afin de faire évoluer le guide d'entretien.

Cette étude a été poursuivie jusqu'à obtention de la suffisance des données, c'est-à-dire l'absence d'émergence d'idées nouvelles lors de la réalisation d'entretiens supplémentaires. Elle fut atteinte lors du onzième entretien.

E. L'analyse des données

Il peut exister une limite de par le facteur de subjectivité propre à la recherche qualitative ainsi que l'inexpérience de l'investigateur.

Afin de limiter cet aspect subjectif, une triangulation de la totalité des données a été réalisée avec l'aide de Mlle Lisa LECLERCQ, néo interne de médecine générale. Les deux codages ont ensuite été comparés afin d'aboutir à un étiquetage commun.

II. Analyse des résultats

A. Principaux résultats

La pénurie de médecins, notamment des spécialistes d'organes, poussent les omnipraticiens à trouver des moyens pour répondre aux demandes des patients. La dermoscopie fait partie de ces solutions.

On trouve dans la littérature des preuves de l'utilité de l'évaluation dermoscopique en premier recours pour hiérarchiser les patients à adresser aux dermatologues prioritairement [20] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35], et ainsi éviter des consultations ne relevant pas d'un avis spécialisé [33] [36] [37].

Cette meilleure orientation repose avant tout sur l'obtention d'images dermoscopiques de qualité facilitant la conduite à tenir : demande d'un avis spécialisé par téléexpertise (et sa prise en charge plus ou moins urgente selon la lésion identifiée) ou décision par le praticien d'une surveillance au cabinet [31] [33] [38] [39] [40] [41] [42].

Les réponses des médecins généralistes dans notre étude sont similaires à celles de la littérature sur ce sujet.

Les praticiens interrogés évoquent, eux aussi, leur rôle dans les soins primaires [36], de plus en plus sollicités par les patients pour des motifs dermatologiques [33] [43].

Une étude publiée dans le British Journal of General Practice en 2021, retrouvait chez les généralistes interrogés un motif dermatologique dans 11,31% des cas [44]. Dans une étude danoise de 2024, 46% des omnipraticiens déclaraient 5 à 10% de consultations dermatologiques dans leur pratique [45]. Un résultat concordant, 6,3%, était observé à Rennes dans une thèse de 2023 [46].

Le dermoscope est considéré comme un outil permettant de rendre service aux patients [28] [33], tout en effectuant les missions de dépistage [30] [31] [36] [47] et en rassurant les généralistes dans leurs diagnostics [21] [25] [28] [31] [33] [36] [48]. Les propos des personnes interrogées dans notre recherche abondent dans ce sens.

L'enrichissement personnel, que ce soit par l'acquisition d'une compétence supplémentaire et/ou pour satisfaire une curiosité, est un levier mis en avant par nombreux omnipraticiens sollicités. Cet aspect a également été souligné dans des travaux de recherche [32] [34] [36].

La formation en dermoscopie de nos participants à l'étude, comme celles de leurs confrères et consœurs dans la littérature, repose sur des DU, des formations proposées par le DPC, mais également en autodidacte avec des supports tels que des livres, des applications, des sites internet, etc... [21] [28] [31] [33] [36].

Cependant, pour beaucoup le manque de formation et de pratique, ainsi que le coût de l'instrument restent des freins majeurs à son utilisation. Des critères que l'on retrouvait déjà dans le travail du Dr P. Chappuis en 2015, une des premières thèses françaises de médecine générale sur le sujet de la dermoscopie [22], mais aussi dans d'autres travaux [20] [28] [30] [31] [32] [34] [35] [36] [37] [49].

Les généralistes évoquent également la méconnaissance de l'outil, le possible manque d'intérêt pour la spécialité dermatologique ainsi que le refus de la « sur-spécialisation » de la médecine générale. Points négatifs relevés dans plusieurs études [31] [32] [36].

Le temps est un obstacle important pour les praticiens. Plusieurs thèses réalisées en France concordent avec nos résultats [20] [28] [30] [31] [32] [35] [36]. Résultats retrouvés également dans un article publié en 2020 dans « The Journal of the American Board of Family Medicine » [49].

Pour rappel le temps de consultation dédiée à la dermoscopie est fixé par la Sécurité Sociale à un minimum de trente minutes si le praticien souhaite le coter (« QZQP001 ») et être rémunéré 54,10€ [50].

L'aspect médico-légal avec la question de l'engagement de la responsabilité du généraliste ne semble pas être un frein pour les généralistes interrogés car il n'en a pas été question, là où il apparaît dans un article d'auteurs de la « Nova Southeastern University » paru dans le « Dermatology Practical & Conceptual Journal » en 2017 [23].

B. Les pistes

Afin de systématiser l'utilisation de la dermoscopie en médecine générale, les participants ont soumis l'idée d'une revalorisation de la consultation dédiée à la dermoscopie. En effet, la tarification de 54,10€ est jugée insuffisante compte tenu du temps de consultation exigé de trente minutes minimum, auquel s'ajoutent le temps administratif nécessaire à la demande de l'avis (classement des photos, rédaction de la demande d'avis, réception de la réponse). En comparaison, une consultation de quinze minutes pour un patient de plus de six ans est rémunérée trente euros.

Il a aussi été évoqué une aide financière à l'achat d'un dermoscope mais sans que celui-ci ne soit obligatoirement « connecté », ou tout simplement d'une diminution globale du coût de ces outils.

Ces propositions ont également été émises dans d'autres travaux pour aider à lever l'obstacle financier [31] [32] [36] [51].

Les praticiens de cette étude, comme beaucoup d'autres médecins généralistes, souhaiteraient être formés à l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires [32] [36] [49] [51] [52] [53].

Selon une revue Cochrane de 2018 [54], le moyen le plus efficace de former les professionnels de santé à la dermoscopie reste à définir.

Nombreux sont les travaux de thèses qui ont exploré l'efficacité de multiples modalités de formation à la dermoscopie :

- Une formation des internes par E-learning [55] ;
- Une formation par la « technique d'analyse de patron en deux étapes » couplée à l'intelligence artificielle auprès des internes [56] ;
- La formation des externes et des internes au dépistage du mélanome [57] ;
- Une formation des médecins généralistes par formation médicale continue (FMC) [34] ;
- Une formation des internes en visioconférence [58].

Chacune de ces études mettant en évidence une amélioration significative des compétences diagnostiques des populations étudiées.

L'utilisation de l'IA en aide diagnostique a été soulevée par certains des médecins interrogés dans cette étude. Cette question avait également été discutée aux États-Unis dans deux articles, l'un publié dans le journal médical "Cancers" [59] et l'autre dans "The Cureus Journal of Medical Science" [60], tous deux parus en 2024. Les conclusions étaient similaires : l'IA a le potentiel d'être un outil permettant d'améliorer la sensibilité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge des cancers cutanés.

Se pose alors la question du cadre réglementaire et éthique encadrant l'utilisation de l'IA [61]. La SFD reconnaît son utilité, et met par ailleurs en garde contre ses dérives, en particulier des actes de dépistage proposés dans des contextes non médicaux (pharmacies, centres commerciaux, applications), sans supervision dermatologique ni validation scientifique [62].

Conclusion

Le système de soins français est en pleine crise démographique, il arrive, malheureusement, que des malades errent sans diagnostic et/ou sans prise en charge. Il n'est alors pas rare de voir des patients consulter dans les pays frontaliers face aux délais de consultation spécialisée. Dans ce contexte, le médecin généraliste, pivot des soins de premier recours, doit composer avec les départs à la retraite de ses pairs, non remplacés, et les doléances des malades de plus en plus importantes.

Afin de répondre aux demandes quotidiennes, les omnipraticiens n'hésitent pas à se former et à utiliser les outils à leur disposition.

L'utilité de la dermoscopie en médecine générale a été démontrée de nombreuses fois dans la littérature, mais l'instrument reste encore trop peu utilisé par les médecins généralistes français. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les leviers et les freins à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes, libéraux, du Nord et du Pas-de-Calais.

En ce qui concerne les leviers, en analysant les entretiens des médecins interrogés, nous avons noté : la pénurie actuelle de spécialistes, une meilleure orientation des patients, l'utilité dans les soins primaires, l'enrichissement du praticien, les solutions pour réduire le coût, les divers supports d'aides disponibles.

Les freins à son utilisation, relevés par les participants sont : le manque d'ergonomie de l'outil en tant que tel, la pratique du médecin généraliste, le temps et l'aspect financier.

L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour faciliter son utilisation dans les cabinets de médecine générale. En ce sens, les propositions émises étaient axées sur la formation des généralistes que ce soit durant l'internat ou en promouvant le DPC, sur l'aspect financier notamment en revalorisant la consultation dédiée, l'amélioration de l'ergonomie de l'outil, ainsi que sur le développement de l'IA.

Les études confirment l'intérêt croissant des médecins généralistes pour la dermoscopie bien qu'il reste des éléments à régler pour la rendre accessible au plus grand nombre.

Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche quantitatif, questionnant un grand nombre de médecins généralistes sur les freins et les leviers à l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires en s'appuyant sur les éléments mis en évidence dans cette thèse ainsi que dans d'autres études qualitatives.

Il serait également pertinent d'interroger les dermatologues à ce sujet : les spécialistes constatent-ils une évolution dans leur pratique depuis que des omnipraticiens utilisent le dermoscope ?

Références

- [1] Société Française de Dermatologie. Dans la Peau des Français - Dossier de presse 2017.
- [2] Syndicat National des Dermatologues Vénérologues. Pénurie de Dermatologues : Les Chiffres Alarmants de l'Accès aux Soins Dermatologiques 2025.
- [3] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche Territoriale des Spécialités Médicales et Chirurgicales - Situation 2025.
- [4] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France - Situation 2013.
- [5] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Médecins - Le Bulletin de l'Ordre National des Médecins - N°90 2024.
- [6] Société Française de Dermatologie. SFD - Nombre d'internes en dermatologie 2025. <https://www.sfdermato.org/actualite/595-nombre-d-internes-en-dermatologie->.
- [7] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n°0301 2015. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=ZCDUx1ADRxMBc5PjjGtHXf67QlabZUPLYjkzpSGUbcg=>.
- [8] Légifrance - Arrêté du 31 juillet 2023 fixant au titre de l'année universitaire 2023-2024 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire 2023. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047931748>.
- [9] 95 jours de délais moyen en France pour une consultation en dermatologie. Caducee.net 2020. <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14682/95-jours-de-delaix-moyen-en-france-pour-une-consultation-en-dermatologie.html>.
- [10] Maladies de peau : un accès aux soins de plus en plus difficile alors qu'un Français sur deux est complexé par sa peau (étude Ifop pour Sanofi) 2023. <https://www.sanofi.fr/fr/media/communiques-et-dossiers-de-presse/2023/les-francais-face-aux-maladies-de-peau-et-a-l-eczema>.
- [11] Mélanome (cancer de la peau) et facteurs de risque • Cancer Environnement. Cancer Environ 2025. <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-de-la-peau-melanome/>.
- [12] Légifrance - LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie 2004. https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/?detailType=EXPOSE_MOTIFS&detailId=.
- [13] Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Auger I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bull Cancer (Paris) 2019;106:707–13. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.11.015>.

- [14] HAS. Stratégie de Diagnostic Précoce du Mélanome 2006.
- [15] Légifrance - Article L6316-1 - Code de la Santé Publique 2025. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051284860.
- [16] Légifrance - Article R6316-1 - Code de la Santé Publique 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043600549.
- [17] Assurance Maladie, Ameli.fr - La téléexpertise 2026. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>.
- [18] HEINE Optotechnik - L'histoire de HEINE 2023. <https://www.heine.com/fr/a-propos-de-nous/philosophie/lhistoire-de-heine>.
- [19] Gómez Arias PJ, Arias Blanco MC, Redondo Sánchez J, Escribano Villanueva F, Vélez García-Nieto AJ. [Usefulness and efficiency of teledermoscopy in skin cancer management in primary care]. *Semergen* 2020;46:553–9. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.026>.
- [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] Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can* 2012;58:740–5, e372-378.
- [22] Chappuis P. Utilité de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de 425 médecins généralistes français. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard-Lyon 1, 2015.
- [23] Morris JB, Alfonso SV, Hernandez N, Fernández MI. Examining the factors associated with past and present dermoscopy use among family physicians. *Dermatol Pract Concept* 2017;63–70. <https://doi.org/10.5826/dpc.0704a13>.
- [24] Secker LJ, Buis PAJ, Bergman W, Kukutsch NA. Effect of a Dermoscopy Training Course on the Accuracy of Primary Care Physicians in Diagnosing Pigmented Lesions. *Acta Derm Venereol* 2017;97:263–5. <https://doi.org/10.2340/00015555-2526>.
- [25] Whiting G, Stocks N, Morgan S, Tapley A, Henderson K, Holliday E, et al. General practice registrars' use of dermoscopy: Prevalence, associations and influence on diagnosis and confidence. *Aust J Gen Pract* 2019;48:547–53. <https://doi.org/10.31128/AJGP-11-18-4773>.
- [26] La téléconsultation 2026. <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>.
- [27] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med* 2014;89:1245. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- [28] 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>.

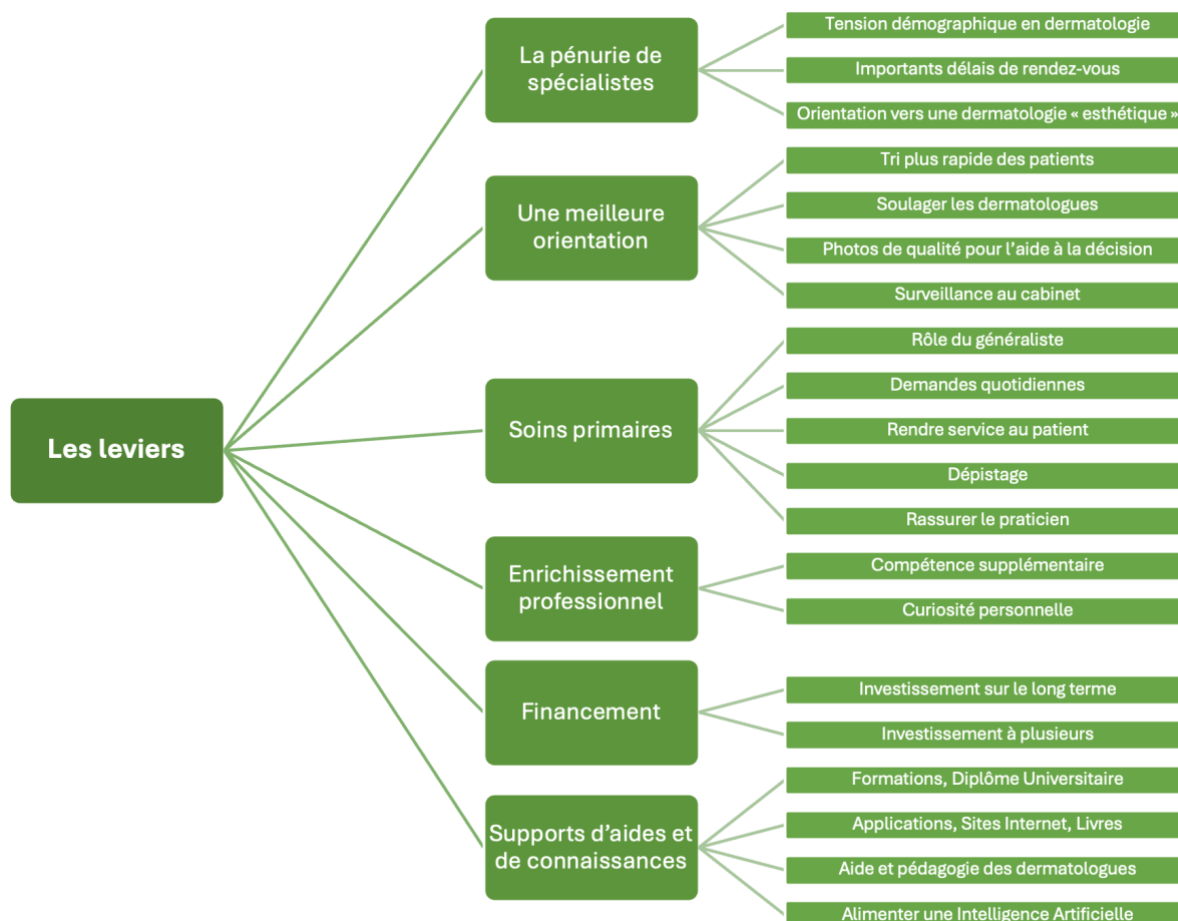
- [29] Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2006;24:1877–82. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.0864>.
- [30] Venchi F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux. Thèse d'exercice. Aix Marseille Université, 2019.
- [31] Galimidi Y. État des lieux de la pratique du dépistage du mélanome cutané par les médecins généralistes et l'utilisation de la dermoscopie. Thèse d'exercice. Université de Paris Cité, 2024.
- [32] Legendre S. Pourquoi les médecins généralistes n'intègrent-ils pas la dermoscopie dans leur pratique ? : une thèse qualitative auprès des praticiens de l'agglomération caennaise. Thèse d'exercice. Université de Caen, 2024.
- [33] Verdoucq A. Apports de la dermoscopie dans la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Thèse d'exercice. Université de Lille, 2024.
- [34] Pitaud D-H. Formation à la dermoscopie en médecine générale : ressenti du médecin et impact sur la prise en charge des lésions cutanées. Thèse d'exercice. Université de Poitiers, 2024.
- [35] Nouara É. État des connaissances des médecins généralistes de l'aire urbaine Nord Franche-Comté sur le dermatoscope dans le diagnostic dermatologique. Thèse d'exercice. Université de Franche-Comté, 2023.
- [36] Reveillard L. Représentations et expérience qu'ont les médecins généralistes de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en soins primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes des Pyrénées-Orientales. Thèse d'exercice. Université de Montpellier, 2020.
- [37] 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>.
- [38] Ferrándiz L, Ojeda-Vila T, Corrales A, Martín-Gutiérrez FJ, Ruíz-de-Casas A, Galdeano R, et al. Internet-based skin cancer screening using clinical images alone or in conjunction with dermoscopic images: A randomized teledermoscopy trial. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:676–82. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.041>.
- [39] van der Heijden JP, Thijssing L, Witkamp L, Spuls PI, de Keizer NF. Accuracy and reliability of teledermatoscopy with images taken by general practitioners during everyday practice. *J Telemed Telecare* 2013;19:320–5. <https://doi.org/10.1177/1357633X13503437>.
- [40] Dahlén Gyllencreutz J, Paoli J, Bjellerup M, Bucharbajeva Z, Gonzalez H, Nielsen K, et al. Diagnostic agreement and interobserver concordance with teledermoscopy referrals. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2017;31:898–903. <https://doi.org/10.1111/jdv.14147>.
- [41] Lee KJ, Finnane A, Soyer HP. Recent trends in teledermatology and teledermoscopy. *Dermatol Pract Concept* 2018;8:214–23. <https://doi.org/10.5826/dpc.0803a13>.

- [42] Lim D, Oakley AMM, Rademaker M. Better, sooner, more convenient: a successful teledermoscopy service. *Australas J Dermatol* 2012;53:22–5. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2011.00836.x>.
- [43] Borys M-F, Millot C, Duminil T. Quel rôle le médecin généraliste souhaite-t-il avoir dans le dépistage du mélanome ? 2013.
- [44] Dolfini L, Patel Y. Dermatology in primary care: an audit of the proportion of patients who present to general practice with a dermatological problem that could be self-managed. *Br J Gen Pract* 2020;70. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X711053>.
- [45] Sofie Froelunde A, Deleuran M, Thomsen JL, Vestergaard C. The doctors' perception of skin diseases in general practice in Denmark, with emphasis on atopic dermatitis: A descriptive study. *JEADV Clin Pract* 2024;3:1095–101. <https://doi.org/10.1002/jvc2.426>.
- [46] Banquy M-B. Pathologie cutanée en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes participant au diplôme universitaire de dermatologie de la faculté de Rennes 2023:52.
- [47] Assurance Maladie, Ameli.fr - Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés 2025. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>.
- [48] Jones OT, Jurascheck LC, Utukuri M, Pannebakker MM, Emery J, Walter FM. Dermoscopy use in UK primary care: a survey of GPs with a special interest in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33:1706–12. <https://doi.org/10.1111/jdv.15614>.
- [49] Williams NM, Marghoob AA, Seiverling E, Usatine R, Tsang D, Jaimes N. Perspectives on Dermoscopy in the Primary Care Setting. *J Am Board Fam Med JABFM* 2020;33:1022–4. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200238>.
- [50] OMNIPrat - Dermatoscopie : aide à la cotation 2024. <https://omniprat.org/fiches-pratiques/dermatoscopie-pour-surveillance-de-lesions-a-haut-risque/>.
- [51] Kowal É. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes bas-normands. Thèse d'exercice. Université de Caen, 2022.
- [52] Vidalain T. La dermatoscopie dans la détection précoce du mélanome malin en consultation, facteurs influençant son utilisation en médecine générale : une étude quantitative. Thèse d'exercice. Université de Poitiers, 2018.
- [53] Kacem AB. La pratique de la dermatologie en médecine générale recours au spécialiste et besoins de formation en Picardie. Université de Picardie Jules Verne, Faculté de Médecine d'Amiens, 2019.
- [54] 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;12:CD011902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011902.pub2>.
- [55] Friche P. Évaluation de l'évolution des connaissances en dermatoscopie des internes de médecine générale de Montpellier à la suite d'une formation en E-learning. Thèse d'exercice. Université de Montpellier, 2021.

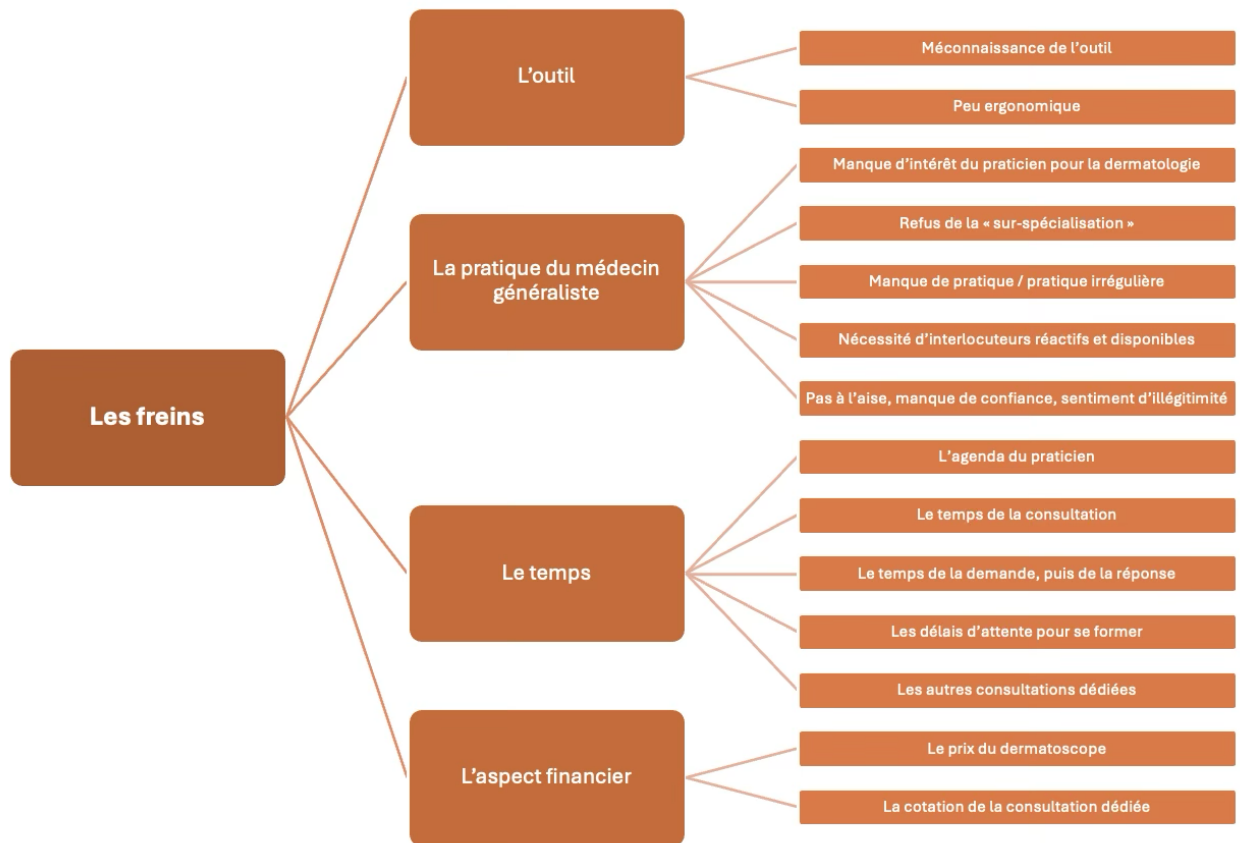
- [56] Cortez CD. Évaluation de l'impact d'une formation en dermoscopie par la « technique d'analyse de patron en deux étapes » couplée à l'intelligence artificielle auprès des internes de médecine générale. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1, 2022.
- [57] Nathalie Kassis SR. Place de la dermatoscopie pour le dépistage du mélanome dans la formation des externes et internes en médecine générale : revue systématique de la littérature. Thèse d'exercice. Université Angers, 2024.
- [58] Faska C. Évaluation de l'impact d'une formation de dermoscopie à visée des internes de médecine générale de Lille. Thèse d'exercice. Université de Lille, 2025.
- [59] Witkowski AM, Burshtein J, Christopher M, Cockerell C, Correa L, Cotter D, et al. Clinical Utility of a Digital Dermoscopy Image-Based Artificial Intelligence Device in the Diagnosis and Management of Skin Cancer by Dermatologists. *Cancers* 2024;16:3592. <https://doi.org/10.3390/cancers16213592>.
- [60] Reddy S, Shaheed A, Patel R, Reddy S, Shaheed A, Patel R. Artificial Intelligence in Dermoscopy: Enhancing Diagnosis to Distinguish Benign and Malignant Skin Lesions. *Cureus* 2024;16. <https://doi.org/10.7759/cureus.54656>.
- [61] Monnier J, L'Orphelin J-M, Bataille M. Intelligence artificielle en dermatologie : implications pratiques. *Ann Dermatol Vénéréologie - FMC* 2024;4:203–7. <https://doi.org/10.1016/j.fander.2024.01.011>.
- [62] Société Française de Dermatologie. Dérive de l'IA 2025.

Annexes

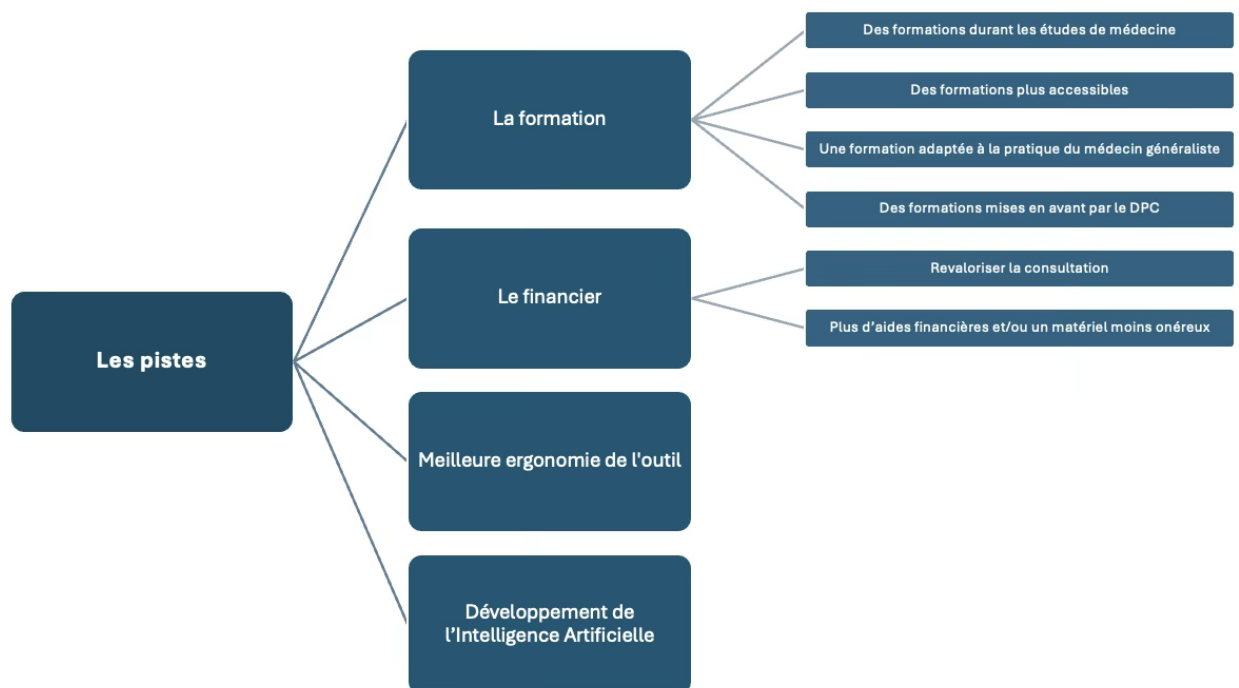
Annexe 1 : Résumé des résultats



Les leviers à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes libéraux



Les freins à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes libéraux



Les pistes à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes libéraux

Annexe 2 : Standards for Reporting Qualitative Research

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour, dans le cadre de ma thèse « La dermoscopie dans la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, étude qualitative auprès des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais » je réalise actuellement une étude en lien avec la prise en charge dermatologique des patients en médecine générale.

Durant l'entretien, nous allons discuter de votre pratique liée à cette problématique sous différents aspects.

- 1- Quel est votre avis au sujet de la situation démographique actuelle, en France, vis-à-vis des dermatologues ?
- 2- Quelle place occupe la dermatologie dans votre pratique ?
Quelles ressources avez-vous à disposition afin de répondre aux différentes demandes (formations, contacts spécifiques, outils, gestes...) ?
- 3- Pouvez-vous me raconter votre expérience avec la dermoscopie / dermatoscopie ? Comment avez-vous découvert cet outil ?
- 4- Quels intérêts y verriez/voyez-vous à son utilisation en médecine générale ?
- 5- Au contraire, quels en seraient/sont, selon vous, les freins et les obstacles ?
- 6- Quelles pistes proposeriez-vous pour en faciliter l'usage ?

Annexe 4 : Information pour une participation à une étude médicale

Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port - 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : LECLERCQ
Prénom de l'étudiant : Martin
Tel : 03.20.13.41.47



Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse de médecine générale que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« La dermatoscopie dans la pratique des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, étude qualitative auprès des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais »

Cette recherche a pour objectif de connaître les freins et les leviers à l'utilisation de la dermatoscopie par les médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin d'effectuer des entretiens avec des médecins généralistes exerçant dans le Nord et/ou dans le Pas-de-Calais afin de discuter de leur pratique en ce qui concerne la dermatologie et plus spécifiquement de la dermatoscopie. C'est la raison pour laquelle je vous contacte.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que l'entretien sera enregistré à l'aide de deux enregistreurs vocaux
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle, c'est-à-dire par pseudonymisation, et que les enregistrements seront supprimés dès la fin de la retranscription
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil de 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 et aux articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Numéro d'entretien :

Âge :

Sexe :

Milieu d'exercice :

Fait à Le.....

AUTEUR : Nom : LECLERCQ Prénom : Martin

Date de Soutenance : 06/05/2026

Titre de la Thèse : La dermoscopie dans la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès des médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Dermoscopie ; Dermatoscopie ; Médecine Générale ; Dermatologie

Résumé :

Contexte : En 15 ans, le nombre de dermatologues en France a chuté de 21%, et le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime que cela va perdurer. En conséquence le délai pour obtenir un rendez-vous augmente, ainsi que les risques de retards de diagnostic, de prise en charge et donc de mauvais pronostic, notamment dans le cas du mélanome. Nombreuses études ont prouvé l'apport diagnostique et la fiabilité de la dermoscopie dans le diagnostic de lésions cutanées. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les leviers et les freins à l'utilisation de la dermoscopie par les médecins généralistes, libéraux, du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour élargir son utilisation en soins primaires.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés, auprès de médecins généralistes libéraux du Nord et du Pas-de-Calais entre Juin et Juillet 2025. L'analyse interprétative phénoménologique a été appliquée car elle permet une meilleure compréhension de l'expérience vécue des individus.

Résultats : Douze médecins généralistes ont été interrogés. En ce qui concerne les leviers, nous avons noté : la pénurie actuelle de spécialistes, une meilleure orientation des patients, l'utilité dans les soins primaires, l'enrichissement du praticien, les solutions pour réduire le coût, et les divers supports d'aides disponibles. Au contraire, les freins à son utilisation relevés par les participants sont : l'outil en tant que tel, la pratique du médecin généraliste, le temps et l'aspect financier. Les propositions émises de manière à élargir l'utilisation de la dermoscopie en soins primaires étaient axées sur : la formation des généralistes que ce soit durant l'internat ou en promulguant le DPC, sur l'aspect financier notamment en revalorisant la consultation dédiée, sur le côté ergonomique de l'outil, ainsi que sur le développement de l'IA.

Conclusion : L'intérêt des médecins généralistes pour la dermoscopie est croissant bien qu'il reste des éléments à régler afin de la rendre accessible au plus grand nombre.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Assesseurs : Monsieur le Docteur François QUERSIN
Madame le Docteur Claire DURETZ

Directeur : Madame le Docteur Marion LEVECQ-FARSY