UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2025-2026

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

PERCEPTION DES DERMATOLOGUES SUR LA PRISE EN CHARGE DES LESIONS PRECANCEREUSES ET DES CARCINOMES CUTANES DE BON PRONOSTIC PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Présentée et soutenue le 16 octobre 2026

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Marine JOANNIC**

Née le 06/07/1996, à Saint-Maur-des-Fossés (94)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thierry PASSERON

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Pierre-Michel DUGOURD

Madame le Docteur Laura DECK

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Stephany MARIE-LUCE

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Doyen

Pr. Jean DELLAMONICA

Vice-doyennes

Pédagogie	**Pr. Véronique ALUNNI**
Recherche	**Pr. Barbara SEITZ-POLSKI**
Relations internationales	**Pr Fanny BUREL-VANDENBOS**
Vice-Président étudiant	**Alexandre GUÉRIN**

Conservateur de la bibliothèque	Mme Danièle AMSELLE
Directrice administrative des services	

Doyens Honoraires	M. Patrick RAMPAL
	M. Daniel BENCHIMOL
	M. Patrick BAQUÉ

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Fabien	ALMAIRAC	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M	Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	Stéphanie	BAILLIF	Ophtalmologie (55.02)
Mme	Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M.	Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M.	J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51.03)
M.	André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M.	Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
Mme	Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytolo. path. (42.03)
M.	Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme	Barbara	CASOLLA	Neurologie (49.01)
M.	Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M.	Emmanuel	CHAMOREY	SCIENCES DU MEDICAMENT ET DES AUTRES PRODUITS DE SANTE (81)
M.	Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M.	Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
Mme	Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence (48.05)
Mme	Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M.	Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M.	Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	Julien	DINKEL	Radiologie et imagerie médicale (43.02)
M.	Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M.	Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie (48.03)
M.	Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)
M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Marc-Olivier	GAUCI	Chirurgie orthopédique et traumatologique 50.02)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie (55.01)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytolo. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytolo. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	Sandra	LASSALLE	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)
M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
Mme	Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytolo. path. (42.03)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	Guillaume	SACCO	Médecine interne; gériatrie et biologie du viellissement; addictologie option (53.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépato Gastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIET	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	Jonathan	BENZAQUEN	Pneumologie (51.01)
Mme	Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme	Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme	Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale (53.03)
Mme	Charlotte	BOYER-HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	Sok Sithikun	BUN	Cardiologie (51.02)
M.	Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M.	Grégoire	D'ANDREA	Anatomie (42.01)
M.	Alexandre	DESTERE	Pharmacologie fondamentale, pharmacoligie clinique, addictologie (48,03)
M.	Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie (49.04)
Mme	Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme	Marie-Noëlle	MAGNIÉ-MAURO	Physiologie (44.02)
M.	Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M.	Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M.	Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale (52.02)
M.	Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	Céline	OCCELLI	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme	Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

M.	Arnaud	CHOPLIN	IFMK (38)
Mme	Auriane	GROS	Orthophonie (69)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	Alexandra	PLONKA	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	Rebecca	LANDI	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme	Emeline	MICHEL	Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	Arriel	BENIS	Biostatistique Informatique Médicale (46.04)
Mme	Céline	CASTA	Médecine Générale (53.03)
M.	Faredj	CHERIKH	Addictologie (53.01)
M.	Fabrice	GASPERINI	Médecine Générale (53.03)
Mme	Christine	LEBRUN-FRENAY	Neurologie (49.01)
M.	Ronan	JAMBOU	Parasitologie (45.02)
M.	Axel	MAURICE-SZAMBURSKI	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (48.01)
M.	Geoffroy	NOEL	Anatomie (42.01)
Mme	Flora	TREMELLAT-FALIERE	Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	Sarah	FILALI	Médecine Générale (53.03)
M.	Marc-André	GUERVILLE	Médecine Générale (53.03)
Mme	Maud	RAQUIN-POUILLON	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI
M.	Jean	AMIEL
M.	Daniel	BALAS
M.	Michel	BATT
M.	Etienne	BÉRARD
M.	Gilles	BERNARDIN
M.	Bruno	BLAIVE
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR
M.	Patrice	BOQUET
M.	André	BOURGEON
M.	Patrick	BOUTTÉ
M.	J-Noël	BRUNETON
Mme	Françoise	BUSSIERE
M.	J-Pierre	CAMOUS
M.	Bertrand	CANIVET
M.	Jill-patrice	CASSUTO
M.	Marcel	CHATEL
M.	Alain	COUSSEMENT
M.	Jacques	DARCOURT
M.	Guy	DARCOURT
M.	Fernand	DE_PERETTI
M.	Pierre	DELLAMONICA
M.	Jean	DELMONT
M.	François	DEMARD
M.	Claude	DESNUELLE
M.	Claude	DOLISI
M.	Patrick	FENICHEL
M.	J-Paul	FOURNIER
M.	Alain	FRANCO
M.	Pierre	FREYCHET
M.	J-Gabriel	FUZIBET
M.	Pierre	GASTAUD
M.	J-Pierre	GÉRARD
M.	Pierre	GIBELIN
M.	J-Yves	GILLET
M.	Jean	GUGENHEIM
M.	Patrick	GRELLIER
M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Reda	HASSEN KHODJA
M.	Xavier	HÉBUTERNE
M.	Philippe	HOFLIGER
Mme	Carole	ICHAI
M.	Jacques	JOURDAN
M.	J-Philippe	LACOUR
M.	J-Claude	LAMBERT
M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Claude	LEFEBVRE
M.	Roger	MARIANI
M.	Pierre	MARTY
M.	René	MASSEYEFF
M.	Mathieu	MATTEI
M.	J-François	MICHIELS
M.	Jean	MOUIEL
M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Martine	MYQUEL
M.	Bernard	PADOVANI
M.	Philippe	PAQUIS
M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	Philippe	ROBERT
M.	Joseph	SANTINI
M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Antoine	THYSS
M.	Jacques	TOUBOL
M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mme	Guislaine	BERNARD-POMIER	Mme	Nadine	MEMRAN
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	M.	Raymond	MENGUAL
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Roméo	EMILIOZZI	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Thierry	FOSSE	M.	Jean	TESTA
M.	Philippe	FRANKEN	M.	Pierre	TOULON
M.	Rodolphe	GARRAFFO			

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2025 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Thierry PASSERON, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour votre présence dans ce jury.

À Madame le Docteur Stephany MARIE-LUCE, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité et ton aide précieuse, notamment pour toute la partie administrative que je n'aurais pas su gérer seule.

À Monsieur le Docteur Pierre-Michel DUGOURD, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement du temps que vous y avez consacré et de votre participation à ce jury.

À Madame le Docteur Laura DECK, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Notre rencontre au Centre de santé sexuelle de Bastia restera un très beau souvenir de compagnonnage, et j'ai hâte de démarrer cette belle aventure à tes cotés à Erbalunga. Merci pour ton amitié et pour tout ce que tu m'as appris.

À tous les médecins, qui d'une façon ou d'une autre ont participé à ma formation.

À mes parents, pour votre soutien inconditionnel tout au long de ces longues années. Rien de tout cela n'aurait été possible sans vous. Merci d'avoir toujours cru en moi, même quand je n'y croyais plus.

À Yann, mon petit frère, pour tes chakras ouverts, les paris idiots, les fous rires et toutes ces discussions philosophiques dont nous seuls avons le secret. Merci d'être ce petit frère avec qui je peux aussi bien refaire le monde que raconter n'importe quoi.

À Laure et Pauline, mes amies d'enfance avec qui j'ai grandi et évolué. Merci pour tous ces souvenirs, les bons comme les moins glorieux, dont on rit encore aujourd'hui. Merci d'être encore là, après toutes ces années.

À Marion et Marie-Caroline, mes amies de pharma et mes compagnonnes de voyage. Des amphis aux valises, merci d'avoir été là à chaque étape et pour tous les kilomètres parcourus ensemble. Il en reste beaucoup à faire…

À mes amis d'externat : **Alexis, Antoine, Clément, Justine, Lucie, Manon, Marianne, Raph et Romane**, merci pour tous les beaux moments partagés ensemble, ceux qui ont rendu ces années légères et ceux qu'on se raconte encore.

À Mathilde et William, le meilleur Airbnb de Nice, et bien plus que ça. Merci pour votre accueil, votre générosité, votre bonne humeur et pour toutes ces soirées partagées à Nice (et en Corse).

À toutes les belles rencontres faites en Corse :

À Claire et Marie, mes rayons de soleil qui manquent aujourd'hui à la Corse. Merci pour votre lumière.

À Anna et Sarah, mes amies bastiaises. Merci pour tous les kilomètres à vélo ou en footing.

À Enora, mon amie d'internat et future consœur de Balagne. Merci pour tous les bons moments partagés pendant ces deux semestres à Ajaccio, et notamment pour cette randonnée ubuesque sous le Tafunatu, qui restera un souvenir mémorable.

À Clara, merci pour ta douceur et pour toutes ces longues discussions sur les terrasses ajacciennes.

À Meryam pour cette belle rencontre sur le Corsica Ferry, suivie de six mois de colocation incroyable et surtout d'une très belle amitié. Merci pour tous les fous rires, les discussions et les beaux moments partagés depuis. Et puisque tu n'as toujours pas réussi à choisir entre Paris et l'ile de Beauté, je crois qu'il va falloir continuer à en profiter encore un peu.

Et enfin à toi, **mon Titouan**, la bonne étoile qui t'a mis sur mon chemin en arrivant en Corse a décidément bien fait les choses : deux Bretons réunis à l'autre bout de la France. Merci pour ton humour sarcastique, ton soutien, nos voyages, nos kilomètres de sentiers et tous les défis un peu fous que tu m'as donné envie de relever. Merci de m'avoir accueilli chez toi, avec tes deux adorables chats qui ont dû apprendre à composer avec une nouvelle colocataire. Merci pour toutes ces aventures partagées et pour tous les projets que nous construisons ensemble. Tu es ma plus belle rencontre.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : ANTECEDENT(S)

CBC : CARCINOMES BASOCELLULAIRES

CE : CARCINOMES EPIDERMOÏDES

CCAM : CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

CHU : CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

CNIL : COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATION ET DES LIBERTES

CNOM : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

CPTS : COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE

DES : DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES

DOM : DEPARTEMENT D'OUTRE-MER

DPC : DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

DPO : DATA PROTECTION OFFICER

DU : DIPLOME UNIVERSITAIRE

ECN : ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

FDVF : FUTURS DERMATO-VENEROLOGUES DE FRANCE

FFFCEDV : FEDERATION FRANÇAISE DE FORMATION CONTINUE ET D'EVALUATION EN DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE

IA : INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

IFOP : INSTITUT FRANÇAIS D'OPINION PUBLIQUE

INCA : INSTITUT NATIONAL DU CANCER

KA : KERATOSES ACTINIQUES

LFSS : LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

MG: MÉDECINS GÉNÉRALISTES

MDOP : MAISON DE DERMATOLOGIE DE L'OUEST PARISIEN

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PACA : PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

QCM : QUESTIONS À CHOIX MULTIPLE

QRU : QUESTIONS À RÉPONSE UNIQUE

RCP : RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

RGPD : RÉGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

RPPS: REPERTOIRE PARTAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

SFD : SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

SNDS : SYSTEME NATIONAL DES DONNEES DE SANTE

TOM : TERRITOIRE D'OUTRE-MER

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 10
LISTE DES ABREVIATIONS 12
SOMMAIRE 13
1. INTRODUCTION 14
2. MATERIEL ET METHODE 17
2.1 Type d'étude 17
2.2 Population de l'étude 17
2.3 Mode de recueil des données 17
2.4 Mode d'analyse des données 18
2.5 Aspects réglementaires et éthiques 18
3. RESULTATS 19
3.1 Caractéristiques de la population 19
3.2 Fréquence de rencontre avec des lésions tumorales cutanées et délais de rendez-vous. 20
3.3 Perception du rôle des médecins généralistes dans le dépistage 21
3.4 Perception du suivi oncologique par le médecin généraliste 22
3.5 Attentes concernant la délégation d'actes diagnostiques et thérapeutiques 23
3.6 Conditions nécessaires à une délégation sécurisée 24
3.7 L'intérêt de la Télé-expertise 25
3.8 Recommandations libres des répondants 25
4. DISCUSSIONS 27
Forces et limites de l'étude 33
Conclusion 34
REFERENCES 36
SERMENT D'HIPPOCRATE 39
RESUME 40
ABSTRACT 41
ANNEXES 42
Le Questionnaire 42

1. INTRODUCTION

En France, le médecin généraliste (MG) constitue le pivot du système de soins depuis l'instauration du parcours de santé coordonné par la loi du 13 août 2004 [1]. Premier recours pour la grande majorité des patients, il assure la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge initiale des pathologies avant tout adressage vers le spécialiste. Parmi les motifs qu'il rencontre quotidiennement, les affections cutanées occupent une place prépondérante, allant de 15 à 20 % de l'activité [2].

La démographie médicale dermatologique française traverse pourtant une crise structurelle profonde et durable. Selon les données du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), le nombre de dermatologues actifs a chuté de 3 135 en 2014 à 2 441 en 2022, soit une perte de 22,1 % en moins d'une décennie [3,4]. En 2024, la densité nationale s'établit à 3,26 pour 100 000 habitants, très en deçà du seuil fonctionnel estimé entre 5 et 6 [4]. Ce déclin trouve ses origines dans des décisions politiques anciennes : la réduction massive du numerus clausus entre les années 1980 et 2000, la suppression des Certificats d'Études Spécialisées (CES) en 1984 au profit d'un DES accessible uniquement par concours, et le dispositif MICA (1988–2003) encourageant la cessation anticipée d'activité [5]. Les projections à l'horizon 2030–2035 ne laissent présager aucune inversion spontanée de cette tendance, en dépit de l'ouverture de 102 postes d'internes à la rentrée 2025, insuffisante selon les représentants des jeunes dermatologues, qui en estimaient 124 nécessaires pour stabiliser l'offre [4,6]. Près de la moitié des dermatologues actifs en France ont aujourd'hui plus de 55 ans [3]. Dans les cinq à dix prochaines années, une vague de départs en retraite sans précédent s'annonce, qui aggravera automatiquement la pénurie déjà documentée, avec des projections de –28 à –37 % à l'horizon 2035 [5]. Sur le plan territorial, les inégalités sont saisissantes. Plusieurs départements (Lozère, Creuse, Indre, Nièvre) ne comptaient plus aucun dermatologue en activité en 2023 [3]. Sur le plan national, le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous de dermatologie atteignait 104 jours en 2023, contre 41 jours en 2012 [4] ; 46 % des patients déclarent avoir déjà renoncé à un traitement dermatologique en raison de ces délais, selon une enquête IFOP menée en 2023 auprès de 2 011 personnes, relayée dans le cadre de l'action de sensibilisation de la MDOP [7].

Cette inaccessibilité aux soins spécialisés est d'autant plus préoccupante que les cancers cutanés représentent le groupe de cancers le plus fréquent en France. Selon Santé publique France et l'Institut national du cancer, leur incidence est estimée entre 141 200 et 243 500

nouveaux cas annuels, dont environ 70 % de carcinomes basocellulaires (CBC), 20 % de carcinomes épidermoïdes (CEC) et 10 % de mélanomes [8,9]. L'incidence de ces tumeurs a plus que doublé en vingt ans sous l'effet du vieillissement de la population, de l'exposition cumulée aux ultraviolets et de l'amélioration du dépistage [8]. Les lésions précancéreuses : kératoses actiniques (KA), la maladie de Bowen constituent le principal continuum évolutif vers le CEC invasif. L'étude EPIKA, conduite sur les données du Système national des données de santé portant sur plus de 250 000 patients traités pour une KA, a mis en évidence une incidence de chirurgie cutanée de 44,8 % à cinq ans. L'incidence de chirurgie cutanée a été utilisée comme indicateur indirect d'évolution ou de prise en charge ultérieure d'une lésion cutanée nécessitant une exérèse [10]. Le CBC, pour sa part, demeure la tumeur cutanée la plus fréquente et la plus accessible au traitement, sans potentiel métastatique après exérèse complète, tandis que le CEC expose à un risque d'extension ganglionnaire justifiant une prise en charge sans délai [11,12].

Faute d'accès rapide au dermatologue, les médecins généralistes se retrouvent de fait en première ligne pour assurer dépistage, diagnostic et, parfois, première prise en charge de ces lésions. Une enquête descriptive transversale réalisée en 2012 dans le Val-de-Marne auprès de 400 MG libéraux a mis en évidence une forte hétérogénéité des pratiques de dépistage cutané et un recours fréquent mais non structuré aux avis dermatologiques [13]. Une étude menée en région PACA rapportait que seuls 17,5 % des MG réalisaient des examens spécifiques de dépistage dermatologique, les principaux obstacles déclarés étant le manque de temps en consultation, la crainte d'un faux rassurant et le sentiment d'une formation insuffisante [14]. Ce dernier point n'est pas anodin : la maquette actuelle du DES de médecine générale ne prévoit aucun stage obligatoire de dermatologie [15].

Des outils d'interface ont néanmoins émergé pour structurer cette collaboration. La télé-expertise dermatologique, dont le remboursement a été généralisé depuis l'avenant 6 à la convention médicale de 2018, permet une réponse diagnostique en médiane inférieure à un jour ouvré dans les réseaux organisés, contre 55,8 jours pour un référencement classique [16,17]. La dermatoscopie, dont la valeur diagnostique pour les lésions mélanocytaires et non mélanocytaires a été reconnue par la Haute Autorité de Santé dès 2007, améliore significativement la performance du MG pour le tri des lésions cutanées suspectes, sous réserve d'une formation adaptée. La nomenclature rembourse par ailleurs la biopsie cutanée et la cryothérapie à l'azote liquide réalisées par les MG, actes pour lesquels des programmes de formation dédiés existent [18]. Ces leviers sont autant de conditions à remplir pour que la

délégation de tâches dermatologiques vers les soins primaires soit non seulement acceptée, mais sécurisée.

C'est dans ce contexte que la question de la perception des dermatologues sur cet élargissement de compétences prend toute son importance. Peu d'études françaises ont interrogé directement les spécialistes sur ce qu'ils attendent des généralistes, sur ce qu'ils jugent délégable et sous quelles conditions. L'objectif de cette thèse est d'évaluer, du point de vue des dermatologues et des internes en dermatologie exerçant en France, la faisabilité et l'acceptabilité de l'élargissement du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des lésions précancéreuses et des carcinomes cutanés non invasifs, d'identifier les conditions qu'ils estiment nécessaires à cette délégation, et de mesurer l'impact perçu sur les délais et la qualité des soins.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive, conduite par questionnaire structuré avec des questions fermées et deux questions libres optionnelles.

L'étude s'est déroulée sur une période s'étalant de janvier à mai 2026.

2.2 Population de l'étude

La population ciblée était constituée de dermatologues thèsés et d'internes en dermatologie. Les Conseils des Ordres départementaux, la SFD, la FFCEDV, les URPS des différentes régions françaises, les secrétariats de dermatologie des CHU, les internes de dermatologie via les représentants locaux ont été contactés afin qu'ils diffusent le questionnaire par voie électronique à leurs membres, ainsi qu'une diffusion via le compte Instagram « the_outdoor_dermato ». Un lien internet donnant accès au questionnaire en ligne était inclus dans le courriel d'invitation.

Les critères d'inclusion étaient : tout dermatologue ou interne en dermatologie, quel que soit l'âge, le sexe ou le mode d'exercice, exerçant sur le territoire français.

Le critère d'exclusion était : toute personne non-dermatologue.

2.3 Mode de recueil des données

Tous les répondants étaient anonymes.

Les données ont été recueillies via la plateforme d'enquête statistique LimeSurvey. Le questionnaire comprenait 29 questions :

27 questions fermées (QCM/QRU)

2 questions ouvertes optionnelles à la fin du questionnaire, permettant aux répondants d'exprimer librement leurs recommandations et suggestions

Le questionnaire était organisé en quatre axes :

- données sociodémographiques et caractéristiques d'exercice ;
- perception du rôle des médecins généralistes dans le dépistage et le suivi des lésions cutanées ;
- attentes concernant la délégation d'actes diagnostiques et thérapeutiques ;

- conditions nécessaires à cette délégation (formation, outils, protocoles).

2.4 Mode d'analyse des données

À l'issue du recueil, les réponses ont été exportées sous forme de tableur Excel et analysées de manière descriptive. Les résultats sont présentés sous la forme d'effectif (n) et de pourcentage (%). Seuls les questionnaires complets ont été analysés.

2.5 Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude a été conduite dans le respect des principes éthiques énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.

La participation au questionnaire était entièrement volontaire et anonyme ; aucune donnée personnelle identifiable n'a été collectée.

Les participants ont été informés de l'objectif de l'étude, de la confidentialité des données et de leur droit de retrait à tout moment, en contactant l'investigatrice de l'étude et la DPO.

Le consentement des participants était au début du questionnaire.

Conformément à la réglementation en vigueur (RGPD), les données ont été stockées de façon sécurisée et n'ont été accessibles qu'aux chercheurs impliqués dans cette thèse.

Une autorisation a été obtenue auprès du Comité d’éthique et de la Recherche.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population

Parmi les 207 réponses recueillies, 173 questionnaires complets ont été inclus dans l'analyse : 150 dermatologues thésés (86,7 %) et 23 les internes en dermatologie (13,3 %) avec une nette prédominance féminine (135 femmes soit 78,0 %).

La population était jeune : les moins de 40 ans représentaient 55,5 % de l'échantillon. L'ancienneté d'exercice restait toutefois hétérogène, représentant différents niveaux d'expérience professionnelle : 27,7 % exerçaient depuis moins de 5 ans, 28,3 % de 6 à 10 ans, et 25,4 % depuis plus de 20 ans.

Le mode d'exercice était dominé par l'activité libérale (38,7 %), suivie de l'exercice hospitalier (27,2 %) et mixte (15,0 %). La majorité exerçait en milieu urbain (71,1 %), les exercices ruraux ou semi-ruraux étant peu représentés, une répartition cohérente avec la concentration géographique connue des dermatologues en France.

La quasi-totalité des répondants déclaraient une activité médicale dermatologique, une activité chirurgicale pour 72,3 % d'entre eux, et une activité esthétique pour 20,8%.

Tableau 1 — Caractéristiques de la population des répondants (n = 173)

Caractéristique	n	%
Statut		
Dermatologue	150	86.7
Interne en dermatologie	23	13.3
Sexe		
Féminin	135	78.0
Masculin	38	22.0
Âge		
< 40 ans	96	55.5
40-60 ans	58	33.5
> 60 ans	19	11.0
Mode d'exercice		
Libéral	67	38.7
En CHU	47	27.2
Mixte	26	15.0
En centre hospitalier de périphérie	21	12.1
Autre	9	5.2
Remplacement	3	1.7
Lieu d'exercice		

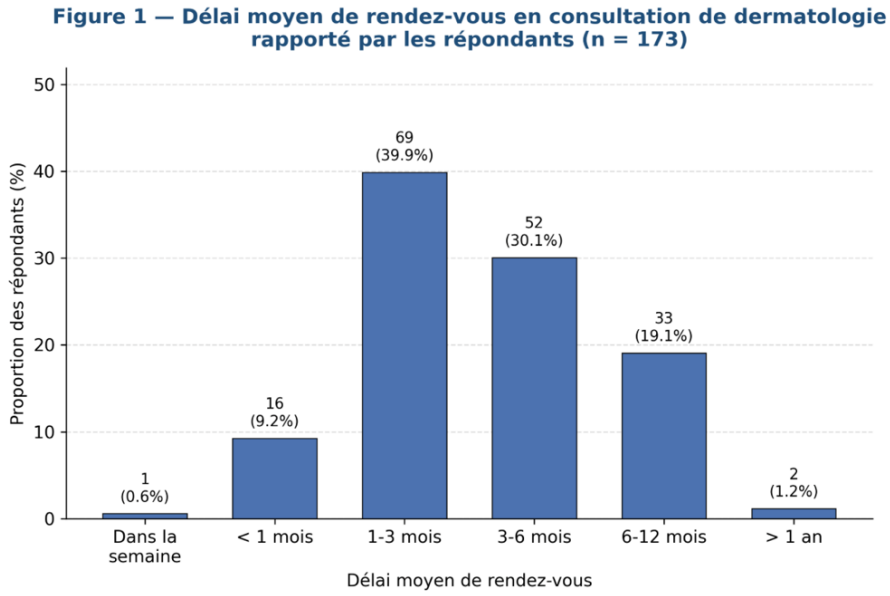
Urbain	123	71.1
Mixte	27	15.6
Péri-urbain	10	5.8
Semi-rural	9	5.2
Rural	4	2.3
Ancienneté d'exercice		
0-5 ans	48	27.7
6-10 ans	49	28.3
11-15 ans	23	13.3
16-20 ans	9	5.2
Plus de 20 ans	44	25.4
Type d'exercice*		
Médicale	171	98.8
Chirurgicale	125	72.3
Esthétique	36	20.8
Répartition géographique		
Départements représentés	43	—
dont territoires ultramarins (La Réunion)	3	—

** Réponses multiples (type d'exercice) — un même répondant peut cumuler plusieurs modalités d'exercice ; les pourcentages ne totalisent donc pas 100 %.*

3.2 Fréquence de rencontre avec des lésions tumorales cutanées et délais de rendez-vous

La prise en charge des lésions tumorales cutanées occupait une place centrale dans la pratique quotidienne : 85,5 % des dermatologues y étaient confrontés quotidiennement, et 11,0 % de manière hebdomadaire.

Plus de 90 % des répondants déclaraient un délai moyen de rendez-vous supérieur à un mois, et la moitié d'entre eux (87/173) rapportaient un délai supérieur à trois mois. Ces données sont cohérentes avec la moyenne nationale de 104 jours rapportée dans la littérature.

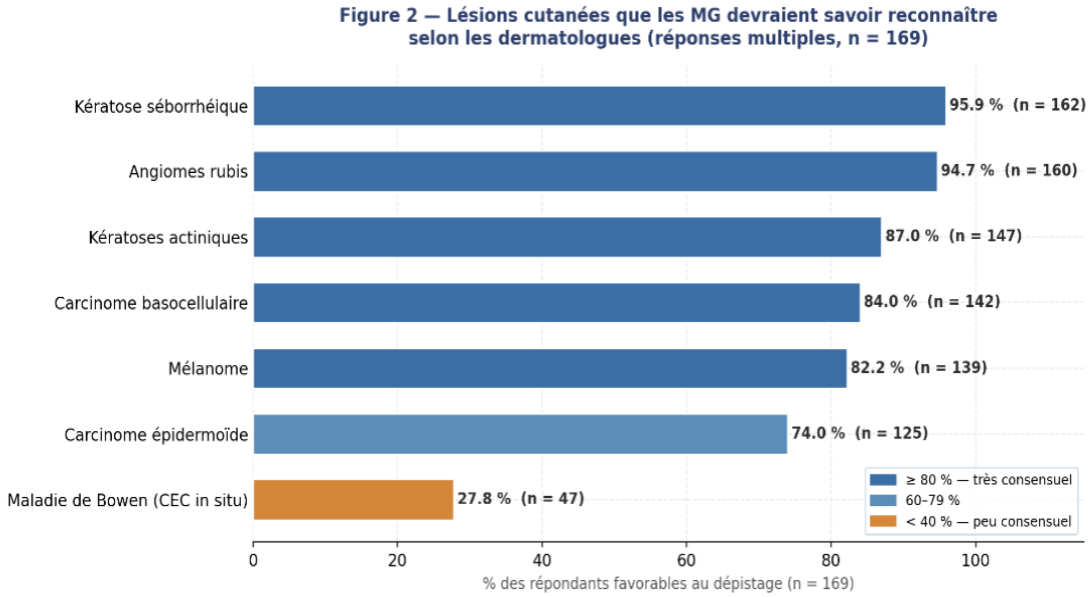


3.3 Perception du rôle des médecins généralistes dans le dépistage

L'implication des médecins généralistes dans le dépistage faisait l'objet d'un large consensus : 97,7 % (169/173) des répondants estimaient qu'ils pouvaient dépister certaines lésions cutanées sans recours immédiat au dermatologue.

Les lésions bénignes fréquentes , les kératoses séborrhéiques et les angiomes rubis, arrivaient en tête (95,9 % et 94,7 % des répondants favorables au dépistage), suivies des lésions précancéreuses ou malignes fréquentes : kératoses actiniques (87,0%), carcinomes basocellulaires (84,0%) et mélanomes (82,2%).

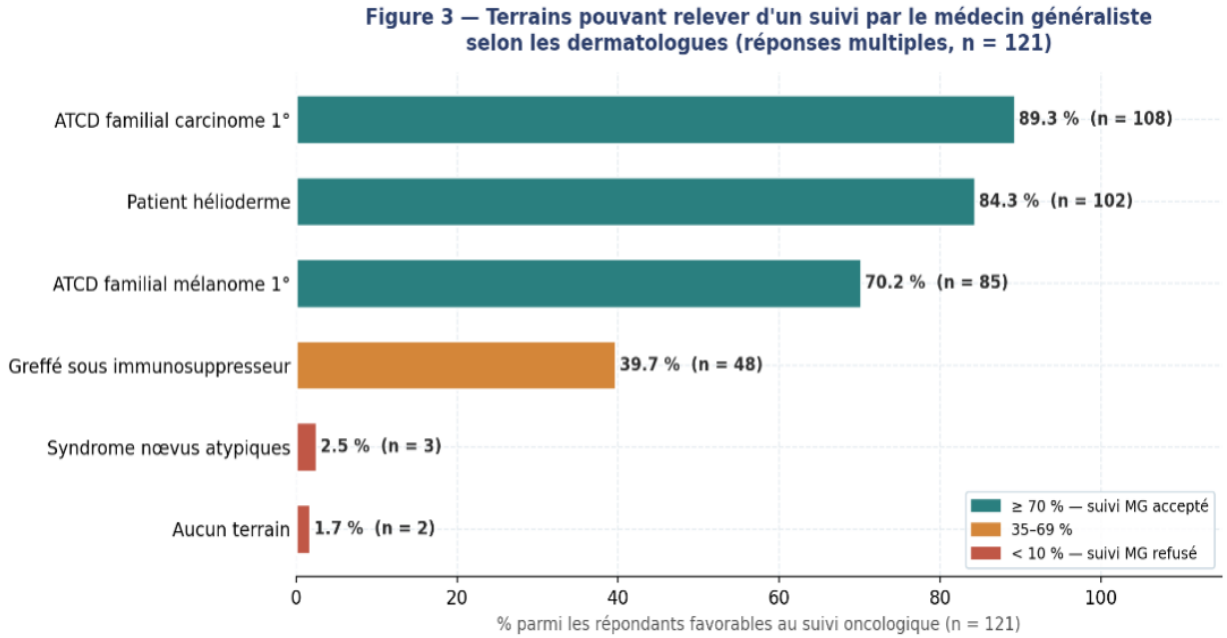
En revanche, la maladie de Bowen était beaucoup moins citée (27,8 %) probablement perçue comme plus complexe à reconnaître en soins primaires, du fait de sa proximité clinique avec la kératose actinique, une distinction que plusieurs commentaires libres jugeaient délicate, y compris pour le spécialiste.



3.4 Perception du suivi oncologique par le médecin généraliste

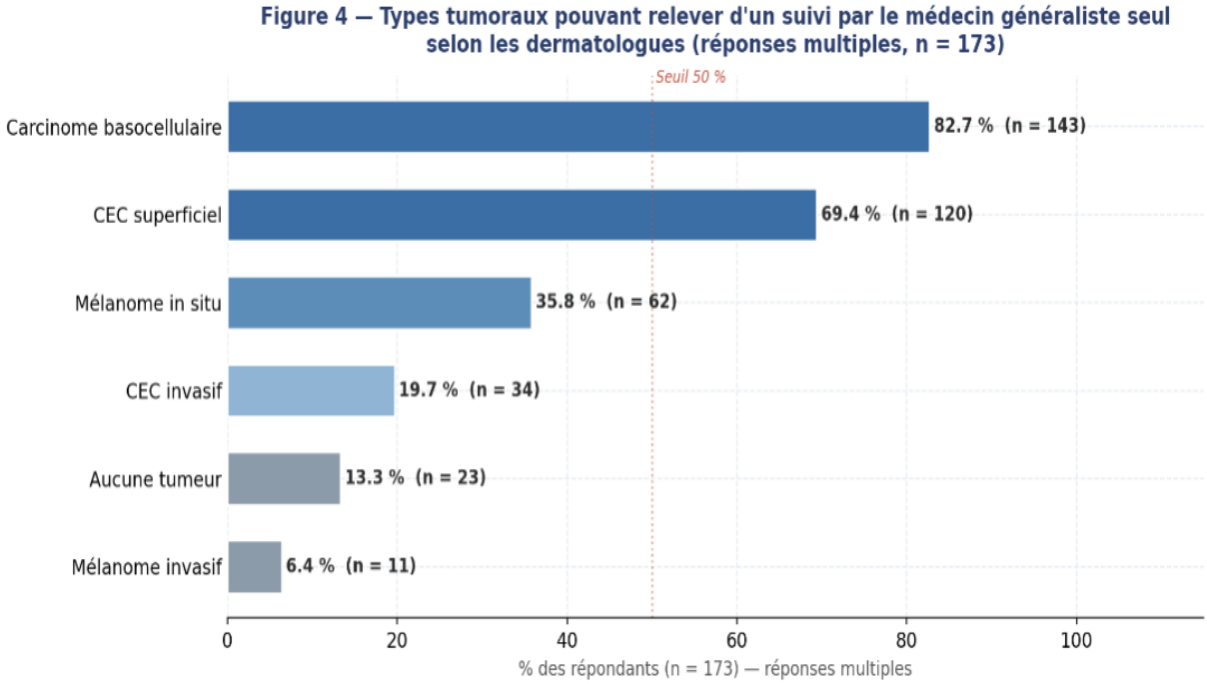
Si le dépistage par le MG semblait largement accepté, son implication dans le suivi oncologique cutané suscitait une adhésion plus réservée : 69,9 % des répondants l'estimaient possible pour certains patients ayant présenté un cancer cutané, contre 30,1 % opposés.

Les terrains à risque modéré ou fréquents étaient jugés les plus compatibles avec un suivi en soin primaire : antécédent familial de carcinome au premier degré (89,3% des répondants favorables au suivi), patients héliodermes (84,3%) et les antécédents familiaux de mélanome au premier degré (70,2 %).



À l'inverse, les patients greffés sous immunosuppresseurs (39,7 % des répondants favorables), et, plus encore, ceux porteurs d'un syndrome des nævus atypiques étaient jugés peu adaptés à un suivi isolé en médecine générale. Ces données traduisent une distinction nette entre les situations oncologiques simples ou stabilisées et les terrains à haut risque nécessitant une expertise spécialisée.

L'analyse par type tumoral confirmait cette hiérarchisation du risque : le carcinome basocellulaire (82,7 %) et le carcinome épidermoïde superficiel (69,4 %) étaient les plus souvent jugés compatibles avec un suivi par le MG seul, contre 35,8 % pour le mélanomes in situ ; les formes invasives étaient, elles, rarement considérées comme compatibles avec un suivi par le médecin généraliste.



3.5 Attentes concernant la délégation d'actes diagnostiques et thérapeutiques

Les attentes des dermatologues portaient avant tout sur l'identification précoce des lésions suspectes (92,5%) et l'orientation rapide vers le spécialiste (91,9%), le socle de la coopération attendue entre médecine générale et dermatologie.

Les attentes étaient plus modérées pour les missions de suivi ou de prise en charge : suivi (60,1 %), documentation et le partage d'informations (55,5 %), traitement initial (32,4 %) et postopératoire (20,2 %). Cette gradation situe la délégation attendue du côté du dépistage, du tri et de l'orientation, plutôt que du transfert complet de prise en charge thérapeutique.

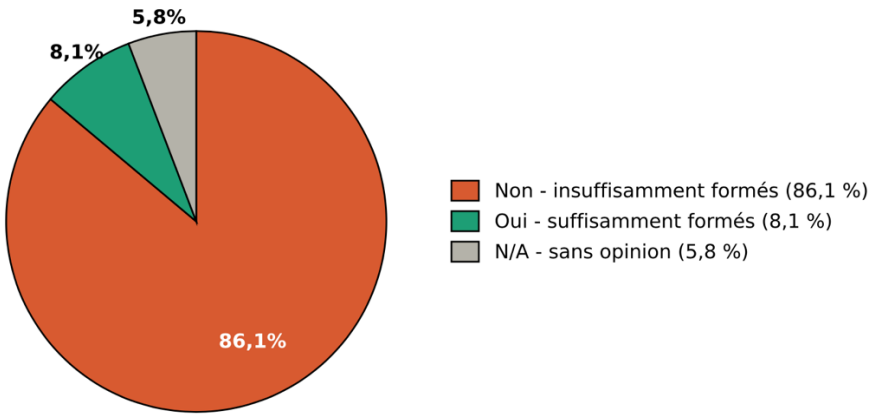
La réalisation d'actes diagnostiques ou thérapeutiques simples par les MG faisait l'objet d'une acceptabilité intermédiaire : 63,0 % des répondants jugeaient possibles certains actes de base (biopsies cutanées, cryothérapie) sous réserve d'un cadre adapté. Les réticences des opposants portaient surtout sur le risque de détruire une lésion non formellement diagnostiquée, l'insuffisance de formation pratique et le manque d'équipement adapté.

La délégation était par ailleurs perçue comme un levier d'amélioration de l'accès aux soins : 76,3 % des répondants estimaient qu'elle pourrait réduire les délais de prise en charge, le plus souvent de façon modérée :un à trois mois pour 44,7 % des favorables, et de façon plus marquée : accès en moins d'un mois pour 28,0 % d'entre eux.

3.6 Conditions nécessaires à une délégation sécurisée

Malgré une ouverture globale à l'implication des médecins généralistes, les répondants soulignaient très majoritairement l'insuffisance actuelle de leur formation en oncologie cutanée : 86,1 % des dermatologues les jugeaient insuffisamment formés pour identifier les lésions suspectes et orienter les patients de manière appropriée.

Figure 5 - Les MG sont-ils suffisamment formés ? (n = 173)



Les conditions jugées nécessaires à une délégation sécurisée étaient centrées sur la formation, l'encadrement et la standardisation des pratiques : formation théorique spécifique (90,8 %), formation pratique supervisée (87,9 %), équipement adéquat (81,5 %), protocoles cliniques standardisés élaborés avec les dermatologues (67,1 %).

Le dermatoscope occupait une place importante parmi les prérequis identifiés : deux tiers des répondants estimaient que les médecins généralistes devraient en disposer pour le dépistage comme pour la télé-expertise des lésions tumorales cutanées. Cet outil était perçu à la fois comme une aide diagnostique et comme une condition de qualité pour les demandes d'avis à distance.

L’examen cutané complet illustrait un enjeu de transposition des pratiques spécialisées vers les soins primaires. Si la majorité des dermatologues l’effectuait systématiquement quel que soit le motif de consultation, seuls 65,9 % jugeaient que les médecins généralistes devraient en faire autant, une adhésion moins nette à cette exigence en médecine générale.

La majorité des dermatologues se déclarait disposée à participer à des programmes de formation ou de sensibilisation destinés aux MG (137/173, soit 79,2%), constituant un levier majeur identifié pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

3.7 L'intérêt de la Télé-expertise

L'intérêt de la télé-expertise suscitait davantage de réserve que celui du dépistage en soins primaires : 46,2 % des répondants estimaient qu’un avis de télé-expertise seul pouvait permettre de surseoir à une consultation dermatologique, contre 48,0 % opposés. Cette répartition équilibrée témoigne d’une perception ambivalente, à la fois reconnue utile pour le tri des demandes et limitée par l’absence d’examen clinique direct.

Chez les répondants favorables à la télé-expertise, plusieurs conditions de qualité étaient jugées nécessaires : anamnèse détaillée (82,5 %), photographies dermoscopiques (80,0 %), examen de l’ensemble du tégument par le médecin traitant (76,2 %), et plus rarement, photographies du corps entier (23,8 %).

Une question ouverte permettait aux répondants opposés (48%) de justifier leur réserve : l’impossibilité de réaliser un examen complet du tégument, la qualité parfois insuffisante des photographies transmises, l’absence de palpation et d’examen dermoscopique en conditions réelles, ainsi que le risque de focalisation excessive sur une seule lésion. Plusieurs dermatologues rapportaient avoir découvert en présentiel des lésions malignes ou suspectes passées inaperçues sur des demandes centrées sur une autre lésion. La télé-expertise apparait ainsi pertinente pour une question diagnostique ciblée et bien documentée, mais insuffisante lorsqu’elle se substitue à un examen complet dans des situations à risque.

3.8 Recommandations libres des répondants

Nous avions prévu plusieurs questions ouvertes sur les attentes des dermatologues vis à vis des médecins généralistes. Sur les 173 questionnaires complets, 121 réponses ont été analysées à cette question. L'analyse de ces réponses libres fait apparaître une logique de parcours plutôt qu'une liste de compétences juxtaposées : les répondants décrivent, souvent sans le formuler explicitement, les étapes successives d'une prise en charge partagée entre MG et dermatologue.

Le point de départ attendu est la capacité à distinguer une lésion bénigne d'une lésion maligne, compétence la plus citée (74/121), suivie de la capacité à orienter correctement le patient, c'est-à-dire à prioriser les adressages selon leur degré d'urgence (54/121). Vient ensuite la formation à la dermoscopie, présentée comme l'outil permettant de documenter objectivement la lésion avant adressage ou avis à distance (47/121). Cette documentation dermoscopique correspondant à l'étape où le MG sollicite l'avis du dermatologue. La réalisation de biopsie par le MG reste un point plus disputé (46/121), de même que la cryothérapie, redoutée en cas de mésusage ou de destruction d'une lésion cancéreuse non préalablement caractérisée (40/121). Ces deux derniers actes n'étant envisagés par les répondants qu'une fois le diagnostic validé par le spécialiste. Enfin, le compagnonnage est identifié comme une condition transversale nécessaire à la sécurisation de l'ensemble de ce parcours (40/121).

Sur la collaboration interprofessionnelle, les participants recommandaient : développer et systématiser la télé-expertise via des plateformes dédiées avec réponses détaillées et didactiques favorisant l'apprentissage, créer des réseaux locaux MG–dermatologue, avec un correspondant identifié, organiser des formations continues locales (EPU, soirées, ateliers pratiques en cabinet ou à l'hôpital), valoriser financièrement l'examen cutané systématique par les MG (cotation spécifique) et clarifier le rôle de chaque acteur pour éviter les consultations inappropriées (le "check-up dermatologique" sans facteur de risque étant identifié par de nombreux répondants comme une source majeure de congestion)

4. DISCUSSIONS

Cette étude évaluait la perception des dermatologues et internes en dermatologie quant à l'élargissement du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des lésions précancéreuses et des carcinomes cutanés de bon pronostic. Nous avons recueilli 173 réponses complètes sur 207 questionnaires reçus, provenant majoritairement de dermatologues libéraux ou hospitaliers, jeunes, exerçant en milieu urbain (71,1 %). Ces caractéristiques sont cohérentes avec la démographie de la spécialité telle que décrite par les données récentes du CNOM et de la DREES [3, 19].

Résultat le plus marquant : l'adhésion quasi-unanime des répondants au dépistage par les MG : 97,7 % (169/173) jugeaient qu'ils pouvaient identifier certaines lésions tumorales sans recours immédiat au spécialiste. Cette position s'inscrit dans un contexte de pénurie de dermatologue et de délai d'accès prolongé (plus d'un répondeur sur deux rapporte plus de trois mois d'attente). Ce phénomène est mondial : une revue systématique et méta-analyse parue dans Frontiers in Medicine en 2026 sur l'exactitude diagnostique de la télédermatologie souligne la nécessité de renforcer le rôle des soins primaires dans le tri des lésions cutanées [20]. En Europe, la British Association of Dermatologists a ainsi publié en septembre 2024 une stratégie nationale visant à développer les compétences des non-spécialistes face à la crise d'accès aux soins dermatologiques [21]. Cette adhésion de principe reste toutefois à nuancer : les réponses libres révèlent des réserves qualitatives importantes qui en tempèrent la portée.

Selon les dermatologues interrogés, les MG devraient savoir reconnaître les lésions cutanées bénignes principalement suivi par les CBC, les mélanomes et le CEC en dernier. Cette hiérarchie répond à deux logiques : éviter les adressages inappropriés pour les lésions bénignes fréquentes, et détecter des lésions malignes. La faible proportion concernant l'identification de la maladie de Bowen (27,8%) s'explique, selon plusieurs commentaires libres, par la difficulté clinique de distinguer cliniquement une maladie de Bowen d'une kératose actinique. Les terrains complexes, tel que le syndrome des nævus atypiques (2,5 % des favorables au suivi) et patients greffés sous immunosuppresseurs (39,7 %), faisaient l'objet de réticences marquées. Cette gradation rejoint les recommandations de la SFD sur le CEC qui modulent le rythme de surveillance selon le groupe pronostique (examen annuel pour les formes à faible risque contre un examen tous les 3 à 6 mois, pour les formes à risque significatif) et réservent les patients immunodéprimés à une prise en charge spécialisée dédiée.[11].

La prédominance du carcinome basocellulaire dans les tumeurs jugées accessibles au suivi par le MG seul est cohérente avec les recommandations de la SFD, qui n'imposent pas de surveillance exclusivement spécialisée pour les CBC à faible risque après exérèse complète. Cependant, plusieurs répondants pointaient une limite pratique à la délégation : lorsque l'exérèse réalisée par le MG révèle un mélanome ou un carcinome de mauvais pronostic, c'est le dermatologue qui hérite de l'annonce, de la RCP et de la prise en charge spécialisée — situation jugée « peu confraternelle » et source de confusion pour le patient, qui suppose selon eux des circuits d'adressage rapide clairement définis. Un modèle de suivi alterné (surveillance annuelle par le MG, intervention du dermatologue à intervalles plus espacés ou à la demande) était également proposé, sur le modèle de « shared care » déjà formalisé ailleurs : au Royaume-Uni par exemple, le « two-week wait pathway » organise un adressage prioritaire du MG vers de dermatologue en cas de suspicion, avec une première consultation spécialisée sous 14 jours.

Sur le plan pronostic, la littérature est plutôt rassurante : une étude écossaise comparant l'exérèse initiale du mélanome par le MG versus en milieu hospitalier n'a pas retrouvé de surcroit de mortalité ni de morbidité en cas d'exérèse initiale par le MG [32]. Une étude suédoise nuance toutefois ce constat : le taux d'exérèse incomplète des lésions mélanocytaires était significativement plus élevé chez le MG que chez le dermatologue, rejoignant les inquiétudes des répondants sur la nécessité d'une formation chirurgicale adaptée et d'un contrôle histologique rigoureux en cas de délégation [33].

À l'inverse, les 13,3 % de répondants estimant qu'aucune tumeur ne relève du suivi par le MG seul illustrent des réticences structurelles encore bien présentes.

Le déficit de formation constitue le frein principal identifié : 86,1 % des répondants (149/173) estimaient les MG insuffisamment formés. Les quatre critères jugés essentiels pour une délégation sécurisée recueillaient une adhésion très large : formation théorique (90,8 %), formation pratique supervisée (87,9 %), équipement adéquat (81,5 %) et protocoles standardisés (67,1 %). Ce constat fait écho au manque structurel déjà signalé en introduction. Une revue systématique de 2024 sur la formation à la dermoscopie des étudiants et des internes de médecine générale souligne l'hétérogénéité des dispositifs existants et la faiblesse des données françaises, tout en concluant à l'efficacité des formations courtes, en e-learning comme en présentiel, pour améliorer les compétences diagnostiques des non-dermatologues [22]. De même, une étude randomisée de non-infériorité publiée dans le Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology (2023-2024) a montré qu'une formation courte à la

dermoscopie (moins de quatre heures) permettait aux médecins non spécialistes d'atteindre des compétences comparables à celles issues de formations longues pour le triage des tumeurs cutanées [23]. Ces données plaident pour l'intégration d'un module de dermoscopie dans le cursus de médecine générale, proposition accueillie favorablement dans nos réponses libres.

La possession d'un dermatoscope, jugée nécessaire par 66,5 % des répondants (115/173), est centrale : sans cet outil, la qualité des photographies transmises en télé-expertise et la performance diagnostique des MG restent insuffisantes. Plusieurs répondants signalent que des formations dans leur service ont amélioré la qualité des télé-expertises transmises . La dermoscopie améliore significativement la distinction entre lésions mélanocytaires bénignes et malignes, et est indispensable pour une télé-expertise de qualité [24]. Un essai pilote publié dans JMIR Formative Research en 2024, évaluant une formation e-learning à la dermoscopie chez des internes de médecine générale en France, rapporte une amélioration significative des compétences diagnostiques après douze semaines, avec une bonne acceptabilité du format numérique [23]. Ces résultats renforcent la pertinence d'une démocratisation de la dermoscopie en soins primaires, à condition d'une formation structurée et d'une pratique régulière.

Signal positif majeur : 79,2 % des dermatologues (137/173) se déclaraient prêts à s’impliquer dans la formation des MG. Plusieurs témoignages décrivaient des expériences concrètes: formations pratiques en cabinet sur la dermoscopie, amélioration mesurable des télé-expertises après formation, accueil d'internes, organisation de réunions locales ou en CPTS. Tandis que d'autres redoutaient des chirurgies réalisées sans formation adéquate, ou un usage de la dermoscopie sans expérience suffisante.

Les avis sur la télé-expertise étaient partagés : 46,2 % favorables (80/173) contre 48,0 % opposés (83/173). Les partisans y voient un outil de tri-diagnostique rapide et de formation à distance, cohérent avec la littérature internationale. Une étude espagnole comparant une cohorte diagnostiquée en présentielle (2019) à une cohorte diagnostiquée par télé-expertise (2022) pour le carcinome basocellulaire a montré des tumeurs identifiées par télé-expertise significativement moins profondes (1,67 mm contre 2,51 mm ; $p<0,001$), suggérant une détection plus précoce liée à un accès facilité au dermatologue [17]. Une revue systématique et méta-analyse de Nikolakis et al. (2024) montre une concordance diagnostique globalement satisfaisante pour les lésions isolées et bien documentées, mais qui se dégrade sans d'images dermoscopiques de qualité ni d'anamnèse structurée [25]. Une étude rétrospective britannique (1 203 patients adressés en télédermoscopie, 2022-2023) montre qu'un dispositif bien organisé évite 88 % des consultations présentielles, avec des délais réduits de 10-47 jours à moins d'un

jour [26]. Ces travaux confirment que la télé-expertise est efficiente lorsque ses conditions d'utilisation sont réunies (images dermoscopiques, anamnèse détaillée, examen préalable du tégument par le MT) mais reste peu performante en leur absence.
Plusieurs pays ont déjà mis en place ce type de dispositif à grande échelle.
Une revue systématique publiée dans Frontiers in Digital Health en 2025 confirme que la télé-expertise en oncologie dermatologique améliore l'accès aux soins, réduit les délais et présente une concordance diagnostique élevée avec l'examen en présentiel quand les images sont de qualité suffisante [28]. En Belgique, elle a été intégrée à la nomenclature en 2026 après un projet pilote de 2 000 cas : réponse du dermatologue sous trois jours ouvrables, avec un potentiel d'évitement de 36 500 consultations physiques annuelles pour des pathologies simples [29].

Les opposants soulèvent des limites structurelles : impossibilité d'examiner l'ensemble du tégument (citée par une majorité des commentaires libres), absence de palpation, qualité souvent insuffisante des photographies transmises, et risque de focalisation sur une seule lésion. Plusieurs de nos répondants rapportent avoir découvert des mélanomes sur des photographies où le motif de demande était une autre lésion, soulignant le risque inhérent à la fragmentation de l'examen.

Ces réserves rejoignent la littérature récente : plusieurs travaux confirment qu'une évaluation centrée sur la seule lésion signalée, sans examen cutané complet, expose à un risque non négligeable de lésions malignes méconnues. Une étude de cohorte britannique (JAMA Network Open, 4 726 patients adressés pour une lésion suspecte) a montré que 21,7 % des 1 117 lésions malignes diagnostiquées (taux de détection incidentelle de 5,1 %) n'avaient été identifiées que par un examen cutané complet, et non par l'évaluation ciblée de la lésion d'appel, ce risque étant plus élevé quand la lésion d'appel était elle-même suspecte, ce qui plaide contre une évaluation limitée au seul cliché de télé-expertise chez ces patients à risque [34]. Une étude américaine plus récente (système de santé des vétérans, 2023, Journal of the American Academy of Dermatology International) confirme ce constat : pour dix lésions initialement photographiées et biopsiées via la télé-expertise, huit lésions supplémentaires cliniquement préoccupantes étaient découvertes uniquement lors de l'examen corps entier, avec un taux de malignité même légèrement supérieur parmi ces lésions incidentelles (61 % contre 55%) [35]. Ces résultats suggèrent que la télé-expertise, telle qu'actuellement pratiquée, ne peut remplacer un examen cutané complet et expose à un risque réel de non-détection des lésions situées hors du champ photographié ou non mentionnées lors de la demande d'avis. Ces expériences convergent avec

les conditions jugées nécessaires à une télé-expertise fiable : l'anamnèse détaillée (82,5 %) et les photos dermoscopiques (80,0 %) arrivaient largement en tête.

Enfin, un phénomène systémique local est rapporté : une proportion importante des demandes de télé-expertise aboutirait finalement à une consultation présentielle, rendant le dispositif chronophage sans gain réel de délais, une variabilité déjà documentée à l'étranger selon le degré de structuration du dispositif. En Espagne, une cohorte de plus de 25 000 consultations dans la région de Salamanque retrouve un taux de résolution complète par la télé-expertise de 44 % [36], contre environ 20 % de conversion en présentiel pour des dispositifs plus structurés comme le projet pilote belge (2 000 cas), ou le réseau hospitalier de télé-expertise en Île-de-France [29,37].Plusieurs répondants soulignaient par ailleurs que la télé-expertise consomme elle-même du temps médical spécialisé, peu de généralistes acceptant d'exécuter eux-mêmes un traitement recommandé à distance, notamment un traitement conservateur de carcinome superficiel, la plupart préférant confier le patient au spécialiste.

Au-delà de la télé-expertise, l'analyse thématique des réponses libres révèle d'autres axes de méfiance transversaux.

Le premier concerne les adressages non sélectifs : de nombreux répondants déploraient les courriers ne mentionnant qu'un « bilan cutané » ou une « surveillance de nævi », sans examen préalable ni critère de risque, et attendent des MG qu'ils apprennent à « dire non » aux demandes sans indication réelle, « tout comme un pneumologue n'est pas systématiquement consulté pour tout fumeur ». Une analyse rétrospective britannique de 383 demandes d'avis dermatologique par télédermatoscopie retrouve un constat similaire : la kératose séborrhéique représentait à elle seule plus de 20 % des adressages, en filière urgente comme standard, un défaut de triage attribué par les auteurs à une formation dermatologique insuffisante en soins primaires, à la crainte de méconnaître un diagnostic et à la pression des patients [38].

Le second portait sur la crainte d'une confusion des rôles : certains répondants s'opposaient à ce que des généralistes formés en dermoscopie exercent de facto comme des « mini-dermatologues », et insistaient sur la nécessité d' une frontière claire entre les deux spécialités. Un écho retrouvé dans une étude qualitative britannique où des généraliste formés à la dermatoscopie exprimaient eux-mêmes que cet outil relevait d'une compétence spécialisée pour laquelle leur formation initiale ne les préparait pas pleinement, au risque de transformer la nature de leur exercice [39].

Le troisième concernait la crainte d'actes techniques réalisés sans compétence suffisante : cryothérapie sans diagnostic établi, biopsie insuffisamment ciblée (notamment la biopsie d'un mélanome, encore trop fréquente selon plusieurs répondants, au lieu de l'exérèse d'emblée recommandée), ou exérèses chirurgicales sans infrastructure adéquate. Un répondant résumait: « Pour envisager des actes de cryothérapie, il faut savoir éliminer avec certitude un cancer. Pour faire une biopsie, il faut du matériel chirurgical, un autoclave, un bon éclairage, un divan de hauteur réglable adapté. » Cette réserve rejoint la littérature : une étude américaine (332 patients) associe la biopsie partielle (ex : punch) de mélanome à un risque accru de sous-évaluation du stade tumoral (jusqu'à 59 % des changements de stade) et de modification secondaire du traitement après reprise chirurgicale (18 % contre 2 % après exérèse complète d'emblée), appuyant la nécessité d'une exérèse-biopsie d'emblée plutôt qu'un geste partiel [40].

Enfin, le quatrième axe reflétait une préoccupation systémique plus large : le transfert de tâches vers les MG, eux-mêmes en pénurie et déjà surchargés, ne peut être une solution pérenne sans revalorisation des consultations dédiées à l'examen cutané, ni renforcement du numerus des dermatologues formés. Une revue de 21 revues systématiques sur le transfert de tâches en soins primaires confirme cette inquiétude : la délégation peut améliorer certains indicateurs de santé et générer des économies, mais seulement avec formation structurée, supervision adaptée et rémunération juste des professionnels concernés, sinon, elle risque de fragiliser le système plutôt que de le soulager [41].

Ces résultats ouvrent plusieurs pistes de réflexion complémentaires.
Sur le plan économique et organisationnel, la valorisation actuelle des actes de télé-expertises et de la formation reste-t-elle suffisante pour soutenir un investissement durable des dermatologues dans cette collaboration, ou faudrait-il envisager une tarification spécifique de l'encadrement pédagogique ?
Sur le plan de la responsabilité, la délégation d'actes diagnostiques pose la question du partage de la responsabilité médico-légale en cas d'erreur, un sujet que nos répondants n'ont qu'effleuré et qui mériterait une étude dédiée.
Sur le plan des acteurs impliqués, l'émergence des infirmiers en pratique avancée et le rôle croissant des paramédicaux dans le repérage de premier niveau invitent à élargir la réflexion au-delà du seul binôme MG-dermatologue.
Enfin, une évaluation longitudinale de cohortes de patients pris en charge selon ces nouvelles modalités (délais réels, taux de perte de chance, satisfaction des patients) permettra de transformer ces intentions déclaratives en données d'impact concrètes.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces : la taille de l'échantillon (207 questionnaires recueillis, dont 173 complets et inclus dans l'analyse), la diversité des profils interrogés (modes d'exercice, lieux géographiques, niveaux d'expérience), l'inclusion d'internes, la participation de praticiens ultramarins (La Réunion) et la richesse des données qualitatives recueillies via les questions libres, le tout via un questionnaire standardisé (LimeSurvey) garantissant une collecte homogène et anonyme.

Elle comporte toutefois certaines limites. Il s'agit d'une étude déclarative, susceptible d'un biais de désirabilité sociale, les répondants pouvant exprimer des positions normativement favorables à la coopération interprofessionnelle sans que cela reflète leurs pratiques effectives.

La diffusion peut avoir engendré un biais de sélection en faveur des praticiens les plus sensibilisés aux enjeux de coopération. Ce biais a été objectivé au cours du recueil : certaines organisations sollicitées pour relayer le questionnaire au niveau national ont refusé de le diffuser, considérant sa formulation trop orientée en faveur de cette collaboration. C'est notamment le cas de la Fédération Française de Formation Continue et d'Évaluation en Dermatologie-Vénéréologie (FFFCEDV), dont le président (2025) a motivé ce refus par l'absence d'accord de son conseil d'administration et une adéquation jugée insuffisante entre l'objectif affiché et le contenu des questions, précisant que les exemples cités (dispositifs de Lyon Sud et Kezako) étaient « très mal vécus par la profession ». Ce refus illustre le risque de sous-représentation des dermatologues les plus réticents et invite à interpréter les taux d'adhésion favorables de notre échantillon avec prudence : la réalité des réticences pourrait être plus marquée que ne le suggèrent nos résultats.

Enfin, la représentativité nationale de l'échantillon ne peut être garantie, certaines zones (départements peu dotés, DOM-TOM) pouvant être sous-représentés. Par ailleurs, notre étude ne porte que sur le point de vue des dermatologues et une étude symétrique interrogeant les médecins généralistes eux-mêmes permettrait de compléter cette analyse. Plusieurs travaux européens récents, notamment une revue systématique publiée dans le Lancet Regional Health — Europe en 2025 sur la crise de la médecine générale en Europe, soulignent que les MG sont eux-mêmes en situation de surcharge et de pénurie croissante dans la plupart des pays de l'Union, ce qui interroge la soutenabilité de la délégation de tâches dermatologiques vers un exercice de soins primaires lui-même sous tension [31].

Le taux de réponses complètes (173/207, soit 83,6 %) témoigne d'une bonne qualité de remplissage, mais 34 questionnaires partiels ont été exclus de l'analyse principale.

Conclusion

Au total, cette étude montre que les dermatologues français sont globalement favorables à une implication accrue des médecins généralistes dans la prise en charge des lésions cutanées précancéreuses et des carcinomes cutanés simples. Le dépistage recueille une large adhésion, mais le suivi des patients reste envisagé avec davantage de prudence à mesure que la situation clinique se complexifie. Le principal frein identifié demeure le manque de formation dermatologique des médecins généralistes, mais la forte proportion de dermatologues prêts à participer à des actions de formation constitue un signal encourageant. Ces résultats suggèrent qu'une évolution des pratiques est envisageable, à condition qu'elle repose sur des programmes pédagogiques structurés, un accès facilité aux outils diagnostiques, notamment la dermatoscopie, et des modalités de coopération clairement définies entre les deux spécialités.

Dans un contexte marqué par la diminution annoncée des effectifs de dermatologues et des délais d'accès aux soins parfois incompatibles avec les exigences du diagnostic précoce, le renforcement des collaborations entre soins primaires et expertise spécialisée apparaît comme une piste d'amélioration de l'offre de soins. Cette dynamique devra toutefois être construite conjointement avec les médecins généralistes, dont les attentes, les compétences et les besoins de formation méritent d'être explorés par des travaux complémentaires.

Au-delà des aspects organisationnels, cette réflexion interroge l'évolution même des frontières professionnelles en médecine. Le partage de certaines compétences ne remet pas en cause l'expertise spécialisée : il s'inscrit plutôt dans une logique d'adaptation aux enjeux contemporains de santé publique, avec des outils déjà disponibles (télé-expertise, développement professionnel continu, formations pratiques de proximité). Ce dialogue se heurte pourtant à des résistances corporatistes qui méritent d'être nommées. L'exemple de La Réunion est éloquent : un projet de Diplôme Universitaire de dermatologie destiné aux médecins généralistes, n'a pu voir le jour face à l'opposition de dermatologues. Ce blocage illustre la contradiction entre un discours d'ouverture, largement exprimé dans notre enquête, et des pratiques de protection qui freinent concrètement toute avancée organisationnelle. De même, l'initiative « Kezako Dermato », communauté Facebook animée par une dermatologue pour partager des connaissances avec les médecins généralistes, a suscité des réactions vives, certains confrères la jugeant déontologiquement contestable, voire menaçante pour l'identité

spécialisée. Ces résistances témoignent d'une tension réelle entre deux conceptions de la spécialité.

Enfin, les défis démographiques qui se profilent dans les prochaines années confèrent à cette question une importance particulière. Face à une demande croissante de soins dermatologiques et à une diminution attendue du nombre de spécialistes, dépasser les logiques de cloisonnement constituera probablement un enjeu majeur. L'avenir de la dermatologie reposera ainsi non seulement sur la formation de nouveaux spécialistes, mais aussi sur la capacité du système de santé à construire des modèles de coopération efficients, au service d'un accès équitable et rapide aux soins pour l'ensemble de la population.

REFERENCES

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française, 17 août 2004.
2. Skin Cancer Foundation (fr). Faits et statistiques sur le cancer de la peau. Mis à jour mars 2026. skincancer.org.
3. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France — Situation au 1er janvier 2023. Paris : Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023.
4. FDVF / Réseau Pro Santé. Démographie en dermatologie en 2025 — état des lieux et perspectives. La Revue des Jeunes Dermatologues, FDVF-RJD n°3, 30 septembre 2025.
5. CNOM. Rapport d'activité du Conseil national de l'Ordre des médecins 2023. Paris : CNOM, 2023.
6. Le Quotidien du Médecin. Dermatologie : seulement 102 internes de plus en 2025, une « incohérence » qui aggrave la pénurie selon les spés. 5 août 2025.
7. Maison de Dermatologie de l'Ouest Parisien (MDOP). Démographie médicale — Action de sensibilisation. Décembre 2025. mdop.fr.
8. Santé publique France / INCa. Épidémiologie des cancers cutanés. E-cancer.fr, mis à jour juillet 2025.
9. Fondation pour la Recherche Médicale (FRM). Cancer peau : innovations, espoirs. Données INCa 2023. frm.org.
10. Amici JM, Caillet G, Dreno B, et al. Incidence du cancer de la peau chez les patients traités pour kératose actinique : l'exérèse chirurgicale comme indicateur de progression vers un carcinome épidermoïde (Étude EPIKA). Ann Dermatol Vénéréol. 2025. DOI : 10.1016/j.annder.2025.08670.
11. SFDermatologie. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané. Recommandations nationales. Paris : SFD, disponible sur sfdermato.org.
12. Prise en charge des carcinomes épidermoïdes cutanés : un enjeu de santé publique. Recommandations issues de l'étude corPEAUrel. Ann Dermatol Vénéréol. 2022. DOI : 10.1016/S2667-0623(21)01523-3.
13. Dépistage des cancers cutanés en médecine générale : analyse des pratiques, des besoins et des difficultés rencontrées. Enquête descriptive transversale, Val-de-Marne, 2012. Ann Dermatol Vénéréol. 2014. DOI : 10.1016/S0151-9638(14)X0804-7.
14. Amara S et al. Place des médecins généralistes dans le dépistage des lésions cutanées malignes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Thèse, DUMAS. HAL : dumas-02090979. 2019.
15. La pratique de la dermatologie en médecine générale : recours, difficultés et perspectives. Thèse, DUMAS. HAL : dumas-02299190. 2019.
16. Profil des patients pris en charge au sein d'un réseau de télé-expertise en dermatologie. Revue Santé Publique. Cairn, 2024, vol. 36, n°4, p. 93–107.
17. Teledermatology and face-to-face pathways for basal cell carcinoma diagnosis in a southern European cohort: a comparative histopathologic analysis. PubMed Central. 2024. PMCID: PMC12907131.
18. FFFCEDV / EDUPRAT. Gestes techniques en dermatologie pour le médecin généraliste : biopsies cutanées et usage de l'azote. Programme formation DPC, 2025.
19. DREES. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025. Communiqué de presse. Paris : DREES, juillet 2025.
20. Martyin T, Meznerics FA, Bokor-Billmann T, et al. Diagnostic accuracy of teledermatology for skin diseases: a systematic review and meta-analysis. Front Med

(Lausanne). 2026. DOI: 10.3389/fmed.2026.1739592.
21. British Association of Dermatologists (BAD). Workforce Strategy 2024 — Transformation and Quality Improvement Unit. BAD Publications, septembre 2024.
22. Renard F, Duru G, Thomas L, et al. Place de la dermatoscopie pour le dépistage du mélanome dans la formation des externes et internes en médecine générale : revue systématique de la littérature. DUNE, Université d'Angers, 2024.
23. Friche P, Moulis L, Du Thanh A, et al. Training family medicine residents in dermoscopy using an e-learning course: pilot interventional study. JMIR Form Res. 2024;8:e56005. DOI: 10.2196/56005.
24. HAS. Évaluation de la dermatoscopie dans la surveillance des lésions mélanocytaires. Rapport d'évaluation. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, 2007.
25. Nikolakis G, Vaiopoulos AG, Georgopoulos I, et al. Insights, advantages, and barriers of teledermatology vs. face-to-face dermatology for the diagnosis and follow-up of non-melanoma skin cancer: a systematic review. Cancers (Basel). 2024;16(3):578. DOI: 10.3390/cancers16030578.
26. Elaribi S, Atwan A Outcomes of urgent suspected cancer, urgent and routine skin lesion referrals assessed via teledermoscopy service: a retrospective analysis. Cureus. 2025;17(10):e95721. DOI: 10.7759/cureus.95721
27. Réseau québécois de la télésanté. La télédermatologie offerte dans toutes les régions du Québec. Radio-Canada, 20 juin 2022. / Guide du service provincial de télédermatologie. RQTS, mis à jour juin 2025.
28. Heudel P, Amini-Adle M, Anriot J, et al. The impact of tele-expertise in oncology: current state and future perspectives. Front Digit Health. 2025;7:1552182. DOI: 10.3389/fdgth.2025.1552182.
29. Le Spécialiste. La télé-expertise en dermatologie intégrée à la nomenclature belge. LeSpecialiste.be, mars 2026.
30. Da Silva Oliveira P, et al. Artificial intelligence and new technologies in melanoma diagnosis: a narrative review. PMC. 2025. PMCID: PMC12731220.
31. Kringos D, et al. The general practice workforce crisis in Europe: scale of the challenge and available policy responses. Lancet Regional Health — Europe. 2026. DOI: 10.1016/j.lanepe.2026.101340.
32. Murchie P, Amalraj Raja E, Brewster DH, Iversen L, Lee AJ. Is initial excision of cutaneous melanoma by General Practitioners (GPs) dangerous? Comparing patient outcomes following excision of melanoma by GPs or in hospital using national datasets and meta-analysis. Eur J Cancer. 2017 Nov;86:373-384. doi: 10.1016/j.ejca.2017.09.034. Epub 2017 Nov 5. PMID: 29100192.
33. Berglund S, Johansson Backman E, Baldawi Z, Horn L, Arbin Borsiin R, Marjanovic M, Christoffersson T, Gillstedt M, Paoli J. Incomplete Excisions of Melanocytic Lesions: Rates and Risk Factors. Acta Derm Venereol. 2021 Mar 23;101(3):adv00421. doi: 10.2340/00015555-3784. PMID: 33723615; PMCID: PMC9366675.
34. Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Identification of Incidental Skin Cancers Among Adults Referred to Dermatologists for Suspicious Skin Lesions. JAMA Netw Open. 2020;3(12):e2027201.
35. Tejasvi T, Trupiano N, Scharnitz T, Novice T, Ellis CN. High rate of incidental detection of skin cancer following teledermatology consultation: Full body skin examination may detect more skin cancers than a referral-based approach. JAAD Int. 2023;13:112-3.
36. Sánchez-Martín E, Moreno-Sánchez I, Morán-Sánchez M, Pérez-Martín M, Martín-Morales M, García-Ortiz L. Store-and-forward teledermatology in a Spanish health area significantly increases access to dermatology expertise. BMC Prim Care. 2024;25:227.
37. Garnier T, Samaran R, Assemat W, Truchot B, Skayem C, Duong TA. Téléexpertise en

dermatologie : perspectives et motivations des médecins généralistes utilisant le réseau hospitalier TELDERM Saclay. *Fr Ann Dermatol Venereol*. 2024;151. DOI: 10.1016/j.fander.2024.09.386.
38. Hamid I, Vandormael I, Atwan A, Mills C. Primary Care Skin Lesion Referrals Assessed via Teledermatology: A Retrospective Analysis. Cureus. 2025;17(8):e90849.
39. Fee JA, McGrady FP, Hart ND. Dermoscopy use in primary care: a qualitative study with general practitioners. BMC Prim Care. 2022;23(1):47.
40. Hieken TJ, Hernández-Irizarry R, Boll JM, Jones Coleman JE. Accuracy of diagnostic biopsy for cutaneous melanoma: implications for surgical oncologists. Int J Surg Oncol. 2013;2013:196493
41. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: an umbrella review. Eur J Gen Pract. 2021;27(1):198-210.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction :

Face à la pénurie croissante de dermatologues en France et à l'augmentation constante de l'incidence des cancers cutanés non-mélanomes, le médecin généraliste (MG) est amené à jouer un rôle croissant dans la prise en charge des lésions précancéreuses et des carcinomes cutanés. Cette évolution du parcours de soins interroge son acceptabilité par les dermatologues.

Objectif :

Évaluer la perception des dermatologues et internes en dermatologie concernant l'élargissement du rôle des MG dans la prise en charge des lésions précancéreuses et des carcinomes cutanés de bon pronostic, et identifier les conditions nécessaires à cette délégation.

Matériel et méthode :

Étude observationnelle descriptive par questionnaire anonyme en ligne (LimeSurvey, 27 questions fermées, 2 questions ouvertes), diffusé auprès des dermatologues et internes exercant en France.

Résultats :

Sur 173 réponses complètes analysées (150 dermatologues, 23 internes), 97,7 % estimaient que les MG peuvent dépister certaines lésions sans recours immédiat au spécialiste (kératose séborrhéique, angiome rubis, kératose actinique, carcinome basocellulaire), mais peu la maladie de Bowen (27,8 %). Le suivi oncologique était accepté par 69,9 %, principalement pour le carcinome basocellulaire (82,7 %) et le carcinome épidermoïde superficiel (69,4 %). 86,1 % jugeaient les MG insuffisamment formés, la formation théorique et pratique supervisée étant les critères jugés essentiels ; 79,2 % des dermatologues se déclaraient prêts à y contribuer. La télé-expertise divisait l'échantillon (46,2 % favorables, 48,0 % opposés), l'examen cutané complet étant identifié comme sa principale limite.

Conclusion :

Les dermatologues français sont globalement favorables à une implication accrue des MG dans le dépistage des lésions cutanées, mais restent plus prudents concernant le suivi oncologique. Le déficit de formation constitue le frein principal, mais la forte disposition des dermatologues à y remédier ouvre une perspective de collaboration structurée entre soins primaires et expertise spécialisée.

Mots-clés : Dermatologue ; Médecin généraliste ; Lésions précancéreuses ; Carcinome basocellulaire ; Dépistage ; Télé-expertise

ABSTRACT

Introduction:

Given the growing shortage of dermatologists in France and the steadily rising incidence of non-melanoma skin cancers, general practitioners (GPs) are increasingly called upon to manage precancerous lesions and skin carcinomas. This shift in the care pathway raises questions about its acceptability among dermatologists.

Objectives:

To assess dermatologists' and dermatology residents' perceptions regarding an expanded role for GPs in managing precancerous lesions and low-risk skin carcinomas, and to identify the conditions required for this task-shifting.

Methods:

Descriptive observational study using an anonymous online questionnaire (LimeSurvey, 27 closed-ended and 2 open-ended questions), distributed to French dermatologists and dermatology residents.

Results:

Among 173 complete responses analyzed (150 dermatologists, 23 residents), 97.7% considered that GPs could screen for certain lesions without immediate referral (seborrheic keratosis, cherry angioma, actinic keratosis, basal cell carcinoma), but few endorsed this for Bowen's disease (27.8%). Oncological follow-up by GPs was accepted by 69.9% of respondents, mainly for basal cell carcinoma (82.7%) and superficial squamous cell carcinoma (69.4%). Overall, 86.1% considered GPs insufficiently trained, with theoretical and supervised practical training identified as essential prerequisites; 79.2% of dermatologists were willing to contribute to such training. Teledermatology divided respondents (46.2% in favor, 48.0% opposed), with the inability to perform a full-body skin examination identified as its main limitation.

Conclusion:

French dermatologists are broadly supportive of an expanded role for GPs in skin lesion screening, but remain more cautious regarding oncological follow-up. The main barrier identified is insufficient GP training, though dermatologists' strong willingness to help address this gap points toward a structured collaboration between primary care and specialist expertise.

Keywords: Dermatologist; General practitioner; Precancerous lesions; Basal cell carcinoma; Screening; Teledermatology

ANNEXES

Le Questionnaire

Chères consœurs, chers confrères,

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce questionnaire qui vise à recueillir votre avis d'expert sur la collaboration entre les spécialistes dermatologues et les médecins généralistes sur la prise en charge des lésions tumorales cutanées par les médecins généralistes.

Vos réponses permettront de mieux comprendre les attentes et les recommandations des dermatologues pour améliorer la collaboration et l'accès aux soins.

Répondre à ce questionnaire vous prendra 15 minutes et me permettra de réaliser ma thèse. Je me tiens à votre disposition pour tout complément d'information et pour vous faire part des résultats.

Ce questionnaire est anonyme et vos données personnelles ne seront utilisées à aucune autre fins.

Cette thèse est supervisée par le Dr MARIE-LUCE Stéphany du service de dermatologie du CHU de NICE. Votre collaboration sera extrêmement précieuse pour ma recherche. Je m'engage à traiter toutes les réponses de manière confidentielle et à utiliser les résultats pour contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Vous pourrez retirer votre consentement à tout instant et demander la suppression de vos informations personnelles en nous contactant à cette adresse : marine.joannic@gmail.com

1) Êtes-vous :
   a. Dermatologue
   b. Interne en dermatologie
   c. Autre : …… (Si autre : fin du questionnaire en mettant un message de remerciements)
2) Vous êtes
   a. Un homme
   b. Une femme
   c. Non binaire
3) Dans quel département exercez-vous ? (menu déroulant)
4) Avez-vous un exercice :
   a. En CHU
   b. En centre hospitalier de périphérie
   c. Libéral
   d. Mixte
   e. Remplacement
   f. Autre : ….
5) Quel est votre lieu d'exercice
   a. Rural
   b. Urbain
   c. Mixte

d. Péri-urbain
e. Semi-rural

6) Depuis combien de temps exercez-vous en tant que dermatologue ?
   a. 0-5 ans
   b. 6-10 ans
   c. 11-15 ans
   d. 16-20 ans
   e. Plus de 20 ans
7) Quel est votre type d'exercice ? (réponses multiples)
   a. Médicale
   b. Chirurgicale
   c. Esthétique
   d. Autre :
8) Quel est, dans votre pratique, le délai moyen de rendez-vous pour vos patients ?
   a. Dans la semaine
   b. <1 mois
   c. 1-3 mois
   d. 3-6mois
   e. 6-12 mois
   f. > 1 an
9) Rencontrez-vous des patients présentant des lésions tumorales cutanées
   a. Quotidiennement
   b. Hebdomadairement
   c. Mensuellement
   d. Rarement
10) Selon vous, les médecins généralistes peuvent-ils dépister certaines lésions tumorales cutanées sans recours immédiat à un spécialiste dermatologue ?
   a. Oui
   b. Non
11) *Si oui : affichez cette question* : Quelles lésions estimez-vous que les médecins généralistes devraient savoir reconnaître ? (Cochez toutes les réponses applicables)
   a. Kératose séborrhéique
   b. Angiomes rubis
   c. Kératoses actiniques
   d. Maladie de Bowen
   e. Carcinome basocellulaire
   f. Carcinome épidermoïde
   g. Mélanome
   h. Autre (veuillez préciser) : _____
12) *Si non,* afficher cette question :
   a. Pourquoi ? …….
13) Selon vous, les médecins généralistes peuvent-ils assurer le suivi de cancers cutanés :
   a. Oui

b. Non

14) Parmi les terrains suivants, lesquelles pourraient être suivi par des médecins généralistes ?
   a. Patient(e) avec un syndrome des naevi atypiques
   b. Patient(e) greffé sous immunosuppresseur
   c. Patient(e) hélioderme
   d. Patient(e) présentant un antécédent familial de carcinome au 1er degré
   e. Patient(e) présentant un antécédent familial de mélanome au 1er degré
   f. aucun

15) Selon vous, parmi les tumeurs sous-jacentes, lesquelles pourraient relever d'un suivi par un médecin généraliste seul
   a. Carcinome épidermoïde superficiel
   b. Carcinome épidermoïde invasif
   c. Carcinome basocellulaire
   d. Mélanome in situ
   e. Mélanome invasif
   f. aucun

16) Quelles sont vos attentes concernant la gestion des lésions précancéreuses et des carcinomes cutanés simples par les généralistes ? (Cochez toutes les réponses applicables)
   a. Détection et diagnostic précoce
   b. Traitement initial
   c. Suivi
   d. Renvoi rapide aux spécialistes en cas de besoin
   e. Suivi postopératoire
   f. Documentation et partage des informations
   g. Autre (veuillez préciser) : _____

17) Pensez-vous que les médecins généralistes devraient réaliser certains actes diagnostiques ou thérapeutiques de base (par exemple, biopsies, cryothérapie) ?
   a. Oui
   b. Non

18) Pensez-vous que la délégation de certains actes de dépistage et de petite chirurgie dermatologique aux médecins généralistes pourrait réduire les délais de prise en charge pour les patients ?
   a. Oui
   b. Non

19) Si oui, estimez-vous que cette réduction des délais de prise en charge serait :
   a. Faible (plus de 3 mois)
   b. Modérée (1 à 3 mois)
   c. Importante (moins d'1 mois)

20) Pensez-vous que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour identifier les lésions tumorales suspectes et orienter les patients de manière

appropriée ?

a. Oui
b. Non

21) Examinez-vous l'ensemble du tégument de vos patients lors d'une consultation dermatologique indépendamment du motif ?

a. Oui
b. Non

22) Pensez-vous que les médecins généralistes devraient le faire ?

a. Oui
b. Non

23) A propos du développement de la télé expertise, pensez-vous qu'un avis de télé expertise seul peut permettre de surseoir à une consultation dermatologique ?

a. Oui
b. Non

24) Si oui, sous quelles conditions ? *(Question à choix multiples)*

a. Examen de l'ensemble du tégument par le médecin traitant
b. Photos corps entier
c. Photos dermoscopiques
d. Anamnèse détaillée

25) *Si non,* pourquoi ? ……

Quels sont, selon vous, les critères essentiels pour que les médecins généralistes puissent réaliser ces actes en toute sécurité ? (Cochez toutes les réponses applicables)

a. Formation théorique spécifique
b. Formation pratique supervisée
c. Accès à un équipement adéquat
d. Protocoles cliniques standardisés (ex : protocole mis en place avec des spécialistes)
e. Autre (veuillez préciser) : _____

26) Seriez-vous disposé(e) à participer à des programmes de formation ou de sensibilisation destinés aux médecins généralistes pour améliorer leur capacité à prendre en charge les cas dermatologiques courants ?

a. Oui
b. Non

27) Avez-vous des suggestions ou des recommandations spécifiques pour améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les spécialistes dermatologues dans la prise en charge des patients atteints de problèmes dermatologiques ?

28) Y a-t-il d'autres commentaires ou observations que vous souhaitez partager sur ce sujet ?

Nous vous remercions sincèrement pour votre contribution à cette enquête. Vos réponses contribueront grandement à améliorer et à renforcer la collaboration entre généralistes et dermatologues.