

Portrait et analyse des interventions visant
à prévenir les cancers de la peau chez
les jeunes de 0 à 18 ans

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Rapport

Portrait et analyse des interventions visant à prévenir les cancers de la peau chez les jeunes de 0 à 18 ans

Direction de la santé environnementale
et de la toxicologie

Mars 2013

AUTEURS

Marie-Christine Gervais
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Marc Rhainds
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION ET VALIDATION

Daniel Bolduc
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

Albert Daveluy
Direction de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MISE EN PAGES

Julie Colas, agente administrative
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

L'Institut national de santé publique du Québec a réalisé ce travail grâce au soutien financier accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-67914-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-67915-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) pour la diffusion du questionnaire aux répondants en santé environnementale travaillant dans le domaine de la prévention des cancers de la peau au Québec, de même que pour la validation des constats québécois obtenus suite à cette analyse. Un merci également à mesdames Anna-Maria Boscaino et Nancy Parry qui ont facilité la diffusion du questionnaire aux membres du Comité national sur la prévention des cancers de la peau (anciennement le Comité national de protection solaire) et au plus grand nombre d'intervenants dans ce domaine à travers les autres provinces canadiennes. Nous tenons aussi à remercier Mme Josée Morriset pour son partage d'expérience en matière d'évaluation de programmes et Mme Claire Laliberté pour les multiples discussions qui ont contribué à l'enrichir. Un grand merci à tous ceux qui ont partagé leurs expériences en prévention des cancers de la peau en vue de réaliser cet inventaire à l'échelle québécoise et dans les autres provinces canadiennes.

AVANT-PROPOS

La diminution de l'incidence des cancers de la peau compte parmi les cibles du Programme national de santé publique à atteindre d'ici 2012 (MSSS, 2008). En juillet 2005, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) s'est vu confier, par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), un mandat en lien avec la problématique des rayons ultraviolets (UV). L'un des volets de ce mandat consistait à produire une revue de littérature portant sur les interventions de prévention primaire à l'égard de l'exposition aux rayons UV. Le MSSS souhaitait qu'une attention particulière soit portée à l'efficacité de ces interventions.

La dernière mise à jour québécoise sur les interventions en prévention des cancers de la peau avait été produite en 1997, dans le cadre des travaux du Comité conjoint sur l'exposition aux rayons UV et au bronzage artificiel (Bélanger, 1997 dans MSSS, 1998). Cette mise à jour consistait en une énumération d'activités de sensibilisation implantées à l'échelle internationale et destinées à divers publics cibles plutôt qu'en une analyse critique de ces interventions. La principale conclusion de cette mise à jour était que le « Québec n'avait jamais envisagé d'intervention structurée pour contrôler le cancer de la peau relié aux rayons UV ». En avril 2007, l'INSPQ mettait justement sur pied un Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau¹ chargé de promouvoir de saines habitudes de vie, plus particulièrement chez les jeunes de 0-18 ans, au regard de l'exposition aux rayons UV de source naturelle et artificielle. Ce comité, regroupant des partenaires de niveau provincial, a été créé à la demande du MSSS.

La production de la présente revue de littérature permettra d'alimenter et de soutenir le développement d'une stratégie québécoise de prévention à l'égard du rayonnement UV. Elle s'adresse, en premier lieu, aux gestionnaires et aux professionnels de santé environnementale du réseau de santé publique qui pourront l'utiliser en appui à leurs décisions en matière de prévention des cancers de la peau. Elle pourra également être consultée par les membres du Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau (ex. : milieux scolaires, services de garde à l'enfance, milieux aquatiques, etc.) qui pourront référer directement aux interventions exemplaires proposées dans leurs milieux d'intervention respectifs. Ces interventions exemplaires auront notamment été retenues en raison de leur efficacité. Finalement, cette revue permettra de justifier la pertinence d'implanter de toutes nouvelles interventions en prévention des cancers de la peau au Québec, sinon d'assurer le maintien de certaines interventions existantes.

¹ Ce comité est composé des acteurs suivants : Société de sauvetage, Association des garderies privées du Québec, Conseil québécois des centres de la petite enfance, Association des éducateurs et des éducatrices en milieu familial, ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, Société canadienne du cancer, Association paritaire sectorielle (secteur affaires municipales), Association des dermatologues du Québec, Table de concertation nationale en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec.

RÉSUMÉ

La réduction de l'incidence des cancers de la peau constitue un objectif du Programme national de santé publique québécois. Pour orienter les activités de prévention des cancers de la peau, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié un mandat à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui se décline en trois objectifs :

- 1) décrire les caractéristiques des interventions de prévention des cancers de la peau visant les jeunes de 0 à 18 ans ayant été répertoriées au Québec, dans les autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde pour la période allant de 1990 à 2005;
- 2) constituer une banque d'interventions de bonne qualité et ayant été démontrées efficaces, et ce, pour divers milieux d'intervention;
- 3) dégager des pistes de réflexion au regard du développement et de l'implantation d'interventions en prévention des cancers de la peau chez les jeunes de 0 à 18 ans au Québec.

MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée dans PubMed afin de repérer les interventions en prévention des cancers de la peau répondant aux critères de recherche établis. Les critères d'inclusion utilisés pour la sélection des interventions étaient 1) la description d'une intervention de prévention et de promotion de la santé en lien avec les UV; 2) l'âge de la population cible, soit entre 0 et 18 ans; 3) la période où l'intervention a été menée, soit entre 1990 et 2005 et finalement; 4) la langue, soit le français ou l'anglais. En ce qui concerne le repérage de la littérature grise pertinente, un questionnaire standardisé conçu pour cette revue de littérature a été diffusé à travers deux réseaux d'acteurs principaux, soit auprès des membres de la Table nationale de Concertation en santé environnementale (TNCSE) et ceux du Comité national sur la Prévention du Cancer de la peau, un comité qui découle de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. La qualité de toutes les interventions répertoriées a été évaluée à l'aide d'une grille de codification unique. Au terme du processus de codification, de saisie et d'analyse, des interventions dites exemplaires, en raison de leur qualité méthodologique et de leur efficacité, ont été sélectionnées. Les barrières et les facteurs de succès liés à l'implantation des interventions ont également été documentés.

QUELQUES RÉSULTATS

Au Québec

Onze interventions ont été répertoriées pour cette période et deux d'entre elles ont été évaluées. Les services de garde à l'enfance et les milieux récréotouristiques sont les milieux les plus fréquemment ciblés par les interventions. Les rôles joués par divers intervenants issus ces milieux (ex. : animateurs de camps de jour, éducateurs de services de garde à l'enfance) vont de la réception de matériel d'information ou éducatif en vue d'une distribution à leur clientèle, à des rôles plus actifs comme ceux des moniteurs de terrains de jeux et des professeurs chargés d'animer les activités de sensibilisation. Dans 37,5 % des cas, ces intervenants ont été rejoints soit par écrit ou encore de vive voix tandis que dans 62,5 % des cas, ces derniers étaient contactés uniquement par écrit. Les interventions québécoises se limitaient à des activités de sensibilisation qui visaient, pour la plupart, à modifier les

connaissances sur les risques à la santé, sur les facteurs de risque et sur les mesures de protection solaire recommandées. La création d'environnements favorables et l'adoption de politiques favorables à la santé n'ont pas été préconisées. Finalement, seulement 25 % des interventions répertoriées se sont développées en faisant appel à des modèles conceptuels ou des théories de changement de comportement.

Au Canada

Sept interventions ont été répertoriées et deux d'entre elles ont été évaluées. L'acquisition d'aptitudes individuelles a été la principale approche de promotion de la santé privilégiée, mais certaines interventions ont aussi fait appel à d'autres approches. En termes de création d'environnements favorables, l'aménagement d'espaces ombragés a été encouragé et des mesures de protection individuelles (ex. : crème solaire) ont été rendues disponibles sur les sites d'exposition. L'adoption de politiques au regard de la protection solaire a également été suggérée dans divers milieux pour deux de ces interventions.

À l'échelle internationale

Soixante articles scientifiques sur 527 ont été retenus. Le milieu scolaire primaire et le milieu familial sont les milieux les plus souvent favorisés dans les publications scientifiques. Quoique représentant une faible proportion des interventions isolées, les services de garde à l'enfance, le milieu préscolaire et les milieux récréotouristiques sont bien représentés dans les interventions communautaires (interventions qui se déroulent dans plusieurs milieux). Les enfants de 6 à 12 ans constituent la clientèle la plus représentée dans les interventions (56,7 %) alors que les nouveau-nés (rejoints par l'intermédiaire des parents) ne comptent que pour 8,3 %. Plusieurs de ces interventions ont choisi pour cible les adolescents et les jeunes adultes, que ce soit dans le milieu secondaire, collégial, universitaire, mais aussi dans certains milieux récréotouristiques, où ils occupent des emplois. Dans 65 % des cas, l'acquisition d'aptitudes individuelles (A) est l'unique approche employée dans les interventions. Cette approche a été combinée à la création d'environnements favorables dans 20 % des interventions (AB), à l'adoption de politiques favorables à la santé dans 3,33 % des interventions (AC) et aux 2 autres approches simultanément (ABC), dans 10 % des cas. Plusieurs des interventions exemplaires présentées dans cette revue de littérature n'ont fait état que de changements modestes, mais les apprentissages qui en découlent sont tout aussi importants. Des recherches supplémentaires y sont aussi proposées afin de mieux documenter certains aspects ou effets de l'intervention.

DISCUSSION

Plusieurs constats émergent de l'analyse des interventions québécoises. Ces derniers, qui ont été validés en 2012 par les représentants de la TNCSE, semblent refléter assez bien la situation actuelle. Ils apportent un éclairage sur divers enjeux caractérisant la situation québécoise en prévention des cancers de la peau. Sans en faire une liste exhaustive, les principaux enjeux identifiés sont : l'efficacité, la méconnaissance de l'efficacité des interventions implantées et de la durabilité des effets, les messages parfois moralisateurs et centrés sur l'individu, les messages et outils non spécifiques aux clientèles visées, le manque de stratégies globales d'intervention et la méconnaissance des milieux

d'intervention. Ces enjeux, et d'autres non spécifiés ici, ont alimenté la réflexion sur les meilleures pratiques en prévention des cancers de la peau et guidé la conclusion.

CONCLUSION

Des efforts importants de sensibilisation de la population face aux dangers que représentent les rayons ultraviolets (UV) ont été consentis au Québec depuis les années 90'. Toutefois, il appert que les stratégies de prévention mises de l'avant devraient être révisées et même complètement renouvelées dans certains cas. L'analyse de ces interventions a mis au jour plusieurs préoccupations qui permettront de guider les décideurs et intervenants de santé publique dans l'élaboration d'un plan d'action provincial.

Structurer les actions en prévention des cancers de la peau au Québec

Un mécanisme intersectoriel, visant à coordonner les actions de prévention au niveau provincial, apparaît comme un élément structurant à considérer. En plus de supporter les directions de santé publique et le MSSS dans leur mandat de prévention, ce mécanisme assurerait une cohérence et une concertation dans les actions déployées. Pour pallier au manque de ressources tant financières qu'humaines, les divers partenaires pourraient contribuer ensemble au développement d'un programme provincial dans lequel seraient élaborés divers projets d'intervention de type clé en main. Des professionnels ayant une expertise en promotion de la santé et dans les stratégies de changement de comportements devraient être consultés à des étapes charnières du développement de ces interventions. Les ressources et les outils d'intervention existants déjà devraient circuler davantage entre les diverses organisations concernées. Finalement, il est capital de développer, au Québec, une culture de la mesure pour assurer la pérennité des interventions efficaces.

Développement d'interventions

Une démarche structurée de planification devrait être adoptée lors du développement de nouvelles interventions. L'établissement d'objectifs clairs et spécifiques, de même qu'une analyse du contexte d'intervention et du public cible (ex. : caractéristiques socio-économiques et l'origine ethnique), seraient des éléments minimaux à considérer. Il pourrait aussi être opportun de recourir à des sondages pour connaître les habitudes d'exposition et de protection face au rayonnement UV, de même que les déterminants de ces comportements. Le développement d'interventions sur les plages est suggéré, ce qui permettrait de rejoindre les familles et les adolescents qui s'exposent au rayonnement UV. Les milieux secondaire et collégial devraient également être ciblés de manière à réduire l'utilisation des appareils de bronzage et l'exposition intentionnelle au rayonnement UV à l'extérieur. Finalement, il serait bien de s'assurer que les interventions mises en place couvrent les périodes-clés de l'exposition au rayonnement UV, qu'il soit d'origine naturelle ou artificielle (ex. : vacances d'été, vacances dans le sud pendant la période des fêtes, semaine de relâche, bal de finissants, etc.).

Types d'interventions, contenus et messages à véhiculer

Les activités de sensibilisation développées devraient être combinées à la création d'environnements favorables et à l'adoption de politiques favorables à la santé. Il demeure important de transmettre des connaissances à la population sur les mesures de protection

individuelles et les facteurs de risque, mais aussi d'agir sur d'autres paramètres qui influencent les comportements (ex. : efficacité personnelle, barrières à l'utilisation des mesures de protection). Chez les adolescents, les effets néfastes du rayonnement UV sur la peau, en particulier le photovieillissement, semblent être une avenue d'intervention prometteuse. De l'information non biaisée au sujet de la vitamine D devrait également être élaborée et diffusée pour éviter la confusion dans les messages de prévention véhiculés à la population. Les interventions développées devraient aussi prendre en considération les facteurs liés aux inégalités sociales de santé, notamment en ce qui a trait aux mesures de protection solaire recommandées. L'acceptabilité de ces mesures devrait aussi être documentée. Finalement, il est important de prévoir le développement d'interventions et d'outils qui s'adressent à des clientèles et des contextes spécifiques.

Implantation des interventions

Les organisations partenaires ciblées dans les milieux d'intervention visés doivent être impliquées dès le départ (séances d'information et d'échanges) en vue de contribuer aux principales étapes conduisant à l'implantation d'une intervention. Afin de susciter leur intérêt, des interventions peuvent être proposées dans une perspective de santé publique plus large en associant la prévention des cancers de la peau à d'autres problématiques connexes (ex. : changements climatiques, troubles liés à l'image corporelle).

En résumé, un plan d'action provincial en prévention des cancers de la peau devra prévoir un continuum d'interventions structurées, spécifiques et diversifiées prenant racine dès l'enfance pour se poursuivre durant l'adolescence, et ce, à travers plusieurs milieux d'intervention.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES	XIII
GLOSSAIRE	XV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XIX
INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	3
1.1 Objectif principal	3
1.2 Objectifs spécifiques	3
2 MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Élaboration de la méthodologie	5
2.2 Méthodes de recensement des interventions	6
2.2.1 Littérature grise	7
2.2.2 Littérature scientifique	9
2.3 Classification des interventions	10
2.4 Méthodologie d'analyse.....	12
2.4.1 Codification des interventions.....	13
2.4.2 Sélection des interventions pour l'évaluation de l'efficacité.....	16
2.4.3 Analyse des interventions à partir de cadres conceptuels	16
2.4.4 Sélection des interventions exemplaires.....	20
2.4.5 Appréciation générale des interventions.....	21
3 DESCRIPTION ET ANALYSE CRITIQUE DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES CANCERS DE LA PEAU.....	23
3.1 Taux de réponse selon les diverses stratégies de sollicitation.....	23
3.2 Interventions publiées dans la littérature grise.....	24
3.2.1 Interventions réalisées à l'échelle québécoise	24
3.2.2 Interventions réalisées à l'échelle canadienne.....	34
3.3 Interventions publiées dans la littérature scientifique.....	43
3.3.1 Interventions internationales exemplaires par milieu d'intervention.....	55
4 DISCUSSION.....	79
4.1 Limites de la recension	79
4.2 Constats sur les interventions québécoises, canadiennes et internationales.....	81
4.2.1 Interventions québécoises	81
4.2.2 Interventions canadiennes.....	88
4.2.3 Interventions internationales issues de la littérature scientifique	93
4.3 Développement d'une stratégie provinciale de prévention des cancers de la peau : constats et enjeux soulevés	99
CONCLUSION	105
RÉFÉRENCES.....	109

ANNEXE 1	RECOMMANDATIONS DU TASK FORCE ON PREVENTION SERVICES DU CENTRE FOR DISEASES CONTROL (2004)	125
ANNEXE 2	RECOMMANDATIONS DE SHOVELLER ET NATHOO (2003)	129
ANNEXE 3	QUESTIONNAIRE SUR L'INVENTAIRE DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES ET DE PRÉVENTION À L'ÉGARD DE L'EXPOSITION AUX RAYONS ULTRAVIOLETS MENÉES AUPRÈS DE LA POPULATION ÂGÉE DE 0 À 18 ANS.....	133
ANNEXE 4	LETTRE EXPLICATIVE JOINTE AU QUESTIONNAIRE.....	145
ANNEXE 5	GRILLE DE CRITÈRES D'ANALYSE.....	149
ANNEXE 6	POINTS DE REPÈRE POUR L'ÉVALUATEUR.....	153
ANNEXE 7	CODIFICATION ATTRIBUÉE À CHACUNE DES ÉTUDES INTERNATIONALES	157
ANNEXE 8	CADRES CONCEPTUELS PAR CATÉGORIE D'ÂGE SÉRIE 2	163
ANNEXE 9	DESCRIPTION DES INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES.....	171
ANNEXE 10	DESCRIPTION DES INTERVENTIONS IMPLANTÉES DANS LES PROVINCES CANADIENNES AUTRES QUE LE QUÉBEC	181
ANNEXE 11	PUBLICATIONS N'AYANT PAS FAIT L'OBJET D'UNE ANALYSE CRITIQUE.....	189
ANNEXE 12	DESCRIPTION DES INTERVENTIONS INTERNATIONALES (LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE)	195
ANNEXE 13	MISE À JOUR DES PUBLICATIONS RÉPERTORIÉES DE 2006 À 2012....	249

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Contribution des recensions existantes à l'avancement des connaissances	6
Tableau 2	Description du questionnaire	8
Tableau 3	Stratégie de recherche	9
Tableau 4	Groupes d'âge et milieux d'intervention correspondants.....	10
Tableau 5	Rationnelle pour la sélection des milieux d'intervention	11
Tableau 6	Exemple de l'exhaustivité et de la précision de l'information rapportée par les auteurs de publications scientifiques et transmise par les répondants au questionnaire.....	14
Tableau 7	Interprétation des pointages obtenus suite à la codification.....	16
Tableau 8	Taux de réponse selon la stratégie de sollicitation utilisée.....	23
Tableau 9	Proportion des répondants québécois ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse	25
Tableau 10	Description des paramètres évaluatifs des interventions québécoises	28
Tableau 11	Stratégies d'intervention québécoises par clientèle cible et par milieu d'intervention.....	30
Tableau 12	Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation et au maintien des interventions québécoises	33
Tableau 13	Proportion des répondants canadiens ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse	35
Tableau 14	Types de stratégies employées dans les provinces canadiennes (autres que le Québec) par clientèle cible et par milieu d'intervention	40
Tableau 15	Types de stratégies employées chez les adolescents à travers divers milieux d'intervention dans les provinces canadiennes autres que le Québec.....	42
Tableau 16	Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation et au maintien des interventions dans les provinces canadiennes autres que le Québec	42
Tableau 17	Distribution de fréquence des cotes attribuées aux interventions internationales (littérature scientifique)	44
Tableau 18	Proportion des auteurs d'interventions internationales ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse	45
Tableau 19	Distribution de fréquence des catégories d'âge ciblées dans les interventions internationales (n = 60).....	46
Tableau 20	Distribution de fréquence des interventions internationales ayant ciblé un seul milieu (n = 41).....	46

Tableau 21	Distribution de fréquence des interventions internationales ayant ciblé plusieurs milieux (interventions communautaires) selon le type de milieu sollicité (n = 19)	47
Tableau 22	Types d'intervenants impliqués dans les interventions internationales, selon le milieu d'intervention	48
Tableau 23	Distribution de fréquence de la durée des interventions internationales (n = 60)	48
Tableau 24	Distribution de fréquence des interventions selon les approches de promotion de la santé étudiées (n = 60).....	49
Tableau 25	Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation des interventions internationales	53
Tableau 26	Prévention des cancers de la peau au Québec : modes d'organisation	100
Tableau 27	Paramètres à considérer lors du développement des interventions	101
Tableau 28	Types d'interventions et thématiques abordées	102
Tableau 29	Paramètres à considérer lors de l'implantation des interventions	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Séquence des étapes d'analyse des interventions répertoriées	12
Figure 2	Pointage supplémentaire accordé aux interventions présentant un devis évaluatif	15
Figure 3	Approche A : Acquisition d'aptitudes individuelles	17
Figure 4	Approche B : Création d'environnements favorables	18
Figure 5	Approche C : Adoption de politiques favorables à la santé	19

GLOSSAIRE²

Action intersectorielle

Pratique d'acteurs de plus d'un secteur d'intervention qui se mobilisent et s'engagent en complémentarité d'action pour mettre à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire, d'un commun accord, certains besoins clairement reconnus dans la communauté (Lebeau et collab., 1997).

Acquisition d'aptitudes individuelles

Développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend plus aptes à faire des choix judicieux (Adaptée de la Charte d'Ottawa. OMS, 1986).

Attitude

Évaluation positive ou négative d'un individu; dans le cas qui nous concerne, envers un comportement.

Approches de promotion de la santé*

Trois approches choisies par les auteurs pour les besoins de cette recension parmi les cinq approches de promotion de la santé décrites dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Ces approches sont : l'acquisition d'aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables et l'adoption de politiques favorables à la santé.

Création d'environnements favorables*

Un « environnement favorable » concerne aussi bien les aspects physiques que les aspects sociaux du milieu ambiant dans lequel nous vivons. Il s'agit des endroits où les gens vivent, de leurs communautés, de leurs foyers, de leurs lieux de travail et de distraction. L'idée derrière la création d'environnements favorables est d'apporter des changements qui auront une répercussion sur les comportements à risque; ici, l'exposition aux rayons UV (Adaptée de la Charte d'Ottawa. OMS, 1986).

Design expérimental

Processus évaluatif qui assigne les participants d'une étude au(x) groupe(s) d'intervention et au groupe contrôle de façon aléatoire.

Design quasi-expérimental

Processus évaluatif qui utilise une approche quasi-expérimentale en assignant les participants d'une étude au(x) groupe(s) d'intervention et au groupe contrôle, de façon non aléatoire.

² À noter que les définitions marquées d'un astérisque ont été élaborées par les auteurs.

Design prétest/post-test sans groupe de comparaison*

Suivi de l'évolution d'un groupe d'individus ou d'une situation avant et après une intervention. Par exemple : Évaluer si les connaissances d'un groupe d'étudiants se sont améliorées après la lecture d'un article à vocation éducative par rapport aux connaissances de ce même groupe avant la lecture de cet article.

Efficacité d'une intervention*

Capacité d'une intervention à atteindre les objectifs qu'elle s'était fixés au départ.

Adoption de politiques favorables à la santé*

Directive formelle ou procédure institutionnelle qui définit des priorités et des paramètres d'action en réponse à des besoins en santé en tenant compte des ressources disponibles et des pressions politiques³. Elle peut aussi être de nature informelle (ex. : recommandations, lignes directrices intégrées à un document sur la mission de l'école). De telles politiques permettent « d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables » (Adaptée de la Charte d'Ottawa. OMS, 1986).

Intermédiaires ou intervenants*

Se dit d'une personne ou d'un groupe de personnes désignée(s) afin d'intervenir auprès de la population cible, et ce, dans le but d'œuvrer au bon fonctionnement d'une intervention. Il peut s'agir de mettre à la disposition de la population cible des outils éducatifs, d'animer des activités éducatives, d'être des modèles de rôle, de participer au renforcement de comportements sécuritaires ou d'implanter des mesures destinées à réduire l'exposition de la population cible au rayonnement UV.

Intervention*

Fait référence à un programme de prévention/promotion de la santé lié aux rayons UV, mais également, à des activités qui n'ont pas nécessairement été intégrées à un programme précis.

Intervention communautaire*

Une intervention de type communautaire regroupe une série d'activités implantées dans plusieurs milieux d'intervention simultanément (ex. : une même intervention est implantée dans les services de garde à l'enfance et dans les milieux familiaux). Les interventions qui ont lieu dans deux milieux ou plus à vocation scolaire (ex. : écoles primaires et secondaires) ne sont pas considérées comme des interventions communautaires.

³ Health Promotion Glossary, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_9_8.1.pdf, consulté le 11 mars 2009.

Intervention exemplaire*

Intervention choisie par les auteurs, en raison de sa qualité méthodologique et de son efficacité, à titre d'exemple ou comme source d'inspiration pour le développement de nouvelles interventions au Québec.

Intervention multistratégique*

Intervention qui cumule plusieurs approches de promotion de la santé. Par exemple, une intervention qui consiste à élaborer des politiques de protection solaire en plus de créer des environnements favorables menant à l'adoption de comportements sécuritaires à l'égard du rayonnement UV serait classée dans cette catégorie.

Littérature scientifique

Publication résultant d'un processus de révision par les pairs.

Littérature grise*

Questionnaire complété suite à la sollicitation d'acteurs-clés dans le domaine de la prévention des cancers de la peau ou rapport accessible sur Internet.

Liste de diffusion

Utilisation spécifique du courrier électronique qui permet la diffusion d'information à un grand nombre d'utilisateurs possédant une adresse électronique ou courriel. Un logiciel, le serveur, est installé sur un ordinateur qui traite les courriels entrants (qu'il reçoit) et, selon leur contenu, soit effectue des actions spécifiques, soit distribue le message à toutes les personnes abonnées à cette liste de diffusion. Aujourd'hui, les listes de diffusion sont le plus souvent utilisées pour collaborer sur différents sujets ou comme méthode pour diffuser rapidement l'information sur un sujet particulier. Tirée du site : http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_de_diffusion (consulté le 5 mars 2010).

Milieu d'intervention*

Tout lieu d'exposition au rayonnement UV qui a été ciblé par cette recension : les services de garde à l'enfance, le milieu préscolaire, le milieu scolaire (primaire, secondaire, collégial), les milieux de travail étudiant, le milieu familial et les milieux récréotouristiques.

Milieu familial (*home-based*, en anglais)*

Milieu de vie de la population générale (parents, enfants, adolescents) se prêtant à des interventions, que ce soit par le biais de rencontres personnalisées ou par la diffusion d'information via divers canaux de transmission tels que la télévision, les journaux, la poste, la radio, le téléphone et Internet. Par exemple, les mères peuvent être sensibilisées sur la protection solaire à leur domicile par l'intermédiaire des infirmières après leur accouchement. Les conseils donnés à l'hôpital quelque temps après l'accouchement ont également été inclus dans cette catégorie.

Milieus récréotouristiques*

Fait référence à tout milieu extérieur fréquenté par les enfants et par les adolescents pour des motifs récréatifs et/ou touristiques (ex. : piscines publiques, glissades d'eau, espaces verts, camps de jour, terrains de jeux, plages, zoo, festivals d'été, terrains de camping, sites touristiques, parcs d'attractions, etc.).

Milieu de travail étudiant*

Tout emploi extérieur occupé par la clientèle étudiante, que ce soit à titre de sauveteur, de garde dans les parcs nationaux, d'employé de la construction, des secteurs agricoles et horticoles, etc.

Norme sociale

Règles de conduite dans une société ou un groupe social. Les normes sociales définissent le domaine de l'action sociale en précisant ce que l'individu peut ou ne peut pas faire. Elles traduisent les valeurs et les idéaux dominants de la société ou du groupe.

Photovieillissement

Effets visibles d'une peau endommagée par le soleil comprenant des rides, une décoloration de la peau par endroits, une diminution de l'élasticité, de la sécheresse et des rougeurs (American Academy of Dermatology, 2005).

Répondant*

Toute personne ayant participé à cette recension, que ce soit par le retour d'un questionnaire ou par la transmission de rapports d'activités décrivant une intervention de prévention des cancers de la peau mise en place par leur organisation.

Revue systématique

Revue d'une question clairement formulée qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et donner une appréciation critique de la recherche disponible, de même que pour recueillir et analyser les données d'études incluses dans la revue. Des méthodes statistiques (méta-analyse) peuvent ou non être utilisées pour analyser et résumer les résultats des études retenues (Glossary of Terms in the Cochrane Collaboration, version 4.2.5, <http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>, consulté le 5 mars 2010).

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACD :	Association canadienne de dermatologie
CLSC :	Centres locaux de services communautaires
CPE :	Centres de la petite enfance
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
FPS :	Facteur de protection solaire
PNSP :	Programme national de santé publique du Québec
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OTJ :	Œuvre des terrains de jeux
SCC :	Société canadienne du cancer
TNCSE :	Table nationale de concertation en santé environnementale
UPA :	Union des producteurs agricoles
UV :	Rayons ultraviolets (pouvant être soit d'origine naturelle, soit d'origine artificielle)
VNO :	Virus du Nil occidental

INTRODUCTION

Le rayonnement UV est émis de manière naturelle par le soleil, mais également par d'autres sources artificielles telles que les appareils de bronzage. Des expositions professionnelles sont aussi possibles dans certains corps de métiers tels que la soudure, l'irradiation des aliments et des boissons, l'éclairage, l'imprimerie, etc. Cette exposition est considérée comme le principal facteur de risque conduisant au développement des cancers de la peau et à d'autres effets à la santé tels que le photovieillessement et la cataracte (Gruger et collab., 2010; Schulman et Fisher, 2009). Plusieurs mesures de prévention sont recommandées par les organisations de santé pour réduire ce risque comme l'utilisation d'un écran solaire d'un facteur de protection solaire (FPS) de 15 et plus, la recherche de l'ombre et l'évitement de l'exposition lors des périodes de forte intensité de rayonnement UV, l'utilisation de chapeaux et de vêtements protecteurs et l'évitement de la pratique du bronzage artificiel (OMS, 2012; CDC 2012; Association canadienne de dermatologie, 2012).

Bien que le cancer de la peau soit un cancer évitable par la prévention (Weinstock, 2008), les données disponibles sur la prévalence de certains comportements témoignent des efforts considérables à y investir. Selon un sondage mené en 2006 auprès de 7 000 participants canadiens, 49 % des jeunes femmes de 16 à 24 ans et 28 % des jeunes hommes du même âge essaient activement d'obtenir un bronzage en s'exposant au soleil (Société canadienne du cancer, 2008). Quant à l'utilisation des appareils de bronzage, on révèle par ce même sondage que les jeunes femmes de 16 à 24 ans les utilisent dans une proportion de 27 %, comparativement aux jeunes hommes qui en font l'usage dans une proportion de 8 %. Au Québec, c'est 30 %⁴ des filles de 16 à 24 ans qui se seraient exposées aux appareils de bronzage au moins une fois sur une période de 12 mois précédent le sondage (Société canadienne du cancer, 2008). Ce sondage révèle également que les enfants canadiens s'exposent davantage lors d'une journée ensoleillée typique que les adultes, si bien que plus de 50 % des enfants y passent au-delà de 2 heures. Finalement, parmi les adultes, les jeunes âgés de 16 à 24 ans non seulement s'exposent davantage au soleil, mais sont moins portés à se protéger. Les enfants en très bas âge, soit de 1 à 5 ans, sont cependant bien protégés du soleil par l'intermédiaire de leurs parents (Société canadienne du cancer, 2008).

Chercher à réduire cette exposition et à améliorer la protection contre le rayonnement UV chez les 0 à 18 ans par des activités de prévention est donc justifiée et c'est ce qui explique cette démarche de recension. Le fait d'insister sur la protection de ces jeunes repose sur 2 arguments principaux. Tout d'abord, certaines études épidémiologiques suggèrent que les dommages causés par l'exposition aux rayons UV, dans les premières années de vie, soit de 0 à 18 ans, augmentent le risque de développer un cancer de la peau au cours de la vie (Koh et collab., 1995; National Institute of Health, 1991). En deuxième lieu, les théories comportementales sur le sujet indiquent que les chances de succès vis-à-vis l'acquisition et le maintien à long terme d'un comportement sécuritaire à l'égard des rayons UV sont plus

⁴ Une marge d'erreur importante est liée à cette donnée chez les jeunes femmes. Une telle donnée n'était pas disponible pour les hommes de ce groupe d'âge. À noter que Magalie Canuel et Suzanne Gingras ont procédé, en 2010, à l'analyse des données québécoises du *National Sun Survey* (NSS2). Ce sondage a été réalisé du mois d'août au mois de novembre de l'année 2006. Le National Skin Cancer Committee, la Société canadienne du cancer, l'Agence canadienne de santé publique et Cancer Care Ontario étaient impliqués dans la réalisation de ce sondage.

grandes lorsque les interventions débutent en bas âge (Naldi et collab., 2004; Hill et Dixon, 1999; Crane et collab., 1993).

De manière à définir les meilleures stratégies d'intervention à envisager pour réduire l'incidence de ce type de cancer chez les jeunes Québécois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié un mandat de revue de littérature à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce mandat consistait à documenter « l'efficacité des mesures de sensibilisation et d'éducation mises de l'avant au Québec, au Canada et dans d'autres pays qui visent la promotion de saines habitudes auprès de la population des enfants et des jeunes adultes au regard des dangers associés à l'exposition aux rayons ultraviolets ». Cette démarche de recension s'inscrit en accord avec le Programme national de santé publique du Québec (PNSP) qui encourage la « promotion de moyens efficaces afin de protéger les jeunes de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets par des activités de sensibilisation auprès de la population et des intervenants, en collaboration avec les partenaires » (MSSS, 2008). Les interventions visant la création d'environnements et de politiques favorables à la santé ont également été documentées par cette recension. De plus, une série d'autres paramètres liés au contexte de l'intervention (ex. : barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation d'une intervention dans un milieu donné) ont été observés puisque la mesure de l'efficacité seule « n'est pas suffisante pour juger du potentiel d'une intervention de promotion de la santé » (Glasgow et collab., 2004; Glasgow et collab., 2003; Oldenburg et collab., 1999).

1 OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.1 OBJECTIF PRINCIPAL

Documenter les actions à privilégier au Québec en vue de l'élaboration d'une stratégie intersectorielle de prévention contre les cancers de la peau visant les jeunes de 0 à 18 ans.

1.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Décrire les caractéristiques des interventions de prévention des cancers de la peau visant les jeunes de 0 à 18 ans ayant été répertoriées au Québec, dans les autres provinces canadiennes, de même qu'ailleurs dans le monde, pour la période 1990-2005.
- Constituer une banque d'interventions de bonne qualité et ayant été démontrées efficaces.
- Dégager des pistes de réflexion au regard du développement et de l'implantation d'interventions visant à réduire l'exposition aux rayons UV chez les jeunes de 0 à 18 ans au Québec.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 ÉLABORATION DE LA MÉTHODOLOGIE

À travers le monde, plusieurs groupes de chercheurs et organismes de lutte au cancer réalisent des mises à jour sur l'efficacité ou le succès d'interventions en prévention des cancers de la peau. Ces mises à jour sont parfois de nature descriptive (Chartered Institute of Environmental Health, 2005; Ultraviolet Radiation Working Group of the Toronto Cancer Prevention Coalition, 2000; Buller et Borland, 1999; Baum et Cohen, 1998; Buller et Borland 1998; Bélanger, 1997; National Health and Medical Research Council, 1996; Crane et collab., 1993), parfois de nature analytique (Saraiya et collab., 2004a; Shoveller et Nathoo, 2003). Parmi ces revues, deux d'entre elles ont évalué, de manière rigoureuse, la qualité des études qui ont porté sur l'efficacité des interventions en matière de prévention des cancers de la peau. Il s'agit de publications clés dans ce domaine dont les principales caractéristiques sont décrites au tableau 1. La méthodologie de la présente revue de littérature se distingue toutefois de ces publications puisqu'elle inclut, en plus de la littérature scientifique, de l'information issue de la littérature grise.

Bien que soumise à un processus moins formel d'évaluation, la littérature grise est considérée comme une source de renseignements valable pour la production de cette recension. Dans le cas présent, elle est notamment intéressante pour identifier des interventions novatrices, de même que pour comprendre les conditions d'implantation des interventions. La littérature scientifique discute souvent davantage de biais méthodologiques en lien avec l'évaluation de l'intervention que de son déroulement et des facteurs reliés à son succès ou son échec. Selon Molleman et ses collaborateurs (Molleman et collab., 2004 dans INPES, 2004), il y a « souvent négligence de la part des chercheurs à donner des détails sur les conditions contextuelles (temps, financement, soutien disponible) et sur les circonstances (contexte local, influence sociale, culturelle et économique) dans lesquelles les effets signalés ont été obtenus. Ces détails sont nécessaires pour décider s'il faut adapter l'intervention pour qu'elle puisse être répliquée ou mise en œuvre avec succès dans une situation différente ». C'est pourquoi il a été jugé pertinent d'intégrer des interventions issues de la littérature grise à la banque d'interventions analysées.

La revue systématique de Saraiya et ses collaborateurs (2004a) est de très bonne qualité méthodologique. Bien qu'elle soit considérée comme une référence très importante dans le domaine de la prévention des cancers de la peau, cette revue présente toutefois certaines limites. Tout d'abord, une perte de renseignements utiles est possible par l'exclusion de certaines interventions plus faibles sur le plan méthodologique, notamment au niveau du processus évaluatif. Une remarque concernant cette revue a justement été formulée en ce sens par Hill (2004). Cette revue comporte également des limites quant à la portée de ses recommandations. Faute d'articles ayant eu recours à des méthodologies semblables pour évaluer les impacts d'une intervention, les auteurs n'ont pu recommander que deux catégories d'interventions, soit : le fait de promouvoir le port de vêtements protecteurs et de couvre-chef 1) dans les écoles primaires et 2) dans les milieux récréotouristiques. La diversité des interventions de prévention dans ce domaine est telle, tant au niveau des méthodes d'évaluation que des effets mesurés, qu'il devient difficile de rassembler un grand bassin d'études similaires et de les comparer entre elles (Centre de collaboration nationale

en santé environnementale, 2008). La méthodologie utilisée par Shoveller et Nathoo (2003), plus flexible dans la sélection des études analysées, ressemble grandement à celle préconisée dans ce travail. Ainsi, des interventions reconnues efficaces pourront être recommandées dans la plupart des milieux d'interventions ciblés par cette recension.

Tableau 1 Contribution des recensions existantes à l'avancement des connaissances

Auteurs, année	Nb d'articles revus et d'études retenues, période de révision, population cible	Critères d'analyse des études	Contribution à l'avancement des connaissances
Saraiya et collab., 2004a ⁵	• 159 articles revus • 85 études retenues • 1966-2000 • population générale	Efficacité, généralisation, effets pervers et bénéfiques, évaluation économique et barrières à l'utilisation.	- Revue systématique - Recommandations précises sur les stratégies ayant été démontrées efficaces avec suffisamment d'évidence scientifique pour divers milieux et clientèles cibles - Énumère les lacunes rencontrées dans les publications scientifiques (annexe 1).
Shoveller et Nathoo, 2003	• 87 articles revus • 40 études retenues • 1990-2002 • population : 0-25 ans	Design méthodologique, taille de l'échantillon, description de l'intervention, base théorique de l'intervention, outils de mesure évaluatifs, durée du suivi post-intervention et taux d'attrition.	- Codification des interventions quant à leur qualité - Suggestions d'éléments à considérer dans le développement d'interventions selon les approches de promotion de la santé (annexe 2).

2.2 MÉTHODES DE RECENSEMENT DES INTERVENTIONS

Le terme intervention a été favorisé dans ce document par rapport aux autres termes tels que : **activité**, **mesure**, **programme** ou **approche**. Le terme intervention peut tout aussi bien représenter une activité isolée qu'un ensemble d'activités qui seraient intégrées à un programme de prévention structuré. Le terme activité réfère plutôt à une des parties d'un programme ou d'une stratégie, au même titre que le terme mesure. La notion d'approche, quant à elle, réfère plutôt à l'angle sous lequel l'intervention a été développée. Les interventions répertoriées cadrent avec les approches de la Charte d'Ottawa qui prônent la modification du comportement individuel, mais également la création d'environnements et de politiques qui soutiennent ce comportement.

⁵ Cette recension a été mise à jour pour les publications allant jusqu'en 2005 par Glanz et collab., 2006.

Trois types de documents ont été recensés pour constituer la banque d'interventions à analyser. Il s'agit de :

- 1) la littérature scientifique;
- 2) la littérature grise recueillie sous forme de rapports;
- 3) l'information issue d'une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire autoadministré.

Les critères d'inclusion utilisés pour la sélection des interventions étaient :

- 1) la description d'une intervention de prévention et de promotion de la santé en lien avec les UV;
- 2) l'âge de la population cible soit entre 0 et 18 ans;
- 3) la période où l'intervention a été menée, soit entre 1990 et 2005;
- 4) la langue, soit le français ou l'anglais.

Les interventions de prévention secondaire (ex. : dépistage) étaient exclues lorsqu'elles n'étaient pas rattachées à des activités de prévention primaire. Les méthodes de recherche utilisées pour répertorier ces interventions sont décrites dans les sections 2.2.1 et 2.2.2.

2.2.1 Littérature grise

Une recherche sur les moteurs Google et Scirus a permis un premier repérage d'interventions en prévention des cancers de la peau qui n'auraient pas fait l'objet d'une publication scientifique. Puis, un questionnaire développé spécifiquement pour cette recension en version française et anglaise a été acheminé à diverses organisations susceptibles d'avoir mis en place ce type d'interventions (annexe 3). La révision systématique de Saraiya et ses collaborateurs (2004a) a largement contribué à définir les éléments à inclure dans le questionnaire. Celui-ci comptait 28 questions ouvertes regroupées en 3 sections (tableau 2) :

- A) les caractéristiques générales de l'intervention;
- B) l'évaluation de l'efficacité de l'intervention;
- C) l'appréciation générale de l'intervention.

Le contenu d'une fiche développée Saraiya et collab. (2004b)⁶ a été utilisé, en grande partie, pour bâtir la section sur la description des interventions. Cette fiche faisait état des lacunes observées dans les publications scientifiques (voir annexe 1). L'article publié par Glanz et Mayer (2005) s'est avéré être le principal document de référence pour l'élaboration des questions portant sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention. Quelques questions supplémentaires ont été ajoutées dans la section sur l'appréciation générale de l'intervention afin de connaître l'avis des auteurs sur le potentiel de généralisation de l'intervention décrite,

⁶ Cette fiche a été consultée en version préliminaire au démarrage du projet : Saraiya M (2004b). More research is needed to determine effectiveness of many program approaches to improve sun-protective behaviors. The Community Guide, disponible à l'adresse : <http://www.thecommunityguide.org/cancer/skin/ca-skin-res-qs.pdf>, mais le lien à utiliser pour une version bonifiée est le : <http://www.thecommunityguide.org/cancer/skin/supportingmaterials/RGskincancer.html>, consulté le 4 septembre 2009.

sur ses effets positifs et pervers, de même que sur les facteurs ayant contribué à son succès ou à son implantation. Une section visant à recueillir les commentaires généraux était disponible à la toute fin du questionnaire.

Tableau 2 Description du questionnaire

SECTION A Les caractéristiques générales de l'intervention	Renseignements sur le développement et l'implantation de l'intervention (ex. : population cible, partenariats, milieu d'intervention, etc.). Ces renseignements permettent de déterminer si les renseignements disponibles sont suffisamment exhaustifs pour permettre de reproduire l'intervention (14 questions).
SECTION B Évaluation de l'efficacité de l'intervention	Description des éléments qui composent le plan d'évaluation de l'intervention (ex. : design évaluatif, outils d'évaluation, etc.). Cette section permet de juger de la pertinence de s'inspirer de certaines interventions au Québec, sachant que ces dernières ont eu un impact positif mesurable sur la population ciblée (9 questions).
SECTION C L'appréciation générale de l'intervention	Cette section rapporte l'avis des personnes interrogées sur le potentiel de généralisation de l'intervention décrite, les facteurs ayant contribué à son succès, les obstacles rencontrés de même que les effets pervers et positifs observés (5 questions).

Le questionnaire a été transmis par courriel entre les mois de décembre 2005 et janvier 2006 à divers répondants au Québec et dans les autres provinces canadiennes.

La structure par régions sociosanitaires des directions de santé publique du Québec a permis de cibler, dans chacune de ces directions, les personnes ayant participé, au cours des 15 dernières années, à des interventions en prévention/promotion dans le domaine des rayons UV. Les membres de la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) ont été consultés afin d'identifier les répondants du dossier « rayons ultraviolets » dans leur région respective. Ces derniers ont par la suite été rejoints par courriel par l'agente de recherche pour les inviter à participer à cette recension. Des organisations québécoises et des individus externes au réseau de la santé publique, dont l'implication dans le domaine des UV était connue par les auteurs de ce document (ex. : Association canadienne de dermatologie – division du Québec), ont également été contactés.

C'est par l'intermédiaire du Comité National sur la Prévention du Cancer de la peau issu de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, que les questionnaires ont été acheminés aux responsables des dossiers sur les UV dans chacune des provinces à l'exception du Québec. Le questionnaire a également été transmis à l'aide de deux listes de diffusion, dont la liste « Click4HP » qui est une plate-forme de discussion pour tout ce qui touche la promotion de la santé et la liste « UV Network » dont l'objet de discussion est le rayonnement UV et les diverses problématiques qui y sont associées. Finalement, les responsables de certains projets présentés sur Internet ont été contactés par courriel afin qu'ils complètent le questionnaire.

Lors de l'envoi, le questionnaire était accompagné d'une lettre explicative (annexe 4) faisant mention des objectifs poursuivis, de la population visée, des milieux ciblés par cette démarche et des approches à l'intérieur desquelles ces interventions devaient cadrer soit : l'acquisition d'aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables, l'adoption de

politiques favorables à la santé. Pour les interventions issues de la littérature grise, il n'était obligatoire d'avoir fait l'objet d'une évaluation pour être retenues.

Deux rappels ont été effectués auprès des personnes ou organisations sollicitées suite au premier envoi du questionnaire. La période de retour de ces derniers s'est échelonnée sur une période de deux mois et demi afin d'accorder une certaine flexibilité aux répondants et ainsi, accroître le taux de réponse. La possibilité pour les répondants de transmettre un rapport portant sur les activités de promotion/prévention réalisées par leur organisation était également offerte. Toutefois, il fallait s'assurer que ce dernier répondait aux éléments de réponse du questionnaire.

2.2.2 Littérature scientifique

Les articles scientifiques ont été répertoriés à l'aide de la base de données électronique PubMed selon 2 stratégies de recherche. Dans un premier temps, une recherche générale avec les mots-clés « *skin cancer* » et « *prevention* » a été réalisée. Par la suite, la stratégie de recherche présentée au tableau 3 a été utilisée. Les limites suivantes étaient indiquées soit les enfants et jeunes adultes (0 à 18 ans), les publications francophones et anglophones et les études chez l'humain par rapport aux études animales. Ces 2 stratégies combinées ont permis de repérer 527 articles.

Tableau 3 Stratégie de recherche

(“Amusement parks” OR Beaches OR “Child care centers” OR Colleges OR Parks OR Pools OR Workplace OR Preschool OR “Primary schools” OR “Secondary schools” OR “Recreational settings”)	And	(“Sun safety” OR “UV Policy” OR “UV safety” OR Prevention OR “Health Education” OR “Health Promotion” OR Policy OR Shade OR environments)	And	(Children OR Newborns OR Teenagers OR Teens OR Parents OR adolescents)	And	(“Skin cancer” OR “Skin neoplasms” OR Melanoma)
--	------------	--	------------	---	------------	---

Les articles retenus devaient répondre à certains critères. Seuls les articles originaux portant sur des interventions spécifiques étaient retenus. Les articles dont le résumé ne faisait pas mention d'éléments évaluatifs, notamment en termes d'efficacité de l'intervention, étaient exclus. Finalement, il n'y avait pas de restriction quant au pays dans lequel l'intervention était implantée. Une révision des références bibliographiques de ces articles a également été entreprise.

2.3 CLASSIFICATION DES INTERVENTIONS

Diverses formes de classification des interventions ont été utilisées dans les recensions portant sur la prévention des cancers de la peau. Le système retenu pour classer les interventions recueillies dans le cadre du présent travail a été adapté de la méthode développée par le Task Force on Community Preventive Services (Saraiya et collab., 2004a) et par le Chartered Institute of Environmental Health (2005). Ces deux groupes de recherche ont classifié les interventions selon leur milieu d'implantation. Le type de classification retenu n'exclut cependant pas la possibilité d'effectuer, dans un deuxième temps, l'identification de stratégies spécifiques à une catégorie d'âge.

Les milieux d'intervention ciblés dans le cadre de cette recension sont les suivants : les services de garde à l'enfance, le milieu préscolaire, les milieux scolaires primaire, secondaire et collégial, le milieu familial, les milieux récréatifs et sportifs, de même que les milieux qui embauchent des étudiants pour travailler à l'extérieur durant l'été. Ce sont sensiblement les mêmes que ceux déterminés par le Task Force on Community Preventive Services (Saraiya et collab., 2004a). Les milieux de travail accessibles par la clientèle étudiante ont été ajoutés tandis que les milieux associés aux services de santé ont été exclus sauf lorsqu'ils étaient combinés à des interventions dans le milieu familial. Certaines interventions implantées dans le milieu universitaire, mais s'adressant à des étudiants de 18 ans et plus, ont été classées dans la catégorie « milieu collégial ». À noter qu'une intervention mise en place simultanément dans plusieurs de ces milieux porte l'appellation d'« intervention communautaire ».

Le tableau 4 met en relation les groupes d'âge et les milieux d'intervention par lesquels il est possible de les rejoindre. Les principaux arguments sur lesquels repose la sélection de ces milieux sont énumérés dans le tableau 5.

Tableau 4 Groupes d'âge et milieux d'intervention correspondants

Groupes d'âge	Milieux d'intervention
• Nouveau-nés : de la naissance à moins d'un mois • Nourrissons : 1 mois à moins de 2 ans	• Milieu familial • Services de garde à l'enfance • Milieux récréotouristiques
• Enfants d'âge préscolaire : 2 à 5 ans • Enfants d'âge primaire : 6 à 12 ans	• Services de garde à l'enfance • Milieu familial • Milieu préscolaire • Milieu primaire • Milieux récréotouristiques
• Adolescents : 13 à 18 ans	• Milieu secondaire • Milieu collégial • Milieux récréotouristiques • Milieu de travail extérieur

Tableau 5 Rationnelle pour la sélection des milieux d'intervention

Milieux d'intervention	Rationnelle ^A
Services de garde à l'enfance	• Les enfants en bas âge peuvent fréquenter les centres de la petite enfance jusqu'à 5 jours par semaine (auteurs). • Les enfants jouent souvent à l'extérieur dans ce type de milieu (BC Ministry of Health, 2000). • Possibilité de rejoindre les parents des enfants qui fréquentent ces lieux [lorsqu'ils viennent chercher leurs enfants] (Gritz et collab., 2005; BC Ministry of Health, 2000).
Milieu scolaire en général	• Les enfants passent la majeure partie de leur temps à l'école et l'exposition aux rayons UV durant le parcours scolaire contribue significativement à l'exposition pour une vie entière (OMS, 2003). • Plusieurs activités scolaires impliquent que l'enfant soit à l'extérieur : récréation, cours d'éducation physique, activités et sports parascolaires (BC Ministry of Health, 2000). • L'école est un environnement orienté vers l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences incluant des comportements de protection face aux rayons UV (OMS, 2003; BC Ministry of Health, 2000). • Les professeurs jouent un rôle majeur en influençant les connaissances, les attitudes et le comportement de protection solaire et peuvent contribuer grandement à la santé à long terme de leurs étudiants (OMS, 2003). • Les aires de jeux des écoles sont rarement ombragées (Collins et collab., 2006). • L'école est obligatoire pour tous (Buller et collab., 1996), jusqu'au secondaire. • Les écoles permettent de rejoindre une majorité d'enfants (Hewitt et collab., 2001), peu importe leur statut socio-économique (Lynagh et collab., 1997).
Milieux récréotouristiques	• Les enfants sont encouragés à être actifs physiquement afin de prévenir l'obésité, le cholestérol et la pression artérielle. Cependant, l'exercice à l'extérieur expose les enfants au rayonnement UV (BC Ministry of Health, 2000). • Dans les piscines, les enfants sont habillés minimalement, les leçons de natation offrent une structure qui permet d'enseigner des compétences en protection solaire, les familles et les communautés se rassemblent souvent à la piscine l'été, les sauveteurs et les instructeurs peuvent servir de modèles de rôle, les changements environnementaux et les politiques publiques peuvent servir à promouvoir la protection solaire chez tous les utilisateurs de la piscine (Glanz et collab., 2002). • Les jeunes qui fréquentent les camps de jour, jusqu'à 5 jours par semaine, passent beaucoup de temps à l'extérieur (auteurs).
Milieu familial	• Les parents ont un grand rôle à jouer dans le développement de comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV chez leurs jeunes enfants (Buller et collab., 1997). • Les parents contrôlent les ressources en ce qui a trait à la protection solaire de leurs enfants (ex. : achat et application de crème solaire, achat et habillement des enfants avec des vêtements protecteurs) (Buller et collab., 1997).
Milieu de travail extérieur	• Les jeunes de 12 à 18 ans peuvent occuper des emplois saisonniers qui se déroulent à l'extérieur (ex. : tonte de gazon, horticulture, surveillance d'installations aquatiques) (auteurs). • Les travailleurs à l'extérieur constituent un groupe de la population particulièrement à risque d'être atteint du cancer de la peau au cours de sa vie compte tenu de son exposition sur une base régulière pendant de longues périodes, et ce, sans compter la dose reçue pendant les loisirs qui se cumule à cette exposition (Glanz et collab., 2007). • Les mesures de protection recommandées sont parfois difficilement acceptables par les employés (Weber et collab., 2007), mais aussi par l'employeur, souvent pour des raisons de sécurité.

^A Ces arguments proviennent de documents de référence et de l'avis des auteurs de cette recension.

2.4 MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE

Cette section de la méthodologie aborde les différentes étapes du processus d'analyse des interventions répertoriées (figure 1) :

- Codification des interventions :
 - déterminer l'exhaustivité et la précision de l'information rapportée par les auteurs des publications scientifiques et transmise par les répondants au questionnaire;
 - déterminer la reproductibilité des interventions (*phase descriptive*);
 - déterminer la rigueur de l'évaluation des interventions (*phase évaluative*);
- Sélection, sur la base de la codification, des interventions pour l'évaluation de l'efficacité;
- Analyse des interventions à partir des cadres conceptuels;
- Sélection des interventions exemplaires;
- Barrières et facteurs de succès liés à l'implantation d'interventions.

Chacune de ces étapes est décrite de manière approfondie dans les sections subséquentes.

ÉTAPES	BANQUE D'INTERVENTIONS		
	Interventions sans devis d'évaluation (littérature grise)	Interventions avec devis d'évaluation (littérature scientifique et littérature grise)	
Codification des interventions	POINTAGE DESCRIPTIF SEULEMENT	POINTAGE DESCRIPTIF ET ÉVALUATIF	
Description des interventions	OUI	OUI	
Sélection des interventions de bonne qualité (pointage descriptif + évaluatif)	NON	REJETÉE POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ (COTE E-I)	RETENUE POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ (COTE A-D)
Analyse sur la base des cadres conceptuels	OUI	OUI	
Sélection des interventions exemplaires	NON	NON	OUI
Aspects liés à l'implantation de l'intervention	IDENTIFICATION DES BARRIÈRES, FACTEURS DE SUCCÈS, EFFETS POSITIFS ET PERVERS	IDENTIFICATION DES BARRIÈRES, FACTEURS DE SUCCÈS	

Figure 1 Séquence des étapes d'analyse des interventions répertoriées

2.4.1 Codification des interventions

La codification des interventions constitue un préalable à l'analyse des données descriptives et évaluatives. Ainsi, chaque intervention a été codifiée à partir d'une grille d'analyse (annexe 5) développée par les auteurs. Le choix des critères de la grille d'analyse, énumérés ci-dessous, s'inspire des deux recensions analytiques présentées précédemment (Saraiya et collab., 2004a; Shoveller et Nathoo, 2003).

Cette grille comprend 16 critères d'appréciation de la reproductibilité de l'intervention (critères descriptifs) et 6 critères portant sur la qualité du devis d'évaluation (critères évaluatifs). Le pointage attribué aux critères descriptifs de l'intervention était indépendant du pointage attribué aux critères évaluatifs.

Liste des critères de la grille d'analyse

Critères descriptifs

- Groupe d'âge ou niveau scolaire.
- Sexe.
- Niveau socio-économique.
- Taux de réponse.
- Lieu d'intervention.
- Objectif principal.
- Objectifs spécifiques.
- Inspiration d'une théorie, d'un modèle.
- Description de la stratégie d'intervention OU moyens de dissémination de l'information.

- Matériel utilisé pour l'intervention.
- Façon d'accéder au matériel utilisé.
- Durée de l'intervention.
- Début de l'intervention.
- Continuité de l'intervention.
- Facteurs de succès.
- Barrières.

Critères évaluatifs

- Design évaluatif.
- Évaluation de l'impact.
- Taux de réponse postintervention.
- Outil de mesure évaluatif.
- Durée du suivi.
- Taux d'attrition.

Une première série d'interventions (25 % des interventions) a été codifiée de manière indépendante par deux personnes à l'aide d'une liste de points de repère (annexe 6). Les pointages des évaluateurs ont par la suite été comparés afin d'établir une cote finale par consensus. La codification des autres interventions a été complétée par un des deux évaluateurs en appliquant un facteur de correction⁷ à toutes les interventions pour tenir compte de la variabilité interévaluateurs. La codification est préalable à la réalisation des trois prochaines étapes décrites ci-dessous :

⁷ Le pointage obtenu pour les critères descriptifs a été multiplié par 0,9476 et le pointage évaluatif par 0,98004. Ces facteurs de correction ont été établis à partir de la variation moyenne observée entre les évaluateurs et la cote obtenue par consensus lors de la codification des 18 premières interventions. Le facteur de correction avait pour effet de pondérer la surestimation des pointages de l'évaluateur en charge de compléter la codification des interventions restantes.

Étape 1 : Exhaustivité et précision de l'information rapportée par les auteurs des publications scientifiques et transmise par les répondants au questionnaire

Le niveau de précision de l'information recueillie au moyen des articles scientifiques, des rapports répertoriés sur Internet et des questionnaires reçus a d'abord été évalué. Cette évaluation a été complétée pour trois séries de données, soit les interventions implantées à l'échelle québécoise, les interventions implantées dans les autres provinces canadiennes et les interventions internationales. Pour chaque critère de la grille d'analyse, qui correspond à une caractéristique d'une intervention donnée, un pourcentage de réponse est calculé. Plus ce pourcentage de réponse est élevé, plus l'information rapportée par les auteurs sur cette caractéristique est considérée comme exhaustive et précise⁸.

Le tableau 6 illustre par un exemple le calcul du pourcentage de réponse (ici 25 %) pour les 11 interventions québécoises répertoriées au sujet du critère « inspiration d'une théorie ou d'un modèle ». Le pourcentage de réponse de 25 % se calcule en soustrayant de 100 % le pourcentage de réponse obtenu au sous-critère dont le pointage accordé est de 0. Seules les caractéristiques des interventions d'une même série de données ayant obtenu un pourcentage de réponse de plus de 50 % seront présentées dans les résultats ce qui, d'après cet exemple, ne serait pas le cas de l'« inspiration d'une théorie ou d'un modèle ».

Tableau 6 Exemple de l'exhaustivité et de la précision de l'information rapportée par les auteurs de publications scientifiques et transmise par les répondants au questionnaire

CRITÈRE GÉNÉRAL ^A	SOUS-CRITÈRES	POINTAGE ACCORDÉ	% DE RÉPONSE POUR LES INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES (n = 11)
Inspiration d'une théorie ou d'un modèle conceptuel	Mention de la théorie ou du modèle, référence à l'appui et discussion sur sa contribution au développement de l'intervention.	1,00	8,33
	Mention uniquement de la théorie, référence à l'appui,	0,66	0,00
	Mention uniquement de la théorie sans référence à l'appui.	0,33	16,67
	Aucune indication sur les bases théoriques de l'intervention.	0,00	75,00

^A Chaque critère général se raffine en une série d'autres critères présentant des pointages décroissant selon la qualité de l'information rapportée ou du devis évaluatif. La valeur 0 est accordée lorsque l'information demandée n'a pas été rapportée ou qu'elle est peu précise. La hiérarchisation des sous-critères a été définie par les auteurs de cette recension.

⁸ Ce paramètre ne s'applique pas aux barrières et facteurs de succès de l'implantation d'une intervention.

Étape 2 : Reproductibilité des interventions

Cette étape s'applique à toutes les interventions répertoriées et se base sur les pointages obtenus pour chacun des critères descriptifs. Elle vise à apprécier l'exhaustivité des renseignements dans un objectif de reproductibilité des interventions. Un maximum de 16 points pouvait être atteint; chaque critère ayant une valeur maximale de 1 point.

Étape 3 : Rigueur de l'évaluation des interventions

L'analyse de ce paramètre a été restreinte aux interventions présentant un devis d'évaluation. Le pointage maximal obtenu pour les critères évaluatifs était de 14 points. La portion évaluative de la grille d'analyse comportait 6 critères dont le pointage maximal était de 2 points chacun, donc 12 points. Des points supplémentaires (entre 1 et 2 points) pouvaient être ajoutés si les renseignements fournis par l'auteur sur son devis évaluatif traitaient d'au moins 4 des éléments évaluatifs demandés (voir figure 2).

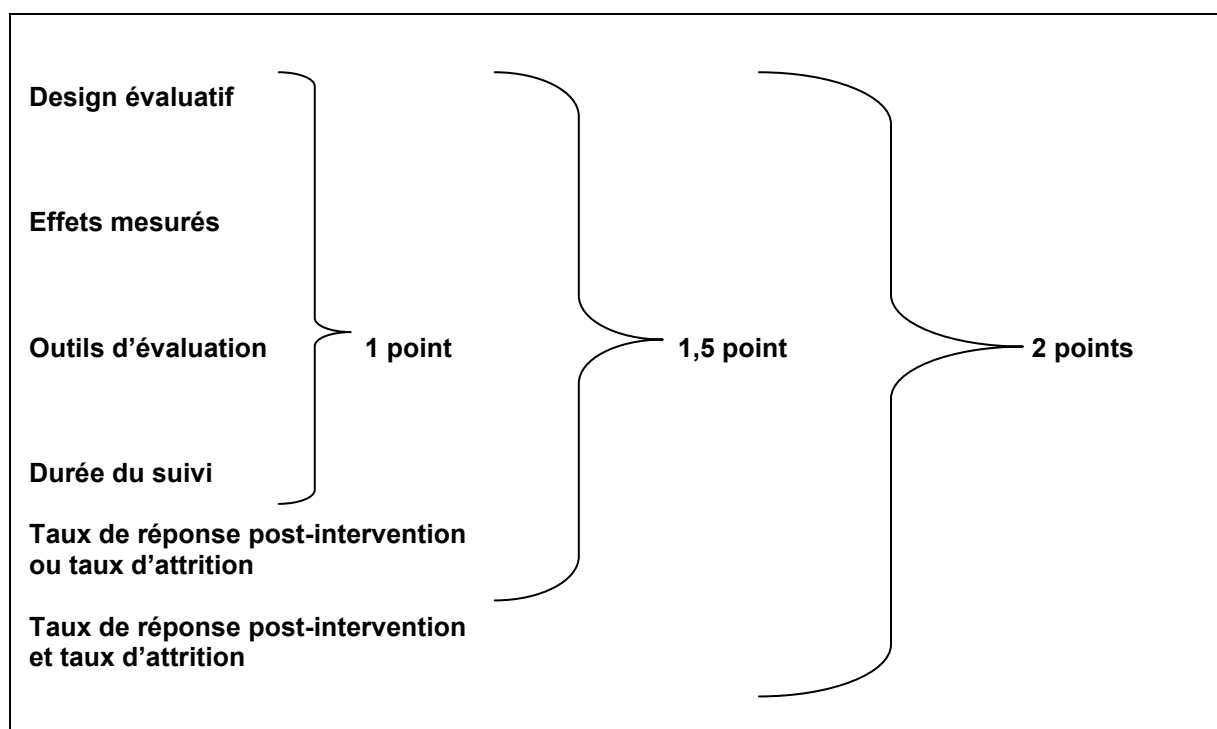


Figure 2 Pointage supplémentaire accordé aux interventions présentant un devis évaluatif

2.4.2 Sélection des interventions pour l'évaluation de l'efficacité

Seules les interventions ayant obtenu un pointage d'au moins 7 (au niveau des critères descriptifs et des critères évaluatifs) ont été évaluées pour ce paramètre. Ainsi, tel que présenté au tableau 7, il sera possible de se prononcer sur l'efficacité des interventions des catégories A, B, C et D seulement⁹.

Tableau 7 Interprétation des pointages obtenus suite à la codification

	POINTAGE DESCRIPTIF $11 \leq x \leq 16$	POINTAGE DESCRIPTIF $7 \leq x \leq 10,99$	POINTAGE DESCRIPTIF $0 \leq x \leq 6,99$
POINTAGE ÉVALUATIF $11 \leq x \leq 14$	A Reproductibilité élevée/ Évaluation rigoureuse.	B Reproductibilité moyenne/ Évaluation rigoureuse.	E Inutile de se prononcer sur l'efficacité de l'intervention, même si l'évaluation est rigoureuse.
POINTAGE ÉVALUATIF $7 \leq x \leq 10,99$	C Reproductibilité élevée/ Évaluation moyennement rigoureuse.	D Reproductibilité moyenne/ Évaluation moyennement rigoureuse.	F Pas en mesure de se prononcer sur l'efficacité de l'intervention.
POINTAGE ÉVALUATIF $0 \leq x \leq 6,99$	G Pas en mesure de se prononcer sur l'efficacité de l'intervention.	H Pas en mesure de se prononcer sur l'efficacité de l'intervention.	I Pas en mesure de se prononcer sur l'efficacité de l'intervention.

2.4.3 Analyse des interventions à partir de cadres conceptuels

Lors d'une recension de ce type, Saraiya et ses collaborateurs (2004a) recommandent la création de cadres conceptuels afin d'organiser et de discuter de l'information recueillie avec un langage uniforme.

Une première série de cadres conceptuels (figures 3-5) illustre la vision des auteurs au sujet de trois approches en promotion de la santé ciblées par cette recension en les adaptant à la prévention des cancers de la peau. Ces approches préconisées par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) sont l'acquisition d'aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables et l'adoption de politiques favorables à la santé. Comme le contenu des outils et de la documentation utilisés dans le cadre des interventions n'a pas été revu dans sa totalité, les objectifs sont utilisés pour déterminer l'approche préconisée et les principaux aspects abordés dans l'intervention.

⁹ Les cotes (A à I) attribuées à chacune des interventions publiées dans les revues scientifiques sont présentées à l'annexe 7. La qualité générale d'une intervention diminue selon l'ordre alphabétique; l'intervention A étant celle présentant la plus haute qualité. À noter que la cote n'est pas une mesure de l'efficacité d'une intervention, mais bien une appréciation de l'intervention dans son ensemble.

Cadres conceptuels série 1 : Approches en promotion de la santé

L'acquisition d'aptitudes individuelles vise à encourager et à outiller un individu afin qu'il prenne des décisions pour sa santé et, dans le cas présent, à l'égard de la prévention des cancers de la peau. La figure 3, inspirée de Saraiya et ses collaborateurs (2004a), résume les possibilités d'interventions liées à cette approche. Ce premier cadre conceptuel ne doit pas être considéré comme un modèle comportemental précis disponible dans la littérature. Il regroupe les principales composantes de modèles existants utilisés dans les études sur les déterminants du comportement de protection et d'exposition au rayonnement UV (Turner et Mermelstein, 2005; Saraiya et collab., 2004a; Bränström et collab., 2004; Martin et collab., 1999). Les flèches reliant les diverses composantes de la figure 3 ont été disposées de la façon habituellement rencontrée dans la littérature. Par exemple, selon la théorie de l'action raisonnée, le comportement d'un individu peut être expliqué par son intention d'adopter ledit comportement; l'intention étant elle-même influencée par divers paramètres dont l'attitude.

Ainsi, il est possible d'améliorer 1) les connaissances sur les risques à la santé et/ou autres effets (ex. : photovieillissement) engendrés par l'exposition au rayonnement UV d'origine naturelle ou artificielle, de même que sur les moyens de protection recommandés (ex. : application de crème solaire, port de vêtements protecteurs, etc.). Il est également possible de 2) chercher à réduire l'attitude favorable au bronzage ou de 3) chercher à modifier toute une série de déterminants tels que les barrières perçues à adopter un comportement ou encore, l'efficacité personnelle, c'est-à-dire la capacité de croire en ses ressources personnelles afin de modifier un comportement à risque ou d'adopter un comportement sécuritaire.

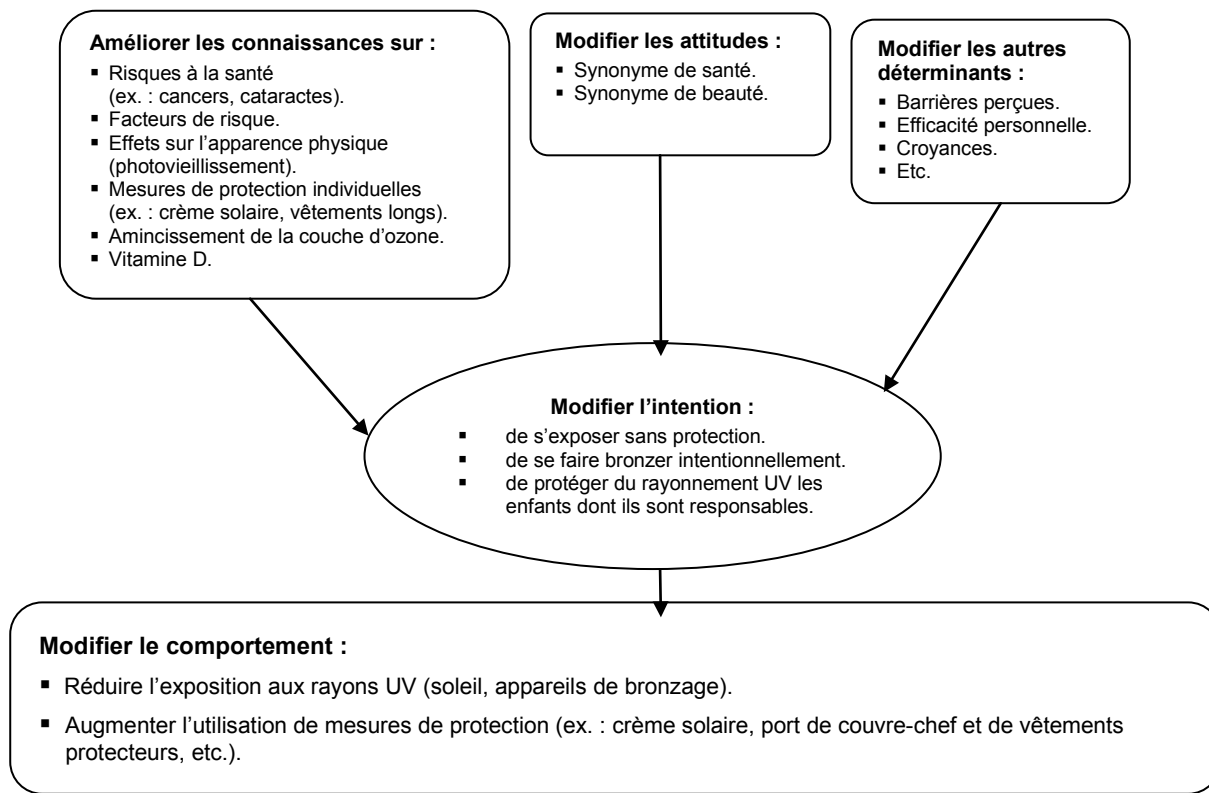


Figure 3 Approche A : Acquisition d'aptitudes individuelles

L'objectif optimal de cette approche est de modifier le comportement d'exposition en encourageant les individus à éviter la lumière directe durant les pics d'intensité de rayonnement, à utiliser l'ombre disponible et à éviter de se faire bronzer intentionnellement. L'augmentation de l'utilisation de moyens de protection (ex. : port de vêtements, de couvre-chef, application de crème solaire sur les zones exposées au rayonnement UV) est aussi souhaitée. Pour la création d'environnements favorables, deux types d'environnements ont été ciblés; soit l'environnement physique et l'environnement social (figure 4). Par cette approche, des modifications passives à l'environnement des jeunes de 0 à 18 ans en vue de faciliter l'adoption de comportements sains face aux rayons UV sont visées.

- Les modifications apportées à l'environnement physique concernent l'accessibilité à des aires ombragées ou à des mesures de protection qui seraient alors rendues disponibles aux sites d'exposition au rayonnement UV.
- Les stratégies d'action en lien avec l'environnement social touchent davantage les adolescents et visent particulièrement à modifier la norme sociale voulant que le teint hâlé soit synonyme de santé et retenu comme un critère de beauté. Les adolescents sont à une période critique de leur vie dans laquelle ils développent des habitudes liées au bronzage et sont influencés par la norme sociale (Shoveller et collab., 2003). Ces habitudes peuvent également être encouragées par les pairs (Banerjee et collab., 2009), mais aussi par les médias. Cette portion du cadre a été influencée par l'article de Feldman et ses collaborateurs (2001) véhiculant l'idée que, si le teint clair était valorisé dans la société et que l'utilisation des mesures de protection solaire individuelles devenait pratique courante [ces mesures étant alors plus acceptables pour la population], la valeur accordée au teint hâlé devrait diminuer. Une réduction de l'exposition intentionnelle au rayonnement UV naturel et artificiel pour des motivations esthétiques pourrait en découler. Cette modification est toutefois une entreprise au long cours puisque l'on « demande aux gens de changer leur façon de se vêtir et d'apparaître aux autres » (Hill, 2004).

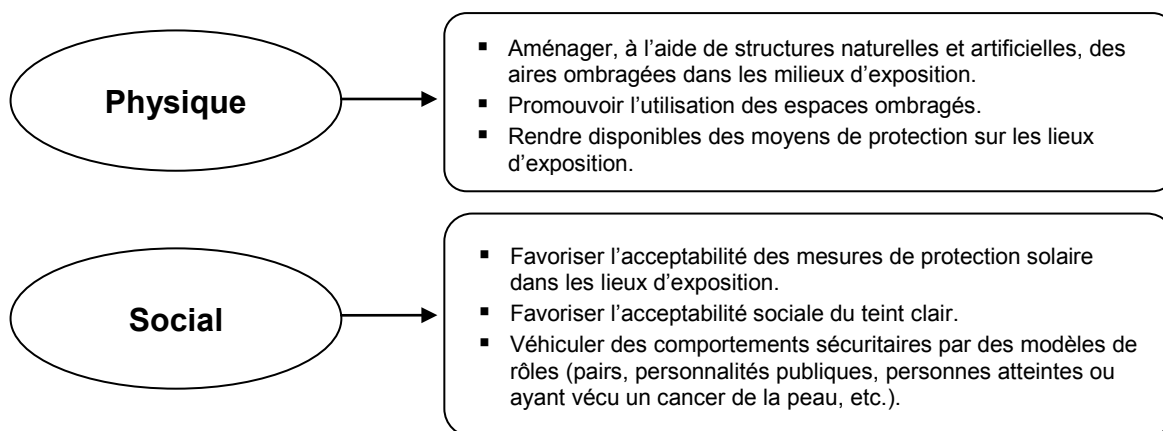


Figure 4 Approche B : Création d'environnements favorables

Finalement, la troisième approche (figure 5) est l'adoption de politiques favorables à la santé. Une politique de santé peut être « une directive formelle ou une procédure institutionnelle qui définit des priorités et des paramètres d'action en réponse à des besoins en santé en tenant compte des ressources disponibles et des pressions politiques »¹⁰. Elle peut aussi être de nature informelle (ex. : recommandations, lignes directrices intégrées à un document sur la mission de l'école). De telles politiques permettent « d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables » (OMS, 1986).

Ces politiques poursuivent les mêmes objectifs que les deux premières approches, soit la réduction de l'exposition au rayonnement UV et l'augmentation de l'utilisation des moyens de protection recommandés. Elles intègrent souvent des composantes des deux approches précédentes (figure 3 et 4).

Une telle politique peut être mise en place dans les milieux d'intervention par les responsables de ces milieux (ex. : directeurs, gestionnaires) ou via des structures externes (ex. : ministères, organismes législatifs). Seules les politiques qui sont implantées directement dans les milieux d'intervention ont été retenues, à la différence des politiques externes qui s'appliquent à d'autres sphères de la société (ex. : économie, industrie du bronzage, etc.).

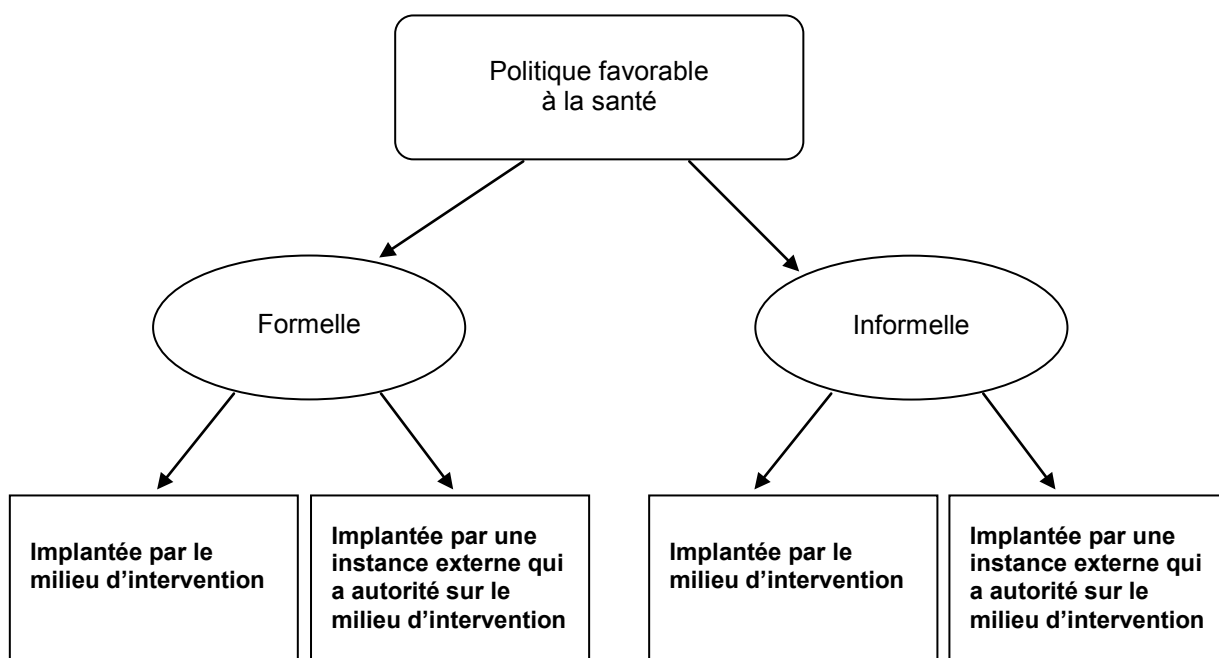


Figure 5 Approche C : Adoption de politiques favorables à la santé

¹⁰ Health Promotion Glossary, http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf, consulté le 11 mars 2009.

Cadres conceptuels série 2 : Par catégorie d'âge

Les cadres conceptuels de la série 1 et de la série 2 sont intimement liés. Cette deuxième série de cadres conceptuels (annexe 8) propose des stratégies d'intervention concrètes susceptibles d'influencer le comportement relié à l'exposition ou à la protection face aux rayons UV selon les trois approches de promotion de la santé¹¹ décrites dans les cadres conceptuels de la série 1. Les stratégies d'intervention contenues dans ces cadres peuvent cibler 1) directement la population cible, soit les nouveau-nés et les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire et primaire et les adolescents et/ou 2) impliquer divers intermédiaires dont les parents, les professeurs, les moniteurs de terrains de jeux, etc.

2.4.4 Sélection des interventions exemplaires

Un maximum de trois interventions sera présenté dans la section 3.3.1 pour chacun des milieux d'intervention pris isolément¹², de même que pour les interventions communautaires. Autant que possible, les stratégies d'intervention proposées dans chacun des milieux d'intervention seront différentes. La sélection des interventions exemplaires repose sur une série de critères, dont l'efficacité. Plus précisément, ces interventions doivent :

- avoir été évaluées;
- avoir obtenu une cote à la codification se situant entre A et D¹³ inclusivement (voir tableau 7), ce qui implique que l'intervention est suffisamment bien décrite et que son devis évaluatif est de bonne qualité méthodologique;
 - les interventions exemplaires issues de la littérature scientifique devront avoir obtenu une cote allant de A à C et les interventions issues de la littérature grise devront minimalement avoir obtenu la cote D.
- avoir montré une amélioration d'un ou de plusieurs paramètres à la suite de l'intervention (ex. : connaissances, attitude, nombre de sites ayant adopté une politique de protection solaire, augmentation du port de chapeau, etc.). Plus simplement, elles devront avoir fait la démonstration de leur efficacité.

¹¹ À noter cependant que dans le milieu familial, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé n'a pas été considérée comme une avenue potentielle compte tenu du caractère intrusif que représenterait cette approche.

¹² En raison du faible nombre d'interventions ayant eu lieu exclusivement dans le milieu préscolaire ou dans les services de garde à l'enfance, ces deux milieux ont été combinés sous le vocable « interventions en petite enfance ».

¹³ Les interventions exemplaires ne se limitent pas à celles qui ont été évaluées à partir d'un design expérimental. Il est vrai que le devis expérimental est encore considéré comme la norme pour obtenir des données probantes sur un sujet particulier, mais ce type de design est difficile et ne se prête pas bien dans le cas de programmes communautaires complexes (Victora et collab., 2004; cité par Richard et Gauvin, 2006).

Puisqu'un nombre limité d'interventions sera présenté pour chaque milieu d'intervention, des critères supplémentaires permettront une deuxième sélection parmi les interventions répondant à cette première série de critères. Les interventions répondant aux critères suivants (dans l'ordre) seront favorisées :

- celles qui favorisent plus d'une approche de promotion de la santé (A = acquisition d'aptitudes individuelles; B = création d'environnements favorables; C = adoption de politiques favorables à la santé).
- celles qui présentent une gradation de l'intervention par l'utilisation de plusieurs groupes de comparaison;
- celles dont l'évaluation porte sur la modification du comportement ou sur la modification de l'intention d'adopter un comportement plutôt que sur la modification seule des connaissances ou des attitudes.

2.4.5 Appréciation générale des interventions

Glasgow et ses collaborateurs (Glasgow et collab., 2004; Glasgow et collab., 2003) recommandent d'aller au-delà de la simple mesure de l'efficacité lors d'une démarche d'évaluation d'une intervention, de manière à proposer des interventions viables dans d'autres contextes. Ainsi, afin de documenter d'autres paramètres qui seraient davantage liés au contexte d'implantation de l'intervention, les facteurs de succès et les barrières rencontrées lors de l'implantation ont été recueillis, de même que les effets positifs et pervers pouvant découler de l'implantation d'une intervention ou encore, de l'intervention elle-même.

Ces facteurs contextuels seront classés selon les trois approches de promotion de la santé dans la présentation des résultats. Ils seront énumérés et parfois regroupés sous des thèmes généraux. Dans le cas des interventions issues de la littérature scientifique, les résultats présentés se limiteront aux facteurs de succès et aux barrières rencontrées lors de l'implantation, sans aborder les effets pervers.

À titre informatif, certains documents retrouvés dans la littérature traitent, quant à eux, des barrières et des facteurs facilitant l'application des mesures de protection individuelles en faisant référence soit à plusieurs milieux d'intervention (Garside et collab., 2010; Dadlani et Orlow, 2008), soit à des milieux spécifiques tels que les milieux de travail extérieurs (Weber et collab., 2007), les écoles secondaires (Jopson et Reeder, 2004) et les milieux sportifs (Wiggs, 2007). Il s'avère intéressant de consulter ces documents pour s'assurer que les composantes ou les messages véhiculés lors d'une intervention s'appliquent au contexte choisi¹⁴.

¹⁴ Un exercice, effectué en collaboration avec les membres du Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau, a permis d'identifier les barrières et facteurs de succès à l'application des mesures de protection solaire recommandées dans les milieux d'intervention qu'ils représentent. Ces données pourront être rendues disponibles sur demande.

3 DESCRIPTION ET ANALYSE CRITIQUE DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES CANCERS DE LA PEAU

3.1 TAUX DE RÉPONSE SELON LES DIVERSES STRATÉGIES DE SOLlicitATION

Les interventions issues de la littérature grise ont été répertoriées à l'aide de diverses stratégies de sollicitation. La réponse suite aux envois sur les listes de diffusion est négligeable si on en croit le nombre considérable de personnes qui y sont inscrites (tableau 8). La sollicitation par la mise en circulation des questionnaires via le Comité national de prévention des cancers de la peau a montré des résultats similaires aux listes de diffusion, soit des taux de réponse en deçà de 1 %. Les courriels personnalisés transmis au Québec et dans les autres provinces canadiennes indiquent un taux de réponse de 29,4 % pour cette stratégie de sollicitation. Du côté québécois, sur une possibilité de 18 régions sociosanitaires, 12 membres de la TNCSE ont identifié un ou des répondants sur ce dossier (66,7 %) dans leur région. De ces 12 régions sociosanitaires, 66,7 % ont complété le questionnaire et 16,7 % ont transmis des renseignements indépendamment du questionnaire sur les activités mises en place et les prévisions pour les années à venir. Parmi les questionnaires et les rapports reçus via ces divers mécanismes, certains n'ont pas été retenus pour l'analyse puisque les renseignements fournis étaient incomplets.

Tableau 8 Taux de réponse selon la stratégie de sollicitation utilisée

STRATÉGIE DE SOLlicitATION UTILISÉE	TAUX DE RÉPONSE
Liste de diffusion Click4HP (1 161 membres)	< 1 % (2 questionnaires reçus)
Liste de diffusion UV Network (89 membres)	< 1 % (1 questionnaire reçu)
Comité national sur la prévention des cancers de la peau (58 envois)	< 1 % (5 questionnaires reçus)
E-mails personnalisés (envoi de 17 courriels)	29,4 % (5 questionnaires reçus)
TNCSE (12 régions avec répondants sur les rayons UV)	66,7 % (8 questionnaires reçus)

Les résultats présentés dans les trois prochaines sections aborderont les paramètres suivants :

- Analyse de l'exhaustivité et de la précision de l'information rapportée par les répondants aux questionnaires et par les auteurs des publications scientifiques.
- Analyse comparative des caractéristiques générales des interventions.
- Analyse au moyen des cadres conceptuels.
- Présentation d'interventions exemplaires et reconnues efficaces.
- Barrières et facteurs de succès lors de l'implantation d'une intervention.

et ce, pour :

- 1) les interventions répertoriées au Québec et issues de la littérature grise;
- 2) les interventions répertoriées dans les autres provinces canadiennes (à l'exception du Québec) et issues de la littérature grise;
- 3) les interventions internationales publiées dans la littérature scientifique.

En ce qui concerne les interventions réalisées à l'échelle québécoise et dans les autres provinces canadiennes, seules quatre interventions exemplaires seront présentées puisque les autres interventions n'ont pas été évaluées.

Finalement, compte tenu du nombre important d'interventions publiées dans la littérature scientifique, il sera règle générale possible de présenter plus d'une intervention exemplaire pour chacun des milieux d'intervention ciblés par cette recension.

3.2 INTERVENTIONS PUBLIÉES DANS LA LITTÉRATURE GRISE

3.2.1 Interventions réalisées à l'échelle québécoise

Analyse de l'exhaustivité et de la précision de l'information rapportée par les répondants au questionnaire

Douze interventions ont été répertoriées par questionnaire au Québec, mais l'une d'entre elles a été exclue puisqu'elle rapportait la même intervention que l'organisation partenaire avec qui elle avait collaboré. Les questionnaires ont été diffusés par l'intermédiaire de la TNCSE et par des courriels personnalisés. Des renseignements transmis verbalement et par courriel ont également été colligés en raison de leur pertinence sans être intégrés à l'analyse. Par exemple, deux régions ont rapporté avoir diffusé le dépliant « Danger! Le bronzage pourrait avoir votre peau! » notamment dans les CPE, les cliniques médicales, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans un des cas, le dépliant a été envoyé de façon simultanée avec un feuillet sur la chaleur accablante. La diffusion du guide « Mieux vivre avec votre enfant de la naissance à deux ans », qui contient une section sur les rayons UV et sur les moyens de protection pour les enfants, a également été évoquée par l'un des répondants. Ce guide est remis aux parents d'un nouveau-né depuis 1977¹⁵. Finalement, des travaux menés sur les îlots de chaleur urbains, notamment dans la ville de Montréal, visent à réduire l'exposition aux rayons UV par la création d'îlots de fraîcheur dans certaines zones problématiques. Ces îlots de fraîcheur font souvent intervenir des structures naturelles ou artificielles qui créent de l'ombre.

Le tableau 9 présente la proportion des répondants ayant rapporté l'information demandée dans le questionnaire pour les 11 interventions québécoises retenues. L'information concernant le sexe et l'âge de la population cible, le niveau socio-économique de cette population, le taux de réponse lors de la sollicitation et le modèle conceptuel ou la théorie ayant servi à développer l'intervention, a été recueillie dans moins de 50 % des cas (tableau 9 – en gras). Conformément à la méthodologie retenue, ces paramètres ne seront pas utilisés pour décrire les interventions répertoriées au Québec.

¹⁵ Le moment et le lieu de distribution varient d'une région à l'autre. Le guide peut être remis au bureau du médecin, au CLSC, à la maison de naissances ou à l'hôpital (soit à la clinique d'obstétrique, au centre de prélèvements, au service d'admission ou lors de l'échographie). Pour les projets d'adoption, le guide est disponible dès le début de la démarche auprès des centres jeunesse et des agences agréées en adoption internationale (tiré du site Internet du « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans », au www.inspq.qc.ca/mieuxvivre), consulté le 22 juillet 2009.

Tableau 9 Proportion des répondants québécois ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse

	CRITÈRES D'ANALYSE	TAUX DE RÉPONSE (%)
Critères descriptifs (n = 11)	Groupe d'âge	45,50^A
	Sexe	33,30
	Niveau socio-économique	8,33
	Taux de réponse à la sollicitation	0,00
	Lieu d'intervention	100,00
	Objectif principal	100,00
	Objectifs spécifiques	50,00
	Inspiration d'une théorie ou d'un modèle	25,00
	Description de la stratégie de contact avec les intermédiaires	100,00
	Moyens de dissémination de l'information	100,00
	Matériel utilisé pour l'intervention	100,00
	Façon d'accéder au matériel utilisé	63,60
	Durée de l'intervention	81,80
	Début de l'intervention	81,80
	Continuité (récurrence) de l'intervention	72,70
	Barrières à l'implantation de l'intervention	63,60
	Facteurs de succès à l'implantation de l'intervention	45,50
Critères évaluatifs (n = 2)	Design évaluatif	100,00
	Évaluation de l'impact	100,00
	Taux de réponse post-intervention	100,00
	Outil de mesure évaluatif	100,00
	Durée du suivi	100,00
	Taux d'attrition	0,00

^A Les pourcentages en deçà de 50 % indiquent un faible taux de réponse à ces éléments dans les questionnaires.

Analyse comparative des caractéristiques générales des interventions

Cette section fait état des principales caractéristiques descriptives et évaluatives des interventions implantées au Québec (voir l'annexe 9 pour consulter les tableaux décrivant ces interventions). Le pointage médian obtenu pour les éléments descriptifs des interventions québécoises est de 8,75 sur une valeur maximale de 16. Puisque deux interventions seulement ont été évaluées au Québec, le pointage médian n'a pas été calculé sur les critères évaluatifs.

Compte tenu de la difficulté de retracer les initiatives antérieures et ce, considérant le haut taux de roulement de personnel dans ce dossier au Québec, les initiatives partagées par les répondants québécois couvraient principalement la période de 1995 à 2005 plutôt que de 1990 à 2005.

Organisations responsables de l'intervention et partenariats

Les interventions québécoises ont, pour la plupart, été implantées par les directions de santé publique¹⁶, souvent par des médecins en santé communautaire. Ces dernières établissaient des partenariats soit directement avec les milieux d'intervention, soit avec d'autres organisations telles que la Société canadienne du cancer - division du Québec (SCC). En établissant un partenariat avec la SCC, les directions de santé publique bénéficiaient entre autres du matériel éducatif que celle-ci développe ou encore du personnel qu'elle forme et met à leur disposition (ex. : Escouade Ô Soleil). L'Association canadienne de dermatologie (ACD) de même que la compagnie L'Oréal Canada (Ombrelle) ont également développé des interventions dans ce domaine.

Distribution géographique des interventions

La majorité des interventions (7) se trouve à l'échelle régionale. Deux interventions ont été implantées localement. Les campagnes annuelles de sensibilisation de l'ACD s'adressent, pour leur part, à l'ensemble de la population québécoise. Au total, 10 répondants sur 11 ont transmis cette information.

Milieus d'intervention ciblés

Sept des 11 interventions répertoriées ont été implantées dans plusieurs milieux en parallèle et sont donc des interventions communautaires. À noter que les milieux récréotouristiques (ex. : camps de jour, terrains de jeux, etc.) sont souvent par ricochet des milieux de travail étudiant, c'est-à-dire que les enfants et les adolescents peuvent être rejoints simultanément. Les services de garde à l'enfance et les milieux récréotouristiques (ex. : terrains de jeux, équipes de soccer, parcs, camps de jour, colonies de vacances) sont les milieux les plus fréquemment ciblés; ces 2 milieux ayant été ciblés dans 6 interventions sur 11. Les interventions pour lesquelles un seul milieu à la fois a été ciblé sont réparties de la façon suivante : soit 2 en milieu familial, 2 en milieux récréotouristiques et 1 en milieu scolaire de niveau primaire.

Début de l'intervention, durée et récurrence

La majorité des interventions ont été implantées au cours du mois de juin, entre 1994 et 2005. Quatre interventions, sur les 10 ayant fait mention de l'année de démarrage des interventions, ont été implantées avant l'an 2000. La durée des interventions se distribue de la façon suivante : d'une journée à moins d'une semaine (55,6 %), d'une semaine à moins d'un mois (22,2 %) et, d'un mois à cinq mois (22,2 %). Finalement, la récurrence des interventions a été rapportée par 72,7 % des répondants. Ces interventions ont donc été reproduites au moins à 2 reprises, soit dans la même année ou d'une année à l'autre.

¹⁶ Les régions ayant participé à cette démarche de recension sont les suivantes : Estrie, Québec, Laval, Outaouais, Côte-Nord, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Intervenants impliqués dans les interventions et stratégies de contact avec ces derniers

Les intervenants mis à contribution dans le déroulement des interventions sont les professeurs, les animateurs de camps de jour, les responsables et les moniteurs de terrains de jeux, les éducateurs en services de garde à l'enfance, les intervenants en petite enfance, les infirmières et, finalement, les parents. Les rôles joués par ces divers intervenants allaient de la réception de matériel d'information ou éducatif en vue d'une distribution ultérieure, à des rôles plus actifs comme ceux des moniteurs de terrains de jeux et des professeurs chargés d'animer les activités de sensibilisation. Dans 37,5 % des cas, les intermédiaires ont été rejoints à la fois par écrit et de vive voix tandis que dans 62,5 %, ces derniers étaient contactés uniquement par écrit.

Description des interventions et des outils utilisés

Parmi les interventions répertoriées, une intervention a permis de sensibiliser les nouvelles mères sur les mesures de protection solaire appropriées pour leur enfant par la remise du guide « Les premiers pas de bébé au soleil ». La compagnie L'Oréal Canada (Ombrelle) a implanté, quant à elle, un programme éducatif dans le milieu scolaire du nom de « Mission UV ». Une autre intervention, cette fois-ci instaurée par l'Association canadienne de dermatologie est la « Semaine de prudence au soleil ». Cette dernière lançait sa 16^e campagne de sensibilisation lorsqu'elle a été approchée pour participer à cette recension. Cette campagne s'adresse à l'ensemble de la population canadienne. Il est à noter que certaines campagnes ont ciblé par le passé des groupes à risque tels que les adolescents et les travailleurs extérieurs. Ces campagnes intègrent généralement des cliniques de dépistage du cancer de la peau.

Parmi les autres interventions répertoriées au Québec, mentionnons la tenue d'un kiosque lors du salon maternité/paternité portant sur la prévention des cancers de la peau et la parution d'un article dans le bulletin d'une garderie. Dans le milieu familial, des lettres d'information et des dépliants ont été transmis aux parents, de même que le livre « Mieux vivre avec votre enfant de la grossesse à deux ans » et le guide « Les premiers pas de bébé au soleil ». Dans les milieux récréotouristiques, des diaporamas ont été présentés aux coordonnateurs de terrains de jeux et les moniteurs ont été sensibilisés par la remise d'un guide. Des outils promotionnels de la Société canadienne du cancer sont également distribués aux enfants lors des activités. Tel que mentionné précédemment, le dépliant « Danger! Le bronzage peut avoir votre peau! », créé par le MSSS, a été distribué dans divers milieux d'intervention par plusieurs directions de santé publique et, dans certains cas, simultanément avec de l'information portant sur la chaleur accablante. La documentation utilisée dans le cadre de ces interventions est énumérée dans l'encart 1 en spécifiant la clientèle correspondante. Lorsque celle-ci est encore en ligne, un hyperlien permet d'y accéder.

Encart 1

Nouveau-nés	Mieux vivre avec votre enfant de la grossesse à deux ans (livre) ¹⁷ – INSPQ.
Enfants d'âge primaire	Mission UV (boîtier éducatif) – L'Oréal Canada (Ombrelle).
Moniteurs	Prévention des effets de la chaleur accablante et des rayons ultraviolets chez les enfants (Guide à l'intention des responsables des camps d'été et des terrains de jeux) – DSP de la Capitale-Nationale.
Population générale	Danger! Le bronzage pourrait avoir votre peau! (dépliant) – MSSS.

Interventions québécoises ayant été évaluées

Deux interventions ont été évaluées au Québec au cours de la période étudiée (tableau 10).

Tableau 10 Description des paramètres évaluatifs des interventions québécoises

	Intervention auprès d'étudiants du primaire	Intervention auprès des nouvelles mères
Type de design méthodologique	Prétest/post-test.	Design quasi-expérimental avec un groupe de comparaison.
Effets mesurés	Connaissances des enfants.	Connaissances et comportements de la mère et du nouveau-né.
Outils évaluatifs	Mesuré par questionnaire auto administré aux enfants.	Mesure au prétest : questionnaire autoadministré. Mesure au post-test : entrevue téléphonique.
Période de suivi	Immédiatement après l'intervention, puis 1 mois (post-test 1) et 4 mois après l'intervention (post-test 2).	12 mois après l'intervention.
Taux de réponse post-intervention	100 % au post-test 1, 67 % au post-test 2.	64,7 %.

¹⁷ Lors de l'intervention décrite, ce livre s'intitulait : *Mieux vivre avec votre enfant, de la naissance à deux ans*.

Analyse des interventions à partir de cadres conceptuels

- Toutes les interventions québécoises étaient basées sur l'approche A, soit l'acquisition d'aptitudes individuelles. La création d'environnements et de l'adoption de politiques favorables à la santé n'ont pas été préconisées dans les interventions québécoises.
- Toutes les interventions québécoises répertoriées visaient l'amélioration des connaissances des jeunes ou de divers intermédiaires (ex. : moniteurs, parents, éducateurs en services de garde à l'enfance, etc.). Dans la formulation des objectifs des interventions, les termes suivants étaient employés : sensibiliser, informer, améliorer les connaissances, faire connaître le risque, etc.
- De manière générale, les connaissances transmises portaient sur les risques à la santé, les facteurs de risque et les mesures de protection solaire recommandées, et ce, principalement pour le rayonnement UV d'origine naturelle. Plusieurs termes utilisés dans les objectifs expriment cette notion de risque : effets néfastes et nocifs, prudence, prévention, comportements préventifs, comportements sécuritaires, risque à la santé, risques de l'exposition, impact négatif, danger, facteurs de risque, population vulnérable, vulnérabilité.
- L'une des interventions faisait une allusion à la vitamine D en abordant les bienfaits du soleil. Des connaissances liées à la chaleur accablante ont également été transmises.
- Aucune intervention ne faisait référence spécifiquement au photovieillissement ni à l'amincissement de la couche d'ozone.
- Une seule intervention visait à modifier l'attitude face au rayonnement UV et ce, chez les moniteurs de camps de jour.
- Certaines des interventions visaient non seulement à informer divers publics cibles (ex. : parents, éducateurs, moniteurs) sur les mesures de protection appropriées en vue de protéger les enfants dont ils ont la responsabilité, mais aussi à leur faire comprendre leur rôle en termes de protection solaire. La terminologie employée pour illustrer cette notion de responsabilité était la suivante : « faire en sorte que les moniteurs et les éducatrices, soient plus attentifs à la protection solaire », « sensibiliser sur le rôle des parents dans la protection de leurs enfants », « instaurer une pratique préventive chez les moniteurs pour les enfants dont ils ont la charge ».
- Les interventions ne semblaient pas promouvoir de mesures de protection individuelles particulières (ex. : crème solaire) par rapport à l'utilisation d'un ensemble de mesures de protection.

Le tableau 11 dresse le portrait des stratégies d'intervention privilégiées au Québec pendant la période d'étude à partir des cadres conceptuels de la série 2.

Tableau 11 Stratégies d'intervention québécoises par clientèle cible et par milieu d'intervention

Milieu d'intervention	Clientèles ciblées		
	Nouveau-nés et nourrissons	Enfants d'âge préscolaire et primaire	Adolescents
Milieu familial	Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV.	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV.	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV.
Milieu primaire		Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV.	
Milieus récréotouristiques		- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV.	- Améliorer les connaissances, les attitudes et les perceptions face aux rayons UV chez les moniteurs. - Développer les compétences en protection solaire des moniteurs afin qu'ils protègent les jeunes dont ils ont la responsabilité.
Services de garde à l'enfance	- Améliorer les connaissances des parents et des éducateurs sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les éducateurs et les parents.	- Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV. - Améliorer les connaissances des parents et des éducateurs sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les éducateurs et les parents.	
Milieu de travail étudiant			- Améliorer les connaissances, les attitudes et les perceptions face aux rayons UV chez les moniteurs. - Développer les compétences en protection solaire des moniteurs afin qu'ils protègent les jeunes dont ils ont la responsabilité.

Interventions québécoises exemplaires

Sur l'ensemble des interventions répertoriées au Québec, deux présentaient des devis évaluatifs permettant de porter un regard critique sur leur efficacité¹⁸. L'une des interventions exemplaires visait la sensibilisation des nouvelles mères aux dangers du soleil et l'autre, la sensibilisation des jeunes de niveau primaire par une activité éducative en milieu scolaire :

Intervention exemplaire 1 : Sensibiliser les nouvelles mères aux dangers du soleil

Cette intervention, sous forme de projet pilote, a été mise en place par la Direction de santé publique de Québec pour la première fois dans six hôpitaux de la région de Québec en 1994. Ce projet a par la suite été implanté dans l'ensemble des régions du Québec à partir de 1997 et ce, jusqu'en 2003. L'objectif principal était de sensibiliser les nouvelles mères sur les dangers de l'exposition au soleil pour la santé de leur enfant. Pour atteindre cet objectif, les auteurs ont ciblé la période qui suit l'accouchement puisque les parents sont alors préoccupés par le bien-être de leur enfant et souhaitent, par conséquent, connaître les moyens à prendre pour le protéger. Un guide intitulé « Les premiers pas de bébé au soleil » a été développé comme outil de sensibilisation¹⁹. Ce guide comprend diverses rubriques sur les rayons UV, les risques associés et les moyens de se protéger. L'outil a d'abord été remis aux mères pendant leur séjour à l'hôpital lors du projet pilote. Par la suite, ce sont les infirmières des CLSC, impliquées dans le programme de périnatalité, qui ont remis le guide dans le cadre de leur visite afin de renforcer le message. Les infirmières de CLSC ont été sensibilisées au préalable afin d'optimiser la transmission du message aux familles.

Pointage descriptif (10,67) + Pointage évaluatif (10,77) = Cote D

L'évaluation a été faite à partir d'un design quasi-expérimental impliquant un échantillon de 421 mères provenant de 5 hôpitaux de la région de Québec et un groupe contrôle de mères de la région de Trois-Rivières (97 mères). Une première évaluation était effectuée par questionnaire avant l'intervention. Douze mois après l'intervention, une évaluation par entrevue téléphonique était effectuée.

Efficacité de l'intervention

L'évaluation indique qu'il y aurait eu, 12 mois après l'intervention, une amélioration des connaissances sur les effets à la santé de 80 %, sur les moyens de protection de 81,4 % et sur les écrans solaires de 69 %. De plus, après l'intervention, un plus grand usage de la crème solaire chez le groupe ayant bénéficié de l'intervention (84 %) comparativement au groupe contrôle (43 %) a été remarqué.

¹⁸ Bien qu'il n'y ait pas eu d'évaluation formelle portant sur les campagnes médiatiques de l'ACD, les responsables ont estimé, selon les résultats des relations de presse, que 1,5 million de personnes auraient été rejointes lors de la campagne de 2005. En ce qui concerne le cahier spécial, celui-ci a été distribué à raison de 835 000 exemplaires (Joël Claveau, Association des dermatologistes du Québec, communication personnelle).

¹⁹ Ce guide n'est pas disponible en ligne.

Intervention exemplaire 2 : Sensibiliser les jeunes du primaire aux dangers du rayonnement UV par des activités éducatives à l'école

La compagnie L'Oréal Canada (Ombrelle) a développé un programme éducatif intitulé « Mission UV », qui s'adresse aux élèves de 2^e et 3^e année (âge moyen de 8,4 ans). Au moment de recueillir l'information pour ce rapport, le programme avait déjà été implanté dans 19 classes réparties dans 4 écoles québécoises et dans une école ontarienne. Les interventions dans les écoles ont débuté en juin 2004 et ont duré pendant une semaine. L'objectif général de cette intervention était d'accroître le niveau de connaissances des enfants sur les concepts reliés au soleil, les moyens de protection solaire et les facteurs de protection solaire. De plus, les élèves pouvaient bénéficier d'une certification « agents UV ». Cette intervention avait été intégrée à l'intérieur du curriculum scolaire. Les enseignants disposaient d'un guide et de divers outils pour animer les activités; cette documentation leur était transmise par courrier.

Pointage descriptif (8,75) + Pointage évaluatif (9,52) = Cote D

L'évaluation de cette intervention a été menée selon un devis évaluatif prétest/post-test (après 1 mois), suivi d'un deuxième post-test, 4 mois après l'intervention à l'aide d'un questionnaire autoadministré aux enfants.

Efficacité de l'intervention

Lors du prétest, orienté sur les connaissances des enfants d'âge primaire, ces derniers ont obtenu un pointage moyen de 62 % tandis qu'au post-test, immédiatement après l'intervention, ce pointage se chiffrait à 77 %; une différence statistiquement significative à $p < 0,05$. Du prétest au post-test 1, 75 % des enfants ont augmenté leur pointage contre 56 % au post-test 2.

Les aspects qui ont été moins bien répondus dans le questionnaire ont été revus les années suivantes afin d'améliorer le matériel éducatif du programme. L'Oréal Canada (Ombrelle) envisageait de développer un volet éducatif pour les services de garde à l'enfance lorsqu'elle a répondu au questionnaire. Le programme scolaire est toujours en cours au Québec : http://missionuv.com/ROC/index_fr.html (consulté le 10 décembre 2011).

Énumération des barrières/facteurs de succès lors de l'implantation des interventions

Les barrières et les facteurs de succès rapportés par les répondants sont présentés dans le tableau 12 pour l'approche A uniquement (acquisition d'aptitudes individuelles), puisque ce fut la seule approche utilisée dans les interventions québécoises. Sur les 11 interventions implantées au Québec, 63,6 % des répondants ont fait part des barrières rencontrées lors de l'implantation et 45,5 % ont fait mention des facteurs de succès.

Tableau 12 Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation et au maintien des interventions québécoises

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES (APPROCHE A)	
BARRIÈRES	FACTEURS DE SUCCÈS
Ressources financières limitées : • production du matériel et graphisme; • assurer la récurrence des interventions; • financement des ressources humaines impliquées dans le projet.	Intervention adaptée : • à la clientèle cible (ex. : âge, contenu); • aux personnes impliquées dans le milieu d'intervention (ex. : professeurs); • au temps disponible (ex. : formation courte, intervention courte).
Temps/Durée : • planification des interventions (ex. : interventions multiples, préparation du matériel); • interventions trop longues pour les personnes impliquées dans le milieu d'intervention (ex. : moniteurs de terrains de jeux); • intégration aux activités existantes (ex. : risque d'empiétement sur le temps alloué au curriculum scolaire).	Crédibilité du promoteur de l'intervention.
	Sensibilité du milieu d'intervention à cette problématique avant l'intervention.
	Disponibilité des ressources humaines et financières.
	Partenariat : • bonnes relations établies; • motivation des partenaires et du milieu d'intervention.
EFFETS PERVERS	EFFETS POSITIFS
Aucun effet pervers identifié par les répondants.	Prise de conscience sur les autres effets à la santé liés à l'exposition solaire (ex. : interaction avec les médicaments, coups de chaleur).
	Développement de partenariats.
	Identification de répondants dans les milieux d'intervention → facilite les démarches lors d'interventions liées à d'autres problématiques de santé publique.
	Sensibilisation d'un public plus large que celui visé au départ (ex. : famille).

3.2.2 Interventions réalisées à l'échelle canadienne

Au total, sept interventions ont été retenues parmi les neuf questionnaires recueillis auprès des autres provinces canadiennes, à l'exception du Québec. Deux questionnaires reçus ont été exclus puisque les renseignements fournis étaient incomplets.

En plus de ces sept interventions, des renseignements ont également été transmis par courriel au sujet d'une autre intervention, soit le *BCCA Prevention Program Southern Interior (The Waddell Project)*. L'objectif principal de ce programme consiste à faire le pont entre les connaissances véhiculées au sein d'une communauté et l'action en prévention primaire, et ce, sur une série de problématiques de santé (ex. : qualité de l'air, exercice physique, protection solaire, etc.). Dans le cas spécifique de la prévention des cancers de la peau, des étudiants universitaires, les « *SunWise Guys* », reçoivent une formation afin de donner des animations à l'aide de présentations PowerPoint dans le milieu préscolaire, les services de garde à l'enfance, les écoles primaires et secondaires, en plus de mettre en place des activités éducatives sur les plages, dans les parcs aquatiques, les espaces verts et lors d'événements publics. Après cinq années de fonctionnement, il a été estimé que 40 000 personnes auraient été rejointes par ce programme^{20,21}.

Un projet pilote a également eu lieu en 2001 dans deux hôpitaux majeurs de la Saskatchewan. Chaque bébé recevait un cache-couche sur lequel figurait le logo de la Société canadienne du cancer, de même que l'inscription *Sun Sense*. Des dépliants de la campagne *Sun Sense* étaient également remis aux mères. En 2002, le projet a été élargi à tous les hôpitaux de la Saskatchewan. Une brève évaluation de ce projet a été réalisée en 2003. Elle a montré que, compte tenu de la grande quantité d'information transmise à la mère après l'accouchement, le meilleur moment pour les sensibiliser sur cette problématique serait dans les cliniques pédiatriques où les mères peuvent profiter d'un moment de discussion en face à face avec les infirmières. D'autres projets ont été mis en place par cette même organisation, dont celui portant sur la sensibilisation des responsables des camps de jour afin qu'ils puissent transmettre de l'information préventive aux jeunes. Un projet de sensibilisation de deux communautés avait pour objectif de favoriser l'adoption d'habitudes de protection solaire et a été réalisé par l'intermédiaire des entreprises locales, du personnel municipal, des centres de la petite enfance, du personnel des hôpitaux et des parcs régionaux. Un partenariat a également été établi avec la Tree Canada Foundation pour favoriser l'utilisation des espaces ombragés par les étudiants.

Analyse de l'exhaustivité et de la précision de l'information par les répondants au questionnaire

L'analyse des questionnaires en provenance des autres provinces canadiennes²² montre que les renseignements concernant le sexe de la population cible, le niveau socio-économique de cette population, le taux de réponse à la sollicitation de même que le modèle conceptuel ou la théorie ayant servi à développer l'intervention, n'ont pas été précisés dans

²⁰ <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Prevention/Waddell.htm>, consulté le 3 février 2006.

²¹ <http://bccasunwiseguys.com/ressources.htm>, consulté le 3 février 2006.

²² Ces provinces sont : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta.

plus de 50 % des cas (tableau 13 – en gras). Ces aspects ne seront pas abordés dans la section suivante.

Tableau 13 Proportion des répondants canadiens ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse

	CRITÈRES D'ANALYSE	TAUX DE RÉPONSE (%)
Critères descriptifs (n = 7)	Groupe d'âge	57,0
	Sexe	43,0^A
	Niveau socio-économique	0,0
	Taux de réponse à la sollicitation	29,0
	Lieu d'intervention	100,0
	Objectif principal	100,0
	Objectifs spécifiques	86,0
	Inspiration d'une théorie ou d'un modèle	14,0
	Description de la stratégie de contact avec les intermédiaires	83,3
	Moyens de dissémination de l'information	100,0
	Matériel utilisé pour l'intervention	100,0
	Façon d'accéder au matériel utilisé	100,0
	Durée de l'intervention	86,0
	Début de l'intervention	71,0
	Continuité (récurrence) de l'intervention	100,0
	Barrières à l'implantation de l'intervention	86,0
	Facteurs de succès à l'implantation de l'intervention	57,0
Critères évaluatifs (n = 2)	Design évaluatif	100,0
	Évaluation de l'impact	100,0
	Taux de réponse post-intervention	100,0
	Outil de mesure évaluatif	100,0
	Durée du suivi	100,0
	Taux d'attrition	100,0

^A Des pourcentages en deçà de 50 % indiquent un faible taux de réponse à ces éléments dans les questionnaires.

Analyse comparative des caractéristiques générales des interventions

Cette section porte sur les principales caractéristiques des interventions canadiennes (consulter l'annexe 10 pour les tableaux descriptifs de ces interventions). Suite à la codification, le pointage descriptif médian des interventions répertoriées au niveau canadien est de 9,47 sur un pointage maximal de 16. Puisque 2 interventions seulement ont été évaluées au Canada, le pointage médian n'a pas été calculé sur les critères évaluatifs.

Organisations responsables de l'intervention et partenariats

Diverses organisations ont réalisé des interventions de prévention des cancers de la peau au Canada telles que Santé Canada, la Société canadienne du cancer (SCC) et des départements de santé publique. La SCC est impliquée dans cinq des sept interventions qui ont été retenues à titre de partenaire ou encore, comme organisation responsable de l'intervention. Les municipalités ont également été impliquées dans certains projets, généralement dans les milieux récréotouristiques. La distribution de crème solaire dans l'une des interventions s'est fait via un partenariat avec la compagnie Neutrogena.

Distribution géographique des interventions

Les interventions ont principalement été menées dans un contexte régional (4/6). Deux des interventions recueillies ont été implantées en Ontario.

Milieus d'interventions ciblés

Six interventions sur sept se sont déroulées dans plusieurs milieux d'intervention à la fois²³. Les milieux scolaires primaire et secondaire, de même que les milieux de travail étudiant ont été ciblés dans cinq interventions, les milieux récréotouristiques dans quatre interventions, les centres de la petite enfance (CPE) et le milieu familial dans trois interventions et le milieu collégial dans une intervention. Une large variété de milieux récréotouristiques ont été ciblés, soit les camps de jour, les camps de vacances, les parcs, les piscines extérieures, divers événements extérieurs (festivals, rodéos, parades), les terrains de jeux et les terrains de camping. Le milieu préscolaire n'a pas été ciblé.

Début de l'intervention, durée et récurrence

La majorité des interventions a été implantée au printemps, souvent en mai, de 1991 à 2005. Parmi les six interventions ayant fait mention de l'année d'implantation, deux ont été implantées avant l'an 2000. La distribution de fréquence de la durée des interventions est la suivante : d'une semaine à moins d'un mois (14 %) et d'un mois à cinq mois (57 %). Dans 29 % des cas, la durée de l'intervention n'a pas été spécifiée. Toutes les interventions proposées ont été reconduites plus d'une fois.

²³ Quatre interventions ont eu lieu à la fois dans le milieu primaire et le milieu secondaire.

Catégories d'âge ciblées

Rappelons d'entrée de jeu que plusieurs groupes d'âge pouvaient être ciblés à l'intérieur d'une même intervention. Les 4 interventions où le groupe d'âge a été mentionné étaient destinées aux adolescents (13-18 ans). Trois de ces interventions visaient également les enfants de 6 à 12 ans alors que 2 avaient ciblé le groupe des 2 à 5 ans. L'une d'entre elles ciblait uniquement les 18 ans et plus. Aucune intervention ne s'adressait aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Intervenants impliqués dans les interventions et stratégies de contact avec ces derniers

Une diversité de personnes a été mise à contribution dans les interventions répertoriées au Canada. Des infirmières, le personnel des milieux récréatifs, des professeurs d'école de niveau primaire et secondaire, des éducateurs en service de garde à l'enfance, des pédiatres, des pharmaciens et des parents. Les rôles de ces intervenants incluaient la participation à des activités de sensibilisation auprès des clientèles cibles, une contribution à la mise en place de politiques de protection solaire ou la distribution de matériel éducatif et d'outils promotionnels. La clientèle ciblée par les diverses interventions, soit les adolescents, les étudiants universitaires, les sauveteurs et les moniteurs de camps, étaient eux-mêmes impliqués pour transmettre de l'information aux enfants sous leur responsabilité ou en participant à l'adaptation d'une politique de protection solaire. Lorsque l'information a été rapportée pour ce critère, il a été observé que dans 33,3 % des cas, les personnes impliquées ont été rejointes de vive voix et par écrit alors que dans 50 % des autres cas, l'une ou l'autre de ces stratégies a été adoptée.

Description des interventions et outils utilisés

Plusieurs types d'interventions ont été mis de l'avant dans les provinces canadiennes autres que le Québec. Des sessions d'information s'appuyant sur le matériel éducatif du programme *Sun Sense* ont été organisées par l'Ontario et la Saskatchewan dans plusieurs milieux tels que les endroits publics, les services de garde à l'enfance, les écoles primaires et secondaires, les librairies, les milieux de travail et les milieux récréotouristiques.

Deux interventions ont pris plutôt la forme de campagnes médiatiques. L'une d'elles visait à sensibiliser la population générale sur les lits de bronzage et l'autre s'adressait à divers publics, dont les 5 à 14 ans, les personnes ayant la responsabilité de ces enfants et leurs parents. Dans le cadre de cette deuxième campagne, une série d'articles promotionnels étaient distribués : autocollants, tatous, jeux-questionnaires, chapeaux, chandails, compteur UV. Des kiosques disposés à l'ombre proposaient une série d'activités éducatives. Un site Internet a également été créé pour transmettre des renseignements sur la protection solaire aux personnes qui ont des enfants sous leur responsabilité.

Les différentes interventions mises en place en milieu scolaire consistaient à :

- 1) intégrer du matériel éducatif au programme d'enseignement;
- 2) mener une activité où l'intensité du rayonnement UV est mesurée à l'aide d'un compteur UV dans la cour d'école;

- 3) aménager des endroits ombragés dans la cour d'école;
- 4) distribuer un magazine s'adressant aux adolescentes.

Suivant une logique de réduction des méfaits, des stratégies alternatives au bronzage (ex. : lotions autobronzantes) ont également été promues auprès des étudiantes ayant reçu le magazine. Finalement, l'implantation d'une politique de protection solaire a été suggérée aux CPE, aux camps de jour, aux écoles et aux milieux récréotouristiques.

Les outils utilisés dans le cadre des interventions canadiennes et rendus disponibles sur Internet sont décrits dans l'encart 2 avec la clientèle visée :

Encart 2

Adolescentes	Magazine <i>Skin Savvy</i> (magazine) – Thunder Bay District Health Unit.
Enfants de 5 à 15 ans et leurs parents	Bon sens sous le soleil (programme éducatif) – Société canadienne du cancer.
Enfants et personnel des milieux récréotouristiques	<i>Summer sun safety: a how to guide for recreation and sport programs</i> (guide) – Cancer Care Nova Scotia.
Enfants de 5 à 14 ans et leurs parents	Campagne Sunright (campagne médiatique) – Alberta Cancer Board.
Enfants d'âge primaire et secondaire	Programme de l'Indice UV pour la sensibilisation aux effets du soleil (programme éducatif) – Santé Canada.

Interventions canadiennes ayant été évaluées

Deux interventions ont été évaluées dans les provinces canadiennes autres que le Québec au cours de la période étudiée. L'une impliquait la distribution d'un magazine sur la protection contre les rayons UV auprès d'étudiantes du secondaire dans plusieurs milieux qu'elles fréquentent (Magazine *Skin Savvy*) tandis que l'autre portait sur l'implantation d'une politique de protection solaire dans les milieux récréotouristiques (*Summer sun safety: a how to guide for recreation and sport programs*).

Relativement à l'intervention *Skin Savvy*, des groupes de discussion ont été organisés pour s'assurer de la pertinence du contenu du magazine avant qu'il ne soit diffusé. Les questionnaires étaient administrés uniquement aux étudiantes qui avaient déjà pris connaissance du magazine avant l'évaluation. Outre le niveau de satisfaction, les connaissances et les comportements de protection et d'exposition ont été analysés. Dans le cadre de l'intervention *Summer Sun Safety* à implanter dans les milieux récréotouristiques, l'évaluation a porté sur l'applicabilité et la capacité d'implantation de la politique aux yeux du personnel et sur son efficacité à modifier leurs comportements. Cette démarche visait à définir des pistes d'amélioration. Des évaluations parallèles ont également été menées auprès des gestionnaires des services récréatifs et auprès des planificateurs de programmes. Les résultats de ces évaluations ne seront pas décrits ici, mais l'un des

rapports d'évaluation officiel peut être commandé auprès de Cancer Care Nova Scotia. Ce rapport présente de manière exhaustive les réactions recueillies quant à l'implantation de la politique. La référence exacte de ce document est : *Cancer Care Nova Scotia (2007). Summer sun safety: a how to guide for recreation and sport programs. Halifax, 27 pages.*

Ces deux dernières interventions montrent d'une façon éloquent qu'il y a eu un travail de compréhension des milieux dans lesquels ils ont choisi d'implanter leurs interventions, que ce soit par la tenue de groupes de discussion ou encore, par la mise en pratique d'une politique de protection solaire par les employés de milieux récréotouristiques.

Analyse des interventions à partir des cadres conceptuels

- Toutes les interventions implantées à l'échelle canadienne intégraient des composantes issues de l'approche sur l'acquisition d'aptitudes individuelles (approche A²⁴). Trois des sept interventions répertoriées ont porté uniquement sur cette approche. Les quatre autres interventions se distribuent de la façon suivante au niveau des approches utilisées : 2(AB²⁵), 2(ABC²⁶).
- Les connaissances développées dans le cadre de l'approche A portaient sur divers aspects relatifs au rayonnement UV naturel et artificiel dont : les risques à la santé associés à l'exposition au soleil et aux appareils de bronzage artificiels²⁷, les mesures de protection à adopter et l'Indice UV (couche d'ozone).
- Une stratégie particulière a été mise en place, soit de suggérer à de jeunes étudiantes des alternatives au bronzage ou, si elles souhaitent toujours être bronzées, l'usage de lotions autobronzantes.
- Aucune intervention ne faisait spécifiquement référence au photovieillissement.
- Deux interventions visaient à développer les compétences des personnes à charge telles que les moniteurs de camps de jour, le personnel des programmes récréatifs et les professeurs. Une autre intervention visait le développement des compétences des étudiants d'écoles primaires et secondaires au moyen du compteur UV.
- Quatre interventions ont opté pour la création d'environnements favorables. Ainsi, l'aménagement d'espaces ombragés était encouragé et des mesures de protection individuelles (ex. : crème solaire) étaient rendues disponibles sur les sites d'exposition. Outre ces modifications à l'environnement physique, une modification à l'environnement social a aussi été notée alors que les responsables de programmes récréatifs (étudiants) agissaient comme modèles de rôle de façon à rendre acceptables les mesures de protection solaire aux jeunes qu'ils supervisent.
- Deux interventions portaient sur l'adoption de politiques de protection solaire. Dans l'une d'entre elles, une politique de protection solaire était présentée au personnel de camps de

²⁴ Les termes : informer, transmettre de l'information, fournir des statistiques, encourager la pratique, conscientiser, promouvoir des comportements, encourager l'éducation, sensibiliser et renforcer la capacité traduisent le recours à l'approche d'acquisition d'aptitudes individuelles.

²⁵ Création d'environnements favorables.

²⁶ Adoption de politiques favorables à la santé.

²⁷ Comportements sécuritaires, effets néfastes, surexposition, recommandations, réduction du risque, facteurs de risque, protéger l'entourage, moyens de protection.

jour et de services de garde à l'enfance sans en expliquer le contenu. Dans l'autre, les personnes éventuellement touchées par la politique pouvaient émettre leurs commentaires, notamment quant à sa capacité d'implantation.

- Les interventions ne semblaient pas promouvoir de mesures de protection individuelles particulières (ex. : crème solaire) par rapport à l'utilisation d'un ensemble de mesures de protection.

Les tableaux 14 et 15 dressent un portrait des stratégies d'intervention privilégiées dans les autres provinces canadiennes, à l'exception du Québec, de 1990 à 2005, à partir des cadres conceptuels de la série 2.

Tableau 14 Types de stratégies employées dans les provinces canadiennes (autres que le Québec) par clientèle cible et par milieu d'intervention

Milieu d'intervention	Clientèles ciblées	
	Nouveau-nés et nourrissons	Enfants d'âge préscolaire et primaire
Milieu familial		• Améliorer les connaissances et les attitudes des parents. • Modifier l'intention des parents afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour leurs enfants. • Améliorer les connaissances des enfants sur la protection solaire.
Services de garde à l'enfance	• Améliorer les connaissances des parents sur la protection solaire. • Mettre en place des politiques de protection solaire.	• Améliorer les connaissances des parents et des enfants sur la protection solaire. • Mettre en place des politiques de protection solaire.

Tableau 14 Types de stratégies employées dans les provinces canadiennes (autres que le Québec) par clientèle cible et par milieu d'intervention (suite)

Milieu d'intervention	Clientèles ciblées		
	Nouveau-nés et nourrissons	Enfants d'âge préscolaire et primaire	Adolescents
Milieu primaire		• Améliorer les connaissances des enfants. • Développer des compétences en protection solaire chez les enfants et chez les professeurs. • Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés.	
Milieus récréotouristiques		• Améliorer les connaissances des parents et des enfants sur la protection solaire. • Rendre disponibles des moyens de protection individuelle (crème solaire) sur les lieux d'exposition aux rayons UV. • Mettre en place des politiques pour la modification de l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement UV est à son intensité maximale. • Mettre en place des politiques pour l'application de crème solaire, l'obligation du port de chapeaux et de vêtements protecteurs.	• Développement des compétences des adolescents sur la protection solaire en vue de l'implantation d'une politique de protection solaire. • Rendre disponible, à moindre coût, des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV. • Encourager les responsables de programmes récréatifs estivaux à devenir des modèles pour les enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil. • Mettre en place des politiques pour la modification de l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement UV est à son intensité maximale. • Mettre en place des politiques pour l'application de crème solaire, l'obligation du port de chapeaux et de vêtements protecteurs.

Le tableau 15 énumère les stratégies privilégiées dans trois milieux d'intervention où les adolescents étaient spécifiquement ciblés.

Tableau 15 Types de stratégies employées chez les adolescents à travers divers milieux d'intervention dans les provinces canadiennes autres que le Québec

Milieux d'intervention	Adolescents
Milieu secondaire	• Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV. • Développer des compétences en protection solaire chez les adolescents. • Favoriser l'acceptabilité des mesures de protection solaire à l'école.
Milieu collégial	• Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV. • Favoriser l'acceptabilité des mesures de protection solaire à l'école.
Milieu de travail étudiant	• Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV. • Développer des compétences en protection solaire (ou dans l'application d'une politique) chez les adolescents qui ont des enfants sous leur responsabilité.

Énumération des barrières/facteurs de succès lors de l'implantation des interventions

Les barrières et les facteurs de succès exprimés par les répondants canadiens sont présentés pour l'approche A (acquisition d'aptitudes individuelles) et l'approche ABC (combinaison des trois approches de promotion de la santé) dans le tableau 16. Sur l'ensemble des interventions implantées dans les provinces canadiennes (à l'exception du Québec), 86 % des répondants ont fait état des barrières reliées à l'implantation de leur intervention et 57 % ont identifié des facteurs de succès. Quelques effets pervers et positifs des interventions ont également été soulevés pour les interventions multistratégiques (ABC).

Tableau 16 Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation et au maintien des interventions dans les provinces canadiennes autres que le Québec

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES (APPROCHE A)	
BARRIÈRES	SUCCÈS
Difficulté à rejoindre le public cible.	Implication de la clientèle cible dans l'intervention.
Limite budgétaire pour le développement et l'implantation des initiatives en protection solaire.	Disponibilité des ressources humaines et financières.
Temps : • forte densité initiale des activités dans les milieux d'intervention; • à consacrer à l'implantation de l'intervention; • énergie consacrée.	Interventions : • présentant un équilibre entre les aspects éducatifs et ludiques; • à caractère rafraîchissant; • présentant des sujets d'actualité.
Adaptation de l'intervention : • littératie; • langue; • différences culturelles.	
Faible niveau de priorité de la problématique (le mandat santé publique est large).	
EFFETS PERVERS	EFFETS POSITIFS
Aucun effet pervers mentionné.	Aucun effet positif mentionné.

Tableau 16 Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation et au maintien des interventions dans les provinces canadiennes autres que le Québec (suite)

INTERVENTION MULTISTRATÉGIQUE (APPROCHE ABC)	
BARRIÈRES	SUCCÈS
Difficulté d'impliquer le milieu scolaire dans la création d'espaces ombragés.	Partenariat avec les gestionnaires lors de l'adoption de politiques de protection solaire.
Temps et ressources financières limitées (création d'espaces ombragés).	Sessions de formation du personnel, ateliers/implication de la clientèle et rappels.
Manque d'intérêt pour les activités de protection solaire et pour l'adoption de politiques de protection solaire.	Support des parents dans l'adoption de politiques.
Existence de politiques restreignant l'application de crème solaire dans certains milieux.	Transmission de matériel en support à la politique.
Temps consacré à chaque site d'intervention peut être élevé.	
Difficulté à modifier les horaires des activités dans certains milieux d'intervention en fonction de l'intensité du rayonnement UV.	
EFFETS PERVERS	EFFETS POSITIFS
Les messages promus en protection solaire sont parfois en contradiction avec ceux promus dans le domaine de l'activité physique.	Suscite l'attention médiatique.
	Sensibilise la population générale à cette problématique et au rôle joué par la santé publique dans ce dossier.
	Effet sur plusieurs clientèles lorsque les personnes à charge sont également une clientèle cible.

3.3 INTERVENTIONS PUBLIÉES DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Cinq-cent-vingt-sept (527) références bibliographiques ont été obtenues lors de la recherche documentaire. À partir de cette liste de références, 94 résumés d'articles ont été révisés pour évaluer si les publications répondaient aux critères d'inclusion. Après avoir exclu 15 articles qui ne répondaient pas aux critères définis à la lecture du résumé, 19 autres ont été exclus pour diverses raisons :

- 1) les interventions étaient reproduites intégralement dans plusieurs périodiques scientifiques différents;
- 2) les articles proposaient une description de l'intervention sans rendre compte de résultats précis et référaient plutôt à un autre article pour une évaluation plus complète;
- 3) les articles proposaient des résultats pour une période de suivi donnée (ex. : à 1 mois post-intervention) alors qu'une période de suivi plus longue était couverte par un autre article (annexe 11). Dans ce dernier cas, seul l'article qui correspondait à la période entière du suivi a été conservé pour l'analyse²⁸.

²⁸ Précisons que cette règle s'applique uniquement lorsque les effets mesurés étaient communs aux deux articles.

Soixante articles ont été codifiés à l'aide de la grille d'analyse, mais pour 17 d'entre eux (codifiés dans les catégories E à I), les résultats relatifs à l'efficacité ne seront pas rapportés en raison de faiblesses méthodologiques. Les pointages descriptifs et évaluatifs de tous les articles accompagnés de leur cote, de A à I, sont disponibles à l'annexe 7. À noter que toutes les interventions codifiées alimenteront l'analyse descriptive et seront décrites à l'annexe 12.

La distribution de fréquence des cotes obtenues pour les interventions internationales issues de la littérature scientifique est disponible au tableau 17. La proportion des études dont la qualité était jugée suffisante pour en évaluer l'efficacité s'élève à 71,7 %.

Tableau 17 Distribution de fréquence des cotes attribuées aux interventions internationales (littérature scientifique)

COTE	NB D'INTERVENTIONS	FRÉQUENCE (%)
A	7	11,7
B	19	31,7
C	5	8,3
D	12	20,0
E	2	3,3
F	8	13,3
G	1	1,7
H	4	6,7
I	2	3,3

Analyse de l'exhaustivité et de la précision de l'information rapportée par les auteurs de publications scientifiques

Le taux de réponse pour la majorité des critères utilisés afin d'évaluer une intervention s'élevait à plus de 50 %, à l'exception des indicateurs relatifs au niveau socio-économique, à la « façon d'accéder au matériel éducatif » et à la continuité de l'intervention (tableau 18).

Tableau 18 Proportion des auteurs d'interventions internationales ayant fait mention des éléments requis dans la grille d'analyse

	CRITÈRES D'ANALYSE	TAUX DE RÉPONSE (%)
Critères descriptifs (n = 60)	Groupe d'âge	98,4
	Sexe	72,1
	Niveau socio-économique	24,6^A
	Taux de réponse à la sollicitation	55,7
	Lieu d'intervention	96,7
	Objectif principal	93,4
	Objectifs spécifiques	55,7
	Inspiration d'une théorie ou d'un modèle	82,0
	Description de la stratégie de contact avec les intermédiaires	60,4
	Moyens de dissémination de l'information (n = 7)	87,5
	Matériel utilisé pour l'intervention	96,7
	Façon d'accéder au matériel utilisé	47,5
	Durée de l'intervention	82,0
	Début de l'intervention	65,6
	Continuité (récurrence) de l'intervention	38,3
	Barrières à l'implantation de l'intervention	23,0
	Facteurs de succès à l'implantation de l'intervention	34,4
Critères évaluatifs (n = 60)	Design évaluatif	96,7
	Évaluation de l'impact	100,0
	Taux de réponse post-intervention	78,7
	Outil de mesure évaluatif	98,4
	Durée du suivi	96,6
	Taux d'attrition	83,7

^A Les pourcentages en deçà de 50 % pour certains critères signifient que ces éléments n'étaient pas souvent rapportés dans les publications scientifiques.

Analyse comparative des caractéristiques générales des interventions

Cette section porte sur les principales caractéristiques des interventions internationales (annexe 12). Suite à la codification, la valeur médiane du pointage descriptif concernant les interventions répertoriées dans la littérature scientifique se chiffre à 8,77, sur un pointage maximal de 16. Pour le pointage évaluatif, la valeur médiane se chiffre à 10,87, sur un pointage maximal de 14 points.

Distribution géographique des interventions

Plusieurs pays ont mis en place des interventions en prévention des cancers de la peau, dont les États-Unis, l'Australie, l'Angleterre, la Lituanie, le Canada, la France, la Suède, la Suisse, l'Écosse, l'Italie et l'Allemagne. Toutefois, les États-Unis (60 %) dominent quant au nombre d'interventions recensées suivi de l'Australie (13,3 %). Soixante pour cent (60 %) des interventions ont été implantées à un niveau local, 35 % à un niveau régional et 5 % à un niveau national.

Catégories d'âge ciblées

Le tableau 19 fait état de la fréquence des interventions pour chacune des catégories d'âge ciblées. Les jeunes de 6 à 12 ans sont ciblés dans plus de 50 % des interventions alors que les enfants en très bas âge, soit de 0 à moins de 2 ans, le sont dans environ 21,6 % des interventions et que ceux de 2 à 5 ans sont ciblés dans 31,7 % des cas. Les adolescents sont ciblés dans 51,7 % des interventions.

Tableau 19 Distribution de fréquence des catégories d'âge ciblées dans les interventions internationales (n = 60)

Catégorie d'âge	Nombre d'interventions ciblant cette catégorie d'âge ^A (%)
0 à moins de 1 mois	5 (8,3)
1 mois à moins de 2 ans	8 (13,3)
2 ans à 5 ans	19 (31,7)
6 ans à 12 ans	34 (56,7)
13 ans à 18 ans	31 (51,7)

^A Il est normal que le pourcentage cumulatif dépasse 100 % puisque plusieurs catégories d'âge peuvent être ciblées à l'intérieur d'une même intervention.

Milieus d'intervention ciblés

Quarante-et-une interventions (41), soit 68,3 % des interventions se sont déroulées dans un seul milieu d'intervention (tableau 20). Seuls les services de garde à l'enfance n'ont pas été ciblés de manière isolée. Le milieu scolaire primaire compte approximativement pour le tiers des interventions isolées. Les interventions communautaires comptent pour 31,7 % de l'ensemble des interventions internationales (19 interventions) et leur distribution est présentée dans le tableau 21.

Tableau 20 Distribution de fréquence des interventions internationales ayant ciblé un seul milieu (n = 41)

Milieu d'intervention	Nombre d'interventions (%)
Services de garde à l'enfance	0
Milieu préscolaire	2 (4,9)
Milieu scolaire primaire	11 (26,8)
Milieu scolaire secondaire	6 (14,6)
Milieu scolaire (primaire et secondaire)	2 (4,9)
Milieu familial	8 (19,5)
Milieus récréotouristiques	5 (12,2)
Milieu collégial et universitaire	6 (14,6)
Milieu de travail étudiant	1 (2,4)

Tableau 21 Distribution de fréquence des interventions internationales ayant ciblé plusieurs milieux (interventions communautaires) selon le type de milieu sollicité (n = 19)

Milieux d'intervention impliqués dans les interventions communautaires	Nombre d'interventions (%)
Services de garde à l'enfance	5 (26,3)
Milieu préscolaire	4 (21,1)
Milieu scolaire primaire	15 (78,9)
Milieu scolaire secondaire	2 (10,5)
Milieu familial	16 (84,2)
Milieus récréotouristiques	7 (36,8)
Milieu collégial et universitaire	0 (0,0)
Milieu de travail étudiant	1 (5,3)

Dans les interventions communautaires, les milieux suivants sont fréquemment associés :

- 1) le milieu scolaire primaire et le milieu familial;
- 2) le milieu préscolaire et les services de garde à l'enfance;
- 3) le milieu préscolaire et le milieu familial;
- 4) le milieu familial et récréotouristique.

Les milieux récréotouristiques constituent également, dans certains cas, des milieux de travail étudiant. Comme il en a été le cas de manière isolée (référer au tableau 20), le milieu scolaire de niveau primaire, le milieu familial et les milieux récréotouristiques sont bien représentés dans les interventions communautaires. Les milieux collégial et universitaire ne sont pas inclus dans les interventions communautaires, mais sont plutôt ciblés dans les interventions où un seul milieu est privilégié.

Le tableau 22 établit la liste des intervenants impliqués à travers toutes les interventions, et ce, par milieu d'intervention. Le tableau 23 montre que près de la moitié des interventions internationales ont une durée qui s'étend d'une journée à moins d'une semaine. Quatre interventions seulement se sont échelonnées sur une période de plus de 6 mois.

Tableau 22 Types d'intervenants impliqués dans les interventions internationales, selon le milieu d'intervention

Milieus d'intervention	Intervenants impliqués
Services de garde à l'enfance	Personnel des services de garde (éducatrices).
Milieu préscolaire	Responsables de l'intervention.
Milieu scolaire primaire	Directeurs, infirmières scolaires, professeurs, responsables de l'intervention, étudiants en médecine, étudiants du secondaire, association de parents.
Milieu scolaire secondaire	Directeurs, professeurs (ex. : professeurs d'éducation physique), professionnels de la santé (ex. : infirmières).
Milieu familial	Parents, infirmières de la maternité.
Milieus récréotouristiques	Assistants de recherche, parents, sauveteurs, professeurs de natation, moniteurs de camps.
Milieu collégial et universitaire	Assistants de recherche.
Milieu de travail étudiant	Personnel récréatif des camps de jour, assistants de recherche.

Tableau 23 Distribution de fréquence de la durée des interventions internationales (n = 60)

Durée	Nombre d'interventions (%)
6 mois et plus	4 (6,7)
1 < 6 mois	13 (21,7)
1 semaine < 1 mois	5 (8,3)
1 journée < 1 semaine	27 (45,0)
Imprécise ou non rapportée	11 (18,3)

Analyse des interventions à partir des cadres conceptuels

L'acquisition d'aptitudes individuelles (A) figure dans 98,3 % des approches employées dans les interventions internationales tandis que la création d'environnements favorables (B) a été privilégiée dans 30 % des interventions et l'adoption de politiques favorables à la santé (C), dans 11,67 % des interventions (tableau 24). Ces résultats montrent également que l'approche B n'a pas été employée seule ni sous la combinaison BC dans les interventions retenues.

Tableau 24 Distribution de fréquence des interventions selon les approches de promotion de la santé étudiées (n = 60)

Approche (s) ^A	Nombre d'interventions	Proportion d'interventions selon l'approche (%)
A	39	65,00
B	0	0,00
C	1	1,67
AB	12	20,00
BC	0	0,00
AC	2	3,33
ABC	6	10,00

^A A : acquisition d'aptitudes individuelles, B : création d'environnements favorables, C : adoption de politiques favorables à la santé.

Stratégies d'intervention et outils utilisés²⁹

- Milieu familial

Huit interventions ont lieu dans le milieu familial (Turrise et collab., 2004; Benjes et collab., 2004; Bränström et collab., 2003; Hillhouse et Turrise, 2002; Geller et collab., 1997; Rodrigue, 1996; Boutwell, 1995; Bolognia et collab., 1991). L'efficacité des interventions menées par Geller et ses collaborateurs (1997) et Boutwell (1995) n'a toutefois pas été analysée, ce qui n'a pas permis de documenter le potentiel préventif des campagnes médiatiques ciblant ce milieu précisément. Ces interventions se caractérisent souvent par l'envoi de documentation aux familles (ex. : brochures, manuel, cahier d'activités) en vue d'approfondir les notions sur la protection solaire. Une intervention proposait également un outil d'évaluation de l'intensité du rayonnement UV (Bränström et collab., 2003). Dans une autre intervention, Benjes et ses collaborateurs (2004) s'entretenaient avec la mère, lors d'une conversation téléphonique, sur les bénéfices de la protection solaire et des vêtements de protection en fournissant toute une gamme de facteurs facilitant leur utilisation. À noter que les mères sont souvent ciblées dans ce milieu d'intervention (Benjes et collab., 2004; Rodrigue, 1996; Bolognia et collab., 1991). Finalement, une autre des interventions ciblait spécifiquement les jeunes femmes qui utilisent les appareils de bronzage artificiel. Un guide d'activités complet abordant, entre autres, le photovieillissement et les méthodes alternatives de bronzage leur était distribué (Hillhouse et Turrise, 2002).

- Milieu préscolaire

Deux interventions qui se sont déroulées uniquement dans le milieu préscolaire ont été analysées sous l'angle de l'efficacité (Bauer et collab., 2005; Boldeman et collab., 1991). Dans l'une d'entre elles (Bauer et collab., 2005), l'information était transmise aux parents sous forme de matériel éducatif alors que dans celle de Boldeman et collaborateurs (1991), les infirmières, les coordonnateurs et les éducatrices en service de garde à l'enfance recevaient de l'information sous forme de présentations ou par la poste, directement à leur milieu de travail. On comparait d'ailleurs, dans cette dernière intervention, laquelle des

²⁹ Comme plusieurs de ces interventions seront reprises dans les interventions exemplaires, l'information rapportée dans cette section est très brève.

deux méthodes de partage d'information était la plus efficace pour engendrer des modifications sur les connaissances, sur le niveau de sensibilisation et sur la protection solaire des enfants qui fréquentent le service de garde.

- Milieu scolaire primaire

Onze interventions parmi les 60 retenues ont été menées spécifiquement dans le milieu scolaire primaire³⁰. Sur ces 11 interventions, 8 d'entre elles ont été analysées quant à leur efficacité (English et collab., 2005; Hewitt et collab., 2001; McWhirter et collab., 2000; Hornung et collab., 2000; Bastuji-Garin, 1999; Buller et collab., 1999; Buller et collab., 1997; Girgis et collab., 1993).

Qu'elles aient été intégrées ou non au programme d'enseignement déjà en place dans les écoles, ces interventions avaient toutes des visées éducatives. Quelques interventions ont privilégié l'utilisation de CD-ROM de manière à accroître le niveau d'interaction pendant les activités de sensibilisation (Hewitt et collab., 2001; Hornung et collab., 2000; Buller et collab., 1999). La plupart de ces interventions comptaient sur l'implication des professeurs pour soumettre l'information aux étudiants, alors que dans certains cas, les promoteurs de l'intervention mettaient des ressources humaines à la disposition des écoles. Les interventions dans le milieu scolaire primaire ne prenaient pas la forme de cours magistraux; elles étaient plutôt actives telles que l'organisation d'une foire (Buller et collab., 1997) ou participatives via l'adoption de politiques favorables à la protection solaire et la création de zones ombragées par les élèves (Girgis et collab., 1993). Plusieurs documents de référence ont été produits pour encadrer l'élaboration d'interventions en prévention des cancers de la peau dans les écoles primaires (OMS, 2003³¹; CDC, 2002³²; OMS, 2002³³).

- Milieu scolaire secondaire

Six interventions ont été implantées dans les écoles secondaires (Geller et collab., 2005; Stankevičaitė et collab., 2004; Kristjānsson et collab., 2003; Lowe et collab., 1999; Kamin et collab., 1993; Mermelstein et Riesenber, 1992). Trois de ces interventions (Geller et collab., 2005; Stankevičaitė et collab., 2004; Lowe et collab., 1999) étaient de qualité méthodologique suffisante pour qu'elles soient regardées sous l'angle de l'efficacité. Bien qu'elle n'ait pas été analysée pour son efficacité, l'intervention de Kristjānsson et collab., (2003) présente une avenue intéressante et différente en comparaison avec les autres interventions, soit l'écriture d'un essai sur le soleil et le bronzage, de même qu'un retour sur son contenu sous forme de discussions en classe. Deux interventions ont misé sur la présentation d'images de cancers de la peau (Kamin et collab., 1993) ou de vidéos énonçant les facteurs de risque liés au cancer de la peau, de même que les mesures de précaution à prendre (Mermelstein et Riesenber, 1992). Dans le cadre de ces interventions, les étudiants

³⁰ English et collab., 2005; Estève et collab., 2003; Maher et collab., 2002; Hewitt et collab., 2001; McWhirter et collab., 2000; Hornung et collab., 2000; Bastuji-Garin, 1999; Buller et collab., 1999; Buller et collab., 1997; Girgis et collab., 1993; Fork et collab., 1991.

³¹ Document qui expose les grandes lignes de la protection solaire dans les écoles et les arguments en faveur de l'implantation de projets dans ce type de milieu.

³² Ce document énonce les composantes des approches individuelles, environnementales et politiques s'appliquant au milieu scolaire (primaire et secondaire).

³³ Axé sur la protection solaire dans le cadre d'un projet similaire à l'approche « Écoles en santé ».

sont amenés à évaluer leur risque face au cancer de la peau. Les autres interventions portent essentiellement sur l'intégration au curriculum de modules d'enseignement au sujet de la prévention du cancer de la peau.

Deux interventions ciblaient à la fois le milieu scolaire primaire et secondaire : l'une d'elles poursuivait un objectif d'amélioration des connaissances (Geller et collab., 2003) tandis que l'autre visait l'adoption de politiques de protection solaire dans ces milieux (Schofield et collab., 1997).

- Milieu collégial et universitaire

Six interventions ont été implantées soit en milieu collégial ou en milieu universitaire (Malher et collab., 2005; Malher et collab., 2003; Bernhardt, 2001; Jones et Leary, 1994; McClendon et Prentice-Dunn, 2001; Gibbons et collab., 2005). À l'exception de celle de Jones et Leary (1994), ces interventions ont toutes été analysées sous l'angle de l'efficacité. Ces interventions se ressemblent notamment par l'utilisation d'appareils photo UV qui permettent d'apercevoir les taches pigmentaires dues à l'exposition au rayonnement UV. L'accent est davantage mis sur le photovieillissement en sensibilisant la clientèle aux effets immédiats de leur exposition et non pas uniquement aux effets à long terme tel que le cancer de la peau. Dans deux interventions (McClendon et Prentice-Dunn, 2001; Jones et Leary, 1994), les étudiants sont amenés à s'interroger sur divers aspects de la prévention des cancers de la peau par la lecture d'essais sur le sujet. Ces interventions se sont pratiquement toutes déroulées à l'occasion de cours universitaires à l'exception d'une d'entre elles où seul le recrutement s'effectuait sur le campus (Bernhardt, 2001). Cette dernière intervention se poursuivait sur un site Internet où les messages de prévention de cancer de la peau et leur style s'adaptaient à chaque personne consultant le site. Dans plusieurs de ces interventions, les femmes prédominent en termes de participation.

- Milieux récréotouristiques

Seulement 5 interventions ont ciblé exclusivement les milieux récréotouristiques (Glanz et collab., 2002; Glanz et collab., 2001; Pagoto et collab., 2003; Mayer et collab., 2001; Lombard et collab., 1991). Deux études n'ont pas été retenues pour la mesure de l'efficacité (Mayer et collab., 2001; Lombard et collab., 1991). L'étude de Mayer était unique du fait qu'elle prenait place dans un zoo en sensibilisant les enfants de 12 ans et moins sur les mesures d'adaptation au soleil adoptées par les différents animaux du zoo (Mayer et collab., 2001). Elle cherchait aussi à améliorer l'accessibilité physique et monétaire de divers moyens de protection solaire par la remise de coupons-rabais. Les autres interventions ont eu lieu soit sur des plages (Pagoto et collab., 2003), soit dans le cadre de programmes récréatifs de camps de jour (Glanz et collab., 2001) ou soit dans des piscines municipales, de banlieue, de YMCA ou des piscines militaires (Glanz et collab., 2002; Lombard et collab., 1991). Ces interventions favorisaient l'accessibilité de mesures de protection individuelles pour les enfants. L'une d'entre elles profitait de ce contexte récréatif qui est en plus un milieu de travail pour sensibiliser à la fois le personnel des programmes récréatifs et les jeunes qui y participent (Glanz et collab., 2001). Le personnel peut aussi bénéficier de consultations sur l'implantation de politiques de protection solaire. Dans l'intervention qui a eu lieu sur les plages, les baigneurs pouvaient profiter d'une analyse personnalisée de leur type de peau,

en plus de recevoir des recommandations de nature préventive. Ces derniers s'engagent également à modifier leurs comportements au soleil (Pagoto et collab., 2003).

- Milieu de travail étudiant

Une seule intervention a ciblé uniquement le milieu de travail étudiant (Novick et collab., 1997). Cette intervention ressemble grandement à celles développées dans le milieu collégial et universitaire du fait de l'utilisation d'appareils photo UV pour faire la démonstration de dommages à la peau; conséquences de l'exposition au rayonnement UV.

- Interventions communautaires

Dix-neuf (19) interventions ont ciblé plusieurs milieux simultanément d'où le concept d'intervention communautaire³⁴. Parmi ces interventions, certaines n'ont pu être retenues pour la mesure de l'efficacité (Labat et collab., 2005; Manganoni et collab., 2005; Barankin et collab., 2001; Fleming et collab., 1997; Loescher et collab., 1995). Dans l'ensemble de la littérature révisée, les interventions dites communautaires portent en général sur un milieu principal et ont des ramifications souvent mineures dans d'autres milieux. Un exemple fréquent est le fait d'acheminer au domicile familial de la documentation complémentaire ou de proposer des activités familiales abordant le thème de la prévention des cancers de la peau. Seules 4 interventions ont été implantées dans plus de deux milieux simultanément (Smith et collab., 2002; Dietrich et collab., 2000; Miller et collab., 1999; Fleming et collab., 1997). Ces interventions n'abordaient pas de concepts vraiment différents des interventions implantées dans les milieux isolés.

Énumération des barrières/facteurs de succès lors de l'implantation des interventions

Les barrières et les facteurs de succès énumérés lors de l'implantation des interventions sont présentés par approche ou combinaison d'approches, de même que par milieu d'intervention dans le tableau 25. Cet exercice a été possible pour la majorité des milieux d'intervention et pour 2 des 3 approches en raison du nombre élevé de publications scientifiques retenues. Sur les 60 articles révisés, 34,4 % des auteurs traitent des facteurs ayant facilité l'implantation de l'intervention tandis que 23 % relatent les barrières à l'implantation.

³⁴ Gritz et collab., 2005; Giles-Corti et collab., 2004; Manganoni et collab., 2005; Loescher et collab., 2005; Labat et collab., 2005; Weinstock et collab., 2002; Smith et collab., 2002; Barankin et collab., 2001; Buller et collab., 2000; Dietrich et collab., 2000; Milne et collab., 2000; Crane et collab., 1999; Miller et collab., 1999; Gooderham et Guenther, 1999; Fleming et collab., 1997; Mayer et collab., 1997; Reding et collab., 1996; Buller et collab., 1996; Hughes et collab., 1993.

Tableau 25 Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation des interventions internationales

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES (APPROCHE A)		
	BARRIÈRES	FACTEURS DE SUCCÈS
Services de garde à l'enfance		Implication des partenaires dès le début.
Milieu primaire	• Pas intégré dans la planification initiale de l'école. • Surcharge de matière et de travail dans le milieu scolaire. • Coûts. • Non prioritaire pour l'école.	• Brièveté de l'intervention. • Visuel, interactif, tactile, amusant, attrayant. • Participation des parents. • Intervention clé en main. • Implication minimale des enseignants.
Milieu secondaire		• Implication des professeurs et des étudiants dans le développement du curriculum. • Groupes de discussion pour connaître la population cible.
Milieu collégial		• Court, simple. • Peu coûteux. • Projet clé en main. • Requiert peu d'implication du personnel.
Milieus récréotouristiques	Longueur de l'intervention.	
Milieu familial	Plusieurs programmes de protection solaire se tiennent en même temps.	• Bref, simple, peu coûteux. • Flexibilité accordée aux parents. • Le contenu est intéressant et utile.
Intervention communautaire	• Découragement des étudiants. • Les intermédiaires n'agissent pas tel que prévu (en lien avec l'intervention). • Effort initial pour mettre l'intervention en place. • Manque de volonté de l'école.	• Mobilisation des ressources. • Motivation de la communauté. • Intérêt et acceptation du projet par le milieu.

Tableau 25 Barrières et facteurs de succès reliés à l'implantation des interventions internationales (suite)

ADOPTION DE POLITIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ (APPROCHE C)		
	BARRIÈRES	FACTEURS DE SUCCÈS
Écoles secondaires^H	• Temps accordé au développement de politiques. • Manque de support des parents et du personnel. • Croyance que les étudiants ne coopéreront pas. • Considéré comme non pertinent.	
INTERVENTIONS MULTI-STRATÉGIQUES (COMBINAISON D'APPROCHES)		
	BARRIÈRES	FACTEURS DE SUCCÈS
Écoles primaires	• Manque de personnel pour l'implantation du projet. • Manque de ressources financières. • Contraintes de temps (densité de la planification des écoles). • Plusieurs problématiques de santé concurrentes.	• Éléments de compétition interécoles. • Implication des parents. • Fournir la documentation nécessaire aux responsables dans les milieux d'intervention. • Acceptabilité du projet par les intermédiaires (ex. : professeurs). • Estime portée aux professeurs par les enfants.
Écoles secondaires	• Imprévus qui retardent ou bousculent l'intervention. • Coupures budgétaires. • Augmentation de la taille des classes. • Horaires chargés.	• Implication des administrateurs des écoles, des parents et des élèves dans le développement et l'implantation de l'intervention. • Intervention reconnue efficace. • Peu coûteuse. • Intégré aux structures existantes.
Milieus récréotouristiques	Le travail ou les activités ne peuvent pas nécessairement être réorganisés en dehors des périodes de forte intensité de rayonnement UV.	• Peu coûteux. • Variété des stratégies employées (stratégies individuelles, environnementales et politiques). • Faisabilité du projet et acceptabilité.
Intervention communautaire	• Coût et vandalisme anticipés (structures d'ombre). • Manque de support des parents (uniforme). • Horaire chargé. • Coupures budgétaires. • Augmentation de la taille des classes.	• Support continu des étudiants, du personnel enseignant et des parents (politiques). • Être à l'affût de la mode (uniforme). • Efficacité de l'intervention. • Peu coûteuse. • Engagement des personnes impliquées.

^H Ces constats proviennent d'une seule intervention.

3.3.1 Interventions internationales exemplaires par milieu d'intervention

Le troisième objectif de cette revue de littérature était de suggérer des pistes de réflexion pour le développement d'interventions destinées à prévenir le cancer de la peau chez les jeunes de 0 à 18 ans. À l'échelle internationale, plusieurs interventions ont non seulement été démontrées efficaces, mais offraient aussi la possibilité d'émettre certains constats et pistes de réflexions sur l'intervention dans ce domaine.

En guise de rappel méthodologique, les interventions exemplaires, pour être sélectionnées, devaient :

- avoir été évaluées;
- avoir obtenu une cote à la codification se situant entre A et C inclusivement, ce qui implique que l'intervention est suffisamment bien décrite et que son devis évaluatif est de bonne qualité méthodologique (voir tableau 7);
- avoir montré une amélioration d'un ou de plusieurs paramètres à la suite de l'intervention (ex. : connaissances, attitude, nombre de sites ayant adopté une politique de protection solaire, augmentation du port de chapeau, etc.). Plus simplement, elles devaient avoir fait la démonstration de leur efficacité.

Puisqu'un nombre limité d'interventions est présenté pour chaque milieu d'intervention, des critères supplémentaires ont permis une deuxième sélection parmi les interventions répondant aux critères décrits ci-haut. Les interventions répondant aux critères suivants (dans l'ordre) ont été favorisées :

- Celles qui favorisent plus d'une approche de promotion de la santé (A = acquisition d'aptitudes individuelles; B = création d'environnements favorables; C = adoption de politiques favorables à la santé);
- Celles qui présentent une gradation de l'intervention par l'utilisation de plusieurs groupes de comparaison;
- Celles dont l'évaluation porte sur la modification du comportement ou sur la modification de l'intention d'adopter un comportement plutôt que sur la modification seule des connaissances ou des attitudes³⁵.

Concrètement, pour chaque milieu d'intervention ciblé au démarrage de cette recension, un maximum de 3 interventions ayant apporté des changements significatifs soit chez les individus, sur les environnements et/ou sur les politiques favorables à la santé seront présentées. Une intervention seulement sera présentée pour le milieu de la petite enfance et aucune pour le milieu secondaire. Au total, 15 interventions exemplaires seront décrites. Les résultats présentés ci-dessous sont statistiquement significatifs, sauf en cas d'indication

³⁵ Saraiya et collab., (2004a) notent, dans leur revue systématique, que la plupart des études mesurent seulement l'amélioration des connaissances, des attitudes et de l'intention. Bien que ces paramètres soient des facteurs déterminants du comportement, les comportements de protection solaire devraient être davantage mesurés. De plus, lorsque possible, des mesures plus directes telles que les coups de soleil et les dénombrements de grains de beauté devraient être privilégiées.

contraire. Ainsi, les valeurs *p* ont été omises pour ne pas alourdir le texte (pour prendre connaissance de ces valeurs, veuillez consulter l'annexe 12).

La répartition des interventions exemplaires selon la cote qui leur a été attribuée est la suivante : 3 interventions ont obtenu la cote A, 10 la cote B et 2 la cote C.

3.3.1.1 Milieu familial

Dans le cadre des deux interventions qui se sont déroulées en milieu familial, des envois postaux étaient effectués dans les résidences afin que les parents puissent promouvoir, sinon adopter des comportements sécuritaires à l'égard du rayonnement UV pour leurs très jeunes enfants (Turrise et collab., 2004; Bologna et collab., 1991).

Examination of the short-term efficacy of a parent-based intervention to prevent skin cancer (Turrise et collab., 2004)

Cote C = Pointage descriptif (11,61) + Pointage évaluatif (9,17)

Approche A

Description générale

Transmission par la poste d'un manuel destiné à faciliter la communication entre les parents et leurs enfants de 9 à 11 ans (469 enfants) sur les risques de cancers de la peau. Cette intervention vise la réduction des comportements à risque au soleil et le renforcement des comportements sécuritaires. Le manuel transmis visait plus particulièrement à habiliter les enfants à prendre des décisions afin d'éviter les comportements à risque en privilégiant plutôt des comportements sécuritaires. L'idée est de rendre les enfants plus résistants aux influences externes qui peuvent les encourager à adopter des comportements à risque à l'égard du soleil (ex. : mode, pairs).

L'approche proposée dans ce manuel couvrait plusieurs facettes de la problématique des cancers de la peau. Les aspects cognitifs (croyances et attitudes quant aux comportements ciblés), les aspects sociaux (discussions sur la résistance à la pression des pairs) et les aspects émotionnels (discussions sur les façons d'établir des relations et des modes de communication parent-enfant positifs) étaient intégrés à la démarche à mettre en place par le parent avec son enfant.

Efficacité de l'intervention

Une évaluation avec un design expérimental a été réalisée un mois après la réception du manuel par les parents. Plusieurs résultats confirment l'efficacité de cette intervention chez les enfants ayant reçu le manuel (*n* = 340), comparativement aux enfants du groupe contrôle (*n* = 129). Tout d'abord, l'attitude positive liée à l'apparence et au bronzage s'est montrée plus forte chez le groupe contrôle. L'attitude liée à l'application de crème solaire et à la prudence au soleil était plus marquée dans le groupe d'intervention. De plus, le groupe ayant reçu le manuel croit davantage à l'efficacité de la crème solaire pour réduire les coups de soleil et pour prévenir les cancers de la peau. Au niveau des comportements, une diminution de la pratique du bronzage, de même que des coups de soleil et de leur sévérité, ont été observés chez le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle.

Apprentissages et limites

La capacité de l'intervention à réduire les coups de soleil et leur sévérité est une caractéristique importante de cette intervention sachant que les coups de soleil sont un facteur de risque important du développement de cancers de la peau (Elwood et Jopson, 1997). L'article rapportant cette intervention est facile à comprendre et chaque aspect de l'intervention y est abordé de manière détaillée. De plus, cette intervention a l'avantage de pouvoir rejoindre une large audience avec des efforts et des coûts minimaux. Ce type d'intervention offrait également une flexibilité aux parents pour entreprendre la discussion sur les cancers de la peau avec leurs enfants. Les parents semblaient enthousiastes à y participer selon le haut taux de réponse, les commentaires positifs recueillis et le fort pourcentage des parents qui ont dit avoir discuté du contenu avec leurs enfants. La faible durée du suivi a été soulevée comme étant une limite importante de cette intervention.

Sun protection in newborns – a comparison of educational methods (Bologna et collab., 1991)

Cote B = Pointage descriptif (9,71) + Pointage évaluatif (11,62)

Approche AB

Description générale

La *Yale Newborn Skin Study*, une intervention américaine, visait la sensibilisation de 275 mères de nouveau-nés et de nourrissons (0 à 4 mois) aux pratiques sécuritaires au soleil qu'elles pourraient adopter pour protéger leurs enfants. Trois groupes ont été comparés. Deux d'entre eux recevaient divers documents et accessoires par la poste. Les mères du groupe d'intervention élevée (n = 94) recevaient une feuille présentant les principales règles de protection solaire, une carte postale indiquant de minimiser l'exposition solaire de leur enfant, divers dépliants, des échantillons de crème solaire, un chapeau pour leur enfant et un parasol. Les mères du groupe d'intervention minimale (n = 96) ne recevaient que les 2 premiers items tandis que les mères du groupe contrôle ne recevaient qu'une invitation par la poste (n = 85).

Efficacité de l'intervention

Un suivi par entrevue téléphonique a été effectué sur une période allant de 1 à 4 mois. L'évaluation a permis de conclure que les deux types d'intervention (élevée et minimale) ont contribué à la réduction de l'exposition des enfants. Ces derniers passaient significativement plus de temps à l'ombre que les enfants du groupe contrôle. Après avoir contrôlé pour l'utilisation de la crème solaire dans les deux groupes d'intervention, les mères des groupes d'intervention passaient moins de temps au soleil sans protection solaire que celles du groupe contrôle. L'intervention a donc eu un impact non seulement sur la réduction de l'exposition chez les enfants, mais aussi sur le comportement de protection des mères. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant le port de chapeaux, le port de vêtements protecteurs amples, la fixation de pare-soleil sur les poussettes et l'utilisation de parasols.

Apprentissages et limites

L'un des apprentissages importants de cette intervention est le fait que l'envoi d'accessoires de protection solaire (ex. : chapeau et parasol) au groupe d'intervention élevé n'a pas modifié les comportements de protection associés en comparaison avec le groupe d'intervention minimale qui n'a pas reçu ces accessoires. Les auteurs ne commentent pas beaucoup cet aspect et les raisons qui pourraient expliquer de tels résultats. Toutefois, selon eux, il ne semble pas que l'envoi d'accessoires ait bonifié l'efficacité de l'intervention.

La stratégie d'intervention décrite dans cet article peut être comparée à l'intervention exemplaire 1, menée en 1994 à Québec, alors qu'une modification des connaissances et une plus grande utilisation de la crème solaire avaient été constatées (voir interventions exemplaires dans la section 3.2.1). Une limite, inhérente à plusieurs des études du genre, est l'usage du questionnaire comme outil de collecte de données. La désirabilité sociale, la difficulté à estimer la fréquence de comportements routiniers et les biais de mémoire peuvent avoir influencé la validité des résultats obtenus (Glanz et Mayer, 2005). Les auteurs suggèrent aussi que cette intervention ait lieu, non pas directement après l'accouchement, mais peut-être lors de la première ou de la seconde visite chez le pédiatre. Cette avenue reste toutefois à être documentée.

3.3.1.2 Petite enfance

Les deux interventions qui ont ciblé uniquement le secteur de la petite enfance ont été évaluées sous l'angle de l'efficacité (Bauer et collab., 2005; Boldeman et collab., 1991). Par ailleurs, seule l'étude de Boldeman et ses collaborateurs (1991) a été reconnue efficace.

Primary prevention of malignant melanoma in a swedish urban preschool sector (Boldeman et collab., 1991)

Cote B = Pointage descriptif (8,77) + Pointage évaluatif (12,35)

Approche A

Description générale

À Stockholm, en Suède, les coordonnateurs, les éducatrices et les infirmières de services de garde à l'enfance ont été sensibilisés sur les façons de protéger les enfants de 1 à 6 ans des coups de soleil.

Efficacité de l'intervention

L'évaluation consistait à comparer diverses méthodes de présentation de l'information aux divers intervenants cités précédemment. Un design expérimental avec quatre groupes d'intervention et deux groupes contrôle a été mis en place :

- Groupe 1 : présentations aux infirmières et aux coordonnateurs des services de garde à l'enfance (200 services de garde à l'enfance).
- Groupe 2 : présentations aux infirmières et au personnel des services de garde à l'enfance (74 services de garde à l'enfance).

- Groupe 3 : campagne d'information s'appuyant sur le matériel du Département de la prévention du cancer transmis par la poste au personnel des services de garde à l'enfance et aux parents (100 services de garde à l'enfance).
- Groupe 4 : campagne d'information, sans l'implication du Département de la prévention du cancer, dans laquelle de l'information a été transmise par la poste aux services de garde à l'enfance et aux parents (100 services de garde à l'enfance).
- Les deux groupes contrôle ne participaient à aucune de ces interventions (574 services de garde à l'enfance).

Pour procéder à l'évaluation, des questionnaires étaient transmis par la poste et des entrevues téléphoniques étaient menées de façon à mesurer les connaissances et les habitudes de protection solaire. La présentation sur le lieu de travail (groupes 1 et 2) a engendré une meilleure sensibilisation (mesuré par le niveau de connaissances) comparativement aux autres groupes, et ce, 6 mois après l'intervention. Par ailleurs, au niveau des habitudes de protection solaire des enfants, aucune différence n'a été observée entre les groupes.

Apprentissages et limites

Cette intervention, qui au final a eu un effet sur le niveau de connaissances (le seul effet mesuré), peut être considérée comme une première étape menant à d'autres interventions. Il est toutefois intéressant de constater que la méthode de transmission de l'information, soit en personne par rapport à un envoi postal, a eu un impact plus grand sur la sensibilisation des intervenants dans ce type de milieu.

3.3.1.3 Milieu scolaire primaire

Trois interventions ont été retenues dans le milieu scolaire primaire. L'une porte sur l'acquisition d'aptitudes individuelles chez les enfants (Hewitt et collab., 2001), alors que les deux autres ont intégré les trois approches de promotion de la santé (English et collab., 2005; Girgis et collab., 1993).

Evaluation of 'Sun-safe': a health education resource for primary schools (Hewitt et collab., 2001)

Cote B = Pointage descriptif (9,23) + Pointage évaluatif (12,28)
Approche A

Description générale

Au Royaume-Uni, 16 écoles primaires ont participé au programme informatique interactif *Sun Safe* destiné à sensibiliser les jeunes sur les effets découlant d'une exposition excessive au soleil et sur les comportements sécuritaires à adopter pour prévenir ces effets. Dans ce programme, le concept du bronzage et de la mode étaient aussi abordés. Trois-cent-soixante-quatorze (374) élèves âgés de 10 à 11 ans recevaient de l'information sur les effets du rayonnement UV sur la peau, obtenaient des précisions sur les principaux messages véhiculés en termes de prévention du cancer de la peau et étaient encouragés à adopter une attitude favorable à la protection solaire.

Efficacité de l'intervention

Par un design quasi-expérimental, trois groupes étaient comparés, soit un premier groupe qui participait aux activités liées au programme informatique³⁶, un deuxième qui recevait un cahier d'activité³⁷ et un troisième qui ne bénéficiait d'aucune intervention (groupe contrôle)³⁸. Les connaissances, les attitudes et les intentions de se protéger du soleil étaient mesurées six semaines après l'intervention. Une amélioration des connaissances a été observée chez les trois groupes³⁹; celui ayant reçu le cahier d'activité démontrant la plus grande augmentation et le groupe contrôle, la plus faible augmentation par rapport au niveau de départ. La seule augmentation significative a été observée chez le groupe d'intervention qui recevait le cahier d'activités par rapport au groupe contrôle; aucune différence significative entre les deux groupes d'intervention n'a été observée.

En ce qui concerne les attitudes, l'intervention a été efficace, puisque les deux groupes d'intervention, quoiqu'il n'y avait pas de différences significatives entre eux, ont montré un écart significatif par rapport au groupe contrôle. Les attitudes du groupe contrôle n'ont pas été modifiées à la suite de l'intervention.

Les trois groupes ont montré une faible amélioration de l'intention de se protéger du soleil; le groupe d'intervention avec le programme informatique montrant la plus forte augmentation. Une différence significative entre le groupe d'intervention ayant participé au programme informatique et le groupe contrôle a été notée. La différence n'était pas significative entre les deux groupes d'intervention.

Apprentissages et limites

Le programme informatique de même que le cahier d'activités ont influencé de manière efficace le niveau de connaissances, les attitudes et l'intention de se protéger du soleil. Par ailleurs, les résultats de cette étude suggèrent que les ressources éducatives informatiques ne confèrent pas nécessairement d'avantages par rapport au matériel imprimé, puisque les effets obtenus étaient similaires. Par contre, outre les bénéfices éducatifs, il a semblé que le programme informatique ait été plus amusant que le cahier d'activités pour les élèves et qu'il aurait aussi permis la familiarisation avec le clavier d'ordinateur.

³⁶ Pour les questions sur les connaissances (n = 128), pour les questions sur les attitudes (n = 125) et pour les questions sur l'intention de se protéger (n = 123).

³⁷ Pour les questions sur les connaissances (n = 142), pour les questions sur les attitudes (n = 139) et pour les questions sur l'intention de se protéger (n = 125).

³⁸ Pour les questions sur les connaissances (n = 104), pour les questions sur les attitudes (n = 104) et pour les questions sur l'intention de se protéger (n = 100).

³⁹ L'augmentation des connaissances dans les trois groupes (y compris dans le groupe contrôle) peut s'expliquer, selon les auteurs, par le fait que les questionnaires d'évaluation ont pu avoir un effet de sensibilisation à la problématique des cancers de la peau.

The effect of a school-based sun protection intervention on the development of melanocytic nevi in children: 6-year follow-up (English et collab., 2005)

Cote B = Pointage descriptif (9,96) + Pointage évaluatif (12,08)
Approche ABC

Description générale

Afin de réduire l'exposition au soleil chez les jeunes d'âge primaire, 1 176 élèves australiens de 5 à 11 ans ont participé à une intervention sur le rayonnement UV (projet *Kidskin*). Cette intervention était principalement intégrée au curriculum scolaire, mais des lignes directrices visant à mettre en place une politique de protection solaire à l'école étaient également proposées.

Efficacité de l'intervention

L'évaluation de cette intervention était basée sur un design quasi-expérimental avec 2 groupes d'intervention (modéré et intensif) et un groupe contrôle. Les 2 groupes d'intervention recevaient un programme d'enseignement sur la protection solaire pendant 3 ans, de même que des lignes directrices portant sur des politiques de protection solaire. Les enfants appartenant au groupe d'intervention intensif, comparativement au groupe d'intervention modéré, recevaient, en plus du matériel éducatif par la poste, un maillot de bain pendant leurs vacances. Le groupe contrôle recevait le programme éducatif habituel. La répartition des élèves entre les 3 groupes à l'étude était de 471 élèves pour le groupe d'intervention intensif, de 338 élèves pour le groupe d'intervention modéré et de 272 élèves pour le groupe contrôle. À noter que cette répartition tient compte des élèves ayant fourni des données complètes pour les 3 évaluations, soit en 1995, 1999 et 2001.

Un décompte du nombre grains de beauté permettait d'évaluer l'efficacité de l'intervention. Ainsi, c'est dans le groupe contrôle que le nombre de grains de beauté a le plus augmenté. Une différence significative chez les garçons par rapport au groupe contrôle a été observée pour les grains de beauté situés dans le dos et sur le torse, et ce, pour les deux groupes d'intervention; le groupe intensif présentant la plus faible augmentation.

Apprentissages et limites

Même si les effets reliés à cette intervention sont modestes, certaines caractéristiques méritent d'être énoncées. Tout d'abord, les jeunes ont été suivis sur une période de six ans, ce qui est peu commun dans les publications révisées. Cette intervention utilisait également la mesure des grains de beauté, une mesure directement liée au comportement d'exposition de l'enfant. Contrairement à d'autres méthodes de mesures des comportements d'exposition au rayonnement UV autorapportés, celle-ci a l'avantage d'exclure les biais de mémoire et de désirabilité sociale (Glanz et Mayer, 2005). Par ailleurs, le fait que ce programme ait eu lieu en Australie, où plusieurs interventions en prévention des cancers de la peau sont mises en place simultanément, peut avoir eu un effet de contamination sur les résultats obtenus.

Evaluation of interventions to improve solar protection in primary schools (Girgis et collab., 1993)

Cote B = Pointage descriptif (7,82) + Pointage évaluatif (12,00)
Approche ABC

Description générale

L'intervention australienne *Skin Safe* valorisait la recherche d'information et la résolution de problèmes par les élèves. Ces derniers étaient encouragés à participer à la création de politiques de protection solaire et à la création de zones ombragées sur les terrains de l'école. Un programme éducatif sur la protection solaire était aussi intégré au curriculum scolaire de 648 élèves de 9 à 11 ans⁴⁰. L'intervention était d'une durée de 4 semaines. De la crème solaire était aussi disponible à l'école.

Efficacité de l'intervention

L'intervention était évaluée selon un design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Les groupes ayant bénéficié d'une intervention se définissaient comme suit :

- intervention intensive : utilisation d'un guide par les professeurs (n = 247);
- intervention minimale : lecture traditionnelle de 30 minutes en lien avec la protection solaire et le cancer de la peau faite par un éducateur du NSW Cancer Council, distribution d'affiches et de crème solaire (n = 180);
- le groupe contrôle comptait 185 participants.

Pour l'évaluation, les enfants colligeaient d'un jour à l'autre les comportements de protection adoptés lors de la récréation et de l'heure du dîner dans des journaux de bord. Cinq semaines après l'intervention, les enfants du groupe d'intervention intensif rapportaient de plus hauts niveaux de protection solaire⁴¹ que ceux du groupe contrôle. Il n'y avait toutefois pas de différences en termes de protection solaire entre le groupe ayant reçu l'intervention minimale et le groupe contrôle.

Huit mois après l'intervention, les résultats allaient dans le même sens que lors de la première évaluation. La différence entre le groupe d'intervention intensif et le groupe contrôle était encore plus marquée quant aux niveaux de protection solaire qu'elle ne l'était lors du premier suivi. L'intervention minimale ne présentait toujours pas de bénéfices par rapport au groupe contrôle.

Apprentissages et limites

Suite à une période de suivi d'une durée importante (8 mois), les niveaux de protection solaire du groupe d'intervention ont été maintenus. Selon les auteurs, les facteurs de succès de cette intervention ont été :

- 1) sa durée (4 semaines), de même que le fait que les apprentissages reliés à cette intervention se répercutent dans plusieurs matières;

⁴⁰ Des données étaient manquantes pour 36 élèves sur les 648.

⁴¹ Mesure composite qui tenait compte du niveau de protection solaire sur huit parties du corps.

- 2) la stratégie d'apprentissage (mode coopératif d'apprentissage dans lequel l'étudiant a la responsabilité de trouver de l'information sur le sujet);
- 3) le fait que l'intervention présentait non seulement des composantes éducatives, mais aussi des composantes liées à l'environnement (ex. : plantation d'arbres) et aux politiques (critique et amélioration des politiques de protection solaire en place).

Quant au fait de colliger les comportements de protection solaire dans un journal, plusieurs avantages en découlent, bien que ces comportements demeurent autorapportés. En comparaison avec des méthodes d'observation, la méthode des journaux de bord pose par ailleurs moins de problèmes logistiques, comme de suivre les déplacements des enfants dans la cour d'école sur plusieurs jours, ce qui peut s'avérer coûteux. De plus, une méthode d'observation ne permet pas d'évaluer visuellement l'application de crème solaire alors que cette information peut être indiquée dans le journal de bord. L'une des limites principales de l'article a été de présenter les résultats quant à la protection solaire sur la base d'un pointage composite plutôt que pour chacun des comportements indépendamment.

3.3.1.4 Milieu scolaire primaire et secondaire

Deux interventions ont été élaborées de façon à ce qu'elles puissent être implantées à la fois dans les écoles primaires et dans les écoles secondaires (Geller et collab., 2003; Schofield et collab., 1997), mais seule l'intervention de Schofield et ses collaborateurs sera présentée.

Effectiveness of two strategies for dissemination of sun-protection policy in New South Wales primary and secondary schools (Schofield et collab., 1997)

Cote B = Pointage descriptif (10,19) + Pointage évaluatif (12,08)

Approche C

Description générale

Cette intervention, issue du programme *SunSmart* australien, ciblait les directeurs d'écoles primaires et secondaires. Plusieurs documents leur étaient transmis dans le but de promouvoir l'adoption d'une politique de protection solaire et de pratiques sécuritaires à l'égard du rayonnement UV à l'école. Deux stratégies de diffusion de matériel ont été comparées entre elles pour en évaluer l'efficacité. La première stratégie (groupe 1) prévoyait la diffusion de la politique sous la forme d'une lettre pour les directeurs, d'une lettre adressée à l'association de parents et de dépliants sur la protection solaire et le cancer de la peau. Les mêmes documents étaient transmis dans le cadre de la deuxième stratégie de diffusion (groupe 2)⁴². Quelques semaines après l'envoi de documents, un module de développement pour le personnel, des articles scientifiques de sensibilisation, des conseils sur la façon de lancer la politique et de gagner le support des parents, du personnel et des étudiants, étaient également transmis aux écoles du groupe 2. Des transparents présentant la politique de même qu'un numéro de téléphone à joindre en cas de besoin étaient également fournis. Finalement, une lettre était transmise à la fin de l'été pour rappeler l'importance de la

⁴² Cent-dix-sept (117) écoles primaires ont été incluses dans le groupe 1 et 107 dans le groupe 2. Quant aux écoles secondaires, 128 écoles étaient incluses dans le groupe 1 et 122 dans le groupe 2.

politique tout en suggérant des stratégies pour assurer son maintien. En bref, la stratégie employée avec le groupe 2 offrait davantage de support aux directeurs.

Efficacité de l'intervention

Un design expérimental a permis d'établir la comparaison entre les deux stratégies de diffusion (groupe 1 et groupe 2). La formation d'un véritable groupe contrôle (ici, le groupe 1, agissant à ce titre) n'était pas possible puisque la politique devait être transmise à tous les établissements scolaires en 1992. Un an à la suite de l'intervention, un sondage a été mené auprès des directeurs quant aux éléments de la politique mis en place et les pratiques adoptées par les étudiants à l'égard du soleil. Selon les auteurs, les directeurs rapportent adéquatement les politiques en place et les pratiques rencontrées dans leur école. Le groupe ayant obtenu une forme plus importante de support (groupe 2) a adopté, dans une plus grande proportion, une politique de protection solaire complète⁴³ dans les écoles primaires (44 % vs 21 %). Les écoles secondaires du groupe 2 ont également montré une proportion plus élevée d'adoption de politiques de protection solaire (11 % vs 6 %), mais cette différence n'était pas significative.

Apprentissages et limites

La stratégie de diffusion la plus complète (groupe 2) s'est révélée comme étant plus efficace pour promouvoir l'adoption d'une politique de protection solaire que celle du groupe 1 dans les écoles primaires. Quant à l'absence d'un effet similaire pour les écoles secondaires, les auteurs citent l'une des barrières évoquées par les directeurs à l'effet que les adolescents ne seraient pas coopératifs dans le cas de l'adoption d'une telle politique. Les barrières et les facteurs de succès liés à l'implantation de politiques en milieu scolaire devraient être documentés par le biais de nouvelles études. Une intervention similaire devrait aussi prévoir des contacts directs avec les directeurs des établissements scolaires puisqu'en fait, bien que le contenu des envois diffèrait entre les deux groupes d'intervention, le mode de diffusion du matériel était un mode postal dans les deux cas. Un groupe contrôle devrait aussi être prévu lors de recherches subséquentes sur cette stratégie d'intervention.

Une deuxième analyse des résultats a montré que, dans les écoles primaires, les directeurs accordant une forte priorité à la protection solaire étaient plus enclins à adopter une politique sur la protection solaire complète. Au niveau secondaire, les écoles comptant plus de 778 étudiants étaient davantage portées à adopter des politiques de protection solaire que les plus petites écoles.

⁴³ Dans cette étude, une politique de protection solaire est considérée comme étant complète si elle contient au moins 5 des éléments suivants : une politique générale qui encourage la protection solaire, une politique qui fait en sorte que les chapeaux font partie intégrante de l'uniforme, une politique stipulant que sans chapeau – il faut jouer à l'ombre, une politique recommandant que les professeurs portent des chapeaux lorsqu'ils sont à l'extérieur, une politique qui recommande l'utilisation de crème solaire par les élèves à l'extérieur, une politique visant à augmenter l'utilisation de l'ombre lors des activités extérieures, une politique visant à réduire le temps passé à l'extérieur entre 10 h et 14 h et une politique visant à augmenter la protection solaire lors des événements sportifs.

3.3.1.5 Milieu collégial et universitaire

Les interventions décrites dans cette section ont des fondements théoriques approfondis. Les auteurs de deux de ces études (Gibbons et collab., 2005; McClendon et Prentice-Dunn, 2001) se sont intéressés aux motivations reliées à l'exposition au rayonnement UV (ex. : l'apparence) plutôt qu'aux risques associés à cette exposition. L'autre étude visait à déterminer l'efficacité d'une technique particulière, soit le « tailoring », appliquée au domaine de la prévention des cancers de la peau (Bernhardt, 2001). Cette technique permet d'établir un contact avec une personne par une combinaison de stratégies et notamment par de l'information, en se basant sur certaines caractéristiques qui lui sont propres, tirées d'une analyse individuelle de celle-ci (Bernhardt, 2001; voir aussi Kreuter et collab., 1999).

Using UV photography to reduce use of tanning booths: a test of cognitive mediation (Gibbons et collab., 2005)

Cote A = Pointage descriptif (11,13) + Pointage évaluatif (12,28)

Approche A

Description générale

Cette intervention américaine s'adressait à des étudiants du collégial (36 femmes et 34 hommes) et avait lieu dans le cadre d'un laboratoire de psychologie. Elle est la continuité de l'intervention de Malher et collab., 2003 (voir annexe 12). Les étudiants participaient à une séance photo destinée à montrer les dommages liés à l'exposition au rayonnement UV (les signes du photovieillissement) en plus d'assister à une présentation orale sur le photovieillissement et de recevoir une brochure sur ce thème et sur le cancer de la peau. L'objectif de cette intervention était de réduire l'exposition aux appareils de bronzage en modifiant les attitudes favorables au bronzage.

Efficacité de l'intervention

Selon un design expérimental, un groupe d'intervention participait d'abord à la séance photo puis assistait à une courte présentation orale et recevait une brochure. Le groupe contrôle participait à la même intervention, sans toutefois se faire photographier. Les chercheurs procédaient à une première évaluation tout de suite après l'intervention. Il a été observé que le groupe d'intervention présentait :

- 1) une attitude moins favorable au bronzage;
- 2) une perception moins favorable envers ceux qui se font bronzer;
- 3) une vulnérabilité au photovieillissement plus marquée que le groupe contrôle.

Des différences reliées au genre ont aussi été constatées; les femmes ayant une perception moins favorable envers ceux qui se font bronzer et une plus grande vulnérabilité perçue au photovieillissement que les hommes. Finalement, l'intention de se protéger du rayonnement UV, quoique plutôt élevée chez le groupe d'intervention, n'était pas significative.

Dans une deuxième évaluation, soit quatre semaines à la suite de l'intervention, il a été observé que l'intention de se protéger du rayonnement UV et la vulnérabilité perçue au photovieillissement étaient significativement plus marquées dans le groupe d'intervention

que dans le groupe contrôle. Le groupe d'intervention a aussi montré une attitude moins favorable au bronzage que le groupe contrôle, quoique non significative. En ce qui concerne la perception de ceux qui se font bronzer, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes à l'étude. Finalement, les participants du groupe d'intervention avaient réduit leur utilisation des appareils de bronzage par rapport au groupe contrôle.

Apprentissages et limites

Deux revues de littérature systématiques récentes se sont penchées sur ce type d'intervention qui insiste sur le photovieillissement plutôt que sur la menace d'apparition d'un cancer de la peau (Turrisi et collab., 2012; Dodd et Forshaw, 2010). Les auteurs recommandent de mener ce type d'intervention auprès de clientèles à risque telles que les personnes qui se font bronzer sur les plages et les utilisateurs d'appareils de bronzage artificiel. Ils jugent que cette intervention présente un bon rapport coût-efficacité. Parmi les limites de cette étude, mentionnons que la répartition de l'échantillon entre le groupe contrôle et le groupe d'intervention n'était pas indiquée dans l'article, d'autant plus que ce dernier était très petit. Il n'était pas possible de connaître s'il y avait des différences associées au sexe dans les comportements. L'encart 3 propose une intervention québécoise centrée sur le photovieillissement.

Encart 3

En septembre 2011, au Québec, la Société canadienne du cancer a déployé une campagne visant à dénormaliser l'utilisation du bronzage artificiel en montrant la face cachée de l'industrie du bronzage. Cette campagne-choc, « La face cachée des salons de bronzage » montrait les dommages réels causés par les rayons UV sur le visage d'une jeune femme ayant eu 2 mélanomes. Ces dommages étaient dévoilés grâce au Photomaton UV, qui permettait de prendre une photo sous l'épiderme. Pour transmettre le message, la campagne misait sur le potentiel viral du concept et sur un événement où le public était convié à vivre l'expérience du Photomaton UV. Lors de cet événement, plus de 500 personnes ont découvert leur face cachée. L'utilisation de cette nouvelle technologie a un potentiel d'engager les jeunes dans la cause puisqu'en réalisant personnellement les dommages que les UV ont déjà causés à leur peau, ils auront envie de les partager. Cette campagne s'est appuyée sur l'article de Gibbons et collab. (2005). Selon les sondages pré et post campagne réalisés par la firme de sondage Léger marketing, la campagne publicitaire « La face cachée des salons de bronzage » a permis aux jeunes d'améliorer significativement leurs connaissances à l'égard des dangers liés au bronzage, plus spécifiquement en ce qui concerne les dangers liés à l'utilisation des lits de bronzage. L'amélioration des connaissances était encore plus marquée chez les utilisateurs de lits de bronzage.

(Communication personnelle, Dominique Claveau, Société canadienne du cancer, 3 avril 2012).

Reducing skin cancer risk: an intervention based on protection motivation theory
(McClendon et Prentice-Dunn, 2001)

Cote B = Pointage descriptif (8,76) + Pointage évaluatif (12,93)
Approche AB

Description générale

Cinquante-huit (58) étudiants de niveau collégial assistant à un cours de psychologie aux États-Unis ont participé à une intervention subdivisée en 2 sessions de 60 à 75 minutes. Ces sessions étaient consacrées à la lecture d'un essai montrant les dommages sur la peau de l'exposition solaire, à la présentation de photos de mannequins au teint clair, au visionnement d'un témoignage d'un jeune avant son décès d'un mélanome de même qu'à une discussion en groupe sur les façons de se protéger du rayonnement UV. Cette intervention se terminait par l'élaboration d'une campagne destinée à les convaincre d'adopter des comportements sécuritaires au soleil.

Les objectifs poursuivis étaient de modifier les diverses composantes de la théorie de la motivation à la protection soit 1) d'augmenter la perception de la sévérité de la menace, la vulnérabilité, l'efficacité des solutions, l'efficacité personnelle et 2) de diminuer les récompenses intrinsèques et extrinsèques de même que les barrières physiques et psychologiques liées à l'adoption de comportements de protection.

Efficacité de l'intervention

Suivant un design expérimental, un groupe qui participait à l'intervention (n = 28) était comparé à un groupe contrôle (n = 30) qui, contrairement au groupe d'intervention, lisait un essai sur la santé en général. Deux suivis ont été effectués par questionnaire, soit 48 heures et un mois après l'intervention pour ceux qui étaient dans le groupe d'intervention. Quarante-huit heures après l'intervention, toutes les composantes de la théorie de motivation du comportement ont été modifiées dans le groupe d'intervention de manière significative par rapport au groupe contrôle alors que dans ce dernier, celles-ci sont demeurées pratiquement inchangées. De plus, l'intention de réduire l'exposition au rayonnement UV et d'utiliser la crème solaire était plus élevée chez les participants à l'intervention.

Une deuxième évaluation auprès des participants à l'intervention a été réalisée un mois plus tard afin d'examiner le maintien des effets mesurés au temps 1. Toutes les composantes du modèle théorique se sont maintenues un mois plus tard, à l'exception de l'efficacité personnelle qui a diminué de manière significative. Autre élément intéressant, 71,9 % des participants avaient la peau plus claire après un mois, comparativement à 15,6 % dans le groupe contrôle. Cet indicateur mesure indirectement l'exposition solaire durant le mois suivant l'intervention. Une diminution non significative a aussi été observée quant à l'intention de réduire l'exposition et d'utiliser la crème solaire dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle.

Apprentissages et limites

Comme cette intervention avait plusieurs composantes, il est difficile de départir leurs effets respectifs. De plus, il n'est pas possible de connaître la présence ou non de différences

associées au sexe dans les comportements, d'autant plus que l'échantillon était petit. En complément de cet article, il est mentionné que les jeunes dont la couleur de la peau est restée claire suite à l'intervention avaient une plus grande efficacité personnelle et moins de barrières physiques et psychologiques liées à l'adoption de comportements de protection. D'un point de vue méthodologique, il est suggéré, quant à la variable « couleur de peau », de répéter cette intervention à différents moments de l'année pour tenir compte de l'effet de la saison sur le comportement d'exposition.

Les deux interventions précédentes (Gibbons et collab., 2005; McClendon et Prentice-Dunn, 2001) ont eu lieu lors de cours de psychologie. De telles interventions ont aussi été implantées dans d'autres contextes, soit les plages et les milieux de travail étudiant respectivement (Pagoto et collab., 2003; Novick, 1997).

Tailoring messages and design in a Web-based skin cancer prevention intervention (Bernhardt, 2001)

Cote B = Pointage descriptif (9,71) + Pointage évaluatif (12,90)
Approche A

Description générale

En vue de modifier les croyances relatives à la prévention des cancers de la peau, un site Internet dont les messages et le style se personnalisent selon l'individu a été évalué. Ce type de stratégie s'appelle le « tailoring » (le terme personnalisation est utilisé en français, mais moins employé). Cent-deux (102) élèves, âgés entre 19 et 30 ans⁴⁴ et inscrits à un cours universitaire aux États-Unis, ont navigué sur le site Internet pendant quelques minutes à partir de l'école, de leur domicile ou de leur milieu de travail. Par ailleurs, des données d'évaluation complètes n'étaient disponibles que pour 83 élèves.

Efficacité de l'intervention

Les étudiants étaient répartis selon un design expérimental en un groupe d'intervention (n = 47) et un groupe contrôle (n = 36). Le site Internet du groupe contrôle était statique de sorte qu'il ne s'adaptait pas à la personne qui le consultait comparativement au site fréquenté par le groupe d'intervention. L'évaluation s'effectuait à l'aide de formulaires automatisés complétés sur Internet avant l'intervention puis 4 semaines après. Lors du suivi, les étudiants du groupe d'intervention étaient moins portés à dire qu'il était vraiment important pour eux de se faire bronzer et qu'ils se sentaient plus attirants lorsqu'ils étaient bronzés. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes à l'étude quant à l'utilisation de la crème solaire, l'efficacité personnelle à l'utiliser et quant aux résultats attendus quant à l'utilisation ou non de ce moyen de protection.

Apprentissages et limites

Cette étude est la seule parmi les interventions recensées à avoir utilisé la technique du « tailoring » et à se dérouler sur Internet. Par ailleurs, les effets observés sont modestes et n'affectent pas l'intention d'utiliser de la crème solaire, mais plutôt les croyances/attitudes.

⁴⁴ Critère d'éligibilité : 18 ans minimum.

Pour les auteurs de l'étude, ces effets modestes sont possiblement liés à la faible « dose » d'intervention reçue. Des interventions du même type, mais présentant un contenu plus important auquel les participants seraient exposés plus d'une fois, devraient être réalisées pour évaluer le plein potentiel de cette stratégie d'intervention.

3.3.1.6 Milieux récréotouristiques

Les plages et les camps de jour sont deux milieux pour lesquels des interventions efficaces de bonne qualité méthodologique ont été répertoriées (Pagoto et collab., 2003; Glanz et collab., 2001). Ces milieux sont pertinents pour y implanter des interventions dans ce domaine 1) puisque les baigneurs adoptent souvent des comportements à risque sur les plages et 2) parce que les camps de jour sont des endroits où l'exposition est importante puisqu'elle se prolonge souvent sur une longue période.

Effects of a multicomponent intervention on motivation and sun protection behaviors among midwestern beachgoers (Pagoto et collab., 2003).

Cote B = Pointage descriptif (7,50) + Pointage évaluatif (11,19)

Approche AB

Description générale

Cette étude visait à sensibiliser les baigneurs sur les risques associés au soleil. Deux-cent-cinquante-sept participants (257), âgés en moyenne de $27,96 \pm 6,17$ ans⁴⁵, ont été recrutés par des assistants de recherche sur des plages publiques aux États-Unis. Par ailleurs, des données complètes n'ont été obtenues que pour 100 participants. Cette intervention avait pour objectif de motiver les baigneurs à adopter des comportements sécuritaires au soleil. Comprenant plusieurs facettes, ce projet s'amorçait par une analyse de la sensibilité de la peau au soleil des baigneurs puis des recommandations basées sur cette analyse étaient données. Les baigneurs recevaient par la suite un dépliant sur la protection solaire et des photos étaient prises avec un appareil photo UV pour illustrer les dommages à la peau existants. Les participants recevaient également des échantillons de crème solaire et des instructions sur la façon de l'appliquer. Basé sur un modèle théorique (modèle transthéorique) qui évalue la progression à travers divers stades menant à l'adoption d'un comportement (Prochaska & Diclemente, 1983)⁴⁶, un autre volet du projet consistait à ce que les baigneurs prennent un engagement à modifier leur comportement au soleil.

Efficacité de l'intervention

Selon un design quasi-expérimental, le groupe d'intervention (n = 53) était comparé au groupe contrôle (n = 47) qui ne complétait que les outils de mesure nécessaires à l'évaluation. L'efficacité de l'intervention était mesurée par téléphone, par des questionnaires autoadministrés par la poste ou par courriel, deux mois à la suite de l'intervention. Les résultats ont montré une amélioration de la protection solaire chez le groupe d'intervention en se basant sur une mesure composite intégrant la fréquence d'utilisation de crème solaire

⁴⁵ Critère d'éligibilité : 18 ans minimum.

⁴⁶ Par exemple, ces stades de comportement débutent au stade de précontemplation (alors que la personne n'a pas identifié le besoin de changer son comportement) jusqu'au stade de maintien du comportement. Les stades intermédiaires sont dans l'ordre : la contemplation, la préparation et l'action.

et du port de vêtements protecteurs durant l'exposition au soleil, de même que le nombre de parties du corps protégées⁴⁷. Il n'y avait pas de différence entre les groupes quant à l'exposition solaire, quoiqu'une tendance non significative a été observée dans le groupe d'intervention. La moitié (49 %) des participants du groupe d'intervention a progressé d'au moins un stade au niveau de son comportement contre 25 % dans le groupe contrôle.

Apprentissages et limites

Supportés par les travaux d'autres groupes de recherche, les auteurs de cette intervention réfèrent dans leur discussion au fait documenté que l'exposition solaire est rarement réduite lorsque la protection solaire augmente (Wright et collab., 2001; Autier et collab., 1999). Cela peut aussi s'expliquer, toujours selon les auteurs, par le fait que ces deux comportements (exposition et protection solaire) ne répondent pas aux mêmes motivations. Une des limites de cette étude réside dans l'usage de différents outils de collecte de données variant d'un participant à l'autre (par téléphone ou par des questionnaires autoadministrés transmis par la poste ou par courriel) ce qui a pu avoir un impact sur les réponses obtenues.

A randomized trial of the Hawaii SunSmart program's impact on outdoor recreation staff (Glanz et collab., 2001)

Cote B = Pointage descriptif (10,19) + Pointage évaluatif (12,02)

Approche ABC

Description générale

L'*Hawaii Sun Smart Program*, un programme américain, se déroulait dans des parcs urbains et des YMCA dans le cadre des *Summer Fun Program*, l'équivalent des camps de jour. Ce programme visait à sensibiliser les membres de personnel récréatif de même que les jeunes qui fréquentent ces camps de jour à la protection solaire. En plus d'un volet éducatif, l'intervention comportait un volet environnemental qui prévoyait l'accessibilité de bouteilles de crème solaire et de tentes temporaires sur le site. Dans le cadre du volet environnemental, la possibilité de bénéficier d'une consultation pour l'implantation de politiques de protection solaire était aussi offerte.

Plus spécifiquement, les objectifs de l'*Hawaii Sun Smart Program* étaient de modifier les connaissances et les pratiques de protection solaire du personnel récréatif, de changer la norme sociale, de créer des environnements favorables, de mettre en place des politiques de protection solaire et de modifier les comportements de protection solaire des jeunes qui fréquentent les camps de jour⁴⁸. Le personnel recevait une formation pour mener à bien l'intervention auprès des jeunes et disposait de guides d'activités et de matériel éducatif destiné aux parents et aux enfants. Divers articles promotionnels étaient également donnés aux enfants (sacs à lunch, tatous, chapeaux, T-shirts).

⁴⁷ Le changement en termes de protection solaire est tout de même assez faible, soit une augmentation de 0,81 point sur une échelle variant de 1 à 7.

⁴⁸ Les modifications des comportements chez les jeunes sont rapportées dans un autre article (Glanz et collab., (2000). Skin cancer prevention in outdoor recreation settings : effects of the Hawaii SunSmart program, *Effective Clinical Practice*; 3(2) : 53-61).

Efficacité de l'intervention

L'évaluation se faisait à partir d'un design expérimental composé de deux groupes d'intervention et d'un groupe contrôle totalisant 176 participants. Le groupe contrôle (n = 30) ne participait pas à l'intervention et ne recevait pas les articles promotionnels : chapeaux et T-shirts. Le premier groupe d'intervention (n = 63) recevait uniquement le volet éducatif tandis que le deuxième groupe recevait à la fois le volet éducatif et le volet environnemental (n = 83). Deux suivis ont été effectués, soit 8 semaines et 3 mois à la suite de l'intervention, mais tous les participants du départ n'ont pas complété ces évaluations⁴⁹. Par l'intermédiaire d'un sondage, le personnel récréatif était évalué quant à ses connaissances sur la prévention des cancers de la peau, ses habitudes de protection solaire (plus spécifiquement l'utilisation de la crème solaire), sur les normes en matière de protection solaire chez le personnel et sur les politiques de protection solaire.

Lors du premier suivi, une augmentation des connaissances a été notée dans les deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Les habitudes de protection solaire du personnel se sont améliorées uniquement dans le groupe bénéficiant du volet éducatif par rapport au groupe contrôle. Une augmentation des normes favorables à la protection solaire a aussi été observée chez les deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Finalement, une amélioration des politiques de protection solaire dans le groupe éducatif/environnemental par rapport au groupe contrôle a été constatée. La magnitude de l'effet de l'intervention était de 15 à 20 % pour les connaissances, les normes et les comportements, et de 30 à 50 % pour les politiques de protection solaire. Quant à l'utilisation de la crème solaire, aucune différence significative n'a été observée dans les groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle.

Lors du deuxième suivi, soit trois mois après la fin du programme, les connaissances se sont maintenues dans les deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Toutefois, les habitudes de protection solaire acquises par le groupe du volet éducatif ne se sont pas maintenues. Finalement, une augmentation non significative par rapport aux évaluations précédentes a été notée pour l'utilisation de la crème solaire dans le groupe (volet éducatif et environnemental).

Apprentissages et limites

L'un des intérêts majeurs de cette intervention est le fait qu'elle cible deux clientèles à la fois, soit le personnel des camps de jour et les jeunes qui les fréquentent. De plus, puisque le personnel éducatif est souvent tenu en haute estime par les jeunes qui fréquentent les camps de jour, ces derniers deviennent d'importants modèles de rôle et ont tous les avantages à adopter des comportements sécuritaires au soleil pour eux-mêmes et envers les jeunes. Les résultats de cette étude ne viennent toutefois pas confirmer l'hypothèse voulant qu'une intervention éducative doublée d'un volet environnemental soit à même de générer un impact plus important que l'intervention éducative seule. Les auteurs concluent que ce type d'approche combinée (éducatif et environnemental) demande sans doute un

⁴⁹ Cent soixante-seize membres du personnel ont participé au prétest, 144 au post-test (la distribution entre les divers groupes n'est pas spécifiée) et 66 au suivi 3 mois plus tard (la distribution entre les divers groupes n'est pas spécifiée). 17 participants au post-test n'ont pas été inclus dans l'analyse puisqu'ils n'avaient pas complété le prétest.

effort plus important d'implantation pour qu'apparaissent des gains réels liés à cette combinaison d'approches.

3.3.1.7 Interventions communautaires

Trois interventions exemplaires sont proposées ici dont deux, qui ont lieu principalement dans le milieu préscolaire (Gritz et collab., 2005; Crane et collab., 1999) et une autre, principalement dans le milieu primaire (Giles-Corti et collab., 2004). Ces interventions avaient des ramifications dans le milieu familial.

Intervention for parents to promote preschool children's sun protection: Effects of Sun Protection is Fun! (Gritz et collab., 2005).

Cote A = Pointage descriptif (11,80) + Pointage évaluatif (13,06)
Approche AB

Description générale

L'intervention *Sun Protection is Fun*, qui a eu lieu en 1996 dans la région de Houston aux États-Unis, capitalisait sur la relation particulière qui existe entre le personnel éducatif en milieu préscolaire et les parents. Elle visait à améliorer les pratiques et les déterminants psychosociaux des parents afin qu'ils protègent leurs enfants du soleil. De manière plus spécifique, cette intervention cherchait notamment à augmenter chez les parents la fréquence selon laquelle ils protègent leurs enfants du soleil, à augmenter leur efficacité personnelle à cet égard et à diminuer les barrières perçues quant à l'utilisation de la crème solaire.

Concrètement, des lettres étaient d'abord transmises au personnel du milieu préscolaire qui était encouragé à engager une discussion sur la protection solaire au moment où les parents venaient chercher leurs enfants. Dans le cadre de ce projet, de la crème solaire était appliquée aux enfants par le personnel éducatif si les parents y consentaient. Les parents recevaient eux aussi des lettres, un cahier d'information en plus d'une vidéocassette portant sur le rôle de modèle qu'ils peuvent jouer auprès de leurs enfants. Les parents du groupe contrôle recevaient le dépliant « Under Cover » qui abordait des notions sur le rayonnement UV, sans participer à l'intervention.

Efficacité de l'intervention

Un design quasi-expérimental, impliquant un groupe d'intervention et un groupe contrôle, a été mis en place. Pendant la première année, les 2 groupes comptaient 10 écoles chacun, mais lors de la deuxième année, seulement 8 écoles participaient à l'intervention. Compte tenu du haut taux de roulement des enfants dans le milieu préscolaire, l'évaluation par questionnaire autoadministré était de type transversal⁵⁰. L'intervention a été évaluée à trois reprises soit immédiatement après l'intervention puis un an et deux ans plus tard. Un article, publié en 2007, décrit l'évaluation des pratiques adoptées par le personnel de milieu préscolaire dans le cadre de *Sun Protection is Fun* (Gritz et collab., 2007).

⁵⁰ Sur l'ensemble des parents inclus dans l'évaluation, soit 1 351 parents, 1 054 (78 %) ont participé à une seule évaluation, 227 (17 %) à 2 évaluations et 70 (5 %) aux 3 évaluations.

Lors du premier suivi, soit un an après l'intervention, une amélioration significative a été observée pour divers comportements dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle : réapplication de crème solaire, port de chapeaux ou de casquettes et évitement de l'exposition au soleil en général. Deux ans après l'intervention, l'utilisation de la crème solaire par les parents, son application 30 minutes avant d'aller à l'extérieur, sa réapplication, l'utilisation d'une crème solaire de FPS de 15 et plus, de même que la création d'espaces ombragés pour leurs enfants étaient significativement améliorés chez les parents du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe contrôle. Quant aux variables psychosociales, plusieurs se sont révélées significatives un an à la suite de l'intervention soit : les connaissances sur la protection solaire, la perception (du point de vue du parent) que le personnel accorde une importance à l'application de crème solaire chez leurs enfants et qu'il l'applique⁵¹, les barrières à l'utilisation de crème solaire et les attentes du parent en termes d'utilisation de crème solaire. La perception (du point de vue du parent) que le personnel accorde une importance à l'application de crème solaire chez leurs enfants et qu'il adopte ce comportement est la seule variable qui s'est avérée être significative après 2 ans. Il faut mentionner que les modifications engendrées par cette intervention étaient en général modestes; la plus grande amélioration était le port de chapeaux. Des interventions plus complètes que la distribution de matériel aux parents sont suggérées.

Apprentissages et limites

Selon les auteurs, cette intervention pourrait être généralisée à divers contextes multiculturels puisque les écoles étaient diversifiées d'un point de vue ethnique. L'utilisation d'un devis d'évaluation transversal constitue une limite importante de cette étude de même que les questionnaires autoadministrés qui peuvent occasionner des biais de mémoire et de désirabilité sociale. Les auteurs conviennent du fait que le milieu préscolaire offre l'opportunité d'entrer en contact avec les parents (sans l'implication de ressources externes), mais observent aussi que le contact parent-éducateur est souvent de nature expéditive. La meilleure façon de transmettre ce type d'information aux parents devrait faire l'objet de recherches futures.

Creating SunSmart schools (Giles-Corti et collab., 2004).

Cote C = Pointage descriptif (14,69) + Pointage évaluatif (10,77)

Approche ABC

Description générale

L'intervention décrite ici constitue une partie d'une intervention australienne plus large du nom de *Kidskin*. Cette intervention aux multiples composantes a eu lieu en milieu scolaire dans 33 écoles primaires auprès d'une cohorte de 1 776 enfants âgés de 5 à 11 ans qui ont été suivis de 1995 à 2001.

⁵¹ Cette mesure a été difficile à traduire, donc voici la version anglaise : *Parents' perception of preschool teachers' sunscreen norms (i.e., did teachers put sunscreen on the children and did they think it was important to use sunscreen).*

Cette intervention particulière visait la création d'écoles *SunSmart*. Les objectifs poursuivis par ce projet étaient de réduire l'exposition solaire et d'améliorer les comportements de protection solaire chez les enfants. Pour ce faire, l'adoption d'une politique de type « No hat, no play » était suggérée et, afin de réduire l'exposition, l'utilisation de l'ombre disponible devait être encouragée par les directeurs et le personnel enseignant. Les élèves de cette cohorte bénéficiaient déjà, depuis 1995, d'un curriculum sur la protection solaire⁵² auquel se sont greffées en 1996 deux actions principales :

- 1) la distribution de lignes directrices sur l'adoption d'une politique de protection solaire portant sur le port de chapeaux et l'utilisation des zones d'ombre durant l'heure du dîner;
- 2) le développement d'un programme de récompenses visant à encourager la mise en place des lignes directrices. Des diplômes étaient décernés chaque année aux écoles méritantes.

Des activités à réaliser à la maison étaient aussi offertes.

Trois groupes ont été constitués dont un groupe contrôle qui ne recevait que le programme d'enseignement régulier. La différence entre les deux autres groupes participant à l'intervention (groupe modéré et groupe élevé) résidait dans la diversification des stratégies utilisées pour renseigner le personnel de ces établissements (directeurs et enseignants). Dans le groupe d'intervention modéré, l'envoi des lignes directrices par la poste a été privilégié tandis que dans le groupe d'intervention élevé, plusieurs démarches ont été déployées sur le terrain (ex. : contact personnalisé avec le directeur, séminaire pour le personnel enseignant, contact avec le président du comité de parents). Ces stratégies supplémentaires avaient pour objectif d'identifier des champions, dans le milieu d'intervention, susceptibles de prendre en charge les démarches reliées à l'implantation de politiques de protection solaire dans les écoles. Une lettre était aussi envoyée au groupe d'intervention élevé, deux fois par année, en guise d'encouragement.

Efficacité de l'intervention

L'évaluation de l'intervention était basée sur un design quasi-expérimental avec un groupe contrôle (14 écoles), un groupe d'intervention modéré (11 écoles) et un groupe d'intervention élevé (8 écoles). L'évaluation des comportements se faisait par observation en ayant notamment recours 1) à des caméras vidéo installées dans les cours d'école afin d'évaluer le port de chapeau alors que 2) l'utilisation de l'ombre disponible ou à l'inverse, l'exposition au rayonnement UV sur l'heure du dîner, était mesurée à l'aide de dosimètres (*polysulfone film badges*) portés par les enfants. En ce qui concerne l'adoption d'une politique de protection solaire dans les écoles, des questionnaires étaient transmis aux directeurs d'écoles, en 1998, afin de pouvoir comparer avec la situation qui prévalait en 1995.

Trois ans après l'intervention, seul le groupe d'intervention élevé a présenté une augmentation quant à l'adoption d'une politique de type « No hat, no play », quoique non significative (75 % à 85,7 %). Il faut cependant préciser que la politique proposée dans le

⁵² Ce curriculum encourageait (dans l'ordre) de rester à l'intérieur lorsque le rayonnement UV est à son plus fort et, de se protéger à l'extérieur en fréquentant les zones d'ombre, en portant des vêtements protecteurs, des chapeaux et en appliquant de la crème solaire.

cadre de cette intervention exigeait le port de chapeaux à larges bords ou de chapeaux de type légionnaire et que des niveaux importants de politiques obligeant le port de chapeaux en général étaient déjà observés pour les trois groupes en 1995 (contrôle : 76,9 %; modéré : 90,9 % et élevé : 75 %). Ces niveaux se sont abaissés dans le groupe contrôle et le groupe modéré lors de l'évaluation en 1998 possiblement en raison du caractère encore plus restrictif de la politique proposée. Dans les faits, le groupe d'intervention élevé est le seul à montrer une amélioration significative dans le port de chapeau de 14 % par rapport au début de l'intervention. Aucun changement n'a été observé dans le groupe modéré et à l'inverse, une réduction du port de chapeau de 2 % a été notée pour le groupe contrôle. L'objectif de réduction de l'exposition au rayonnement UV n'a pas été atteint.

Apprentissages et limites

Le fait de transmettre de l'information sur une politique de protection solaire par la poste seulement (dans le cas de l'intervention modérée) s'est révélé inefficace pour l'adoption de politiques, et ce, même avec l'ajout d'un programme de récompenses. Toutefois, l'ajout de mesures supplémentaires, dans le cas de l'intervention élevée, a permis d'améliorer cet aspect même si les résultats ne sont pas significatifs. Les auteurs mentionnent toutefois deux limites quant à ce programme de récompenses, soit la faible reconnaissance à l'extérieur de l'école due aux risques de contamination entre les écoles et le caractère modeste de la récompense (diplôme). L'absence de résultats positifs reliés à l'intervention dans la réduction de l'exposition sur l'heure du dîner peut sans doute s'expliquer par le tiraillement entre deux objectifs de santé dans les écoles, soit la réduction de l'exposition au rayonnement UV, mais aussi l'encouragement à être physiquement actif. Finalement, l'application d'une politique selon laquelle il n'est pas possible de jouer à l'extérieur sans chapeau devrait être évaluée quant à son applicabilité au Québec. Une telle politique pourrait justement entrer en contradiction avec les programmes valorisant l'activité physique chez les jeunes. Quant à la sélection de champions dans le milieu d'intervention, il est suggéré par les auteurs, dans le cadre d'éventuelles recherches, de documenter par des évaluations formatives les caractéristiques idéales de ces champions. De plus, ces derniers pourraient suivre une formation sur le changement organisationnel afin de développer des stratégies en ce sens.

“Block the sun, not the fun”: Evaluation of a skin cancer prevention program for child care centers (Crane et collab., 1999)

Cote A = Pointage descriptif (11,10) + Pointage évaluatif (13,72)

Approche ABC

Description générale

Cette intervention américaine avait pour but principal d'améliorer la protection solaire chez les enfants lorsqu'ils sont au service de garde à l'enfance. Les premiers intervenants visés dans le cadre de cette intervention étaient les membres du personnel de ces établissements. Dans un deuxième temps, les parents et les enfants étaient aussi visés. La durée de l'intervention était de 3 heures au cours desquelles une formation était dispensée au personnel du service de garde. Cette formation incluait une présentation par un dermatologue sur la relation entre l'exposition solaire et le cancer de la peau, de même

qu'une session de travail portant sur le développement de politiques de protection solaire en services de garde. Du matériel éducatif était également transmis aux parents (brochure éducative, activités éducatives, échantillons de crème solaire). Cette intervention n'avait pas lieu dans un milieu défavorisé et se déroulait dans des services de garde pouvant accueillir de 20 à 100 enfants. Le groupe contrôle participait à la formation en 1995, soit pratiquement un an après le groupe d'intervention alors que les évaluations avaient lieu en 1993 et 1994.

Efficacité de l'intervention

Un design expérimental avec un groupe d'intervention (n = 13 services de garde à l'enfance) et un groupe contrôle (n = 14 services de garde à l'enfance) a été mis en place afin d'évaluer l'efficacité de cette intervention. Les données d'évaluation étaient recueillies de 3 façons :

- 1) par sondage téléphonique auprès des parents;
- 2) par des entrevues réalisées avec les directeurs des services de garde à l'enfance;
- 3) par des mesures d'observation au service de garde.

Auprès des parents, des données étaient recueillies sur les connaissances et les pratiques de protection solaire de leurs enfants aux services de garde à l'enfance et à la maison. Chez les directeurs, les connaissances, les attitudes et l'utilisation des moyens de protection solaire pour les enfants étaient mesurées. Les mesures d'observation visaient à évaluer l'exposition et les mesures de protection adoptées par les enfants et à apprécier les aspects liés aux politiques de protection solaire dans les services de garde.

Aucune différence n'a été observée un an après l'intervention chez les parents des deux groupes (intervention et contrôle) pour les connaissances, les attitudes et les mesures de protection solaire; ces aspects étant déjà élevés au démarrage de l'intervention. Toutefois, les parents du groupe d'intervention étaient significativement plus portés que le groupe contrôle à signaler la présence de changements en termes de protection solaire dans leurs services de garde, notamment dans l'application de la crème solaire dans l'après-midi et deux fois dans la journée. Quatre différences significatives ont été dégagées à partir des entretiens avec les directeurs. Les directeurs du groupe d'intervention ont d'abord amélioré leurs connaissances et leurs attitudes à l'égard de la protection solaire, ce qui n'était pas le cas dans le groupe contrôle. Une amélioration significative de la transmission de matériel sur la protection solaire à la maison a été constatée chez les directeurs du groupe d'intervention et pas chez les directeurs du groupe contrôle. Les directeurs du groupe d'intervention ont montré une plus forte augmentation que dans le groupe contrôle dans leur intention d'appliquer de la crème solaire aux enfants toute l'année; que ce soit l'hiver, lors des journées ensoleillées et lorsqu'il y a de la neige au sol. Une différence non significative reliée à l'intervention était tout de même encourageante, soit de faire des efforts pour planifier les activités extérieures en marge des périodes de forte intensité du rayonnement UV. Sur les lieux du service de garde, aucune amélioration quant à l'utilisation de l'ombre et de vêtements protecteurs ne découle des observations, et ce, dans les deux groupes, sauf pour une plus grande disponibilité de la crème solaire dans le groupe contrôle. Ce dernier résultat n'était toutefois pas significatif.

Apprentissages et limites

Alors que des modifications ont été constatées quant à l'application de la crème solaire aux enfants, de l'avis des parents, cette intervention n'a pas engendré de changements quant à l'utilisation de l'ombre et le port de vêtements protecteurs chez les enfants. Ce programme devrait être intensifié pour engendrer des modifications à cet effet et pourrait cibler, de l'avis des auteurs, les croyances des directeurs et des parents sur la mode et le confort des vêtements protecteurs. Parmi les limites rencontrées dans cette intervention, les outils de mesure utilisés ont pu occasionner divers biais tels que la désirabilité sociale et des biais de mémoire, notamment chez les directeurs qui peuvent ressentir une pression des parents d'agir dans le meilleur intérêt de leurs enfants. Ainsi, les auteurs de cet article ont tendance à accorder une meilleure validité aux autres méthodes de collecte de données, soit l'observation sur le site et les entrevues avec les parents.

Finalement, le contexte de réalisation de cette intervention permet d'émettre certains constats relatifs à l'implantation. Ainsi, les améliorations notées dans l'article pourraient ne pas être généralisables à un contexte multiethnique. En fait, la perception du risque de cancer varie en fonction de la couleur de la peau et cette intervention a été réalisée auprès d'enfants dont l'origine était principalement caucasienne. Deuxièmement, cette intervention pourrait donner des résultats différents dans un milieu défavorisé où l'achat de crème solaire par les parents peut constituer une barrière.

Précisions sur les interventions exemplaires présentées

En conclusion, rappelons que les interventions exemplaires proposées dans cette section sont des illustrations d'interventions potentielles. Plusieurs de ces interventions ne présentent que des changements modestes, mais la réflexion qu'elles suscitent et les leçons tirées pour la mise en place d'interventions en prévention des cancers de la peau, sont aussi importantes. Des recherches supplémentaires y sont aussi proposées pour documenter encore mieux certains aspects/effets de l'intervention. Finalement, la prudence est de mise quant à l'interprétation des constats évoqués dans les résumés de ces divers articles, puisqu'ils découlent d'études originales et non d'études agrégées.

4 DISCUSSION

Un nombre important d'interventions en prévention des cancers de la peau (78 interventions) ont été répertoriées dans le cadre de cette démarche; soit 11 interventions québécoises, 7 interventions canadiennes et 60 interventions internationales. Ces interventions, provenant de la littérature scientifique et de la littérature grise, ont été analysées, de manière critique, à l'aide de la même grille d'analyse.

Puisque seulement quatre interventions issues de la littérature grise québécoise et canadienne possédaient un devis d'évaluation, l'analyse en termes d'efficacité repose presque totalement sur les articles scientifiques. Les interventions répertoriées dans la littérature grise ont surtout permis de dresser un portrait de l'intervention en prévention des cancers de la peau au Québec et au Canada, ce qui n'avait pas été documenté auparavant.

Les limites associées à cette revue de littérature sont énoncées en début de discussion afin d'apporter les nuances nécessaires à la suite de la réflexion. La section 4.2 discute des principaux constats relatifs aux interventions québécoises, canadiennes et internationales. Les constats québécois seront repris dans la section 4.3, où divers enjeux seront dégagés en vue du développement d'une stratégie intersectorielle de prévention des cancers de la peau au Québec.

4.1 LIMITES DE LA RECENSION

Qualité du portrait établi quant aux interventions recueillies par questionnaire

Les questionnaires visant à recueillir des renseignements sur des interventions de prévention des cancers de la peau ont été acheminés, en majeure partie, aux directions de santé publique et à des organismes ayant une mission de santé. Ainsi, la méconnaissance des interventions implantées par des milieux spécifiques tels que les écoles, les services de garde à l'enfance ou les terrains de jeux⁵³, sans le support ou la demande du réseau de santé publique, peut fausser la réalité quant aux initiatives implantées au Québec et dans les autres provinces canadiennes. Par ailleurs, la majorité des directions de santé publique du Québec ont transmis des renseignements sur leurs interventions régionales, ce qui offre une représentativité adéquate des interventions de santé publique au Québec. La représentativité au niveau canadien n'a pas été atteinte puisque plusieurs provinces n'ont pas participé à cette recension.

Malgré le décalage important entre la collecte des questionnaires et le dépôt de ce rapport, les divergences entre le portrait québécois tracé pour la période 1990-2005 et la situation actuelle ont été validées au début de 2012 auprès des coordonnateurs de santé environnementale des diverses régions du Québec. Aucune variation importante n'a été soulignée par les personnes interrogées quant aux pratiques des directions de santé publique dans ce dossier. Il n'a pas été possible de procéder à cette validation pour les interventions canadiennes. Quant aux interventions internationales, une mise à jour des études a été faite pour la période s'échelonnant de 2006 à 2012 selon les mêmes stratégies de recherche. Au total, 392 publications ont été répertoriées, mais seulement celles

⁵³ Ces milieux constituent justement des endroits où les jeunes de 0 à 18 ans s'exposent au rayonnement UV.

répondant aux critères d'inclusion à la lecture du résumé, soit 39 publications ont été retenues (voir annexe 13)⁵⁴. Ces publications n'ont toutefois pas été codifiées selon la méthodologie utilisée dans ce rapport. Nous reviendrons brièvement sur la nature de ces publications à la toute fin de la discussion.

Faible récupération de questionnaires

Le faible nombre d'interventions issues de la littérature grise obtenues pour le Québec et les autres provinces canadiennes peut constituer une limite importante lorsqu'il s'agit d'établir les principales caractéristiques des interventions. Il faut ici mentionner que l'envoi du questionnaire par l'intermédiaire des listes de diffusion n'a pas été aussi efficace que prévu pour recueillir les renseignements souhaités; l'envoi de courriels personnalisés a donné de meilleurs résultats. L'absence d'une liste à jour des individus et des organisations travaillant au développement d'interventions en prévention des cancers de la peau au démarrage de ces travaux a probablement influencé le nombre d'interventions issues de la littérature grise répertoriées.

Variabilité dans l'exhaustivité de l'information rapportée

Le taux de réponse aux divers éléments du questionnaire et le niveau de précision des renseignements mentionnés ont connu une variabilité importante. Plusieurs pistes d'explications peuvent être énoncées soit :

- 1) la longueur du questionnaire et le niveau de détail demandé;
- 2) une mauvaise compréhension de certaines questions;
- 3) le fait que lors du développement de l'intervention, certains paramètres n'avaient tout simplement pas été pris en compte (ex. : niveau socio-économique de la clientèle cible).

À noter que le questionnaire avait été évalué, au préalable, quant à la clarté et la compréhension des questions.

Capacité du questionnaire à recueillir les informations désirées

On peut s'interroger sur la capacité du questionnaire développé pour ce projet à saisir toute la diversité des interventions pertinentes à cette recension. Les interventions dans le domaine particulier de la promotion de la santé sont rarement homogènes (McQueen 2007 *dans* McQueen et Jones, 2007), d'où la complexité de créer un questionnaire suffisamment complet pour recueillir l'information souhaitée. Un questionnaire spécifique à chacune des approches de promotion de la santé aurait été sans doute un meilleur outil de collecte de données puisque le présent questionnaire s'appliquait davantage aux interventions visant l'acquisition d'aptitudes individuelles.

Caractéristiques ou composantes d'une intervention efficace

Les facteurs précis ayant contribué à l'efficacité d'une intervention (ex. : durée idéale, contenu à aborder, etc.) sont difficiles à identifier. L'absence d'uniformisation dans le contenu des interventions, dans leur processus d'implantation, de même qu'au niveau des

⁵⁴ À noter que les références bibliographiques des publications, incluses à la lecture du résumé, n'ont pas été révisées.

effets mesurés (Centre de collaboration national en santé environnementale, 2008; McQueen, 2007 *dans* McQueen et Jones, 2007) est en partie responsable de cette difficulté. Cette limite est souvent reconnue dans les publications en promotion de la santé (Centre de collaboration national en santé environnementale, 2008; Lalonde et Heneman, 2004; Hill, 2004). Des interventions jugées exemplaires et pouvant être inspirantes ont donc été proposées plutôt qu'une liste des éléments garants de l'efficacité d'une intervention en prévention des cancers de la peau.

4.2 CONSTATS SUR LES INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES, CANADIENNES ET INTERNATIONALES

Cette section dresse une série de constats qui découlent de l'analyse des interventions recueillies. Des portraits québécois et canadiens distincts seront présentés, et ce, malgré le peu d'interventions de prévention des cancers de la peau répertoriées au Québec (11 interventions) et dans les autres provinces canadiennes (7 interventions). Les principaux constats issus de la littérature scientifique viendront ensuite.

4.2.1 Interventions québécoises

Ce portrait des interventions ayant eu lieu sur un horizon de 15 ans démontre l'engagement du réseau de santé publique et d'une série d'autres partenaires en prévention des cancers de la peau au Québec.

Exhaustivité des renseignements transmis par les répondants aux questionnaires

Parmi les caractéristiques des interventions qui n'ont pas été décrites par plus de 50 % des répondants québécois, certaines revêtent pourtant une importance primordiale dans les toutes premières étapes de développement d'une intervention :

- L'âge et le sexe de la population cible sont de bons indicateurs des comportements de protection solaire (Baum et Cohen, 1998), mais ont été rapportés respectivement par 45,5 % et 33,3 % des répondants au questionnaire. Une revue de littérature récente indique que les adolescents et les jeunes adultes, en comparaison avec les enfants et les adultes plus âgés, se protégeraient moins du rayonnement UV, passeraient plus de temps au soleil et seraient davantage portés à se faire bronzer de manière intentionnelle et à utiliser les appareils de bronzage artificiel (Kasparian et collab., 2009). Une étude chez les jeunes de 5 à 13 ans, en Australie, a montré que les connaissances sur la protection solaire augmentent avec l'âge tandis que les attitudes et les comportements favorables à la protection solaire déclinent (Dixon et collab., 1999). Quant aux différences associées au sexe, elles seraient plus marquées lors de l'adolescence et chez les jeunes adultes que dans toute autre période du développement (Kasparian et collab., 2009; Stanton et collab., 2004). En termes d'exposition au rayonnement UV, les jeunes filles seraient davantage portées à avoir une vision positive du bronzage artificiel ou extérieur et à pratiquer des comportements à risque alors que les jeunes garçons passeraient plus de temps au soleil et auraient davantage de coups de soleil (Kasparian et collab., 2009). Abrams et ses collaborateurs (2003) ont réalisé des groupes de discussion auprès de jeunes âgés entre 18 et 25 ans pour explorer les différences liées au sexe quant à l'utilisation de crème solaire. Selon leurs travaux, les jeunes hommes seraient moins

portés à utiliser la crème solaire et à la réappliquer que les jeunes femmes. Ils l'utiliseraient également dans des situations typiques en comparaison avec les femmes qui l'utilisent dans une plus grande gamme de situations (Abroms et collab., 2003). Une segmentation selon l'âge et le sexe a été recommandée parmi les 15 lignes directrices à suivre lors du développement d'une stratégie de marketing social sur la protection solaire destinée aux adolescents (Johnson et collab., 2009).

- Le niveau socio-économique de la clientèle cible, rapporté par 8,33 % des répondants, peut aussi être déterminant dans le succès ou l'échec d'une intervention et dans l'adoption de comportements de protection (Pichon et collab., 2010). Par exemple, suggérer le port de chapeaux ou l'application de crème solaire peut s'avérer plus problématique dans des secteurs défavorisés où les parents n'ont pas les moyens financiers pour défrayer ces mesures de protection individuelles (Dadlani et Orlow, 2008).
- Finalement, le faible recours aux théories comportementales ou à des modèles conceptuels (25 %) laisse entrevoir, d'une part, que les résultats de la recherche sont peu utilisés en appui aux interventions menées et d'autre part, qu'il se réalise peu de travaux pour comprendre les déterminants des comportements de la population québécoise face au rayonnement UV. Les objectifs des interventions répertoriées, souvent imprécis, viennent renforcer cette constatation.

Caractéristiques des interventions québécoises

En considérant l'ensemble des interventions québécoises, il semble que chacune des directions régionales de santé publique implante ses propres interventions. L'absence d'interventions structurées au niveau provincial pour contrôler le cancer de la peau relié aux rayons UV avait aussi été notée en 1997 (Bélanger, 1997 *dans* MSSS, 1998). Par ailleurs, les répondants régionaux collaborent avec des partenaires externes, notamment la Société canadienne du cancer, les municipalités, les camps de jour, les services de garde à l'enfance, etc. L'Association canadienne de dermatologie et la compagnie L'Oréal Canada (Ombrelle) sont également des promoteurs d'interventions en prévention des cancers de la peau au Québec depuis plusieurs années.

Milieus ciblés

Alors que certains milieux ont été ciblés par plusieurs directions de santé publique, soit les milieux récréotouristiques et les services de garde à l'enfance, le milieu scolaire (ex. : primaire, secondaire, collégial) n'a pas été priorisé au Québec, sauf dans l'intervention de la compagnie L'Oréal Canada (Ombrelle). La littérature scientifique fait état de bon nombre d'interventions dans le milieu scolaire avec une prédominance pour les interventions au niveau scolaire primaire. De par leur mission éducative, les écoles sont souvent sollicitées par la santé publique (Geller et collab., 2003). Une étude sur l'adoption de projets de type « École en santé » au Québec montre que les préoccupations en terme de santé publique de 1999-2002 étaient les comportements sexuels préventifs et la prévention des maladies transmises sexuellement (MTS) et du VIH-SIDA, la prévention des toxicomanies et du tabagisme, la prévention de la violence, la promotion de l'activité physique, la promotion de la santé buccodentaire et le développement de l'estime de soi et des compétences sociales (Deschênes et Lefort, 2004).

Les milieux aquatiques (piscines et plages publiques) n'ont pas été ciblés par les répondants québécois au questionnaire contrairement à ce qui a été observé dans certaines des interventions réalisées à l'échelle internationale (dans les piscines : Pagoto et collab., 2003; Glanz et collab., 2002 et sur les plages : Weinstock et collab., 2002; Dietrich et collab., 2000; Miller et collab., 1999). Selon des chiffres de 2005, le territoire québécois compte environ 574 plages et 2 473 piscines extérieures (Société de sauvetage, 2010 – communication personnelle). Les milieux aquatiques sont un milieu intéressant, notamment parce que plusieurs clientèles cibles peuvent y être rejointes simultanément (ex. : sauveteurs, parents, jeunes enfants, adolescents). Deux interventions québécoises ont justement opté pour un jumelage de clientèles cibles dans un même milieu d'intervention; les milieux récréotouristiques offrent souvent cette possibilité. Le milieu préscolaire n'a pas été ciblé dans les interventions québécoises.

Types d'interventions

Quelle que soit leur organisation d'appartenance (direction de santé publique, organisme sans but lucratif, compagnie privée), les répondants au questionnaire ont développé des interventions axées sur l'acquisition d'aptitudes individuelles (tableau 11). Il est fort probable que les directions de santé publique se basent sur le Programme national de santé publique (PNSP) qui, au regard de la prévention des cancers de la peau, indiquait dans sa version de 2003 de travailler à « informer les parents de protéger leurs enfants de 0-18 ans contre les rayons UV » (MSSS, 2003). Les parents constituent effectivement un public qui a été considérablement sensibilisé aux risques que présente le rayonnement UV et aux mesures de protection individuelles, notamment dans les services de garde à l'enfance, le milieu familial et les milieux récréotouristiques. Dans certaines interventions, les parents ont aussi été conscientisés au rôle primordial qu'ils peuvent jouer, surtout dans la protection de leurs enfants en bas âge. Les éducateurs en services de garde ont également été sensibilisés aux mesures à prendre pour protéger les jeunes sous leur responsabilité.

Actuellement, selon la mise à jour du PNSP en 2008, les activités prévues pour réduire le taux d'incidence et de mortalité liés au cancer de la peau sont des « activités d'information et de sensibilisation auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans, et ce, de concert avec les partenaires » (MSSS, 2008). Un changement mineur a été apporté depuis 2003 pour sensibiliser non seulement les parents, mais aussi la population générale, et ce, en s'arrimant avec les partenaires intersectoriels. Il faut comprendre que les activités suggérées dans le PNSP constituent un minimum à atteindre et qu'elles n'empêchent pas de mettre en place des interventions visant à apporter des modifications aux environnements et aux politiques favorables à la santé. Par contre, cette recension montre qu'aucune intervention portant sur ces deux dernières approches n'a été répertoriée au Québec pour la période étudiée. L'action de prévention des cancers de la peau au Québec se fait donc selon une approche unique de promotion de la santé. La tendance dans la littérature scientifique en promotion de la santé (Dadlani et Orlow, 2008; Lalonde et Henneman, 2004) est de chercher à mettre en œuvre plusieurs types d'approches de front (acquisition d'aptitudes individuelles, création d'environnements favorables à la santé et adoption de politiques favorables à la santé); on parlera alors d'interventions multistratégiques.

Concepts abordés

Selon le cadre conceptuel sur l'acquisition d'aptitudes individuelles (figure 3), les stratégies d'action répertoriées au Québec sont axées exclusivement sur l'acquisition de connaissances. Des interventions axées sur d'autres paramètres pouvant contribuer à modifier les comportements d'exposition ou de protection à l'égard du rayonnement UV (ex. : intention, efficacité personnelle, barrières à l'application des mesures de protection recommandées, etc.) n'ont pas été répertoriées. Quant aux concepts exploités dans les interventions, l'accent est mis sur l'information liée au cancer de la peau et non sur le photovieillissement malgré ce qui est abondamment suggéré dans la littérature récente (Gibbons et collab., 2005; Malher et collab., 2005; Malher et collab., 2003; Hillhouse et Turrise, 2002; Novick, 1997). D'un certain point de vue, cela est compréhensible considérant que la plupart des interventions répertoriées s'adressaient à des enfants en bas âge. La catégorie d'âge visée par la majorité des interventions explique aussi le fait que le bronzage artificiel ne soit pas au centre des interventions.

L'emploi d'une stratégie qui consiste strictement à mettre en garde la population contre le cancer de la peau peut s'avérer inefficace, surtout lorsque l'intervention cible les adolescents. Ces derniers se sentent plus vulnérables aux effets immédiats et temporaires de l'exposition au soleil (maux de tête et coups de soleil) (Glanz et collab., 1999 cités par Garside et collab., 2010) qu'à l'apparition d'un cancer de la peau qui se manifeste à long terme (Paul et collab., 2008). La menace liée à la possibilité de développer un cancer de la peau dans le futur est un facteur qui pourrait avoir peu d'influence sur la décision de s'exposer au rayonnement UV comparativement à la possibilité d'améliorer, à très court terme, son apparence avec le bronzage (Malher et collab., 2005; Feldman et collab., 2001).

Les risques et les bénéfices associés à l'exposition au rayonnement UV sont des concepts qui doivent aussi être pris en compte dans les interventions comme en témoigne l'objectif de l'une des interventions québécoises : « profiter des bienfaits du rayonnement UV tout en se protégeant des risques associés ». L'information qui circule au sujet d'une possible déficience en vitamine D, en raison d'une exposition insuffisante aux rayons UVB pendant la saison hivernale, est d'ailleurs largement véhiculée par les médias actuellement⁵⁵ :

- Scully et ses collaborateurs (2008) ont documenté la couverture médiatique liée au cancer de la peau en Australie, notamment quant au volume de publications sur le sujet, aux thématiques dominantes, au contenu et au ton des articles pour la période de 1993 à 2006. La vitamine D comptait parmi les thématiques de plus en plus médiatisées à travers le temps avec le bronzage sans UV (en anglais : *fake tans*, *sunless tanning*) et le bronzage artificiel.
- Une autre analyse a cherché à valider si la population australienne croyait qu'il y avait un lien entre la protection solaire et les faibles niveaux de vitamine D (Janda et collab., 2007). Quinze pour cent (15 %) des participants étaient en accord avec cette relation. Parmi ces participants, on retrouve les participants âgés de 60 à 75 ans (OR = 2,84; 95 % CI 2,31-3,50), les participants à la peau foncée (OR = 1,73; 95 % CI 1,01-2,98), ceux qui rapportent se faire toujours bronzer (OR = 1,26; 95 % CI 1,02-1,56) et ceux qui essaient

⁵⁵ <http://www.cyberpresse.ca/vivre/sante/200903/24/01-839733-lacarence-en-vitamine-d-en-pleinecroissance.php>, consulté le 11 mars 2010.

d'acquérir un hâle (OR = 1,65; 95 % CI 1,30-2,09). Ces risques relatifs sont calculés par rapport aux participants en désaccord avec cette relation. Trente-neuf pour cent (39 %) ne pouvaient se positionner à cet effet. Un autre sondage, mené auprès de la même population, 4 ans plus tard, montre que 32 % sont maintenant en accord avec cette affirmation et que 16 % sont indécis (Youl et collab., 2009).

- Ces quelques études montrent que non seulement des interventions doivent viser l'amélioration des connaissances sur la vitamine D, mais aussi chercher à modifier la croyance de la population à l'effet qu'il ne faut pas se protéger des rayons UV pour obtenir une concentration adéquate de vitamine D dans le sang. Bien que les études rapportées portent sur des résultats australiens, cette question de communication est tout aussi préoccupante pour la population du Québec.

Implantation des interventions

Les interventions québécoises, quoiqu'elles se répètent dans le temps à 72,7 %, sont implantées uniquement sur une base ponctuelle (d'une journée allant jusqu'à une semaine), et ce, dans une proportion de 55,6 %. La durée des interventions éducatives en prévention des cancers de la peau serait associée à la durée des effets selon certains auteurs (Peters et Paulussen, 1997 cité par Hewitt et collab., 2001). Parmi ces stratégies d'action ponctuelles, la plus adoptée par les directions régionales de santé publique est la distribution, à travers une large variété de milieux d'intervention, du dépliant « Danger! Le bronzage peut avoir votre peau! »⁵⁶. Ce dépliant n'a toutefois jamais été évalué quant à ses impacts sur l'amélioration des connaissances et les changements de comportement dans la population. Les envois massifs de ce dépliant à l'ensemble des organisations concernées par la prévention du cancer de la peau n'ont pas non plus été questionnés. Les messages issus de ce type d'outil peuvent être plus ou moins efficaces puisqu'une bonne partie de l'information qui y est véhiculée n'est pas pertinente pour la clientèle ciblée (Hornung et collab., 2000) qui en plus, peut diverger d'un milieu à l'autre. Il semble que l'envoi de ce dépliant soit devenu un automatisme au cours des dernières années plutôt qu'une intervention planifiée répondant à des objectifs précis.

Évaluation des interventions répertoriées

Cette analyse montre que deux interventions sur l'ensemble des interventions recueillies au Québec ont été évaluées. Ce faible nombre d'interventions évaluées peut probablement s'expliquer par un manque de ressources financières et humaines pour entreprendre de telles démarches. Dans plusieurs régions, les activités reliées aux rayons UV sont souvent sous la responsabilité d'un professionnel en santé environnementale qui est attiré à ce dossier en même temps qu'à plusieurs autres. De plus, ces professionnels n'ont pas nécessairement les qualifications nécessaires pour évaluer les programmes de prévention puisque cela requiert des compétences particulières. Des discussions avec divers intervenants dans le dossier du rayonnement UV au niveau provincial et régional ont révélé que la distribution d'outils de sensibilisation a souvent été perçue comme étant efficace en raison d'une demande pour ces outils l'année suivante par les milieux d'intervention⁵⁷. Cette

⁵⁶ Il faut préciser que ce dépliant constituait le seul outil de communication et de sensibilisation offert par le MSSS au cours de cette période.

⁵⁷ Communication personnelle avec le MSSS et certaines directions de santé publique.

perception ne peut toutefois pas être considérée comme une mesure valable pour évaluer l'efficacité de cette stratégie d'intervention.

Les cotes obtenues (D) pour les deux interventions québécoises évaluées montrent que leur qualité méthodologique est bonne, d'autant plus qu'elles se sont montrées efficaces à modifier les connaissances sur la protection solaire suite à l'intervention. L'une des forces de ces deux interventions est d'avoir inclus au devis méthodologique une période de suivi assez longue permettant d'évaluer, s'il y a eu, un maintien des connaissances acquises lors de l'intervention. Dans le cas de l'intervention menée auprès des nouvelles mères, il n'est toutefois pas possible d'exclure la désirabilité sociale ayant pu encourager les mères participantes à rapporter une plus grande application de crème solaire que les mères issues du groupe contrôle (84 % vs 43 %). La contribution possible, en termes de sensibilisation, du guide « Mieux vivre avec votre enfant de la grossesse à deux ans », distribué également dans les hôpitaux aux nouvelles mères depuis 1977, ne peut pas non plus être exclue. Lorsque plusieurs interventions de prévention de cancer de la peau sont diffusées dans un même espace-temps, il est possible qu'elles agissent en synergie ou que l'une d'entre elles ait un impact supérieur à l'autre (Bastuji-Garin et collab., 2001).

Facteurs facilitant l'implantation des interventions et barrières à l'implantation

Les facteurs susceptibles d'avoir facilité l'implantation des interventions de prévention des cancers de la peau concernent l'adaptation 1) à la clientèle cible; 2) aux personnes dont l'implication est sollicitée en cours de projet et 3) au temps disponible pour son intégration aux activités existantes dans les milieux d'intervention. Les autres facteurs de succès identifiés concernent le lien de confiance établi préalablement avec les partenaires et la motivation qu'ont ces derniers en faveur de l'intervention proposée. Afin de réunir ces conditions gagnantes, il est certain qu'un contact verbal est à privilégier. Rappelons qu'au Québec, 62,5 % des interventions ont eu lieu suite à des communications écrites seulement. Finalement, s'assurer d'une sensibilisation de base des partenaires face à la problématique des cancers de la peau est primordial lors de la sollicitation de ces derniers. Dans le cas où les personnes sollicitées ne voient pas la pertinence d'agir en prévention des cancers de la peau, les démarches peuvent s'avérer plus exigeantes⁵⁸.

Les barrières à l'implantation mentionnées dans les questionnaires recueillis réfèrent à deux facteurs principaux : les ressources financières limitées et le manque de temps. La production de matériel éducatif pose souvent un problème dans les régions qui ne possèdent pas nécessairement une équipe spécialisée en graphisme ou en communication. Les ressources financières limitées peuvent ainsi expliquer pourquoi, dans une organisation, il n'est pas possible de prioriser de ressources humaines dédiées uniquement à la problématique de la prévention des cancers de la peau. Dans le contexte organisationnel vécu par les directions de santé publique, l'accumulation de dossiers par le même professionnel n'est pas étrangère au manque de temps qu'ils ont pour développer eux-mêmes leurs interventions. Le manque de temps ou des horaires déjà chargés dans les

⁵⁸ L'importance de ce facteur a été démontrée dans le cadre des travaux du Comité intersectoriel sur la prévention des cancers de la peau où les membres du comité ont d'abord dû être sensibilisés puis convaincus de la pertinence de la démarche avant d'amorcer des actions concrètes de prévention.

milieux d'intervention ciblés sont d'autres barrières qui ne favorisent pas l'intégration de nouvelles interventions aux activités en place.

Effets positifs de l'implantation d'interventions

Aucun effet indésirable associé aux interventions n'a été mentionné par les répondants québécois. Parmi les effets positifs soulevés par les répondants, le dépassement des objectifs prévus au départ est fréquemment évoqué. Quelques exemples permettent d'illustrer cet élément :

- 1) l'intervention a permis de sensibiliser la population sur d'autres effets à la santé comme la chaleur accablante;
- 2) les démarches ultérieures reliées à l'implantation de projets portant sur d'autres problématiques de santé publique sont facilitées puisque des répondants dans ces milieux ont été identifiés;
- 3) la clientèle rejointe par l'intervention est plus large que celle ciblée au départ.

Les constats québécois énoncés dans cette section ont été regroupés sous quatre rubriques. Ils permettront d'amorcer la réflexion présentée à la section 4.3.

Prévention des cancers de la peau au Québec : modes d'organisation

- l'action de prévention des cancers de la peau n'était pas structurée au niveau provincial pour la période de recension (1990-2005);
- les interventions en prévention des cancers de la peau naissent généralement de partenariat entre diverses organisations;
- le développement d'interventions est généralement confié à des médecins spécialistes en santé communautaire et à des agents de recherche issus du domaine de l'environnement ou de la santé environnementale;
- les interventions sont, dans une grande proportion, de courte durée (ex. : envoi postal, activités de quelques heures ou de quelques jours répartis sur une année);
- les mêmes interventions se répètent, règle générale, d'année en année;
- peu d'interventions ont fait l'objet d'une évaluation.

Paramètres à considérer lors du développement d'interventions

- faible utilisation de théories comportementales pour soutenir le développement d'interventions;
- l'adaptation, notamment des outils de sensibilisation et des messages promus, est citée comme étant un facteur de succès d'une intervention;
- le choix du moyen de diffusion de l'information guide souvent l'intervention mise de l'avant;
- certains milieux, tels que les écoles secondaires, le milieu collégial et les milieux aquatiques (piscines et plages) ne sont pas visés par les interventions québécoises;

- le niveau socio-économique, de même que l'origine ethnique, ne sont que très rarement pris en compte dans le développement des interventions;
- les interventions ont lieu vers la fin du printemps et en été.

Types d'interventions et thématiques abordées

- la principale stratégie d'intervention déployée par les directions de santé publique est la distribution du dépliant « Danger! Le bronzage peut avoir votre peau! » à une large variété de milieux d'intervention et de clientèles;
- les interventions sont axées uniquement sur l'acquisition d'aptitudes individuelles et non sur la création d'environnements favorables ou l'adoption de politiques favorables à la santé;
- les stratégies d'intervention sont axées majoritairement sur l'amélioration des connaissances;
- le contenu abordé dans le cadre des interventions porte essentiellement sur les mesures de protection individuelles et les facteurs de risque associés à l'exposition au rayonnement UV;
- aucune intervention n'aborde, de manière centrale, le concept du photovieillissement;
- peu d'interventions portent spécifiquement sur le bronzage artificiel;
- les concepts reliés à la vitamine D sont peu intégrés aux messages véhiculés.

Paramètres à considérer lors de l'implantation de l'intervention

- les contacts avec les partenaires terrain en vue de l'implantation des interventions sont rarement effectués de vive voix (ex. : envoi de matériel par la poste);
- certains milieux, tels que les écoles, sont très sollicités par le réseau de la santé publique pour la mise en place de programmes reliés à des problématiques de santé (ex. : obésité, tabagisme, MTS);
- les deux barrières les plus souvent rapportées lors de l'implantation des interventions sont le manque de temps et de ressources financières.

4.2.2 Interventions canadiennes

Garvin et Eyles (2001) se sont intéressés aux programmes de prévention du cancer de la peau mis en place au Canada, en Angleterre et en Australie entre 1996 et 1998. Ces auteurs tracent un portrait de la situation qui prévalait au Canada au milieu de la période de recensement ciblée par la présente démarche. Leur article vient en appui aux constats obtenus lors de l'analyse des interventions des provinces canadiennes autres que le Québec et permet de pallier au fait que les auteurs du présent rapport (Gervais et Rhainds, 2013) sont moins familiers avec la structure de fonctionnement de la prévention des cancers de la peau au Canada qu'ils ne le sont avec celle du Québec. Certaines catégories de constats discutés abondamment dans la section sur les interventions québécoises ne seront pas reprises ici, sauf lorsque des différences notables auront été rencontrées entre le Québec et

les autres provinces canadiennes⁵⁹. Les grandes lignes de la situation canadienne issues de l'article de Garvin et Eyles (2001) sont présentées dans l'Encart 4.

Encart 4

- Mise à l'agenda de la prévention des cancers de la peau au Canada (1990).
- L'implantation de programmes de prévention est de la responsabilité des provinces et des territoires.
- L'Ontario décentralise la responsabilité au niveau des municipalités.
- Le lien tissé entre le cancer de la peau et la réduction de la couche d'ozone fait en sorte que cette problématique est davantage vue comme une problématique environnementale que comme une problématique de santé.

Communicateurs

Coalition de chercheurs, Association canadienne de dermatologie (ACD), Société canadienne du cancer (SCC), Santé Canada, ministères, agences régionales de santé. L'ACD met essentiellement l'accent sur la prévention primaire et sur le dépistage chez les enfants et les adultes. Historiquement, cette organisation était un grand promoteur de l'utilisation de crème solaire, alors qu'elle fait maintenant la promotion d'autres mesures de protection. L'information véhiculée par cette organisation provient habituellement de médecins et d'experts. La SCC, qui a mis en place un programme de sensibilisation du nom de *Sun Sense*, a développé son propre matériel et se charge de former des volontaires pour des animations dans les écoles et auprès d'organisations locales. Les communicateurs sont des personnes hautement qualifiées dans le domaine de la santé (médecins, infirmières de santé publique) ou des volontaires. Peu d'entre eux sont formés en marketing, en développement des communautés ou en communication.

Messages

Santé Canada a véhiculé un ensemble de messages, devenus la base des programmes de sensibilisation à travers le pays et a joué un rôle de guide pour les provinces. Peu de messages, voire même aucun, ne s'intéressent à l'importance de l'esthétique liée au bronzage dans notre société; les messages portent plutôt sur les stratégies de protection individuelles. Un lien fort est établi entre les préoccupations environnementales (couche d'ozone) et le cancer de la peau. Les brochures de Santé Canada sont souvent distribuées simultanément avec des documents d'Environnement Canada sur l'Indice UV.

Récepteurs

Les préoccupations liées au cancer de la peau sont relativement faibles au Canada par rapport à d'autres problématiques de santé. Les préoccupations semblent augmenter avec la tendance à la hausse de l'incidence des cancers de la peau.

Traduction libre de l'article de Garvin et Eyles, 2001.

Exhaustivité des renseignements transmis par les répondants au questionnaire

La codification des interventions canadiennes a révélé que le sexe de la population cible (43 %), le niveau socio-économique (0 %), le taux de réponse à la sollicitation (29 %) et l'inspiration d'un modèle théorique ou d'un cadre conceptuel en vue du développement d'une intervention (14 %) ont été peu ou pas documentés dans plus de 50 % des interventions recueillies. Le faible taux de réponse associé à ces éléments, tant pour les interventions

⁵⁹ Ces différences doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles ne reposent que sur 18 interventions réparties entre le Québec (11) et les provinces canadiennes autres que le Québec (7).

menées au Québec que dans les autres provinces canadiennes, laisse envisager deux scénarios possibles, soit :

- 1) une mauvaise compréhension de la question demandée ou du niveau de précision requis;
- 2) le fait que certains paramètres n'ont tout simplement pas été pris en compte, ou du moins pas de manière aussi précise, lors du développement de l'intervention présentée par le répondant.

Il peut sembler inutile ou trop laborieux de documenter précisément certains aspects (ex. : la proportion des participants dont les parents ont de faibles revenus, la proportion de filles rejointes par l'intervention) lorsqu'aucune évaluation ou publication scientifique n'est envisagée au moment de la planification de l'intervention.

Malgré le fait que 43 % des répondants n'ont pas documenté le sexe de la population cible lors de la planification de leur intervention, il fut intéressant de constater que l'une des interventions canadiennes s'adressait spécifiquement à la clientèle féminine. Le développement d'une intervention pour cette clientèle spécifique démontre une connaissance des divergences entre les hommes et les femmes pendant l'adolescence à l'égard du bronzage. D'après les résultats issus d'un groupe de discussion mené auprès d'adolescents australiens, l'exposition intentionnelle au rayonnement UV serait davantage une pratique féminine. Ces dernières « pour avoir l'air plus attirantes dans leurs maillots de bain et leurs vêtements d'été, s'étendent au soleil sur une serviette à la plage ou à la piscine [tandis que les hommes] obtiendraient naturellement un teint hâlé de par leurs activités extérieures » (Lupton et Gaffney, 1996). Cet attrait pour le bronzage intentionnel du côté féminin est aussi mis en exergue par des données canadiennes récentes issues d'un sondage canadien où les jeunes filles de 16 à 24 ans se seraient exposées aux appareils de bronzage au moins une fois dans les 12 derniers mois précédant le sondage dans une proportion de 27 % comparativement à 8 % chez les garçons⁶⁰ (Société canadienne du cancer, 2008).

Caractéristiques des interventions implantées dans les provinces canadiennes autres que le Québec

Partenariats

Les partenaires évoqués dans l'article de Garvin et Eyles (2001) correspondent effectivement aux partenaires impliqués dans les interventions canadiennes. La Société canadienne du cancer occupe une place importante dans le développement des interventions de prévention des cancers de la peau; si bien que le programme *Sun Sense* a été implanté dans deux provinces. Cette organisation est également impliquée dans trois autres interventions. Santé Canada a développé une intervention sur la base de l'Indice UV en collaboration avec Environnement Canada. Par ailleurs, l'Association canadienne de dermatologie ne figure pas comme promoteur ou partenaire dans les interventions décrites. Les promoteurs des interventions répertoriées sont issus principalement des départements de santé publique (souvent des infirmières), ce qui contraste avec le Québec qui fait généralement intervenir des professionnels du secteur de la santé environnementale.

⁶⁰ Une marge d'erreur importante est associée à cette donnée chez les garçons.

Rappelons que l'Association canadienne de dermatologie et la Société canadienne du cancer sont aussi des organisations partenaires au Québec. Cette dernière organisation possède des divisions dans chacune des provinces canadiennes.

Types d'intervention

Il est difficile de comparer les approches de promotion de la santé utilisées dans les autres provinces canadiennes en s'appuyant sur l'article de Garvin et Eyles (2001) puisque ces derniers décrivent principalement les interventions en référant à l'approche de communication utilisée. Bien que les interventions à l'échelle canadienne aient opté pour des stratégies visant l'acquisition d'aptitudes individuelles, il est intéressant de noter que deux d'entre elles concernaient également la création d'environnements favorables à la santé et deux autres intégraient les trois approches de promotion de la santé.

Selon Garvin et Eyles (2001), les interventions menées au Canada sur le rayonnement UV seraient basées sur une approche environnementale plutôt que comportementale comme en témoigne le projet dans les écoles primaires et secondaires sur l'Indice UV mené par Santé Canada de concert avec Environnement Canada. Au Québec, bien qu'aucune intervention n'ait intégré l'Indice UV à ces outils de sensibilisation, le caractère environnemental décrit par Garvin et Eyles (2001) est aussi présent en considérant la prise en charge du dossier du rayonnement UV par les unités de santé environnementale des directions de santé publique et non par celles des saines habitudes de vie.

Facteurs facilitant l'implantation des interventions et barrières à l'implantation

Parmi les facteurs de succès énumérés dans le cadre d'interventions visant l'acquisition d'aptitudes individuelles, le côté participatif de la clientèle cible à la réalisation de l'intervention a été mentionné. Ainsi, l'intervention peut être davantage adaptée à la réalité vécue. Quant au contenu de l'intervention, les aspects ludique, actuel et rafraîchissant ne peuvent qu'être bénéfiques pour attirer l'attention de la clientèle cible. Finalement, la disponibilité des ressources humaines et financières demeure une condition essentielle à la réalisation d'une intervention et, à l'inverse, l'absence de ces ressources est vue comme une barrière. Dans le cadre des interventions ayant utilisé une approche multistratégique, deux conditions facilitantes ressortent : soit la notion de partenariat de même que l'encadrement et le support des personnes qui auront à implanter l'intervention sur le terrain, soit par du matériel ou des sessions de formation.

De nouvelles barrières s'ajoutent à celles documentées au Québec : soit l'adaptation de l'intervention en ce qui concerne le niveau de langage, la langue elle-même et les différences culturelles. Dans une revue des études qualitatives sur la prévention des cancers de la peau, trois études menées chez des enfants et des adultes ont fait ressortir la croyance que les personnes à la peau blanche étaient plus à risque; la peau foncée étant vue comme protectrice (Garside et collab., 2010). Cette croyance n'est pas complètement fausse, bien qu'il faille tout de même considérer le fait que les personnes à la peau foncée sont aussi à risque de développer un cancer de la peau, mais dans une plus faible mesure (Scotto et collab., 1983). Glanz et ses collaborateurs (1999), dans une étude des facteurs liés aux pratiques de protection solaire dans une population multiethnique, ont montré que la population d'origine caucasienne était significativement plus portée à utiliser des mesures de

protection, notamment la crème solaire, par rapport aux autres groupes ethniques. À l'inverse, dans certaines communautés ethniques, certains vêtements couvrent tout le corps, sinon le visage, ce qui offre une protection très appropriée. Une connaissance des caractéristiques de la population ciblée par l'intervention s'avère donc essentielle afin d'adapter l'intervention.

Le sentiment à l'effet que la prévention des cancers de la peau n'est pas prioritaire parmi les mandats de santé publique a également été soulevé dans les autres provinces canadiennes comme pouvant être un frein à l'implantation des interventions dans ce domaine. Ce constat est d'ailleurs supporté par Garvin et Eyles (2001). Un inventaire mené en Alberta en 2001 a justement révélé que les activités de prévention des cancers de la peau étaient sporadiques et que ce dossier avait un plus faible niveau de priorité que les autres problématiques de santé publique (Cancer Prevention Institute of Canada, 2007)⁶¹. Pour expliquer ce faible niveau de priorité, l'hypothèse peut être avancée que dans les pays situés en haute latitude, les niveaux de rayonnement solaire sont généralement bas et, par conséquent, le potentiel de surexposition moindre. Il est donc possible dans ce contexte que moins de ressources soient allouées à la prévention (OMS, 2003). En contrepartie, les habitants de ces pays plus nordiques constituent une population vulnérable aux rayons UV puisqu'ils présentent souvent un teint clair et qu'ils ont tendance à s'exposer de manière intermittente dans les pays plus chauds en hiver. L'utilisation des appareils de bronzage en hiver peut également être considérée comme une alternative au bronzage à l'extérieur. D'après une recension récente portant sur la prévalence d'utilisation des appareils de bronzage, cette pratique serait très commune aux États-Unis, dans les pays nordiques et dans l'Europe du Nord avec une prévalence plus modeste au Royaume-Uni, au Canada et en Australie (Heckman et Manne, 2011). Les auteurs d'une autre recension, visant à déterminer les variables associées à l'utilisation des appareils de bronzage, indiquent que la prévalence d'utilisation de ces appareils est supérieure dans les latitudes nordiques (Coups et Philips 2012). Ils émettent la comparaison entre le Danemark où la population adulte aurait utilisé les appareils de bronzage dans une proportion de 28,2 %⁶² dans la dernière année (Køster et collab., 2009) comparativement à 1,3 % (Lawler et collab., 2006)⁶³ en Australie dans la dernière année⁶⁴.

Aucun effet pervers ni effet positif de l'intervention n'ont été mentionnés par les répondants canadiens au questionnaire pour les interventions ciblant l'individu. Dans les interventions intégrant plusieurs approches de promotion de la santé, certains répondants mentionnent un effet pervers en lien avec les messages de protection solaire mis de l'avant. Ils insistent sur le fait que ces messages ne doivent pas entrer en contradiction avec les messages de promotion de l'activité physique. Une étude a cherché à valider si les préoccupations liées à la protection solaire ne pouvaient pas justement avoir un impact négatif sur la pratique de

⁶¹ Il est toutefois bien possible que le niveau de priorité associé à cette problématique ait pu changer avec le temps.

⁶² Køster B, Thorgaard C, Clemmensen IH et collab. (2009). Sunbed use in the Danish population in 2007: a cross-sectional study. *Prev Med*; 48(3): 288-90.

⁶³ Lawler SP, Kwaskoff M, DiSipio T et collab. (2006). Solaria use in Queensland, Australia. *Aust NZ J Public Health*; 30(5): 479-82.

⁶⁴ D'autres facteurs entrent toutefois en ligne de compte pour expliquer ces divergences, mais ne seront pas spécifiés ici.

l'activité physique à l'extérieur. Cette étude, menée auprès d'une population adulte âgée de 20 à 65 ans, a montré que les femmes qui étaient modérément ou hautement préoccupées par la protection solaire s'exposaient 30 minutes de moins que celles qui n'étaient pas préoccupées par la question (Lawler et collab., 2007a). Cette différence, bien que significative d'un point de vue statistique, n'a pas réellement d'impact en termes de prévention. De telles données chez les jeunes n'ont pas été répertoriées. Au Québec, en raison des collaborations tissées entre la santé publique et le milieu de l'éducation, la promotion de l'activité physique occupe une grande place. À cet effet, il existe un Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir qui a été publié par le MSSS en 2006 (MSSS, 2006). Il est donc souhaitable qu'une cohabitation harmonieuse se crée entre la protection solaire et l'activité physique⁶⁵. Cette cohabitation passe beaucoup par la teneur des messages de protection solaire qui sont diffusés (Weinstock, 2008), à savoir qu'ils ne découragent ou n'effraient pas les jeunes de profiter du soleil, mais plutôt qu'ils démontrent que l'activité physique combinée à quelques mesures de protection solaire simples est possible. Finalement, parmi les effets collatéraux soulevés dans le cadre des interventions implantées à l'échelle canadienne, le fait de rejoindre des clientèles non ciblées au départ est un constat partagé avec le Québec. Il est aussi soulevé que certaines interventions permettent de faire connaître le rôle de la santé publique dans ce dossier et de susciter une attention médiatique.

4.2.3 Interventions internationales issues de la littérature scientifique

La soixantaine de publications scientifiques révisées montre un éventail considérable d'interventions développées en vue de prévenir les cancers de la peau à travers le monde. Bien que ces interventions aient été implantées dans d'autres contextes environnementaux, sociaux et politiques, elles contribuent grandement à la réflexion entourant la mise en place d'une stratégie de prévention des cancers de la peau au Québec.

Exhaustivité des renseignements transmis

En général, dans les publications scientifiques codifiées, la plupart des critères d'analyse ont été répondus à plus de 50 %. Le niveau socio-économique de la population cible est encore peu mentionné dans ces articles (24,6 %), quoique plus élevé que dans les interventions québécoises et canadiennes. La façon d'accéder au matériel a été décrite dans 47,5 % des publications, mais les auteurs peuvent généralement être rejoints par courriel afin d'obtenir le matériel et des précisions sur leurs interventions. La continuité de l'intervention a été rapportée dans 38,3 % des cas, ce qui est très faible comparativement aux interventions québécoises et canadiennes. Une différence importante est le recours à des théories comportementales dans le développement des interventions. Les interventions répertoriées dans la littérature internationale se basent à 82 % sur des données théoriques ou conceptuelles comparativement à 25 % au Québec et 14 % dans les autres provinces canadiennes. Ce constat apparaît logique puisque les interventions publiées dans les revues scientifiques avec processus de révision par les pairs se doivent d'élaborer sur la méthodologie utilisée en appui à la création de leurs interventions.

⁶⁵ Certains auteurs suggèrent que ces deux problématiques soient abordées conjointement (Lawler et collab., 2007b).

Caractéristiques générales des interventions internationales

Milieus d'intervention, clientèles ciblées et intermédiaires

Le milieu scolaire primaire et le milieu familial sont les milieux qui ont été les plus souvent favorisés dans la présente analyse de la littérature scientifique, et ce, autant de manière isolée (26,8 % et 19,5 % respectivement) que dans les interventions communautaires (71,4 % et 76,2 % respectivement). Quoique représentant une faible proportion des interventions isolées, les services de garde à l'enfance, le milieu préscolaire et les milieux récréotouristiques étaient bien représentés dans les interventions communautaires.

Les enfants de 6 à 12 ans constituent la clientèle la plus représentée dans les interventions (56,7 %). Les nouveau-nés (par l'intermédiaire des parents) sont quant à eux faiblement représentés (8,3 %) dans les interventions répertoriées. Finalement, plusieurs interventions ont ciblé la clientèle adolescente. Dans les interventions n'ayant ciblé qu'un seul milieu, le milieu secondaire et le regroupement (milieu collégial/universitaire) ont été ciblés tous les deux dans 14,6 % des interventions. Dans les interventions communautaires, le milieu secondaire a été jumelé à d'autres milieux soit, aux écoles primaires et au milieu familial dans l'un des cas (Redding et collab., 1996)⁶⁶, et au milieu familial seulement, dans l'autre cas (Hughes et collab., 1993). Il faut savoir que la clientèle adolescente a aussi été rejointe dans certains milieux récréotouristiques (Pagoto et collab., 2003; Glanz et collab., 2002; 2001) notamment parce que cette clientèle occupait un emploi à l'extérieur. Une seule intervention ciblait uniquement le milieu de travail (Novick, 1997), ce qui en fait une avenue à explorer en termes de recherche.

Selon une revue systématique portant sur les stratégies d'intervention à privilégier en prévention des cancers de la peau, le milieu primaire et les milieux récréotouristiques ont été reconnus comme étant des sites efficaces pour promouvoir certaines mesures de protection, dont le port de couvre-chef et de vêtements (Saraiya et collab., 2004a). Cela dit, les autres milieux d'intervention qui n'ont pas été recommandés dans le cadre de cette revue, faute d'une démonstration évidente de l'efficacité qui aurait été appuyée par plusieurs études, ne doivent pas pour autant être exclus des cibles potentielles d'action.

Durée des interventions

Les interventions de courte durée, soit d'une journée à moins d'un mois, ont été privilégiées dans plus de la moitié des cas (53,3 %) en comparaison avec les interventions québécoises (77,8 %). Des interventions longues sont souvent citées comme des barrières à l'implantation des interventions. En milieu scolaire, la demande d'interventions courtes peut grandement être influencée par des contraintes logistiques, dont l'horaire chargé des professeurs (Geller et collab., 2003; Hewitt et collab., 2001). Par ailleurs, selon certains auteurs, la durée des interventions éducatives en prévention des cancers de la peau serait associée à la durée des résultats obtenus⁶⁷.

⁶⁶ Dans cette intervention, les jeunes de niveau secondaire étaient formés pour sensibiliser les jeunes de niveau primaire.

⁶⁷ Peters et Paulussen, 1997 cité par Hewitt et collab., 2001.

Approches en promotion de la santé

Acquisition d'aptitudes individuelles

Dans le cadre des interventions répertoriées à l'échelle internationale, l'acquisition d'aptitudes individuelles est de loin l'approche la plus adoptée (98,3 % des interventions internationales). Dans 65 % de ces interventions, elle constitue l'unique approche employée. L'approche d'acquisition d'aptitudes individuelles a été combinée à la création d'environnements favorables dans 20 % des interventions (AB), à l'adoption de politiques favorables à la santé dans 3,33 % des interventions (AC) et aux 2 autres approches simultanément (ABC), dans 10 % des cas. Une seule intervention n'a pas du tout privilégié cette approche.

L'acquisition d'aptitudes individuelles est essentielle à un processus de changement de comportement et est d'autant plus efficace lorsqu'elle est planifiée selon certaines conditions appropriées de mise en œuvre [...] dont des bases théoriques reconnues (Godin, 2004 *dans* O'Neill et collab., 2004). À noter que 50 des 60 publications analysées (82 %) se sont appuyées sur des bases théoriques lors de la création de leurs interventions.

Les objectifs poursuivis par cette approche sont notamment de modifier les connaissances, de réduire les attitudes favorables au bronzage, d'augmenter l'intention de modifier les comportements de protection et d'exposition et, bien sûr, d'agir sur ces comportements. D'autres déterminants du comportement tels que l'efficacité personnelle, la vulnérabilité perçue, les croyances, les barrières à l'utilisation des moyens de protection, les coûts psychologiques, la perception de la sévérité et plusieurs autres facteurs, selon les modèles conceptuels choisis, sont également mis de l'avant dans les diverses interventions, notamment chez les adolescents. Parmi ces déterminants du comportement, Johnson et ses collaborateurs suggèrent, dans leurs lignes directrices pour l'intervention auprès des adolescents, d'insister sur le concept d'efficacité personnelle en montrant comment les mesures de protection peuvent s'intégrer au mode de vie et à la mode (Johnson et collab., 2009).

Dans certaines interventions, le public cible est rejoint de manière indirecte puisque des intermédiaires (ex. : parents, éducatrices en services de garde, etc.) sont d'abord sensibilisés et agissent par la suite auprès de la clientèle cible. Les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants en bas âge sont des groupes de la population dont la protection solaire est grandement tributaire du souci des parents, des éducateurs en service de garde et des autres personnes qui en ont la charge. Les parents ont aussi un rôle déterminant dans la prévention des enfants en très bas âge puisqu'ils contrôlent les ressources en ce qui a trait à la protection solaire (ex. : achat et application de crème solaire, achat et habillement avec les vêtements protecteurs) (Buller et collab., 1997). Une seule campagne médiatique était de qualité méthodologique suffisante (Smith et collab., 2002). Après trois années de campagne, des augmentations significatives des comportements autorapportés par les parents pour protéger leurs enfants ont été notées. Ces augmentations ont été observées au niveau de l'utilisation de la crème solaire, de l'utilisation de l'ombre et du port de vêtements protecteurs. Toutefois, entre les campagnes, ces comportements étaient similaires au niveau de départ et même en deçà. Les connaissances, déjà élevées au début de la première année de campagne, ont montré peu d'amélioration.

Une analyse plus fine des barrières et des facteurs de succès selon l'approche de promotion de la santé était possible pour les interventions internationales, compte tenu du nombre et de la diversité des interventions recueillies. Il faut souligner d'entrée de jeu que le temps et le manque de ressources humaines et financières ont une fois de plus été abondamment soulignés par les auteurs comme des barrières pour plusieurs milieux d'intervention. De nouveaux facteurs de succès ont été cités dans les publications internationales. Par exemple, considérant les exigences multiples qui caractérisent le milieu scolaire (horaire chargé des enseignants, programmes obligatoires, etc.), des interventions clé en main, brèves et qui impliqueraient minimalement les enseignants seraient sans doute à privilégier. Toujours en milieu scolaire, l'effort initial pour l'implantation de l'intervention et le manque de volonté de l'école ont également été relevés comme étant des barrières. Rien de particulier n'a été souligné pour les autres milieux d'intervention.

Création d'environnements favorables à la santé

Aucune des interventions répertoriées n'avait pour unique objectif la création d'environnements favorables. Lorsque celle-ci était préconisée, elle se découpait principalement en deux thèmes dans les interventions répertoriées : la modification de l'environnement physique et la modification de l'environnement social. Un environnement physique favorable impliquait souvent la disponibilité de crème solaire ou de structures temporaires procurant de l'ombre sur les sites d'exposition (Pagoto et collab., 2003; Glanz et collab., 2002; Glanz et collab., 2001). Une étude récente a montré qu'une plus grande utilisation des espaces ombragés par les adolescents était liée à leur disponibilité (Dobbinson et collab., 2009). L'aménagement d'espaces ombragés est une mesure passive qui n'a pas d'incidence sur l'image que les adolescents souhaitent préserver vis-à-vis leurs pairs. À l'inverse, des mesures de protection individuelles telles que le port de chapeau peuvent ne pas être vues comme des accessoires à la mode; ces barrières sociales à l'application de mesures de protection seraient caractéristiques des jeunes de 8 à 20 ans selon une recension récente d'études qualitatives (Lorenc et collab., 2010). Dans une autre intervention, le prix des mesures de protection personnelles disponibles sur un site récréatif était réduit de façon à les rendre plus accessibles économiquement (Mayer et collab., 1997). Au niveau de l'environnement social, quelques interventions insistaient sur le rôle que les jeunes peuvent jouer auprès de clientèles plus jeunes en donnant l'exemple quant aux comportements sécuritaires à adopter lorsqu'ils sont au soleil, notamment dans les milieux de travail (Gritz et collab., 2005; Pagoto et collab., 2003; Glanz et collab., 2001). La seule barrière, énoncée dans une intervention multistratégique, évoque les coûts et le vandalisme anticipés lors de l'ajout de structures d'ombre dans un milieu d'intervention donné (Giles-Corti et collab., 2004).

Adoption de politiques favorables à la santé

Selon les articles consultés, les politiques favorables à la santé spécifiques à la problématique du rayonnement UV, prennent surtout naissance dans les écoles primaires, les services de garde à l'enfance et dans les milieux récréotouristiques. Des politiques dans les écoles secondaires ont aussi été répertoriées (Schofield et collab., 1997). Les actions portant sur l'adoption d'une politique interne (ex. : politique de protection solaire à l'école) s'accompagnent souvent des deux autres approches de promotion de la santé. On retrouve donc à l'intérieur de la politique à la fois des stratégies visant à apporter des changements

individuels (ex. : sensibilisation du personnel enseignant) de même que des changements à l'environnement comme par exemple, l'obligation de planter des arbres dans la cour d'école.

Plusieurs barrières liées à l'implantation de politiques de protection solaire ont été soulignées dans le milieu scolaire secondaire soit le temps considérable qui doit être dévolu au développement d'une politique, le manque de support du personnel et la croyance que les étudiants ne coopéreront pas. La pertinence de ce type d'action peut aussi être remise en doute (Schofield et collab., 1997). Le support continu des étudiants, des parents et du personnel enseignant a justement été souligné comme étant un facteur facilitant l'adoption d'une politique en milieu scolaire (Giles-Corti et collab., 2004). Une étude suédoise récente portant sur les facteurs pouvant influencer l'adoption d'une politique de protection solaire en services de garde indique que l'adoption d'une politique peut dépendre de la priorité accordée par le directeur de l'établissement, de l'attitude envers les responsabilités parentales et de l'attention médiatique accordée à cette problématique (Rezai et collab., 2011). Telles que le proposent certaines politiques de protection solaire, les activités destinées aux jeunes ne peuvent pas toujours être réorganisées en dehors des périodes de forte intensité de rayonnement UV (Lorenc et collab., 2012).

Le programme SunSmart australien, dont les composantes sont relatées dans certaines interventions exemplaires (English et collab., 2005; Giles-Corti et collab., 2004; Schofield et collab., 1997), est l'un des meilleurs exemples pour illustrer l'usage simultané des 3 approches de promotion de la santé précédemment discutées. Ce programme comprend des initiatives qui agissent tant au niveau individuel, environnemental que politique. Le programme SunSmart et sa campagne de sensibilisation Slip! Slop! Slap! créée dans les années 1980 par le Cancer Council of Victoria ont permis de réduire de 60 % les coups de soleil dans l'État de Victoria sur une période de 10 ans (Montague, 2001) et d'y stabiliser pour la première fois les taux de mélanome (The Cancer Council of Victoria, 2004)⁶⁸. L'article de Montague et de ses collaborateurs (2001) constitue un document de référence à consulter pour mieux saisir la rationnelle ayant soutenu les actions de prévention des cancers de la peau en Australie. Deux constats fondamentaux caractérisent le succès du programme SunSmart et de la campagne Slip! Slop! Slap! : l'intégration vitale entre la recherche et l'évaluation d'une part, et la constance et la pérennité, d'autre part.

État de la recherche scientifique en prévention des cancers de la peau

Une comparaison sommaire des interventions recensées dans le présent rapport de 1990-2005 et des interventions plus récentes (2006-2012)⁶⁹ permet d'émettre certains constats sur la recherche scientifique en prévention des cancers de la peau réalisée au niveau international :

- 1) Les interventions répertoriées de 1990-2005 proviennent principalement de l'Australie et des États-Unis. Ces deux pays sont toujours très actifs quant à la publication d'interventions dans ce domaine. Certaines de ces interventions sont toujours en cours et des améliorations sont apportées au fil des évaluations.

⁶⁸ L'intensité des efforts investis en prévention des cancers de la peau n'est pas étrangère au fait que l'Australie enregistre les taux d'incidence du cancer de la peau les plus élevés au monde avec la Nouvelle-Zélande.

⁶⁹ La liste des publications retenues suite à une lecture du résumé est disponible à l'annexe 13.

- 2) Déjà plusieurs interventions étaient centrées sur l'apparence plutôt que sur les risques à la santé lors de la première période de recension (Malher et collab., 2005; Gibbons et collab., 2005; Pagoto et collab., 2003; Hillhouse et Turrisi, 2002; McClendon et Prentice-Dunn, 2001; Novick, 1997; Jones et Leary, 1994). Ce champ de la recherche est demeuré bien actif par la suite (Hillhouse et collab., 2010; Stapleton et collab., 2010; Cox et collab., 2009⁷⁰; Hillhouse et collab., 2008; Turrisi et collab., 2008; Mahler et collab., 2008; Olson et collab., 2008; Mahler et collab., 2007; Jackson et Aiken, 2006; Malher et collab., 2006). En général, ces interventions s'adressent à des femmes de niveau collégial et universitaire et rarement aux jeunes filles du milieu secondaire. Deux revues systématiques de littérature récentes se sont penchées sur ce type d'intervention (Turrisi et collab., 2012; Dodd et Forshaw, 2010) et l'une d'entre elles, portait spécifiquement sur le potentiel de ces interventions à réduire l'utilisation des appareils de bronzage artificiel (Turrisi et collab., 2012)⁷¹.
- 3) Les interventions dans le milieu scolaire et principalement, dans le milieu primaire, constituent encore un champ de recherche important. Plusieurs publications sont le prolongement d'interventions américaines et australiennes existantes telles que Sunny days, Healthy Ways (Buller et collab., 2008; Buller et collab., 2006a; Buller et collab., 2006b), SunSafe (Olson et collab., 2007), Kidskin (Milne et collab., 2006) alors que de nouvelles interventions ont vu le jour notamment en Italie (Naldi et collab., 2007), en Espagne (Gilaberte et collab., 2008), en France (Quéreux et collab., 2009) et aux États-Unis (Hunter et collab., 2010; Roetzheim et collab., 2011).
- 4) Peu d'interventions ont été repérées dans les milieux de travail lors de la mise à jour de 2006-2012. Cela correspond aux constats découlant de l'analyse des interventions pour la période de 1990-2005.
- 5) Une récente revue a porté sur l'efficacité de l'Indice UV (Italia et Rehfuss, 2012). Les conclusions générales de cette revue sont à l'effet que l'Indice UV, sous sa forme actuelle, n'a pas eu d'impact sur l'amélioration des pratiques de protection solaire et la réduction de l'exposition solaire dans la population générale. Plusieurs nouvelles pistes d'action y sont cependant suggérées.
- 6) Une intervention récente a ciblé les jeunes de 16 à 29 ans par l'envoi de « short message service » ou SMS à partir de téléphones cellulaires. Les messages de sensibilisation portaient sur 2 problématiques : les pratiques sexuelles sécuritaires et la protection solaire (Gold et collab., 2011). Avec l'explosion des nouvelles technologies, un intérêt particulier devrait être consacré à ce type d'intervention, notamment pour rejoindre plus facilement les adolescents.
- 7) Au même titre que les interventions de Buller et collab. (2000) portant sur le ton des messages de sensibilisation, de nouvelles publications ont exploré ce champ de connaissances, que ce soit à l'égard des images utilisées dans les interventions, des arguments employés, etc. (Boer et collab., 2006; Good et Abraham, 2011; Lemal et Van den Bulck, 2010).

⁷⁰ Cette intervention a été identifiée à partir de la revue de Turrisi et collab., 2012.

⁷¹ À noter que les auteurs de cette revue systématique sont également les auteurs des publications révisées.

4.3 DÉVELOPPEMENT D'UNE STRATÉGIE PROVINCIALE DE PRÉVENTION DES CANCERS DE LA PEAU : CONSTATS ET ENJEUX SOULEVÉS

L'analyse des interventions répertoriées au Québec, au Canada et à l'échelle internationale ont révélé certaines constantes dans les pratiques de prévention des cancers de la peau et fait ressortir des enjeux importants⁷². Les tableaux 26 à 29 mettent en parallèle les constats québécois et les enjeux qu'ils soulèvent. Rappelons que ces constats découlent de l'analyse des interventions mises en place au Québec entre 1990 et 2005 (voir section 3.2.1). Ces tableaux ont été validés par les responsables du dossier rayonnement UV, au MSSS, et par les professionnels de santé environnementale⁷³ des directions de santé publique.

Les constats ont été regroupés autour des 4 thématiques suivantes :

- 1) Prévention des cancers de la peau au Québec : modes d'organisation (tableau 26).
- 2) Paramètres à considérer lors du développement des interventions (tableau 27).
- 3) Types d'interventions et thématiques abordées (tableau 28).
- 4) Paramètres à considérer lors de l'implantation des interventions (tableau 29).

⁷² L'évolution du dossier du rayonnement UV au Québec et ailleurs dans le monde, pendant la rédaction de ce rapport, a aussi contribué à la réflexion proposée dans cette section.

⁷³ Rencontre de validation avec la TNCSE le 3 février 2012.

Tableau 26 Prévention des cancers de la peau au Québec : modes d'organisation

N°	Constats	Enjeux soulevés ^A
1	L'action de prévention des cancers de la peau n'était pas structurée au niveau provincial pour la période de recension (1990-2005).	• Les ressources financières et humaines investies : 1) dans le développement d'interventions et 2) dans l'implantation de ces interventions, ne sont pas partagées entre les directions de santé publique qui mettent en place des interventions de manière isolée. • Confusion possible au niveau des messages de prévention véhiculés entre les régions et à l'intérieur d'une même région par les divers partenaires (dont certains sont externes au réseau de santé publique).
2	Les interventions en prévention des cancers de la peau naissent généralement de partenariats entre diverses organisations.	• Les partenariats permettent de répartir la charge de travail entre plusieurs organisations. • La constitution de partenariats intersectoriels offre des leviers supplémentaires pour agir dans les milieux d'exposition au rayonnement UV et permet d'adapter l'intervention à la réalité de ces milieux.
3	Le développement d'interventions est généralement confié à des médecins spécialistes en santé communautaire et à des agents de recherche issus du domaine de l'environnement ou de la santé environnementale.	• La promotion de la santé et les stratégies de changement de comportement et de marketing social ne sont pas nécessairement des compétences approfondies dans ce secteur d'activités de la santé publique.
4	Les interventions sont, dans une grande proportion, de courte durée (ex. : envoi d'un dépliant, activités de quelques heures ou de quelques jours répartis sur une année).	• La durée des interventions éducatives en prévention des cancers de la peau serait associée à la durée des résultats obtenus selon certains auteurs^B.
5	Les mêmes interventions se répètent, règle générale, d'année en année.	• Des partenariats solides permettent de renouveler une intervention d'une année à l'autre. • Dans certains milieux (ex. : milieux récréotouristiques), les clientèles se renouvèlent d'une année à l'autre. La récurrence d'une intervention reconnue efficace dans ces milieux est donc pertinente. • En contrepartie, une stratégie récurrente dans d'autres milieux (ex. : un outil de sensibilisation réutilisé du 1^{er} au 5^e secondaire à l'école) peut occasionner une perte d'intérêt pour les clientèles visées.
6	Peu d'interventions ont fait l'objet d'une évaluation.	• Méconnaissance de l'efficacité des interventions implantées^C. • Possibilité d'investir du temps et d'argent dans des interventions qui n'ont pas d'impact sur la population visée.

^A Les enjeux soulevés peuvent avoir une valeur positive ou négative.

^B Peters et Paulussen, 1997, cité par Hewitt et collab., 2001, Glanz et Mayer, 2005.

^C Goodman, 1998, cité par Pettman et collab., 2012.

Tableau 27 Paramètres à considérer lors du développement des interventions

N°	Constats	Enjeux soulevés
7	Faible utilisation de théories comportementales pour soutenir le développement d'interventions.	- L'exposition au rayonnement UV de même que la protection contre ce rayonnement sont des comportements complexes^A. - Il y a un risque de ne pas agir sur les réels déterminants du comportement de la population ciblée. - Il est nécessaire de documenter, au Québec, les connaissances, les attitudes, les comportements, les barrières, facteurs facilitants, etc. face aux rayons UV.
8	L'adaptation, notamment des outils de sensibilisation et des messages promus, est citée comme étant un facteur de succès d'une intervention.	- Incompréhension et non-applicabilité des messages promus selon le sexe, l'âge, les croyances religieuses, le contexte^B (ex. : sport versus emploi extérieur versus jardinage), etc. - Des différences liées à l'âge et au sexe, surtout à partir de l'adolescence en allant vers l'âge adulte^C, sont observées notamment pour les types de mesures de protection solaire adoptées et la durée d'exposition.
9	Le choix du moyen de diffusion de l'information guide souvent l'intervention mise de l'avant ^D .	- Le développement d'une intervention est un processus qui doit suivre plusieurs étapes dans un ordre logique. - L'outil disponible à un temps donné n'est pas nécessairement celui qui est le plus approprié pour répondre aux objectifs visés.
10	Certains milieux tels que les écoles secondaires, le milieu collégial et les milieux aquatiques (piscines et plages) ne sont pas visés par les interventions québécoises.	- La clientèle qui fréquente ces milieux adopte des comportements à risque à l'égard du rayonnement UV comparativement à d'autres groupes d'âge et a moins tendance à faire usage des mesures de protection. - Possibilité de cibler spécifiquement les adolescents et de développer des interventions adaptées à leur réalité. - Les milieux aquatiques offrent la possibilité de rejoindre les travailleurs étudiants et les familles.
11	Le niveau socio-économique de même que l'origine ethnique ne sont que très rarement pris en compte dans le développement des interventions.	- Création d'inégalités sociales de santé lorsque les mesures de protection individuelles suggérées sont peu accessibles financièrement. - Dans des milieux où se côtoient des enfants de plusieurs origines ethniques (ex. : Montréal), les interventions doivent être adaptées aux croyances et aux habitudes de protection solaire de ces communautés ethniques notamment en raison de la couleur de leur peau^E.
12	Les interventions ont lieu vers la fin du printemps et en été.	La population dans certaines périodes critiques de l'année (ex. : automne, hiver) n'est pas sensibilisée à la protection face au rayonnement UV. Par ailleurs, 1) la pratique du bronzage artificiel est prisée en automne et en hiver puisque la capacité de se faire bronzer à l'extérieur est limitée et 2) plusieurs personnes s'exposent de façon intense dans les climats tropicaux pendant l'hiver.

^A Hillhouse et Turrise, 2005.

^B Voir les travaux de Weber et collab., 2007, sur l'acceptabilité des mesures de protection en milieu de travail.

^C Stanton et collab., 2004, Paul et collab., 2008.

^D Ce constat découle de l'information recueillie concernant le dépliant ministériel « Danger! Le bronzage peut avoir votre peau! ».

^E Dans la littérature scientifique analysée, aucune intervention ne s'est montrée particulièrement sensible à cet aspect.

Tableau 28 Types d'interventions et thématiques abordées

N°	Constats	Enjeux soulevés
13	La principale stratégie d'intervention déployée par les directions de santé publique est la distribution du dépliant « Danger! Le bronzage peut avoir votre peau! » à une large variété de milieux d'intervention et de clientèles ^A .	- Cet outil de sensibilisation s'adresse à la population générale et non à une clientèle particulière^B. - Ce dépliant n'a pas fait l'objet d'une évaluation auprès des clientèles qui l'ont reçu^C.
14	Les interventions sont axées uniquement sur l'acquisition d'aptitudes individuelles et non sur la création d'environnements favorables ou l'adoption de politiques favorables à la santé.	- Les interventions mises en place au Québec en prévention des cancers de la peau n'étaient pas basées sur des approches globales en promotion de la santé^D. - L'individu, à qui l'on demande d'adopter des comportements sécuritaires à l'égard du rayonnement UV, ne se trouve pas toujours dans un environnement « supportant » par des mesures environnementales ou réglementaires. Par exemple, il n'est pas possible de « rechercher l'ombre » autour d'une piscine qui ne dispose pas d'espaces ombragés.
15	Les stratégies d'intervention sont axées majoritairement sur l'amélioration des connaissances.	Il n'est pas adéquat de présumer qu'une population qui connaît les risques et les façons de les prévenir adoptera nécessairement les comportements en question^E.
16	Le contenu abordé dans le cadre des interventions porte essentiellement sur les mesures de protection individuelles et les facteurs de risque associés à l'exposition au rayonnement UV.	Axer une intervention uniquement sur les comportements que l'individu peut adopter un caractère moralisateur.

^A Ce constat a été confirmé également de manière verbale par les répondants régionaux.

^B Cette approche « one-size-fits-all » ne peut pas prendre en compte les fins détails qui varient d'une personne à l'autre et affectent de manière particulière les décisions relatives à la santé et les comportements d'un individu (traduction libre de Kreuter et collab., 1999).

^C Le contenu scientifique du dépliant a été mis à jour en 2008.

^D La littérature scientifique en promotion de la santé prône la mise en œuvre simultanée de plusieurs approches telles que l'acquisition d'aptitudes individuelles, la création d'environnements favorables et l'adoption de politiques favorables à la santé (Dadlani et Orlow, 2008; Lalonde et Henneman, 2004); on parlera alors d'interventions à composantes multiples.

^E Breinbauer et Maddaleno, 2005; Buller et collab., 1997.

Tableau 28 Types d'interventions et thématiques abordées (suite)

N°	Constats	Enjeux soulevés
17	Aucune intervention n'aborde, de manière centrale, le concept du photovieillissement.	La menace liée à la possibilité de développer un cancer de la peau dans le futur est un facteur qui pourrait avoir peu d'influence sur la décision de s'exposer au rayonnement UV comparativement à la possibilité d'améliorer à court terme son apparence avec le bronzage^F. Ce phénomène est particulièrement caractéristique des adolescents qui croient que le cancer est un problème rencontré chez les personnes plus âgées^G.
18	Peu d'interventions portent spécifiquement sur le bronzage artificiel.	La pratique du bronzage artificiel et l'exposition au soleil ne peuvent être fondées en un seul et même comportement. Le contexte et les motivations à adopter ces comportements diffèrent.
19	Les concepts liés à la vitamine D sont peu intégrés aux messages de prévention véhiculés.	- Confusion dans les messages véhiculés à l'égard de la vitamine D en lien avec l'exposition et la protection solaire^H. - La population doit disposer des connaissances sur les bénéfices et les risques associés à l'exposition au rayonnement UV pour définir le comportement à adopter.

^F Malher et collab., 2005; Feldman et collab., 2001.

^G Lorenc et collab., 2012.

^H McLeod et collab., 2011.

Tableau 29 Paramètres à considérer lors de l'implantation des interventions

N°	Constats	Enjeux soulevés
20	Les contacts avec les partenaires terrain en vue de l'implantation des interventions sont rarement effectués de vive voix (ex. : envoi de matériel par la poste ^A).	• L'intervention peut ne pas avoir lieu, même si les partenaires ont reçu le matériel nécessaire afin de la mettre en place. • Les valeurs et les contraintes du milieu d'intervention ne sont pas nécessairement connues des initiateurs du projet.
21	Certains milieux tels que les écoles, sont très sollicités par le réseau de la santé publique pour la mise en place de programmes reliés à des problématiques de santé (ex. : obésité, tabagisme, MTS).	• Dans certains milieux, reconnus comme étant des sites importants d'exposition au rayonnement UV chez les jeunes, la prévention des cancers de la peau n'est pas nécessairement considérée comme une priorité. • La capacité d'implanter des activités de prévention des cancers de la peau est parfois limitée puisque plusieurs problématiques entrent en compétition pour les ressources financières et le temps disponible^B.
22	Les deux barrières les plus souvent rapportées lors de l'implantation des interventions sont le manque de temps et de ressources financières.	• La faible taille des équipes de santé environnementale régionales peut jouer sur la capacité de mettre en œuvre des interventions en prévention des cancers de la peau qui demandent un grand investissement de temps. • Le manque de ressources financières peut limiter l'ampleur des efforts consacrés au développement du contenu d'une intervention, restreindre de son déploiement sur le territoire québécois et empêcher sa pérennité.

^A L'envoi de matériel par la poste seulement est couramment effectué par les agences de santé pour la diffusion de matériel dans les écoles et à d'autres groupes (Giles-Corti et collab., 2004).

^B Geller et collab., 2008

CONCLUSION

La prévention des cancers de la peau chez les jeunes de 0 à 18 ans figure parmi les priorités du Programme national de santé publique du Québec (MSSS, 2008). L'objectif de ce programme, relativement au rayonnement UV, se décline de la façon suivante :

« Promouvoir des moyens efficaces afin de protéger les jeunes de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets par des activités de sensibilisation auprès de la population et des intervenants, en collaboration avec les partenaires » (MSSS, 2008).

Beaucoup d'efforts ont été investis en termes de sensibilisation au Québec depuis les années 90. Toutefois, il appert que les stratégies mises de l'avant pour améliorer les pratiques de protection solaire et éviter une surexposition chez les jeunes pourraient être révisées et même, dans certains cas, complètement renouvelées. Des interventions très diversifiées découlent des publications scientifiques répertoriées et des questionnaires transmis par les répondants québécois et canadiens. Tel qu'évoqué précédemment, l'analyse de ces interventions ne permet pas cependant de dégager les facteurs précis contribuant à l'efficacité des interventions en prévention des cancers de la peau. Par ailleurs, la valeur scientifique de ces interventions a été jugée comme étant largement suffisante pour orienter les actions de prévention des cancers de la peau au Québec. Cette analyse a mis au jour plusieurs préoccupations regroupées ici en quatre thèmes. Ces préoccupations devraient guider l'adoption d'un plan d'action provincial dans ce domaine.

Structurer les actions en prévention des cancers de la peau au Québec

Le maintien d'un mécanisme intersectoriel visant à coordonner les actions de prévention au niveau provincial apparaît comme un élément structurant à considérer. Ce mécanisme permettrait de supporter les directions de santé publique et le MSSS dans leur mandat de prévention et verrait à assurer une cohérence et une concertation dans les actions mises de l'avant. Considérant le manque de ressources tant financières qu'humaines pour bien répondre à cette problématique au Québec, les divers partenaires associés à cette démarche pourraient contribuer au développement de programmes provinciaux de type clé en main. Des professionnels impliqués en promotion de la santé et ayant une expertise dans les stratégies de changements de comportements devraient être consultés à des étapes charnières du développement de ces interventions. Ces professionnels pourraient transférer leurs connaissances aux responsables du dossier UV dans les diverses organisations (réseau de santé publique et partenaires intersectoriels). Sachant que des ressources et des outils d'intervention existent déjà, ces derniers devraient circuler davantage entre les diverses organisations concernées par cette problématique. Finalement, il est capital de développer une culture de la mesure et de l'évaluation des interventions pour lesquelles une pérennité dans le temps est souhaitée.

Développement d'interventions

Dans le développement de futures interventions en lien avec la problématique du rayonnement UV, une démarche structurée de planification devrait être adoptée. L'établissement d'objectifs clairs et spécifiques, de même qu'une analyse du contexte d'intervention et du public cible, seraient des éléments minimaux à considérer. Recourir à

des sondages pour connaître les habitudes d'exposition et de protection face au rayonnement UV et les déterminants de ces comportements, si cela est possible pour le Québec, peut servir à définir les objectifs prioritaires d'intervention. Les caractéristiques socio-économiques et l'origine ethnique des clientèles visées constituent également des points importants d'une analyse de la population visée par l'intervention.

Pour la mise en place d'interventions dans des milieux particuliers et auprès de leurs clientèles spécifiques, le présent rapport offre une série d'interventions exemplaires ayant fait la démonstration de leur efficacité. Au Québec, des interventions sur les plages devraient être développées compte tenu de leur potentiel à rejoindre les familles et les adolescents qui s'exposent au rayonnement UV. D'autres milieux, comme les milieux secondaire et collégial, devraient également être ciblés de manière à réduire l'utilisation des appareils de bronzage et l'exposition intentionnelle au rayonnement UV à l'extérieur. Finalement, il serait bien de s'assurer que les interventions mises en place couvrent les périodes-clés de l'exposition au rayonnement UV, qu'il soit d'origine naturelle ou artificielle (ex. : vacances d'été, vacances dans le sud pendant la période des fêtes, semaine de relâche, bal de finissants, etc.).

Types d'interventions, contenus et messages à véhiculer

Les activités de sensibilisation déjà en cours au Québec devraient être bonifiées en ayant recours à d'autres approches de promotion de la santé telles que la création d'environnements favorables et l'adoption de politiques favorables à la santé. Elles devraient aussi prendre en considération les facteurs liés aux inégalités sociales de santé, notamment en ce qui a trait aux mesures de protection solaire recommandées (ex. : la création d'aires ombragées dans les endroits publics est moins coûteuse pour l'individu que l'achat de crème solaire). L'acceptabilité sociale de ces mesures devrait aussi être documentée.

Puisque la sensibilisation constitue une large part des activités de prévention, il est important de transmettre des connaissances à la population sur les mesures de protection individuelles et les facteurs de risque, mais aussi d'agir sur d'autres paramètres qui influencent le comportement (ex. : efficacité personnelle, barrières à l'utilisation des mesures de protection). Chez les adolescents, les effets néfastes du rayonnement UV sur la peau, en particulier le photovieillissement, semblent être une avenue d'intervention prometteuse. Des messages sur la vitamine D devraient également être élaborés pour éviter la confusion dans les messages de prévention véhiculés à la population.

Finalement, bien que certains outils puissent agir à des fins de sensibilisation de la population générale, il est important de prévoir le développement d'interventions et d'outils qui s'adressent à des clientèles et des contextes spécifiques.

Implantation des interventions

Les organisations partenaires ciblées dans les milieux d'intervention visés doivent être impliquées dès le départ en vue de contribuer aux principales étapes conduisant à l'implantation de l'intervention. Des sessions d'information et d'échanges devraient être organisées à cet effet. Afin de susciter l'intérêt des partenaires, il peut être intéressant de proposer des interventions dans une perspective de santé publique plus large en associant la prévention des cancers de la peau à d'autres problématiques connexes telles que les

changements climatiques et les troubles de l'image corporelle. Ainsi, les partenaires, souvent extrêmement sollicités, le sont ici pour un projet intégrateur plutôt que de se voir présenter une série de projets indépendants.

En conclusion, il est souhaité que ce rapport encourage l'adoption d'un plan de travail qui s'inscrit dans un continuum d'interventions structuré qui prend racine dès l'enfance pour se poursuivre durant l'adolescence, et ce, à travers plusieurs milieux d'intervention. Un tel plan d'action devrait tenir compte des limites, mais aussi des opportunités qui s'offrent au Québec. L'information portant sur les barrières et les facteurs de succès liés à l'implantation d'interventions constitue une source de données très pertinente en vue de réunir les conditions gagnantes à l'établissement et à la réussite d'actions porteuses en prévention des cancers de la peau.

RÉFÉRENCES

Cette bibliographie a été subdivisée selon les différentes sections du rapport.

Avant-propos et glossaire

AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY - AAD (2005). Définition du photovieillissement tirée du site Internet : www.aad.org (consulté le 19 mars 2012).

BÉLANGER M (1997). Évaluation des autres options possibles de nature incitative dont l'information et l'éducation du public, 5^e mandat du Comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel, Québec, 41 pages *dans* MSSS (1998). Le bronzage artificiel au Québec - Bilan des connaissances et des recommandations, 83 pages, disponible à l'adresse : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98_209.pdf, (consulté le 8 mars 2010).

LEBEAU A, Vermette G et C Viens (1997). Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec. Direction générale de la planification et de l'évaluation (MSSS), Collection Études et Analyses, 126 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008, disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>, (consulté le 19 février 2009).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, (consulté le 15 mars 2012).

Introduction

ASSOCIATION CANADIENNE DE DERMATOLOGIE - ACD (2012). Prudence au soleil – protéger votre famille. Site Internet accessible à l'adresse : <http://www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/prudence-au-soleil/#!/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/prudence-au-soleil/protoger-votre-famille> (consulté le 16 octobre 2012).

CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2012). Skin cancer prevention. Site Internet accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/prevention.htm (consulté le 16 octobre 2012).

CRANE LA, Marcus AC et DK Pike (1993). Skin cancer prevention in preschools and daycare centers. *The Journal of School Health*; 63(5): 232-3.

GALLAGHER RP, Lee TK, Bajdik CD et M Borugian (2010). Ultraviolet radiation. *Chronic Dis Can*; 29(Suppl 1): 51-68.

- GLASGOW RE, Klesges LM, Dsewaltowski DA, Bull SS et P Estabrooks (2004). The future of health behavior change research: what is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Ann Behav Med*; 27(1): 3-12.
- GLASGOW RE, Lichtenstein E et AC Marcus (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health*; 93(8): 1261-7.
- GRUGER H, Williams D, Chomiak M et L Trenaman (2010). The economic burden of skin cancer in Canada: Current and Projected, Santé Canada, Canadian Partnership Against Cancer, 184 pages.
- HILL D et H Dixon (1999). Promoting sun protection in children: Rationale and challenges. *Health Education & Behavior*; 26(3): 409-17.
- KOH HK, Lew RA, Geller AC, Miller DR et BE Davis (1995). Skin cancer prevention and control *dans* : Greenwald P, Karmar BS, Weed DL, eds. Cancer prevention and control. Marcel Dekker inc., p. 611-40.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008, disponible à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>, (consulté le 19 février 2009).
- NALDI L, Buzzetti R, Cecchi C, Bladwin L, Battistutta D, Benvenuto C et collab. (2004). Educational programmes for skin cancer prevention. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, disponible à l'adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004686/pdf>, (consulté le 19 mars 2012).
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (1991). Summary of the consensus development conference on sunlight, ultraviolet radiation, and the skin (Bethesda, Maryland, May 8-10, 1989). *J Am Acad Dermatol*; 24: 608-12.
- OLDENBURG BF, Sallis JF, French ML et N Owen (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Educ Res*; 14(1): 121-30.
- OMS (2012). Protection solaire. Précautions simples à prendre au soleil. Site Internet accessible à l'adresse : http://www.who.int/uv/sun_protection/fr/ (consulté le 16 octobre 2012).
- SCHULMAN JM et DE Fisher (2009). Indoor ultraviolet tanning and skin cancer: health risks and opportunities (Review). *Curr Opin Oncol*; 21(2): 144-9.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER – SCC (2008). National Sun Survey – Highlights Report, disponible à l'adresse : <http://www.uvnetwork.ca/NationalSunSurveyHighlightsReport20080710.pdf> (consulté le 7 août 2012).

WEINSTOCK MA (2008). The struggle for primary prevention of skin cancer. *Am J Prev Med*; 34(2): 171-2.

Méthodologie

BANERJEE SC, Greene K, Bagdasarov Z et S Campo (2009). "My friends love to tan": examining sensation seeking and the mediating role of association with friends who use tanning beds on tanning bed use intentions. *Health Educ Res*; 24(6): 989-98.

BAUM A ET L Cohen (1998). Successful behavioral interventions to prevent cancer: The example of skin cancer. *Annu Rev Public Health*; 19: 319-33.

BÉLANGER M (1997). Évaluation des autres options possibles de nature incitative dont l'information et l'éducation du public, 5^e mandat du Comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel, Québec, 41 pages *dans* MSSS (1998). Le bronzage artificiel au Québec - Bilan des connaissances et des recommandations, 83 pages, disponible à l'adresse : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98_209.pdf, (consulté le 8 mars 2010).

BRÄNSTRÖM R, Ullén H et Y Brandberg (2004). Attitudes, subjective norms and perception of behavioural control as predictors of sun-related behaviour in Swedish adults. *Prev Med*; 39: 992-9.

BRITISH COLOMBIA MINISTRY OF HEALTH (2000). Sun awareness and skin cancer prevention strategy for British Colombia, 34 pages, ISBN 0-7726-4382-2.

BULLER DB ET R Borland (1999). Skin cancer for children: A critical review. *Health Education & Behavior*; 26(3): 317-43.

BULLER DB ET R Borland (1998). Public education projects in skin cancer prevention: Child care, school, and college-based. *Clin Dermatol*; 16: 447-59.

BULLER MK, Goldberg G et DB Buller (1997). Sun Smart Day: a pilot program for photoprotection education. *Pediatr Dermatol*; 14: 257-63.

BULLER DB, Buller MK, Beach BB et G Ertl (1996). Sunny Days, Healthy Ways: Evaluation of a skin cancer prevention curriculum for elementary school-aged children. *J Am Acad Dermatol*; 35: 911-22.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONAL EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE (2008). An evaluation of interventions designed to reduce ultraviolet radiation exposure, 18 pages, disponible à l'adresse : http://www.ncceh.ca/en/ncceh_reviews/radiation/UV, (consulté le 20 mars 2009).

CHARTERED INSTITUTE OF ENVIRONMENTAL HEALTH (2005). Saving our skins toolkit: Raising Awareness of skin cancer, 51 pages, disponible à l'adresse : http://www.cieh.org/library/Knowledge/Public_health/Skin_cancer/Saving%20our%20Skins%20Toolkit.pdf, (consulté le 5 mars 2010).

COLLINS DC, Kearns RA et H Mitchell (2006). "An integral part of the children's education": placing sun protection in Auckland primary schools. *Health & Place*; 12(4): 436-48.

- CRANE LA, Marcus AC et DK Pike (1993). Skin cancer prevention in preschools and daycare centers. *The Journal of School Health*; 63(5): 232-3.
- DADLANI C et SJ Orlow (2008). Planning for a brighter future: A review of sun protection and barriers to behavioural change in children and adolescents. *Dermatology Online Journal*; 14(9):1, disponible à l'adresse : <http://dermatology.cdlib.org/149/commentaries/sunprotection/dadlani.html>, (consulté le 5 mars 2010).
- FELDMAN SR, Dempse JR, Grummer S, Chen JG et AB Fleischer (2001). Implications of a utility model for ultraviolet exposure behavior. *J Am Acad Dermatol*; 45: 718-22.
- GARSDIE R, Pearson M et T Moxham (2010). What influences the uptake of information to prevent skin cancer? A systematic review and synthesis of qualitative research. *Health Educ Res*; 25(1): 162-82.
- GLANZ K, Buller DB et M Saraiya (2007). Reducing ultraviolet radiation exposure among outdoor workers: State of the evidence and recommendations. *Environ Health*; 6: 22, accessible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1995198/pdf/1476-069X-6-22.pdf> (consulté le 6 août 2012).
- GLANZ K, Halpern AC et M Saraiya (2006). Behavioral and community interventions to prevent skin cancer – What works? *Arch Dermatol*; 142: 356-60.
- GLANZ K et JA Mayer (2005). Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer methodology and measurement. *Am J Prev Med*; 29: 131-42.
- GLANZ K, Geller AC, Shigaki D, Maddock JE et MR Isnec (2002). A randomized trial of skin cancer prevention in aquatics settings: The Pool Cool Program. *Health Psychol*; 21(6): 579-87.
- GLASGOW RE, Klesges LM, Dsewaltowski DA, Bull SS et P Estabrooks (2004). The future of health behavior change research: what is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Ann Behav Med*; 27(1): 3-12.
- GLASGOW RE, Lichtenstein E et AC Marcus (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am Journal Public Health*; 93(8): 1261-7.
- GRITZ ER, Tripp MK, James AS, Carvajal SC, Harrist RB, Mueller NH et collab. (2005). Intervention for parents to promote preschool children's sun protection: Effects of Sun Protection is Fun! *Prev Med*; 41: 357-66.
- HILL D (2004). Skin cancer prevention: a commentary. *Am J Prev Med*; 27(5): 482-3.
- HEWITT M, Denman S, Hayes L, Pearson J et C Wallbanks (2001). Evaluation of 'Sun-safe': a health education resource for primary schools. *Health Educ Res*; 16(5): 623-33.

- JOPSON J et A Reeder (2004). Sun protection in New Zealand secondary schools: Obstacles and Opportunities. Department of Preventive and Social Medicine, Social and Behavioral Research Cancer Group, University of Otago, Dudenin, 55 pages.
- LYNAGH M, Schofield MJ et RW Sanson-Fischer (1997). School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*; 12(1): 43-60.
- MARTIN SC, Jacobsen PB, Lucas DJ, Branch KA et JM Ferron (1999). Predicting children's sunscreen use: Application of the theories of reasoned action and planned behavior. *Prev Med*; 29: 37-44.
- MOLLEMAN GRM, Ploeg MA, Hossman CMH et L Peters (2004). Preffi 2.0 : un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé *dans* INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES) (2004). Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES, *Promotion & Education*, Hors Série 1, 54 pages, disponible à l'adresse : http://www.iuhpe.org/upload/File/PE_Supp1_04.pdf, (consulté le 19 mars 2012).
- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (1996). Primary Prevention of Skin Cancer in Australia. *Report of the Sun Protection Programs Working Party, Centre for Health Promotion and Cancer Prevention Research*, University of Queensland, Brisbane, 111 pages.
- OLDENBURG BF, Sallis JF, French ML et N Owen (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Educ Res*; 14(1): 121-30.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (2003). Sun protection and schools: How to make a difference, 6 pages, ISBN 92-4-159062-9, disponible à l'adresse : <http://www.who.int/uv/publications/en/sunprotschools.pdf>, (consulté le 19 mars 2012).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, (consulté le 15 mars 2012).
- RICHARD L et L Gauvin (2006). L'élaboration et la réalisation d'interventions écologiques en promotion de la santé *dans* : O'Neill M, Dupéré S, Pederson A et I Rootman (2006). Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques, Collection Sociétés, Cultures et Santé, Les Presses de l'Université Laval, 510 pages.
- SARAIYA M, Glanz K, Briss PA, Nichols P, White C, Das D et collab. (2004a). Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation. *Am J Prev Med*; 27: 422-66.
- SARAIYA M (2004b). More research is needed to determine effectiveness of many program approaches to improve sun-protective behaviors. The Community Guide, disponible à l'adresse : www.thecommunityguide.org/cancer/skin, (consulté le 30 septembre 2005).

- SHOVELLER JA et T Nathoo (2003). An assessment of intervention research on preventing skin cancer: moving toward effective and ecological approach. Final Report for the Canadian Cancer Society, 20 pages.
- SHOVELLER JA, Lovato CY, Young RA et B Moffat (2003). Exploring the development of sun-tanning behaviour: A grounded theory study of adolescents' decision-making experiences with becoming a sun tanner. *International Journal of Behavioural Medicine*; 10(4): 299-314.
- TURNER LR et R Mermelstein (2005). Psychosocial variables associated with sun protection among parents of young children. *Journal of Behavioral Medicine*; 28(1): 77-90.
- ULTRAVIOLET RADIATION WORKING GROUP OF THE TORONTO CANCER PREVENTION COALITION (2000). A survey and recommendations of current sun-safety policies and programs, 31 pages.
- WEBER M, Uller A, Schulmeister K, Brusi H, Hann H et P Kindi (2007). Outdoors workers acceptance of personal measures against solar ultraviolet radiation. *Photochemistry and Photobiology*; 83(6): 1471-80.
- WIGGS WP (2007). Playing it safe in the sun: Primary prevention of skin cancer for sun-exposed athletes. *Dermatology Nursing*; 19(6): 555-60.

Résultats

A) Interventions rejetées par la codification pour la mesure de l'efficacité (catégories E-I)

- BARANKIN B, Liu K, Howard J et L Guenther (2001). Effects of a sun protection program targeting elementary school children and their parents. *J Cutan Med Surg*; 5(1): 2-7.
- BOUTWELL WB (1995). The Under Cover Skin Cancer Prevention Project. A community-based program in four Texas cities. *Cancer*; 75: 657-60.
- ESTEVE E, Armingaud P, Baranger J-M, Bellier N, Darchy M et C Delavierre (2003). « Le soleil à l'école » : réseau d'éducation à l'exposition solaire. *Ann Dermatol Venerol*; 130 : 171-6.
- FLEMING C, Newell J, Turner S et R Mackie (1997). A study of the impact of Sun Awareness Week. *Br J Dermatol*; 136: 719-24.
- FORK HE, Wagner RF et KD Wagner (1992). The Texas peer education sun awareness project for children: primary prevention of malignant melanoma and nonmelanocytic skin cancers. *Cutis*; 50: 363-4.
- GELLER AC, Hufford D, Miller DR, Sun T, Wyatt SW, Reilley B et collab. (1997). Evaluation of the Ultraviolet Index: Media reactions and public response. *J Am Acad Dermatol*; 37: 935-41.
- HILLHOUSE JJ et R Turrisi (2002). Examination of the efficacy of an appearance-focused intervention to reduce UV exposure. *J Behav Med*; 25: 395-409.

- JONES JL et MR Leary (1994). Effects of appearance-based admonitions against sun exposure on tanning intentions in young adults. *Health Psychol*; 13: 86-90.
- KAMIN CS, O'Neill PN et MJ Ahearn (1993). Developing and evaluating a cancer prevention teaching module for secondary education: Project SAFETY (Sun Awareness for Educating Today's Youth). *J Cancer Educ*; 8(4): 313-8.
- KRISTJANSSON S, Helgason ÀR, Brahme EM, Widlund-Ivarson B et H Ullén (2003). 'You and your skin': a short-duration presentation of skin cancer prevention for teenagers. *Health Educ Res*; 18: 88-97.
- LABAT K, DeLong M et SA Gahring (2005). A longitudinal study of sun-protective attitudes and behaviors. *Family and Consumer Sciences Research Journal*; 33: 240-54.
- LOESCHER LJ, Emerson J, Taylor A, Christensen DH et M McKinney (1995). Educating preschoolers about sun safety. *Am J Public Health*; 85: 939-43.
- LOMBARD D, Neubauer TE, Canfield D et RA Winett (1991). Behavioral community intervention to reduce the risk of skin cancer. *J Appl Behav Anal*; 24: 677-86.
- MANGANONI AM, Cainelli T, Zumiani G, Bufalino R, Calzavara-Pinton P, Camerini T et collab. (2005). Study of sunbathing in children: the preliminary evaluation of a prevention program. *Tumori*; 91: 116-20.
- MERMELSTEIN RJ et LA Riesenber (1992). Changing knowledge and attitudes about skin cancer risk factors in adolescents. *Health Psychol*; 11: 371-6.
- MAHER N, Hill B and Y Cass (2002). « Real Cool School »: A strategy to encourage an environmental approach to sun protection. *Health Promotion Journal of Australia*; 13(1): 51-5.
- MAYER JA, Lewis EC, Eckhard L, Slymen D, Belch G, Elder J et collab. (2001). Promoting sun safety among zoo visitors. *Prev Med*; 33: 162-9.

B) Interventions retenues lors de la codification pour la mesure de l'efficacité (catégories A-D)

- BASTUJI-GARIN S, Grob J-J, Grogard C, Grosjean F et J-C Guillaume (1999). Melanoma prevention: evaluation of a health education campaign for primary schools. *Arch Dermatol*; 135: 936-40.
- BAUER J, Bütner P, Wiecher TS, Luther H et C Garbe (2005). Interventional study in 1,232 young German children to prevent the development of melanocytic nevi failed to change sun exposure and sun protective behavior. *Int J Cancer*; 116: 755-61.
- BENJES LS, Brooks DR, Zhang Z, Livstone L, Sayers L, Powers C, Miller DR et collab. (2004). Changing patterns of sun protection between the first and second summers for very young children. *Arch Dermatol*; 140: 925-30.
- BERNHARDT JM (2001). Tailoring messages and design in a Web-based skin cancer prevention intervention. *The International Electronic Journal of Health Education*; 4: 290-7.

- BOLDEMAN C, Jansson B et L-E Holm (1991). Primary prevention of malignant melanoma in a swedish urban preschool sector. *J Cancer Education*; 6(4): 247-53.
- BOLOGNIA JL, Berwick M, Fine JA, Simpson P et M Jasmin (1991). Sun protection in newborns. A comparison of educational methods. *Am J Dis Child*; 145(10): 1125-9.
- BRANSTRÖM R, Ullen H et Y Brandberg Y (2003). A randomised population-based intervention to examine the effects of the Ultraviolet Index on tanning behaviour. *Eur J Cancer*; 39: 968-74.
- BULLER DB, Buller MK, Beach BB et G Ertl (1996). Sunny Days, Healthy Ways: Evaluation of a skin cancer prevention curriculum for elementary school-aged children. *J Am Acad Dermatol*; 35: 911-22.
- BULLER MK, Goldberg G et DB Buller (1997). Sun Smart Day: a pilot program for photoprotection education. *Pediatr Dermatol*; 14: 257-63.
- BULLER DB, Hall JR, Powers PJ, Ellsworth R, Beach BH, Frank CA et collab. (1999). Evaluation of the "Sunny Days, Healthy Ways" sun safety CD-ROM program for children in grades 4 and 5. *Cancer Prev Control*; 3(3): 188-95.
- BULLER DB, Burgoon M, Hall JR, Levine N, Taylor AM, Beach B et collab. (2000). Long-term effects of language intensity in preventive messages on planned family solar protection. *Health communication*; 12(3): 261-75.
- CRANE LA, Schneider LS, Yohn JJ, Morelli JG et KD Plomer (1999). "Block the sun, not the fun": Evaluation of a skin cancer prevention program for child care centers. *Am J Prev Med*; 17(1): 31-7.
- DIETRICH AJ, Olson AL, Sox CH, Tosteson TD et J Grant-Petersson (2000). Persistent increase in children's sun protection in a randomized controlled community trial. *Prev Med*; 31: 569-74.
- ENGLISH DR, Milne E, Jacoby P, Giles-Corti B, Cross D et R Johnston (2005). The effect of a school-based sun protection intervention on the development of melanocytic nevi in children: 6-year follow-up. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*; 14(4): 977-80.
- GELLER AC, Shamban J, O'Riordan DL, Slygh C, Kinney JP et S Rosenberg (2005). Raising sun protection and early detection awareness among Florida high schoolers. *Pediatrics Dermatology*; 22(2): 112-18.
- GELLER A, Rutsch L, Kristin K, Selzer P et Z Zhang (2003). Can an hour or two of sun protection education keep the sunburn away? Evaluation of the Environmental Protection Agency's Sunwise School Program. *Environ Health*; 2(1):13-21.
- GIBBONS FX, Gerrard M, Lane DJ, Mahler HIM et JA Kulik (2005). Using UV photography to reduce use of tanning booths: a test of cognitive mediation. *Health Psychol*; 24(4): 358-63.

- GILES-CORTI B, English DR, Costa C, Milne E, Cross D et R Johnston (2004). Creating SunSmart schools. *Health Education Research -Theory and Practice*; 19(1): 98-109.
- GIRGIS A, Sanson-Fisher RW, Tripodi DA and T Golding (1993). Evaluation of interventions to improve solar protection in primary schools. *Health Education Quaterly*; 20(2): 275-87.
- GLANZ K, Maddock JE, Lew RA et L Murakami-Akatsuka (2001). A randomized trial of the Hawaii SunSmart program's impact on outdoor recreation staff. *J Am Acad Dermatol*; 44: 973-8.
- GLANZ K, Geller AC, Shigaki D, Maddock JE and MR Isnec (2002). A randomized trial of skin cancer prevention in aquatics settings: The Pool Cool Program. *Health Psychol*; 21(6): 579-87.
- GOODERHAM MJ and L Guenther (1999). Sun and the skin: evaluation of a sun awareness program for elementary school students. *J Cutan Med Surg*; 3(5): 230-5.
- GRITZ ER, Tripp MK, James AS, Carvajal SC, Harrist RB, Mueller NH et collab. (2005). Intervention for parents to promote preschool children's sun protection: Effects of Sun Protection is Fun! *Prev Med*; 41(2): 357-66.
- HEWITT M, Denman S, Hayes L, Pearson J et C Wallbanks (2001). Evaluation of 'Sun-safe': a health education resource for primary schools. *Health Educ Res*; 16(5): 623-33.
- HORNUNG RL, Lennon PA, Garrett JM, DeVellis RF, Weinberg PD and VJ Strecher (2000). Interactive computer technology for skin cancer prevention targeting children. *Am J Prev Med*; 18(1): 69-76.
- HUGHES BR, Altman DG and JA Newton (1993). Melanoma and skin cancer: evaluation of a health education programme for secondary schools. *Br J Dermatol*; 128: 412-7.
- LOWE JB, Balanda KP, Stanton WR and A Gillespie (1999). Evaluation of a three-year school-based intervention to increase adolescent sun protection. *Health Educ & Behav*; 26(3): 396-408.
- MAHLER HI, Kulick JA, Gibbons FX, Gerrard M and J Harell (2003). Effects of appearance-based interventions on sun protection intentions and self-reported behaviors. *Health Psychol*; 22: 199-209.
- MAHLER HIM, Kulik JA, Harrell J, Correa A, Gibbons FX et M Gerrard (2005). Effects of UV photographs, photoaging information, and use of sunless tanning lotion on sun protection behaviors. *Arch Dermatol*; 141(3): 373-80.
- MAYER JA, Slymen DJ, Eckhardt L, Johnston MR, Elder JP, Sallis JF and coll. (1997). Reducing ultraviolet radiation exposure in children. *Prev Med*; 26(4): 516-22.
- MCCLENDON BT and S Prentice-Dunn (2001). Reducing skin cancer risk: an intervention based on protection motivation theory. *Journal of Health Psychology*; 6(3): 321-8.

- MCWHIRTER JM, Collins M, Bryant I, Wetton NM and JN Bishop (2000). Evaluating 'Safe in the Sun', a curriculum programme for primary schools. *Health Educ Res*; 15(2): 203-17.
- MILLER DR, Geller AC, Wood MC, Lew RA and HK Koh (1999). The Falmouth Safe Skin Project: evaluation of a community program to promote sun protection in youth. *Health Education & Behavior*; 26(3): 369-84.
- MILNE E, English DR, Johnston R, Cross D, Borland R, Costa C et collab. (2000). Improved sun protection behaviour in children after two years of the Kidskin intervention. *Aust N Z J Public Health*; 24(5): 481-7.
- NOVICK M (1997). To burn or not to burn: use of computer-enhanced stimuli to encourage application of sunscreens. *Cutis*; 60(2): 105-8.
- PAGOTO S, McChargue D and RW Fuqua (2003). Effects of a multicomponent intervention on motivation and sun protection behaviors among midwestern beachgoers. *Health Psychol*; 22(4): 429-33.
- REDING DJ, Fischer V, Gunderson P, Lappe K, Anderson H and G Calvert (1996). Teens teach skin cancer prevention. *J Rural Health*; 12: 265-72.
- RODRIGUE JR (1996). Promoting healthier behaviors, attitudes, and beliefs toward sun exposure in parents of young children. *J Consult Clin Psychol*; 64: 1431-6.
- SCHOFIELD MJ, Edwards K and R Pearce (1997). Effectiveness of two strategies for dissemination of sun-protection policy in New South Wales primary and secondary schools. *Aust N Z J Public Health*; 21: 743-50.
- SMITH BJ, Ferguson C, McKenzie J, Bauman A and P Vita (2002). Impacts from repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. *Health Promotion International*; 17(1): 51-60.
- STANKEVIČIŪTĖ V, Zaborskis A, Petrauskienė et S Valiukevičienė (2004). Skin cancer prevention: children's health education on protection from sun exposure and assessment of its efficiency. *Medicina*; 40(4): 386-93.
- TURRISI R, Hillhouse J, Heavin S, Robinson J, Adams M and J Berry (2004). Examination of the short-term efficacy of a parent-based intervention to prevent skin cancer. *J Behav Med*; 27(4): 393-412.
- WEINSTOCK MA, Rossi JS, Redding CA and JE Maddock (2002). Randomized controlled community trial of the efficacy of a multicomponent stage-matched intervention to increase sun protection among beachgoers. *Prev Med*; 35(6): 584-92.

C) Autres références

- CANCER CARE NOVA SCOTIA (2007). Summer sun safety: a how to guide for recreation and sport programs. Halifax, 27 pages.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2002). Guidelines for School Programs to Prevent Skin Cancer. MMWR – reports and recommendations; 51(RR-4): 1-16.
- ELWOOD JM et J Jopson (1997). Melanoma and sun exposure: an overview of published studies. *Int J Cancer*; 73(2): 198-203.
- GLANZ K et JA Mayer (2005). Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer methodology and measurement. *Am J Prev Med*; 29: 131-42.
- GRITZ ER, Tripp MK, James AS, Harrist RB, Mueller NH, Chamberlain RM and GS Parcel (2007). Effects of a preschool staff intervention on children's sun protection: outcomes of sun protection is fun! *Health Educ Behav*; 34(4): 562-77.
- KREUTER MW, Strecher VJ and B Glassman (1999). One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*; 21(4): 276-83.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2002). Sun Protection: An essential element of health-promoting schools, document seven, 50 pages, accessible à l'adresse : <http://www.who.int/ceh/publications/cehessential/en/index.html>, (consulté le 6 août 2007).

Discussion

- ABROMS L, Jorgensen CM, Southwell BG, Geller AC et KM Emmons (2003). Gender differences in young adults' beliefs about sunscreen use. *Health Education & Behavior*; 30(1): 29-43.
- AUTIER P, Doré J-F, Négrier S, Liénard D, Panizzon R, Lejeune FJ et collab. (1999). Sunscreen-use and duration of exposure: a double-blind, randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*; 91(15): 1304-9.
- BASTUJI-GARIN S, Grob J-J, Grogard C, Grosjean F et J-C Guillaume (1999). Melanoma prevention: evaluation of a health education campaign for primary schools. *Arch Dermatol*; 135(8): 936-40.
- BAUM A et L Cohen (1998). Successful behavioral interventions to prevent cancer: The example of skin cancer. *Annu Rev Public Health*; 19: 319-33.
- BÉLANGER M (1997). Évaluation des autres options possibles de nature incitative dont l'information et l'éducation du public, 5^e mandat du Comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel, Québec, 41 pages dans MSSS (1998). Le bronzage artificiel au Québec - Bilan des connaissances et des recommandations, 83 pages, disponible à l'adresse : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98_209.pdf, (consulté le 8 mars 2010).

- BREINBAUER C et M Maddaleno (2005). Developing effective health promotion and prevention programs for adolescents *dans* Pan American Health Organization, Youth Choices and Changes (2005). Scientific and technical publication; 594: 18 pages, accessible à l'adresse : http://www.paho.org/english/dd/pub/sp_594.htm, (consulté le 27 février 2007).
- CANCER PREVENTION INSTITUTE OF CANADA (2007). Sun and ultraviolet radiation – Prevention strategies, accessible sur le site Internet : <http://www.preventcancer.ca/risk/uv.html>, (consulté le 19 mars 2012).
- CENTRE DE COLLABORATION NATIONAL EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE (2008). An evaluation of interventions designed to reduce ultraviolet radiation exposure, 18 pages, disponible à l'adresse: http://www.ncceh.ca/en/ncceh_reviews/radiation/UV, (consulté le 20 mars 2009).
- COUPS EJ et LA Phillips (2012). Prevalence and correlates of indoor tanning (Chapter 3, p. 33-67) *dans* Shedding Light on Indoor Tanning (2012). Heckman CJ; Manne SL (Eds.), 1st Edition, VIII, 202 p.
- COX CR, Cooper DP, Vess M, Arndt J, Goldenberg JL et C Routledge (2009). Bronze is beautiful but pale can be pretty: the effects of appearance standards and mortality salience on sun-tanning outcomes. *Health Psychol*; 28(6): 746-52.
- DADLANI C et SJ Orlow (2008). Planning for a brighter future: A review of sun protection and barriers to behavioural change in children and adolescents. *Dermatology Online Journal*; 14(9):1, disponible à l'adresse : <http://dermatology.cdlib.org/149/commentaries/sunprotection/dadlani.html>, (consulté le 5 mars 2010).
- DESCHESNES M et L Lefort (2004). Portait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire, Institut national de santé publique du Québec, 90 pages.
- DIETRICH AJ, Olson AL, Sox CH, Tosteson TD and J Grant-Petersson (2000). Persistent increase in children's sun protection in a randomized controlled community trial. *Prev Med*; 31: 569-74.
- DIXON H, Hons BA, Borland R et D Hill (1999). Sun protection and sunburn in primary school children: the influence of age, gender, and coloring. *Prev Med*; 28: 119-30.
- DODD LJ et MJ Forshaw (2010). Assessing the efficacy of appearance-focused interventions to prevent skin cancer: a systematic review of the literature. *Health Psychol Review*; 4(2): 93-111.
- FELDMAN SR, Dempse JR, Grummer S, Chen JG and AB Fleischer (2001). Implications of a utility model for ultraviolet exposure behavior. *J Am Acad Dermatol*; 45(5): 718-22.
- GARSDIE R, Pearson M et T Moxham (2010). What influences the uptake of information to prevent skin cancer? A systematic review and synthesis of qualitative research. *Health Educ Res*; 25(1): 162-82.
- GARVIN T et J Eyles (2001). Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of sun safety in Australia, Canada and England. *Soc Sci Med*; 53(9): 1175-89.

- GLANZ K, Geller AC, Shigaki D, Maddock JE et MR Isnec (2002). A randomized trial of skin cancer prevention in aquatics settings: The Pool Cool Program. *Health Psychol*; 21(6): 579-87.
- GLANZ K, Carbone E et V Song (1999). Formative research for developing targeted skin cancer prevention programs for children in multiethnic Hawaii. *Health Educ Res*; 14(2): 155-66.
- GELLER AC, Zwirn J, Rutsch L, Gorham SA, Viswanath V et KM Emmons (2008). Multiple levels of influence in the adoption of sun protection policies in elementary schools in Massachusetts. *Arch Dermatol*; 44(4): 491-6.
- GELLER A, Rutsch L, Kristin K, Selzer P et Z Zhang (2003). Can an hour or two of sun protection education keep the sunburn away? Evaluation of the Environmental Protection Agency's Sunwise School Program. *Environ Health*; 2(1): 13-21.
- GIBBONS FX, Gerrard M, Lane DJ, Mahler HIM et JA Kulik (2005). Using UV photography to reduce use of tanning booths: a test of cognitive mediation. *Health Psychol*; 24(4): 358-63.
- HECKMAN CJ et SL Manne (2011). Indoor Tanning: A Bio-Behavioral Risk Factor for Skin Cancer, Skin Cancers - Risk Factors, Prevention and Therapy. Caterina AM La Porta (Ed.), ISBN: 978-953-307-722-2, InTech, disponible à l'adresse : <http://www.intechopen.com/books/skin-cancers-risk-factors-prevention-and-therapy/indoor-tanning-a-bio-behavioral-risk-factor-for-skin-cancer> (consulté le 12 octobre 2012).
- HEWITT M, Denman S, Hayes L, Pearson J et C Wallbanks (2001). Evaluation of 'Sun-safe': a health education resource for primary schools. *Health Educ Res*; 16(5): 623-33.
- HILL D (2004). Skin cancer prevention: a commentary. *Am J Prev Med*; 27(5): 482-3.
- HILL D and H Dixon (1999). Promoting sun protection in children: Rationale and challenges. *Health Education & Behavior*; 26(3): 409-17.
- HILLHOUSE J and R Turrisi (2005). Skin cancer risk behaviors - A conceptual framework for complex behavioural change. *Arch Dermatol*; 141(8): 1028-31.
- HILLHOUSE JJ and R Turrisi (2002). Examination of the efficacy of an appearance-focused intervention to reduce UV exposure. *J Behav Med*; 25(4): 395-409.
- HORNUNG RL, Lennon PA, Garrett JM, DeVellis RF, Weinberg PD and VJ Strecher (2000). Interactive computer technology for skin cancer prevention targeting children. *Am J Prev Med*; 18(1): 69-76.
- ITALIA N et EA Rehfuss (2012). Is the Global Solar UV Index an effective instrument for promoting sun protection? A systematic review. *Health Educ Res*; 27(2): 200-13.
- JANDA M, Kimlin M G, Whiteman DC, Aitken JF and RE Neale (2007). Sun protection messages, vitamin D and skin cancer: out of the frying pan and into the fire? *Medical Journal of Australia*; 186(2): 52-4.

- JOHNSON KM, Jones SC and D Iverson (2009). Guidelines for the development of social marketing programmes for sun protection among adolescents and young adults, *Public Health*; 123(suppl. 1): e6–e10.
- KASPARIAN NA, McLoone JK et B Meiser (2009). Skin cancer-related prevention and screening behaviors: a review of the literature. *J Behv Med*; 32: 406-28.
- KREUTER MW, Strecher VJ and B Glassman (1999). One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*; 21(4): 276-83.
- LALONDE M et B Heneman (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, 187 pages.
- LAWLER S, Sugiyama T et N Owen (2007a). Sun exposure concern, sun protection behaviors and physical activity among Australian adults. *Cancer Causes Control*; 18(9): 1009-14.
- LAWLER S, Spathonis K, Eakin E, Gallois C, Leslie E et N Owen (2007b). Sun exposure and sun protection behaviours among young adult sport competitors. *Australian N Z Journal Public Health*; 31(3): 230-4.
- LORENC T, Jamal F and C Cooper (2012). Resource provision and environmental change for the prevention of skin cancer: systematic review of qualitative evidence from high-income countries. *Health Promot Int* (publication électronique avant l'impression).
- LORENC T, Jamal F et C Cooper (2010). Sun protection resources and changes to the environment to prevent skin cancer: qualitative evidence review. Matrix evidence pour NICE Centre for Public Health Excellence, 26 avril, 218 pages.
- LUPTON D et D Gaffney (1996). Discourses and practices related to suntanning and solar protection among young Australians. *Health Educ Res*; 11(2): 147-59.
- MAHLER HIM, Kulik JA, Butler HA, Gerrard M and FX Gibbons (2008). Social norms information enhances the efficacy of an appearance-based sun protection intervention. *Social Science & Medicine*; 67(2): 321-9.
- MAHLER HI, Kulik JA, Gibbons FX, Gerrard M and J Harrell (2003). Effects of appearance-based interventions on sun protection intentions and self-reported behaviors. *Health Psychol*; 22(2): 199-209.
- MAHLER HIM, Kulik JA, Harrell J, Correa A, Gibbons FX and M Gerrard (2005). Effects of UV photographs, photoaging information, and use of sunless tanning lotion on sun protection behaviors. *Arch Dermatol*; 141(3): 373-80.
- MCLEOD G, Insch A et J Henry (2011). Reducing barriers to sun protection - Application of a holistic model for social marketing. *Australasian Marketing Journal*; 19(3): 212-22.
- MCQUEEN DV (2007). *Evidence and Theory: Continuing debates on evidence and effectiveness* (chapitre 17) dans McQueen DV et CM Jones (2007). Global perspectives on health promotion effectiveness, International Union for Health Promotion and Education, Springer, 425 pages.

- MILLER DR, Geller AC, Wood MC, Lew RA et HK Koh (1999). The Falmouth Safe Skin Project: evaluation of a community program to promote sun protection in youth. *Health Education & Behavior*; 26(3): 369-84.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir*, 51 pages, disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>, (consulté le 3 avril 2012).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Programme national de santé publique 2003-2012, disponible à l'adresse : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>, (consulté le 15 mars 2012).
- MONTAGUE M, Borland R et C Sinclair (2001). Slip! Slop! Slap! and SunSmart, 1980-2000: Skin cancer control and 20 years of population-based campaigning. *Health Education & Behavior*; 28(3): 290-305.
- NOVICK M (1997). To burn or not to burn: use of computer-enhanced stimuli to encourage application of sunscreens. *Cutis*; 60(2): 105-8.
- PAGOTO S, McChargue D et RW Fuqua (2003). Effects of a multicomponent intervention on motivation and sun protection behaviors among midwestern beachgoers. *Health Psychol*; 22(4): 429-33.
- PAUL C, Tzelepis F, Parfitt N and A Girgis (2008). How to improve adolescents' sun protection behavior? Age and gender issues. *Am J Health Behav*; 32(4): 387-98.
- PICHON LC, Corral I, Landrine H, Mayer JA and D Adams-Simms (2010). Perceived skin cancer risk and sunscreen use among African American adults. *J Health Psychol*; 15(8):1181-9.
- PROCHASKA JO and CC DiClemente (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 51: 390-5.
- REZAI L, Thorgaard C and A Philip (2011). Influential factors for sun policy implementation in Danish kindergartens. *Scandinavian Journal of Public Health*; 39: 479-83.
- SCOTTO J, Fears TR and JF Fraumeni (1983). Incidence of nonmelanoma skin cancer in the United States. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; NIH publication no 83-2433.
- SCULLY M, Wakefield M and H Dixon (2008). Trends in news coverage about skin cancer prevention, 1993-2006: increasingly mixed messages for the public. *Aust N Z J Public Health*; 32(5): 461-6.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER et Institut national du cancer du Canada (2008). Statistiques canadiennes sur le cancer 2008, Toronto, Canada, 115 pages.

SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE, communication personnelle avec M. François Lépine, directeur au développement des affaires, avril 2010.

STANTON WR, Janda M, Baade PD et P Anderson (2004). Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in Australia and internationally. *Health Promotion International*; 19(3): 369-78.

TURRISI R, Hillhouse J, Mallett K, Stapleton J and J Robinson (2012). A Systematic Review of Intervention Efforts to Reduce Indoor Tanning (Chapter 9, p.135-146) dans *Shedding Light on Indoor Tanning* (2012). Heckman CJ; Manne SL (Eds.), 1st Edition, VIII, 202 p.

WEBER M, Uller A, Schulmeister K, Brusi H, Hann H et P Kindi (2007). Outdoors workers acceptance of personal measures against solar ultraviolet radiation. *Photochemistry and Photobiology*; 83(6): 1471-80.

WEINSTOCK MA, Rossi JS, Redding CA and JE Maddock (2002). Randomized controlled community trial of the efficacy of a multicomponent stage-matched intervention to increase sun protection among beachgoers. *Prev Med*; 35(6): 584-92.

WEINSTOCK MA (2008). The struggle for primary prevention of skin cancer. *Am J Prev Med*; 34(2): 171-2.

WRIGHT MW, Wright ST and RF Wagner (2001). Mechanisms of sunscreen failure. *J Am Acad Dermatol*; 44(5): 781-4.

YOUL P, Janda M et M Kimlin (2009). Vitamin D and sun protection: the impact of mixed public health messages in Australia. *International Journal of Cancer*; 124(8): 1963-70.

ANNEXE 1

**RECOMMANDATIONS DU TASK FORCE ON PREVENTION
SERVICES DU CENTRE FOR DISEASES CONTROL (2004)**

RECOMMANDATIONS DU TASK FORCE ON PREVENTION SERVICES DU CENTER FOR DISEASES CONTROL (2004)^{74,75}

Stratégies recommandées

Il est recommandé, compte tenu de l'évidence **suffisante** démontrée à la lecture de 85 études, d'implanter des interventions éducatives et d'élaborer des politiques favorables à la santé dans les écoles primaires et dans les milieux récréotouristiques. Le comportement pour lequel un niveau de preuve suffisant a été observé est le fait de se couvrir que ce soit par le port de vêtements protecteurs ou le port de couvre-chef. Voici les bases de ces recommandations :

- ✓ Selon 6 études de bonne qualité, une augmentation moyenne de 25 % des comportements de protection par les vêtements et le couvre-chef chez les enfants en milieu scolaire a été observée. Ces interventions incluent des cours interactifs et des activités à réaliser à la maison, des brochures pour les parents, de même qu'une session de travail pour développer des plans et des politiques de protection solaire à l'école.
- ✓ Selon 5 études de bonne qualité, une augmentation moyenne de 11,2 % du port de vêtements et de couvre-chef dans les milieux récréotouristiques a été observée. Ces interventions incluent une ou plusieurs des stratégies suivantes : des séances de formation sur la protection solaire et la façon de devenir un modèle de rôle chez le personnel et les sauveteurs dans les milieux récréotouristiques, des leçons sur la protection solaire, des activités interactives et des programmes pour les parents, l'augmentation des espaces ombragés, la disponibilité de la crème solaire, des brochures éducatives et des kiosques pour se procurer des mesures de protection individuelles.

Cette analyse indique que l'évidence est **insuffisante** pour déterminer si des stratégies éducatives ou le développement de politiques favorables à la santé dans les milieux, stratégies et groupes cibles énumérés ci-dessous peuvent améliorer le comportement de protection par la tenue vestimentaire (chapeau, chandail ou pantalons) ou diminuer les dommages induits par le soleil (coups de soleil ou grains de beauté) :

- ✓ Approches éducatives et politiques dans les services de garde à l'enfance, les écoles secondaires, les collèges, les milieux récréotouristiques (adultes).
- ✓ Approches éducatives et politiques visant les institutions de santé et les praticiens.
- ✓ Intervention visant les parents et les personnes en charge des enfants.
- ✓ Campagnes médiatiques sans autres activités.
- ✓ Interventions multistratégiques au niveau communautaire.

⁷⁴ GLANZ K, Halpern AC et M Saraiya (2006). Behavioral and community interventions to prevent skin cancer – What works? *Arch Dermatol*; 142: 356-60; SARAIYA M, Glanz K, Briss PA, Nichols P, White C, Das D et collab. (2004). Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation. *Am J Preventive Med*; 27: 422-66.

⁷⁵ Traduction libre des auteurs.

Lacunes constatées dans les interventions rapportées dans la littérature scientifique⁷⁶

➤ Contexte et population cible

Absence d'une description adéquate de la population cible (ex. : âge, origine ethnique, phototype).

➤ Description de l'intervention

Plusieurs études ne décrivent pas les caractéristiques du milieu d'intervention (ex. : écoles publiques ou privées, taille de l'école, caractéristiques démographiques des étudiants), climat et exposition annuelle de la clientèle cible.

Un plus grand nombre d'études évaluatives portant sur les effets des politiques et sur la création d'environnements favorables devraient être entreprises.

La plupart des interventions publiées étaient didactiques et non interactives.

➤ Design évaluatif et analyse

L'absence d'un groupe témoin dans plusieurs études ne permet pas de contrôler pour des changements dans le temps qui ne seraient pas attribuables à l'intervention.

➤ Mesure des effets

La plupart des études s'appuient sur des comportements et des effets sur la santé autodéclarés. Davantage d'études devraient mesurer l'incidence des coups de soleil et des grains de beauté. Un nombre plus grand d'études devrait vérifier le respect des mesures de protection autres que l'utilisation de la crème solaire. De plus, la plupart des études mesurent seulement l'amélioration des connaissances, des attitudes et de l'intention. Bien que ces paramètres soient des facteurs déterminants du comportement, les comportements de protection solaire devraient être davantage mesurés.

➤ Durée de l'intervention et du suivi

Des interventions d'une plus grande durée et des périodes de suivi plus longues sont nécessaires.

➤ Évaluation du processus d'implantation

Peu d'études évaluent cet aspect.

⁷⁶ Traduction libre du site : www.thecommunityguide.org/cancer/skin, consulté le 30 septembre 2005.

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS DE SHOVELLER ET NATHOO (2003)

RECOMMANDATIONS DE SHOVELLER ET NATHOO (2003)⁷⁷

Approches individuelles

- Incorporer des facteurs facilitants dans les approches individuelles. Par exemple, mettre à la disponibilité des familles de la crème solaire et des mesures de protection personnelles peut être bénéfique pour les populations hautement exposées.
- Accroître la sensibilisation portant sur la norme sociale et l'image véhiculée par les médias. Par exemple, développer un programme d'enseignement dans lequel les professeurs sont habiletés à déconstruire les images véhiculées par les médias et à comprendre comment se forment les normes sociales en faveur du bronzage.
- Accroître les efforts pour impliquer les parents, les professeurs et le personnel récréatif dans la planification et l'implantation des interventions au niveau local.

Aménagement d'espaces ombragés

- Développer des stratégies pour travailler avec les municipalités afin d'analyser et de cibler les besoins en terme d'aménagement d'ombre dans les milieux récréotouristiques et les milieux scolaires. Deux types de structures d'ombre devraient être considérées soit : 1) des structures portatives et temporaires qui s'assemblent et se déconstruisent facilement pour les plages et les autres sites récréotouristiques, 2) des structures permanentes naturelles ou artificielles. Considérant le climat canadien, on suggère des structures d'ombre qui filtrent les rayons UV, mais qui laissent passer la chaleur.
- Avant toute démarche liée à l'aménagement d'ombre, il est recommandé qu'un état de situation sur l'ombre soit complété par les communautés et les organisations locales.

Adopter des politiques concernant le port de vêtements protecteurs et la vente de crème solaire

- Développer un plan d'action encourageant l'adoption de politiques sur le port de vêtements protecteurs pour les enfants dans les services de garde à l'enfance, les écoles et dans les programmes communautaires. Ce plan pourrait incorporer un ensemble de stratégies visant à faire pression sur les pharmacies afin que la vente de crème solaire se limite à celles ayant un facteur de protection solaire de 15 et plus.

Travailler sur la norme sociale, en particulier sur le bronzage

- La plupart des campagnes destinées à changer la norme sociale liée à la prévention des cancers de la peau se sont concentrées sur les risques à la santé liés à l'exposition aux UV. Cependant, les campagnes ayant incorporé des messages liés à l'apparence ont obtenu un meilleur succès. En plus de promouvoir l'idée qu'il n'est pas nécessaire d'être bronzé, les campagnes médiatiques devraient se concentrer sur la déconstruction des mythes liés au bronzage.

⁷⁷ Traduction libre des auteurs.

ANNEXE 3

**QUESTIONNAIRE SUR L'INVENTAIRE DES INTERVENTIONS DE
PROMOTION DE SAINES HABITUDES ET DE PRÉVENTION À
L'ÉGARD DE L'EXPOSITION AUX RAYONS ULTRAVIOLETS
MENÉES AUPRÈS DE LA POPULATION ÂGÉE DE 0 À 18 ANS**

INVENTAIRE DES INTERVENTIONS
DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES
ET DE PRÉVENTION À L'ÉGARD DE L'EXPOSITION
AUX RAYONS ULTRAVIOLETS MENÉES
AUPRÈS DE LA POPULATION ÂGÉE DE 0 À 18 ANS

QUESTIONNAIRE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

INSTRUCTIONS

Plutôt que de répondre aux différentes sections du présent questionnaire, il vous est possible de nous faire parvenir par la poste ou par courriel toute publication de votre organisation portant sur le sujet si vous jugez que son contenu couvre l'ensemble des renseignements demandés aux sections A, B et C.

La section B (Évaluation de l'efficacité de l'intervention) de ce questionnaire est primordiale à l'exception faite des interventions en cours ou pour lesquelles, la période de suivi n'est pas encore complétée. Si tel est le cas, veuillez mentionner à la question B-9 s'il y a une date d'évaluation prévue.

Note : Le terme **intervention** dans le présent questionnaire peut faire référence à la fois à un programme de prévention/promotion ou encore à des activités qui n'ont pas été nécessairement intégrées à un programme précis.

A) CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION

A-1	Nom de l'organisation chargée de l'élaboration de l'intervention (ex. : département de santé publique, fondation, association) :
A-2	Pays, province/état et région où l'intervention a été menée :
A-3	Avez-vous établi des partenariats avec d'autres organisations pour l'élaboration de cette intervention? Si oui, veuillez nommer ces partenaires.
A-4	Objectif principal de l'intervention :

A-5	Objectifs spécifiques de l'intervention :
A-6	Y a-t-il un modèle conceptuel ou théorique qui sous-tend l'implantation de cette intervention?
A-7	Description de la population cible (ex. âge, sexe, etc.) :
A-8	Description du milieu d'intervention : <u>Les milieux ciblés sont les suivants:</u> milieu familial, centres de la petite enfance, établissements d'enseignement préscolaire et écoles primaires, écoles secondaires et milieu collégial, milieux récréotouristiques (parcs, piscines publiques et aires de baignade, terrains de camping, terrains de jeux, camps de vacances). Les secteurs horticole, agricole et de la construction comptent également parmi les milieux d'intervention ciblés.
A-9	Indiquer la période pendant laquelle s'est déroulée l'intervention (date de début et de fin : jour/mois/année) :

A-10	Cette intervention est-elle récurrente? Si oui, à quelle fréquence?
A-11	Décrire le matériel éducatif utilisé dans le cadre de l'intervention et comment ce matériel a été diffusé à la population cible :
A-12	Est-ce que ce matériel est disponible pour fins de consultation? Si oui, quelle est la façon d'y accéder?
A-13	À qui revient la responsabilité d'intervenir auprès de la population cible dans le milieu d'intervention (ex. : représentant de l'organisation mentionnée en A-1, professeurs, gardiens de plage)?
A-14	Veuillez décrire de quelle manière les objectifs, le matériel éducatif utilisé et tout autre élément relié à l'intervention ont été présentés au responsable identifié à la question A-13 (ex. : par courrier, par téléphone, par des sessions de formation, etc.) :

B) ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION

B-1	Décrire le devis d'évaluation (ex. essai clinique aléatoire, essai non randomisé, séries chronologiques, prétest/post-test) :
B-2	Un groupe contrôle a-t-il été prévu dans le devis d'évaluation?
B-3	Décrire les effets mesurés : Trois types d'effets peuvent être mesurés : a) mesures des comportements de protection tels que de porter des vêtements qui protègent contre le soleil, utiliser de la crème solaire, réduire le temps d'exposition aux ultraviolets d'origine solaire et d'origine artificielle, rechercher les endroits ombragés ou une mesure combinée de tous ces comportements; b) mesures des indicateurs d'exposition (ex. hâle, coups de soleil, développement de grains de beauté); c) mesures reliées à la prévention du cancer de la peau (ex. connaissances, attitudes et intentions); d) autres effets (GLANZ K. ET J.A. MAYER, Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer, Methodology and measurement, <i>Am J Prev Med</i>, 2005; 29(2) : 131-142).

B-4	Quels ont été les outils utilisés pour mesurer les effets mentionnés à la question B-3 : Rapport verbal, observation, dosimètre individuel, inspection visuelle de grains de beauté, autres outils de mesure (GLANZ K. ET J.A. MAYER, Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer, Methodology and measurement, <i>Am J Prev Med</i>, 2005; 29(2) : 131-142).
B-5	Combien de personnes étaient visées par cette intervention ou ont été rejointes, selon le cas?
B-6	Quel a été le taux de participation à l'évaluation (ex. proportion de personnes, d'écoles)?
B-7	Quelle a été la durée de l'évaluation?
B-8	Quels sont les principaux résultats obtenus quant à l'atteinte ou non du ou des objectifs poursuivis par cette intervention?
B-9	Si l'intervention n'a pas été évaluée à ce jour, y a-t-il une date prévue?

C) APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'INTERVENTION

C-1	Cette intervention peut-elle se généraliser à d'autres milieux ou à d'autres groupes de la population et pourquoi?
C-2	Y a-t-il eu des aspects négatifs (ex. réduction de l'activité physique) liés à l'implantation de cette intervention?
C-3	Outre l'atteinte du ou des objectifs visés, avez-vous noté d'autres aspects positifs de l'intervention?
C-4	Pouvez-vous, s'il y a lieu, décrire les obstacles ou les barrières à l'implantation d'une telle intervention?
C-5	Pouvez-vous, s'il y a lieu, décrire les facteurs du succès de cette intervention?

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES

S.V.P., nous indiquer vos coordonnées afin qu'il nous soit possible de vous rejoindre au besoin afin d'obtenir de plus amples renseignements concernant votre intervention.

Formulaire complété par :

Organisation :

Date :

Téléphone :

Adresse courriel :

***Si vous avez des commentaires ou si vous désirez des précisions concernant ce questionnaire, veuillez vous adresser à Mme Marie-Christine Gervais à l'adresse suivante :
marie-christine.gervais@inspq.qc.ca***

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous retourner le présent questionnaire **avant le 23 décembre 2005**, soit :

- **par courriel** à l'adresse suivante : marie-christine.gervais@inspq.qc.ca.
- **par courrier** à l'adresse postale suivante :
Marie-Christine Gervais
Unité Santé et Environnement
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels (DRBEO)
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 4e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3
- **par télécopieur** : (418) 654-3144, au nom de Marie-Christine Gervais.

Merci de votre précieuse collaboration

ANNEXE 4

LETTRE EXPLICATIVE JOINTE AU QUESTIONNAIRE

Institut national
de santé publique

Québec

Direction des risques biologiques,
environnementaux et occupationnels

Québec, le 1^{er} décembre 2005

Madame, Monsieur,

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) procède actuellement à une collecte de renseignements sur des programmes et des activités reliés à la promotion de saines habitudes à l'égard de l'exposition aux rayons ultraviolets et à la prévention primaire associée à cette exposition chez la population âgée de 0 à 18 ans.

Cette collecte vise à recueillir des renseignements relatifs aux interventions mises de l'avant par des organisations québécoises et canadiennes ainsi qu'au niveau international pour la période de 1990 à 2005. Nous espérons amasser à l'aide d'un questionnaire, des éléments touchant, si possible, les trois aspects suivants, soit : *les caractéristiques générales de l'intervention, l'évaluation de l'efficacité de l'intervention et l'appréciation générale de l'intervention*. Cette étape constitue, pour le comité intersectoriel sur la protection contre les rayons ultraviolets, un préalable pour le développement et la mise en œuvre d'actions concertées dans ce domaine. Ce comité est présentement en démarrage au Québec et il souhaite impliquer des représentants des secteurs suivants :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS);
- Ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR);
- Commissions scolaires (incluant les écoles préscolaires, primaires et secondaires du secteur public), écoles privées (écoles préscolaires, primaires et secondaires) et les collèges;
- Centres de la petite enfance (CPE);
- Municipalités;
- Association des dermatologues du Québec (ADQ);
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- Réseau de santé publique : directions de santé publique (DSP), centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Afin de mettre en place une stratégie provinciale visant la protection de la population âgée de 0 à 18 ans contre les risques associés à l'exposition aux rayons ultraviolets, les milieux d'intervention suivants ont été ciblés : milieu familial, centres de la petite enfance, établissements d'enseignement préscolaires et écoles primaires, écoles secondaires et milieu collégial, milieux récréo-touristiques (parcs, piscines publiques et aires de baignade, terrains de camping, terrains de jeux, camps de vacances). Les secteurs horticole, agricole et de la construction comptent également parmi les milieux d'intervention ciblés.

945, avenue Wolfe, 4^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3
Internet : <http://www.inspq.qc.ca>

Téléphone : (418) 650-5115, poste 5221
Télécopieur : (418) 654-3144
Courriel : marie-christine.gervais@inspq.qc.ca

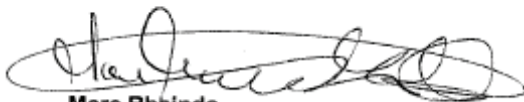
- 2 -

Les interventions visées dans le cadre de cette collecte s'inscrivent à l'intérieur de cinq approches principales, soit :

- La sensibilisation de la population générale à propos des effets néfastes reliés à l'exposition aux rayons ultraviolets par les médias;
- Des approches individuelles et collectives en promotion de la santé destinées à modifier les attitudes, à améliorer les connaissances, à modifier l'intention ou encore à favoriser l'adoption d'un comportement de protection contre les rayons ultraviolets;
- Des approches visant la création d'un environnement favorable (ex. par l'aménagement de lieux ombragés);
- Des approches visant l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé (ex. restructuration des horaires d'activités à l'extérieur dans les écoles);
- Une combinaison de ces quatre approches.

Afin de nous transmettre les renseignements se rapportant aux interventions développées par votre organisation, vous pouvez compléter le questionnaire joint au message envoyé par courriel ou encore, nous transmettre un rapport répondant à l'ensemble des questions abordées dans ce questionnaire.

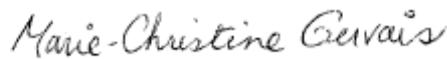
Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration dans ce dossier et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.



Marc Rhainds

Président

Comité intersectoriel sur la protection contre les rayons ultraviolets
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



Marie-Christine Gervais

Agente de recherche sociosanitaire

Direction des Risques biologiques, environnementaux et occupationnels (DRBEO)

Institut national de santé publique du Québec

Téléphone : (418) 650-5115 poste 5221

Télécopieur : (418) 654-3144

marie-christine.gervais@inspq.qc.ca

ANNEXE 5

GRILLE DE CRITÈRES D'ANALYSE

GRILLE DE CRITÈRES D'ANALYSE

SECTION A : QUALITÉ DE L'INTERVENTION		
	CRITÈRES ET POINTAGE	NOTE
Âge	Indiqué (1)	
	Non indiqué (0)	
Sexe	Distribution selon le sexe (1)	
	Précisé (0,5)	
	Non précisé (0)	
Niveau socio-économique (NSE)	Distribution selon le NSE (1)	
	Mention qualitative du NSE (ex. : milieu défavorisé) (0,50)	
	Aucune mention du NSE (0)	
Taux de réponse	Connu (1)	
	Inconnu (0)	
Lieu d'intervention	Emplacement(s) géographique(s) énoncés et milieu(x) d'intervention décrits (1)	
	Emplacement(s) géographique(s) énoncés ou milieu(x) d'intervention décrit(s) (0,50)	
	Ces deux renseignements sont absents (0)	
Objectif principal	Clairement énoncé (1)	
	Non énoncé (0)	
Objectifs spécifiques	Cohérent avec l'objectif principal (1)	
	Non énoncé (0)	
Inspiration d'une théorie, d'un modèle	Mention de la théorie ou du modèle, référence à l'appui et, discussion sur sa contribution au développement de l'intervention (1)	
	Mention uniquement de la théorie ou du modèle, référence à l'appui (0,66)	
	Mention de la théorie sans référence à l'appui (0,33)	
	Aucune indication sur les bases théoriques de l'intervention (0)	
Description de la stratégie de contact avec les intermédiaires	Communication verbale + écrite (1)	
	Communication verbale ou écrite (0,50)	
	Non rapportée (0)	
Moyen(s) de dissémination de l'information	Décrits (1)	
	Non décrits (0)	
Matériel, outils, stratégies utilisés pour l'intervention	Décrit (1)	
	Non décrit (0)	
Façon d'accéder au matériel utilisé	Indiquée (1)	
	Non indiquée (0)	
Durée de l'intervention	6 mois et plus (1)	
	1-5 mois (0,75)	
	1 semaine < 1 mois (0,50)	
	1 journée < 1 semaine (0,25)	
	Imprécise ou non rapportée (0)	
Début de l'intervention	Indiquée (1)	
	Non indiquée (0)	

GRILLE DE CRITÈRES D'ANALYSE (SUITE)

SECTION A : QUALITÉ DE L'INTERVENTION		
	CRITÈRES ET POINTAGE	NOTE
Continuité du programme	Oui (1)	
	Non ou non indiqué (0)	
Facteurs de succès	Décrits (1)	
	Non décrits (2)	
Barrières	Décrites (1)	
	Non décrites (0)	

SECTION B : QUALITÉ DE L'ÉVALUATION		
	CRITÈRES ET POINTAGE	NOTE
Design évaluatif	Design expérimental (2)	
	Design quasi-expérimental avec un ou des groupes de comparaison (1,33)	
	Un groupe pré et post-test (0,66)	
	Ne peut être identifié faute de renseignements ou aucune évaluation (0)	
Évaluation de l'impact	Description des effets (ex. connaissances) mesurés lors de l'évaluation (2)	
	Aucune description des effets mesurés lors de l'évaluation (0)	
Taux de réponse post-intervention	Connu (2)	
	Inconnu (0)	
Outil de mesure évaluatif	Description de l'outil et indications sur la validation de cet outil (2)	
	Description de l'outil sans référence à sa validation (1)	
	Aucune description de l'outil de mesure (0)	
Durée du suivi	1 an et plus (2)	
	6 mois < 1 an (1,6)	
	1 mois < 6 mois (1,2)	
	1 semaine < 1 mois (0,80)	
	Immédiatement après l'intervention (0,40)	
	Non mentionnée (0)	
Taux d'attrition	Information disponible sur le nombre de personnes ou de milieux sollicités pour l'intervention, de perdus de vue à la sollicitation et de perdus du vue post-intervention, avec explication (2)	
	Information disponible sur le nombre de personnes ou de milieux sollicités pour l'intervention, de perdus de vue à la sollicitation et de perdus du vue post-intervention, sans explication (1,33)	
	Information disponible insuffisante puisque l'un ou plusieurs des éléments suivants est (sont) manquant(s): personnes ou milieux sollicités pour l'intervention, perdus de vue à la sollicitation et perdus du vue post-intervention (0,66)	
	Aucune information sur le nombre de personnes ou de milieux sollicités pour l'intervention, de perdus de vue à la sollicitation et de perdus du vue post-intervention (0)	

ANNEXE 6

POINTS DE REPÈRE POUR L'ÉVALUATEUR

POINTS DE REPÈRE POUR L'ÉVALUATEUR

	Repères
Description de la population cible	
▪ Âge	Distribution par âge, âge moyen ou niveau de scolarité.
▪ Sexe	Distribution selon le sexe ou mention si l'intervention a été développée pour un genre en particulier.
▪ Niveau socio-économique	Information sur le revenu moyen de la population cible ou de la proportion de ceux qui ont un revenu insuffisant.
Taux de réponse	Nombre de personnes ayant participé à l'intervention par rapport au nombre total de personnes sollicitées au départ.
Lieu d'intervention	Doit indiquer l'emplacement géographique. La mention du pays n'est pas suffisante; un niveau plus micro est requis. Pour le pointage maximal, une description du milieu dans lequel l'intervention a été implantée est également nécessaire.
Inspiration d'une théorie, d'un modèle	Énoncé clair d'une théorie ou d'un modèle (ex. : <i>Health Belief Model</i>) et de sa contribution à l'élaboration de l'intervention.
Description de la stratégie de contact avec les intermédiaires	Description de la façon selon laquelle les intervenants sur le terrain ont été mis au fait des démarches, de l'objectif et du fonctionnement de l'intervention proposée (contact verbal, écrit ou les deux).
Moyens de dissémination de l'information	Description de la façon selon laquelle la population cible a été rejointe. Ce critère s'applique uniquement lors de campagnes de sensibilisation.
Matériel utilisé	Description du matériel utilisé dans le cadre de l'intervention (ex. : manuel pédagogique, posters, parasols, chapeaux).
Façon d'accéder au matériel	L'auteur indique de quelle façon un évaluateur externe ou toute autre personne intéressée peut se procurer le matériel utilisé dans le cadre de l'intervention (ex. : adresse de courriel, numéro de téléphone).
Durée de l'intervention	Durée du contact avec la population cible (ex. : durée des séances éducatives au total).
Début de l'intervention	Première fois où l'intervention a été implantée.
Continuité de l'intervention	L'intervention est implantée depuis plusieurs années ou elle le sera. La réponse à ce critère doit être affirmative.
Facteurs de succès	Facteurs reliés à l'environnement externe qui ont facilité la réalisation et/ou l'implantation de l'intervention dans le milieu (ex. : contexte, appui du corps professoral, etc.).
Barrières	Facteurs reliés à l'environnement externe qui ont nuit à la pleine réalisation et/ou implantation de l'intervention dans le milieu (ex. : résistance au changement, climat, priorités).
Design évaluatif	Est généralement indiqué tel quel, sinon peut facilement être déduit à partir de la méthodologie.
Taux de réponse post-intervention	Nombre de personnes ayant participé à l'évaluation sur le nombre de personnes ayant participé à l'intervention.
Outil de mesure évaluatif	L'outil de mesure utilisé pour mesurer l'impact de l'intervention (ex. : observation, questionnaire, entrevue) doit être décrit et sa validité indiquée.
Durée du suivi	Utiliser la date la plus lointaine de l'évaluation pour ce critère.
Taux d'attrition	Information disponible sur le nombre de personnes ou milieux sollicités pour l'intervention, perdus de vue à la sollicitation et perdus du vue post-intervention avec explication.
	Information disponible sur le nombre de personnes ou milieux sollicités pour l'intervention, perdus de vue à la sollicitation et perdus du vue post-intervention, sans explication.
	Information disponible insuffisante puisque l'un ou plusieurs des éléments suivants est (sont) manquant(s) : personnes ou milieux sollicités pour l'intervention, perdus de vue à la sollicitation et perdus du vue post-intervention.
	Aucune information sur le nombre de personnes ou milieux sollicités pour l'intervention, perdus de vue à la sollicitation et perdus du vue post-intervention.

ANNEXE 7

CODIFICATION ATTRIBUÉE À CHACUNE DES ÉTUDES INTERNATIONALES

ÉTUDES RETENUES POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ

Auteurs, année	Point. desc.	Point. desc. corr.	Point. éval	Point. éval. corr.	Cote
Buller et collab., 1996	12,75	12,08	12,53	12,28	A
Buller et collab., 1997	12,91	C	11,86	C	A
Buller et collab., 2000	11,75	11,13	12,60	12,35	A
Crane et collab., 1999	11,75	11,10	14,00	13,72	A
Gibbons et collab., 2005 *exp.1	11,75	11,13	12,53	12,28	A
Gritz et collab., 2005	12,50	11,80	13,33	13,06	A
Weinstock et collab., 2002	12,50	11,85	13,33	13,06	A
Hewitt et collab., 2001	9,75	9,23	12,53	12,28	B
Bauer et collab., 2005	10,25	9,71	14,00	13,72	B
Lowe et collab., 1999	11,25	10,67	12,66	12,41	B
Mahler et collab., 2005	8,25	7,82	11,86	11,62	B
McClendon et Prentice-Dunn, 2001	9,25	8,76	13,20	12,93	B
Benjes et collab., 2004	8,25	7,82	12,33	12,08	B
Bränstrom et collab., 2003	9,25	8,77	12,53	12,28	B

ÉTUDES RETENUES POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ (SUITE)

Auteurs, année	Point. desc.	Point. desc. corr.	Point. éval	Point. éval. corr.	Cote
Milne et collab., 2000	9,66	9,15	12,33	12,08	B
Pagoto et collab., 2003	7,50	C	11,19	C	B
Reding et collab., 1996	9,25	8,77	11,59	11,36	B
Schofield et collab., 1997	10,75	10,19	12,33	12,08	B
Buller et collab., 1999	9,25	8,77	11,13	10,90	B
English et collab., 2005	10,50	9,96	12,33	12,08	B
Boldeman et collab., 1991	9,25	8,77	12,60	12,35	B
Bologna et collab., 1991	10,25	9,71	11,86	11,62	B
Glanz et collab., 2001	10,75	10,19	12,26	12,02	B
Glanz et collab., 2002	11,15	10,57	13,20	12,94	B
Girgis et collab., 1993	8,25	7,82	12,26	12,00	B
Bernhardt, 2001	10,25	9,71	13,20	12,90	B
Rodrigue, 1996	7,25	6,87	13,34	13,07	C

ÉTUDES RETENUES POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ (SUITE)

Auteur, année	Point. desc.	Point. desc. corr.	Point. éval	Point. éval. corr.	Cote
Giles-Corti et collab., 2004	15,50	14,69	10,99	10,77	C
Geller et collab., 2003	13,33	12,63	11,07	10,85	C
Mayer et collab., 1997	14,25	13,50	10,96	10,74	C
Turrisi et collab., 2004	12,25	11,61	9,36	9,17	C
Smith et collab., 2002	11,25	10,67	8,56	8,39	D
McWhriter et collab., 2000	7,50	C	10,19	C	D
Bastuji-Garin et collab., 1999	9,47	8,98	9,52	9,33	D
Stankeviciute et collab., 2004	8,00	7,59	10,19	9,99	D
Mahler et collab., 2003	10,25	9,72	7,40	7,25	D
Dietrich et collab., 2000	8,50	8,05	7,33	7,18	D
Miller et collab., 1999	10,5	9,96	7,82	7,66	D
Geller et collab., 2005	9,50	9,01	9,92	9,72	D
Novick, 1997	8,75	8,30	8,85	8,66	D
Gooderham et Guenther, 1999	8,00	7,59	9,52	9,33	D
Hornung et collab., 2000	8,25	C	9,76	C	D
Hughes et collab., 1993	9,00	8,53	10,19	9,99	D

ÉTUDES REJETÉES POUR LA MESURE DE L'EFFICACITÉ

Auteur, année	Point. desc.	Point. desc. corr.	Point. éval	Point. éval. corr.	Cote
Hillhouse et Turrise, 2002	6,75	C	11,66	C	E
Loescher et collab., 1995	6,25	5,93	12,53	12,28	E
Mermelstein et Riesenberg, 1992	7,25	6,87	7,13	6,99	F
Kristjansson et collab., 2003	7,25	6,87	11,19	10,97	F
LaBat et collab., 2005	5,5	5,21	8,32	8,15	F
Barankin et collab., 2001	6,25	5,93	9,25	9,06	F
Fleming et collab., 1997	6,75	6,40	9,72	9,52	F
Manganoni et collab., 2005	5,08	C	10,19	C	F
Jones et Leary, 1994	5,25	4,98	11,06	10,84	F
Geller et collab., 1997	13,00	12,31	4,06	3,98	G
Kamin et collab., 1993	8,75	8,30	2,66	2,61	H
Boutwell, 1995	8,75	8,29	2,10	2,06	H
Maher et collab., 2002	9,16	8,68	6,32	6,19	H
Mayer et collab., 2001	9,25	8,77	6,73	6,60	H
Fork et collab., 1991	7,26	6,88	5,66	5,50	I
Lombard et collab., 1991	6,75	6,40	6,46	6,33	I

ANNEXE 8

CADRES CONCEPTUELS PAR CATÉGORIE D'ÂGE SÉRIE 2

NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS

	ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ
Milieu familial	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents sur la protection solaire. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents. - Modifier l'intention des parents afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour leurs enfants.	- Suggérer aux parents l'aménagement d'espaces ombragés à leur domicile.	
Milieus récréotouristiques	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents sur la protection solaire. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents. - Modifier l'intention des parents qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour leurs enfants.	- Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés. - Rendre disponible des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Mettre en place des politiques pour la modification de l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation. - Rendre disponible, à moindre coût, des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.
Services de garde à l'enfance	- Améliorer les connaissances des parents et des éducateurs sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents et des éducateurs sur la protection solaire. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents et les éducateurs. - Modifier l'intention des éducateurs et des parents afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour les enfants dont ils ont la responsabilité.	- Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés. - Rendre disponibles des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Mettre en place des politiques pour l'application de crème solaire, l'obligation du port de chapeaux et de vêtements protecteurs de même que pour la modification de l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale. - Mettre en place des politiques visant la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.

ENFANTS (PRÉSCOLAIRE ET PRIMAIRE)

	ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ
Milieu familial	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents sur la protection solaire. - Modifier l'intention des parents afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour leurs enfants. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les enfants.	- Encourager les parents à devenir des modèles de rôle pour leurs enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil. - Que les images présentées par les médias qui s'adressent aux jeunes véhiculent des comportements sécuritaires au soleil. - Suggérer aux parents l'aménagement d'espaces ombragés à leur domicile.	
Milieus récréotouristiques	- Améliorer les connaissances des moniteurs, entraîneurs sportifs, organisateurs d'événements de plein air et des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des moniteurs, entraîneurs sportifs, organisateurs d'événements de plein air et des parents sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents, les moniteurs et les entraîneurs sportifs. - Modifier l'intention des parents afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour les enfants. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les enfants.	- Encourager les moniteurs, les entraîneurs sportifs et les parents à devenir des modèles de rôle pour les enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil. - Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés. - Rendre disponibles des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Mettre en place des politiques pour la modification de l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation. - Rendre disponible, à moindre coût, des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.

ENFANTS (PRÉSCOLAIRE ET PRIMAIRE) (SUITE)

	ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ
Milieu préscolaire et primaire	- Améliorer les connaissances des professeurs sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des professeurs sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les professeurs. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les enfants.	- Encourager les professeurs à devenir des modèles de rôle pour les enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil - Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés. - Rendre disponibles des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Mettre en place des politiques pour l'application de crème solaire, l'obligation du port de chapeaux et de vêtements protecteurs de même que pour la modification de l'horaire des activités lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.
Services de garde à l'enfance	- Améliorer les connaissances des parents et des éducateurs sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents et des éducateurs sur la protection solaire. - Développer des compétences en protection solaire chez les parents et les éducateurs. - Modifier l'intention des parents et des éducateurs afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard des rayons UV pour les enfants. - Améliorer les connaissances des enfants sur les rayons UV. - Développer des compétences en protection solaire chez les enfants.	- Encourager les éducateurs à devenir des modèles de rôle pour les enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil. - Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des aires de jeux ombragées. - Rendre disponibles des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Mettre en place des politiques pour l'application de crème solaire, l'obligation du port de chapeaux et de vêtements protecteurs de même que pour la modification de l'horaire des activités lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.

ADOLESCENTS

	ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ
Milieu familial	- Améliorer les connaissances des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des parents face à la pratique du bronzage^A. - Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des adolescents face à la pratique du bronzage. - Développer des compétences en protection contre les rayons UV chez les adolescents. - Modifier l'intention des adolescents afin qu'ils se protègent des rayons UV et qu'ils ne s'exposent pas intentionnellement.	- Suggérer aux parents d'aménager des espaces ombragés à leur domicile et de rendre accessibles les moyens de protection individuels. - Que les personnalités médiatiques appréciées des adolescents soient des modèles de rôle au regard de la protection et de l'exposition aux rayons UV. - Valoriser le teint pâle dans la société.	
Milieus récréotouristiques	- Améliorer les connaissances des moniteurs, entraîneurs sportifs, organisateurs d'événements de plein air et des parents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des moniteurs, entraîneurs sportifs et des parents sur les rayons UV. - Améliorer les connaissances des adolescents sur la protection solaire. - Améliorer les attitudes des adolescents afin qu'ils ne s'exposent pas intentionnellement aux rayons UV sans protection. - Développer des compétences en protection solaire chez les adolescents. - Modifier l'intention des adolescents afin qu'ils se protègent des rayons UV et qu'ils ne s'exposent pas intentionnellement.	- Encourager les moniteurs, les entraîneurs sportifs et les parents à devenir des modèles de rôle pour les enfants en pratiquant des comportements sécuritaires au soleil. - Favoriser l'acceptabilité des mesures de protection solaire dans les milieux récréotouristiques. - Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des espaces ombragés. - Rendre disponibles des moyens de protection individuels sur les lieux d'exposition aux rayons UV.	- Modifier l'horaire des activités extérieures lorsque le rayonnement solaire est à son intensité maximale sur les sites récréotouristiques. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.

^A Ici, on entend par bronzage : le bronzage naturel et artificiel.

ADOLESCENTS (SUITE)

	ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ
Milieu secondaire et collégial	- Améliorer les connaissances des adolescents sur les rayons UV. - Améliorer les attitudes des adolescents face à la pratique du bronzage. - Développer des compétences en protection contre les rayons UV chez les adolescents. - Modifier l'intention des adolescents afin qu'ils se protègent des rayons UV et qu'ils ne s'exposent pas intentionnellement.	- Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des aires ombragées sur les terrains de l'école. - Favoriser l'acceptabilité des mesures de protection solaire à l'école.	- Interdire la promotion du bronzage artificiel dans les médias étudiants (journaux, radio, etc.). - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.
Milieu de travail étudiant	- Améliorer les connaissances des employeurs sur les rayons UV afin qu'ils favorisent une réduction de l'exposition et une meilleure protection solaire chez leurs employés. - Améliorer les connaissances des adolescents sur la protection solaire. - Améliorer les attitudes des adolescents sur la protection solaire. - Développer des compétences en protection solaire chez les adolescents qui ont des enfants sous leur responsabilité. - Modifier l'intention des adolescents afin qu'ils se protègent des rayons UV.	- Aménager, à l'aide de structures naturelles et artificielles, des aires ombragées sur les lieux de travail. - Que l'employeur rende disponibles des moyens de protection individuels dans le milieu de travail. - Favoriser l'acceptabilité des mesures de protection solaire dans les milieux de travail.	- Obliger les employés à utiliser des moyens de protection personnels (ex. : uniforme) sur les lieux de travail. - Prévoir une rotation du personnel afin d'éviter une exposition solaire prolongée. - Mettre en place des politiques pour la création d'espaces ombragés et encourager leur utilisation.

ANNEXE 9

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS QUÉBÉCOISES

Tableau 1 Description des interventions québécoises dans le milieu primaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Ombrelle (L'Oréal Canada)/ aucun partenaire	Activités interactives et programme d'enseignement portant sur les concepts reliés au soleil, les façons de se protéger du soleil et les facteurs de protection solaire. Objectif principal : Accroître le niveau de connaissances des enfants Approche : A	OUI Voir interventions exemplaires du Québec (section 3.2.1).
Nom de l'intervention	Mission UV		
Population cible/intermédiaires	303 élèves de 7 à 12 ans/professeurs		
Milieus d'intervention	Écoles primaires francophones, 4 écoles (Québec), 1 école (Ontario) = 19 classes		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Fin mai 2004, 5 jours/oui, à tous les ans		

N.B : Les renseignements contenus dans les tableaux des annexes 9, 10 et 12 ont été intégrés en 2006 et n'ont pas été mis à jour depuis. Il est donc tout à fait à propos de penser que certaines de ces interventions sont toujours en cours à l'heure actuelle. À noter également que les objectifs ont été transcrits de manière textuelle, sauf pour les objectifs d'interventions canadiennes qui ont été traduits librement. **Nd :** La mention « nd » signifie : données non disponibles.

Tableau 2 Description des interventions québécoises dans les milieux récréotouristiques

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Loisir et Sport Abitibi-Témiscamingue/ Société canadienne du cancer/	Présentation de la brochure aux animateurs des camps de jour qui utilisent les exercices qu'elle contient pour animer les jeunes pendant les jours de pluie. Objectif principal : Favoriser l'adoption de comportements prudents face aux rayons UV naturels. Objectif spécifique : Intégrer des activités (chants, jeux, découpages, coloriages, etc.) tirées de la brochure « Vivre sous le soleil » aux animations destinées aux jeunes fréquentant les camps de jour municipaux durant l'été. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 5 à 12 ans/animateurs de camps de jour		
Milieus d'intervention	Camps de jour municipaux de Val-d'Or, Amos, Rouyn-Noranda, La Sarre		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Début juin 2002, 3 mois/ oui, à tous les ans		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de Québec/ responsables des loisirs des arrondissements de la Ville de Québec	Un guide était remis aux responsables et aux moniteurs des terrains de jeux afin de modifier leurs attitudes et leurs perceptions au regard de la chaleur accablante et de l'exposition aux rayons UV. De cette façon, ils pourront instaurer une pratique préventive vis-à-vis ces problématiques dans le cadre de leurs contacts quotidiens avec les enfants. Objectif principal : Sensibiliser les responsables de terrains de jeux sur les risques à la santé et les moyens de prévention associés à la chaleur accablante et à l'exposition aux rayons UV. Objectifs spécifiques : 1) Intégrer à la formation des responsables et des moniteurs de terrains de jeux un volet sur la prévention de la chaleur accablante et de l'exposition aux rayons UV; 2) Créer un guide pratique pour les responsables et les moniteurs de terrain de jeux sur la prévention des effets de la chaleur accablante et de l'exposition aux rayons UV; 2.1) Décrire la problématique et les effets néfastes sur la santé associés à la chaleur accablante et aux rayons UV; 2.2) Décrire les groupes d'enfants plus vulnérables et les signes et symptômes à surveiller; 2.3) Fournir des conseils pratiques pour prévenir les effets de la chaleur accablante et de l'exposition aux UV de même que pour la prise en charge initiale en cas d'impact négatif sur la santé. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/ intermédiaires	Enfants de 4 à 16 ans, deux sexes/responsables et moniteurs des terrains de jeux (16 à 30 ans)		
Milieus d'intervention	Terrains de jeux des cinq arrondissements de la Ville de Québec		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Fin mai 2005, 1 mois/ non récurrente		

Tableau 3 Description des interventions québécoises dans le milieu familial

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de Québec/ Hôpitaux de la région de Québec (6), Société canadienne du cancer, Association canadienne de dermatologie, Fédération des CLSC du Québec, Dermtek	- Projet pilote : Le guide « Les premiers pas de bébé au soleil » était remis aux mères à l'hôpital après l'accouchement. 2^e phase du projet : Le guide « Les premiers pas de bébé au soleil » était remis aux mères lors de la visite postnatale à la résidence par le biais des infirmières du CLSC. Objectif principal : Implanter au Québec un programme de sensibilisation des nouvelles mères sur les dangers de l'exposition au soleil pour la santé de leurs enfants. Objectifs spécifiques : - Sensibiliser les nouvelles mères aux dangers du soleil et les informer sur les mesures à prendre pour diminuer l'exposition aux rayons UV; - Favoriser l'acquisition et le maintien de comportements préventifs chez les jeunes enfants. Approche : A	OUI. Voir interventions exemplaires du Québec (section 3.2.1)
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/ intermédiaires	650 nouveau-nés et parents/infirmières		
Milieus d'intervention	Foyers de la région de Québec de 1994 à 1996 (projet pilote) et dans tout le Québec entre 1997 à 2003		
Début de l'intervention, durée/réurrence	1994, distribution continue/ maintien jusqu'en 2003		

Tableau 3 Description des interventions québécoises dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Association canadienne de dermatologie (division du Québec)/MSSS, Association des dermatologistes du Québec, compagnies de crème solaire et de vêtements	Production d'un cahier spécial distribué au domicile par le biais du réseau Gesca (14^e et 15^e campagne) et relations de presse. Objectif principal : Sensibiliser la population aux effets nocifs des rayons UV naturels et artificiels par les médias. Objectif spécifique : Présenter des moyens simples de se protéger des rayons UV et de prévenir les facteurs de risque. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Semaine Prudence au soleil		
Population cible/ intermédiaires	Population générale ou groupes cibles particuliers selon les années (ex. adolescents, travailleurs extérieurs). 1,5 million de personnes rejointes en 2005/radio, journaux, magazines, télévision		
Milieus d'intervention	Ensemble des régions du Québec		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Juin 1990, une semaine/16 ^e campagne en 2006		

Tableau 4 Description des interventions québécoises de type communautaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de Lanaudière/aucun partenaire	- Les milieux de garde étaient sensibilisés par le journal dédié l'Express garderie. - Les colonies de vacances et les camps de jour étaient sensibilisés par une lettre à laquelle des dépliants étaient ajoutés. - Les agriculteurs étaient sensibilisés par l'UPA régionale (articles et dépliants). Objectif principal : Sensibiliser les populations vulnérables aux risques à la santé et aux moyens de protection contre les rayons UV. Objectif spécifique : Campagne de sensibilisation destinée au grand public et à des publics ciblés. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/ intermédiaires	Population générale, enfants de 0 à 5 ans, enfants qui fréquentent les camps de jour et les colonies de vacances, agriculteurs et travailleurs extérieurs/responsables des milieux de garde, des camps de jour et des colonies de vacances, Union des producteurs agricoles (UPA)		
Milieux d'intervention	Milieu familial, milieux de garde, colonies de vacances, camps de jour, milieu agricole, milieu de travail extérieur		
Début de l'intervention, durée/réurrence	1995, interventions ponctuelles dans le milieu familial et les milieux de garde/chaque année jusqu'en 2004 2000, interventions ponctuelles auprès des travailleurs à l'extérieur et des agriculteurs (en simultané avec la campagne de sensibilisation du Virus du Nil Occidental-VNO)/jusqu'en 2004 2000, intervention ponctuelle auprès des colonies de vacances (première campagne VNO)/non récurrente		

Tableau 4 Description des interventions québécoises de type communautaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de l'Outaouais/services de périnatalité des CSSS, Ville de Gatineau	- Salon maternité-paternité : présentation PowerPoint et distribution de matériel éducatif. - Envoi de dépliants aux éducateurs des CPE. - Distribution de dépliants aux parents lors des cours prénataux. - Distribution de dépliants à divers sites de la Ville de Gatineau. Objectif principal : Faire connaître le risque associé à l'exposition aux rayons UV chez les enfants de 0 à 6 ans. Objectif spécifique : Sensibiliser les intervenants du réseau des CPE et les nouveaux parents à la vulnérabilité des enfants de même que sur leur rôle dans la protection solaire. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 0 à 6 ans/parents et éducateurs dans les CPE		
Milieu d'intervention	Milieu familial, CPE, cours prénataux des CSSS, salon maternité — paternité de l'Outaouais, endroits publics de la Ville de Gatineau		
Début de l'intervention, durée/réurrence	- Salon maternité-paternité : avril 2005, 2 jours/non récurrente - Dépliants transmis aux CPE : 2000, 2002, 2004, 2005, ponctuel/oui - Communiqué de presse : fin juin 2004, ponctuel/oui		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine/ CLSC et CPE de la région de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	Les CLSC sont responsables de transmettre de l'information aux parents sur la protection solaire par le biais de leurs équipes en petite enfance dans les CPE et dans les camps de jour. Objectif principal : Diminuer à long terme l'incidence des cancers de la peau. Objectifs spécifiques : - Sensibiliser et informer les parents sur les moyens de protéger les enfants contre les rayons UV; - Sensibiliser les enfants au port de vêtements protecteurs et à l'utilisation de crème solaire. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/intermédiaires	Enfants (âge non spécifié)/intervenants en petite enfance des CLSC		
Milieu d'intervention	CPE, camps de jour		
Début de l'intervention, durée/réurrence	2002, nd/la réurrence dépend de la planification des CPE et des équipes en petite enfance des CLSC.		

Tableau 4 Description des interventions québécoises de type communautaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/aucun partenaire	Les éducateurs dans les CPE ont la tâche de prendre connaissance des dépliants reçus et de les transmettre aux parents avec une explication. Objectif principal : Sensibilisation et promotion de saines habitudes de vie face à l'exposition aux rayons UV. Objectif spécifique : Diminuer le taux de cancer de la peau de la région de la Côte-Nord. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/ intermédiaires	Nouveau-nés et enfants/parents et éducateurs dans les CPE		
Milieu d'intervention	Milieu familial, CPE		
Début de l'intervention, durée/récurrence	- Message radiophonique 18/19/20 juin 2002, 3 jours/non récurrent - Communiqué de presse 22 juin 2002, une journée/non récurrent - Envoi de dépliants dans les CPE en juin 2005, ponctuel/devrait être récurrent en 2006		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de santé publique de Laval/aucun partenaire	Envoi de dépliants par courrier avec ceux de la chaleur accablante dans plusieurs milieux tels que les établissements de soins privés, les pharmacies, les bureaux municipaux de loisirs, les CPE et les camps de jour. Objectif principal : Sensibiliser la population aux dangers des rayons UV et aux mesures de protection. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Aucun nom n'a été attribué à l'intervention		
Population cible/ intermédiaires	Enfants des camps de jour, enfants en garderie, population générale/aucun intermédiaire		
Milieu d'intervention	Camps de jour, CPE, établissements de soins privés, les pharmacies, les bureaux municipaux de loisirs, le milieu familial		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Juin 2005, ponctuel/nd		

Tableau 4 Description des interventions québécoises de type communautaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'ADRLSSSS de l'Estrie ^A (Services de protection et de prévention-promotion), Association canadienne du cancer – région Estrie/Société canadienne du cancer (division du Québec-région de l'Estrie), Ville de Sherbrooke	Diverses activités éducatives sous la forme de jeux sont proposées aux enfants et visent également la sensibilisation des personnes qui en sont responsables (ex. moniteurs, entraîneurs sportifs, etc.). Objectifs principaux : 1) Favoriser l'adoption de comportements, de mesures et d'activités sécuritaires en regard de l'exposition au soleil chez les enfants; 2) Informer la population générale des risques d'exposition au soleil, notamment pour les enfants. Objectifs spécifiques : 1) informer les coordonnateurs des OTJ^B ainsi que les responsables des groupes de soccer de la Ville de Sherbrooke des risques de l'exposition au soleil et des mesures préventives à prendre; 2) informer et outiller les moniteurs des OTJ sur les risques de l'exposition au soleil et les mesures préventives en regard des dangers de l'exposition au soleil pour les enfants; 3) informer les parents des risques de l'exposition au soleil et des mesures préventives à prendre; 4) réaliser des activités de renforcement de comportements sécuritaires auprès des jeunes des OTJ. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Escouade Ô Soleil		
Population cible/ intermédiaires	Enfants de 3 à 5 ans dans les CPE, enfants fréquentant les OTJ et les organismes récréatifs de soccer/moniteurs, entraîneurs sportifs, éducateurs et Escouade Ô Soleil (CPE)		
Milieus d'intervention	OTJ, CPE de l'Estrie, organismes récréatifs de soccer de la Ville de Sherbrooke		
Début de l'intervention, durée/récurrence	- Interventions auprès des enfants par les moniteurs (fin juin 2005, environ 2 mois), - Interventions de l'Escouade Ô Soleil : juillet 2005, 2 mois Récurrence : prévision d'interventions en 2006 auprès des OTJ d'une autre municipalité régionale de comté (MRC).		

^A Cette intervention avait été décrite par la Société canadienne du cancer, dans l'un des questionnaires reçus. Elle n'a donc pas été répétée deux fois.

^B OTJ : Œuvre des terrains de jeux.

ANNEXE 10

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS IMPLANTÉES DANS LES PROVINCES CANADIENNES AUTRES QUE LE QUÉBEC

**Tableau 1 Description des interventions canadiennes dans le milieu scolaire
primaire**

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Bureau de la protection contre les rayonnements des produits cliniques et de consommation, Programme de la Sécurité des produits, Santé Canada/Environnement Canada	Programme qui encourage les étudiants à se protéger des rayons UV en effectuant des observations des niveaux de rayonnement UV dans leur cour d'école. Ils partagent ensuite cette information avec les autres écoles et avec leur communauté depuis 2001. Objectif principal : Sensibiliser la population aux effets néfastes de la surexposition aux rayons UV et sur les moyens de protection. Objectif spécifique : Démontrer aux étudiants comment l'Indice UV peut être utilisé pour se protéger et protéger son entourage des rayons UV. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Programme de l'Indice UV pour la sensibilisation aux effets du soleil		
Population cible/ intermédiaires	Enfants de 6 à 11 ans (2 sexes) et 12-18 ans (2 sexes)/ professeurs		
Milieus d'intervention	14 000 écoles primaires et 2 000 écoles secondaires canadiennes		
Début de l'intervention, durée/réurrence	1998, Au cours du printemps de chaque année/ 9 ^e année d'implantation en 2006		

Tableau 2 Description des interventions canadiennes dans les milieux récréotouristiques

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	<i>Capital Health Cancer Care Program, Prevention and Screening Working Group - Cancer Care Nova-Scotia/ Société canadienne du cancer (division de la Nouvelle-Écosse), Services récréatifs communautaires de la municipalité régionale d'Halifax, Département récréatif de la Ville de Windsor, Centre de recherche en promotion de la santé de l'Atlantique</i>	Développer une politique encourageant à la fois le personnel et les participants des programmes récréatifs estivaux à adopter des comportements sécuritaires à l'égard du soleil. De la crème solaire était fournie pour les participants qui n'en possédaient pas et une lettre était transmise aux parents.	OUI, voir interventions canadiennes ayant été évaluées (section 3.2.2)
Nom de l'intervention	<i>Summer Sun Safety Program</i>	Objectif principal : Encourager la pratique de comportements sécuritaires à l'égard du soleil chez le personnel et les participants à des programmes récréatifs estivaux	
Population cible/ intermédiaires	Enfants fréquentant des programmes récréatifs estivaux et leurs parents/personnel des programmes récréatifs estivaux	Objectifs spécifiques : 1) Développer une politique de protection solaire acceptée et comprise par le personnel et les participants à des programmes récréatifs estivaux; 2) Renforcer la capacité du personnel des programmes récréatifs estivaux à implanter une politique de protection solaire en leur fournissant du support, de la formation et en facilitant les partenariats avec les planificateurs des programmes récréatifs	
Milieux d'intervention	Programmes récréatifs estivaux de la municipalité régionale d'Halifax et de la Ville de Windsor en Nouvelle-Écosse (qui sont également des milieux de travail étudiant)	Approche : ABC	
Début de l'intervention, durée/ récurrence	Projet-pilote en 2004, été/oui		

Tableau 3 Description des interventions canadiennes de type communautaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	York Region Health Services Department- Public Health Branch - <i>Chronic Disease Prevention Program</i> - Sunsense Team/ Société canadienne du cancer (division de l'Ontario), local municipality, York Region Public Health, York Region Forestry Division, résidents	Activités de sensibilisation auprès des enfants, des parents et de la population générale sur la protection solaire. Distribution d'articles promotionnels : autocollants, tatous, jeux questionnaire, chapeaux, chandails et compteur UV. Des kiosques disposés à l'ombre proposaient diverses activités. Un site Internet a également été créé pour transmettre des renseignements sur la protection solaire.	NON
Nom de l'intervention	Sun Sense		
Population cible/ intermédiaires	▪ Enfants d'âge préscolaire/personnel des CPE et parents ▪ Enfants d'âge primaire/professeurs et infirmières de santé publique ▪ Enfants fréquentant les camps de vacances et les moniteurs/infirmières du camp de vacances et de santé publique et moniteurs ▪ Enfants et parents/pédiatres Population générale/médias	Objectifs principaux : 1) Sensibiliser et promouvoir des comportements sécuritaires à l'égard du soleil dans les écoles, les camps de jour, les CPE et auprès de la population générale; 2) Conscientiser les responsables dans les CPE sur l'importance de développer une politique de protection solaire; 3) Promouvoir des comportements sécuritaires à l'égard du soleil chez la population générale/transmettre de l'information sur les lits de bronzage/fournir des statistiques par une campagne médiatique.	
Milieus d'intervention	Écoles primaires, camps de jour privés et municipaux, CPE, bureaux pédiatriques, milieu familial, milieux récréotouristiques (parcs, piscines extérieures, événements extérieurs)	Objectifs spécifiques : 1) Écoles : Aménager des endroits ombragés et promouvoir la fréquentation de ces endroits/promouvoir l'utilisation du matériel éducatif « Sunsense » et l'incorporer à l'enseignement/encourager l'adoption de comportements sécuritaires à l'égard du soleil dans toutes les activités extérieures; 2) Camps de jour : Distribuer du matériel éducatif aux enfants, au personnel des camps et aux parents/fournir un exemple de politique de protection solaire; 3) CPE : Fournir un exemple de politique de protection solaire/fournir des ressources et du matériel éducatif au personnel des CPE et aux parents/proposer des activités éducatives en lien avec la protection solaire; 4) Campagne : Sensibiliser et fournir de l'information aux parents; 5) Promouvoir des comportements sécuritaires à l'égard du soleil auprès de la population générale.	
Début de l'intervention, durée/ récurrence	▪ Écoles : nd, en continu/oui ▪ Camps de jour : débute tôt au printemps, environ 5 mois/oui ▪ CPE : nd, en continu/oui ▪ Campagne médiatique : 2005, été/oui ▪ Sensibilisation de la population générale : environ 5 mois/oui	Approche : ABC	

**Tableau 3 Description des interventions canadiennes de type communautaire
(suite)**

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Société canadienne du cancer (division de la Saskatchewan)/aucun partenaire	Sessions d'information dans plusieurs milieux d'intervention. Objectif principal : Informer la population cible qu'en suivant les recommandations « SunSense » de la Société canadienne du cancer et en se protégeant du soleil, le risque de développer un cancer de la peau peut être grandement réduit. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	<i>Sunsense</i>		
Population cible/ intermédiaires	Enfants et leurs parents, les jeunes et la population générale/étudiants d'été, professeurs, sauveteurs dans les piscines, moniteurs de camps, pharmaciens et infirmières de santé publique		
Milieux d'intervention	CPE, écoles primaires, librairies, entreprises, groupes d'adultes, milieux de travail, milieux récréotouristiques (terrains de jeux, parcs et piscines)		
Début de l'intervention, durée/ récurrence	Mai 1991, 4 mois/oui		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Société canadienne du cancer (division de Terre-Neuve et du Labrador)/Neutrogena	Se présenter lors de différents événements et faire des sessions d'information auprès des groupes intéressés. Des activités éducatives sont prévues avec les enfants. De l'information est transmise à la population générale et de la crème solaire est distribuée dans le cadre d'événements ou d'activités familiales. Objectif principal : Informer les résidents de Terre-Neuve et du Labrador de l'importance de la protection solaire et proposer des stratégies de réduction de l'exposition au soleil. Objectif spécifique : Se présenter lors d'événements et de festivals au cours de l'été afin de promouvoir le Programme « Sunsense » de la Société canadienne du cancer. Approche : AB	NON
Nom de l'intervention	<i>Sunsense</i>		
Population cible/ intermédiaires	Étudiants de 5 à 15 ans (garçons et filles), parents dans les CPE et population générale/étudiants de niveau universitaire et personnel de la Société canadienne du cancer		
Milieux d'intervention	Écoles, CPE, milieux récréotouristiques		
Début de l'intervention, durée/ récurrence	Mai, 4 mois/oui		

**Tableau 3 Description des interventions canadiennes de type communautaire
(suite)**

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Alberta Cancer Board/Calgary Health Region et Société canadienne du cancer (division de l'Alberta)	Campagne de marketing social. Objectifs principaux : 1) Sensibiliser les familles ayant des enfants âgés de 5 à 14 ans sur l'importance de la protection solaire; 2) Encourager les parents et les enfants à adopter des comportements sécuritaires à l'égard du soleil. Objectifs spécifiques : 1) Communiquer le message « Sunright^A »; 2) Développer les compétences des personnes (professeurs, pharmaciens et moniteurs de camps de jour) chargées de promouvoir la protection solaire; 3) Promouvoir les changements dans les connaissances, les attitudes et les comportements. Approche : A	NON
Nom de l'intervention	Campagne <i>Sunright</i>		
Population cible/ intermédiaires	5 à 14 ans, parents et entourage/ professeurs, pharmaciens, infirmières de santé publique, moniteurs de camps de jour et autres personnes influentes de la communauté, étudiants de niveau universitaire ayant des formations en développement de l'enfant, en éducation, en kinésiologie et en médecine		
Milieux d'intervention	Événements divers (festivals, défilés, rodéo), écoles, camps de jour, pharmacies, milieux récréotouristiques (terrains de jeux, parcs, piscines, terrains de camping), milieux de travail étudiant, milieu familial		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Mai 2003, 4 mois/maintien jusqu'en 2005		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée	Évaluation de l'intervention
Organisation responsable/ Partenariats	Thunder Bay District Health Unit/ Northwestern Ontario Health Unit	Distribution d'un magazine dans les écoles et tenue de kiosques dans divers lieux fréquentés par les adolescentes. Certaines des étudiantes ont été approchées pour figurer dans le magazine. Objectif principal : Le ministère de la Santé devrait travailler en partenariat avec les groupes communautaires et les individus pour encourager l'éducation et l'adoption de politiques en vue de réduire le risque du cancer de la peau. Objectifs spécifiques : 1) Sensibiliser les jeunes de 14 à 24 ans sur les dangers de l'utilisation des appareils de bronzage; 2) Informer sur les facteurs de risque du cancer de la peau et proposer des stratégies pour réduire les risques; 3) Promouvoir les lotions de bronzage comme une alternative sécuritaire à l'utilisation d'appareils de bronzage. Approche : AB	OUI, voir interventions canadiennes ayant été évaluées (section 3.2.2)
Nom de l'intervention	<i>Skin Savvy project</i>		
Population cible/ intermédiaires	Adolescentes de 14 à 18 ans (1 ^{ère} cible) et femmes de 18 à 24 ans (2 ^e cible)/ responsables du projet		
Milieux d'intervention	Écoles secondaires, collèges, milieux de travail étudiant, bureaux de médecins, endroits publics fréquentés par cette catégorie d'âge		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Juin 2003, 1 mois/maintien jusqu'en 2005		

^A Sun safety is as easy as 1, 2, 3: cover up, use sunscreen and seek shade using a variety of strategy.

ANNEXE 11

**PUBLICATIONS N'AYANT PAS FAIT
L'OBJET D'UNE ANALYSE CRITIQUE**

Publications ne répondant pas aux critères d'inclusion

- BLUNDEN A, Lower T et T Slevin (2004). Knowledge, awareness, and use of the UV index amongst the West Australian public. *Journal of Health Communication*; 9: 207-21.
- DUPUY A, Dunant A et Grob J-J (2005). Randomized controlled trial testing the impact of high-protection sunscreens on sun-exposure behavior. *Arch Dermatol*; 141: 950-6.
- GALLAGHER RP, Rivers JK, Lee TK, Bajdik CD, McLean DI et AJ Codman (2000). Broad-spectrum sunscreen use and the development of new nevi in white children – A randomized controlled trial. *JAMA*; 283(22): 2955-60.
- GELLER AC, Sayers L, Koh HK, Miller DR, Benjes LS et MC Wood (1999). The New Moms Project: educating mothers about sun protection in newborn nurseries. *Pediatr Dermatol*; 16: 198-200.
- GISED (2003). Improving sun protection behaviour in children: study design and baseline results of a randomized trial in Italian elementary schools. The 'Sole Si Sole No GISED' project. *Dermatology*; 207: 291-7.
- HANCOCK I, Sanson-Fisher R, Redman S, Burton R, Burton L, Butler J et collab. (1996). Community action for cancer prevention: overview of the Cancer Action in Rural Towns (CART) project, Australia. *Health Promotion International*; 11(4): 277-90.
- HARRISON SL, Buettner PG et R MacLennan (2005). The North Queensland "Sun-Safe Clothing" study: design and baseline results of a randomized trial to determine the effectiveness of sun-protective clothing in preventing melanocytic nevi. *Am J Epidemiol*; 161: 536-45.
- HATMAKER G (2003). Development of a skin cancer prevention program. *J Sch Nurs*; 19: 89-92.
- HUGHES AS (1994). Sun protection and younger children: Lessons from the *Living With Sunshine* Program. *Journal of School health*; 64(5): 201-4.
- JUNGERS EA, Guenther ST, Farmer ER et SM Perkins (2003). A skin cancer education initiative at a professional baseball game and results of a skin cancer survey. *International Journal of Dermatology*; 42: 524-9.
- KIEKBUSCH S, Hannich H-J, Isacson Å, Johannisson A, Lindholm LHJ, Sager E et collab. (2000). Impact of a cancer education multimedia device on public knowledge, attitudes, and behaviors: a controlled intervention study in Southern Sweden. *J Cancer Educ*; 15: 232-6.
- LIU KE, Barankin B, Howard J et LC Guenther (2001). One-year follow-up on the impact of a sun awareness curriculum on medical student's knowledge, attitudes, and behaviour. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*; 5(3): 193-200.
- PARROTT R, Duggan A, Cremo J, Eckles A, Jones K et C Steiner (1999). Communicating about youth's sun exposure risk to soccer coaches and parents: a pilot study in Georgia. *Health Education & Behavior*; 26(3): 385-95.

RICHARD MA, Martin S, Gouvernet J, Folchetti G, Bonerandi JJ et JJ Grob (1999). Humour and alarmism in melanoma prevention: a randomized controlled study of three types of information leaflet. *British Journal of Dermatology*; 140: 909-14.

SHANI E, Rachkovsky E, Bahar-Fuchs A et L Rosenberg (2000). The role of health education versus safety regulations in generating skin cancer preventive behavior among outdoor workers in Israel: an exploratory photosurvey. *Health Promotion International*; 15(4): 333-9.

Autres exclusions⁷⁸

BOLDEMAN C, Ullén H, Månsson-Brahme E et L-E Holm (1993). Primary prevention of malignant melanoma in the Stockholm Cancer Prevention Programme. *European Journal of Cancer Prevention*; 2: 441-6.

BULLER DB, Burgoon M, Hall JR, Levine N, Taylor AM, Beach B et collab. (2000) Using language intensity to increase the success of a family intervention to protect children from ultraviolet radiation: Predictions from language expectancy theory. *Preventive Medicine*; 30: 103-14.

BULLER MK, Loescher LJ et DB Buller (1994). « Sunshine and skin health »: A curriculum for skin cancer prevention education. *J Cancer Educ*; 9: 155-62.

CENTER FOR DISEASES CONTROL (1997). Media dissemination of and public response to the Ultraviolet Index—United States, 1994-1995. *MMWR Weekly*; 46(17): 370-3.

DIETRICH AJ, Olson AL, Sox CH, Stevens M, Tosteson TD, Ahles T et collab. (1998). A community-based randomized trial encouraging sun protection for children. *Pediatrics*; 102(6): 64-71.

ENGLISH DR, MILNE E et JA Simpson (2005). Sun protection and the development of melanocytic nevi in children. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 14(12): 2873-6.

GELLER AC, Rutsch L, Kenausis K et Z Zhang (2003). Evaluation of the SunWise School Program. *The Journal of School Nursing*; 19(2): 93-9.

GELLER AC, Glanz K, Shigaki D, Isnec MR, Sun T et J Maddock (2001). Impact of skin cancer prevention on outdoor aquatics staff: The Pool Cool Program in Hawaii and Massachusetts. *Preventive Medicine*; 33: 155-61.

GELLER AC, Cantor M, Miller DR, Kenausis K, Rosseel K, Rutsch L et collab. (2002). The Environmental Protection Agency's National SunWise School Program: Sun protection education in US schools (1999-2000). *J Am Acad Dermatol*; 46: 683-9.

GLANZ K, Steffen A, Elliott T et D O'Riordan (2005). Diffusion of an effective skin cancer prevention program: design, theoretical foundations, and first-year implementation. *Health Psychology*; 24(5): 477-87.

⁷⁸ Ces autres exclusions étaient de trois types : 1) les interventions étaient reproduites intégralement dans plusieurs périodiques scientifiques différents; 2) les articles proposaient une description de l'intervention sans rendre compte de résultats précis et référaient plutôt à un autre article pour une évaluation plus complète ou 3) les articles proposaient des résultats pour une période de suivi donnée (ex. : à 1 mois post-intervention) alors qu'une période de suivi plus longue était couverte par un autre article.

- GLANZ K, Lew RA, Song V et L Murakami-akatsuka (2000). Skin cancer prevention in outdoor recreation settings: Effects of the Hawaii SunSmart Program. *Eff Clin Pract*; 3: 53-61.
- GLANZ K, Chang L, Song V, Silverio R et L Muneoka (1998). Skin cancer prevention for children, parents, and caregivers: a field test of Hawaii's Sun Smart program. *J Am Acad Dermatol*; 38: 413-7.
- GRANT-PETTERSON J, Dietrich AJ, Sox CH, Winchell CW et MM Stevens (1999). Promoting sun protection in elementary schools and child care settings: The SunSafe Project. *J Sch Health*; 69(3): 100-6.
- MCCLENDON BT, Prentice-Dunn S, Blake R et B McMath (2002). The role of appearance concern in responses to intervention to reduce skin cancer risk. *Health Education*; 102(2): 76-83.
- MILNE E, Johnston R, Cross D, Giles-Corti B et DR English (2002). Effect of a school-based sun-protection intervention on the development of melanocytic nevi in children. *American Journal of Epidemiology*; 155(8): 739-45.
- REDING DJ, Fischer V, Gunderson P et K Lappe (1995). Skin cancer prevention: a peer education model. *Wisconsin Medical Journal*; 94: 77-81.
- ROSSI JS, Blais LM, Weinstock MA (1994). The Rhode Island Sun Smart Project: skin cancer prevention reaches the beaches. *Am J Public Health*; 84: 672-4.
- TRIPP MK, Herrmann NB, Parcel GS, Chamberlain RM and ER Gritz (2000). Sun protection is Fun! A skin cancer prevention program for preschools, *J Sch Health*; 70(10): 395-401.
- WEINSTOCK MA, Rossi JS (1998). The Rhode Island Sun Smart Project: a scientific approach to skin cancer prevention. *Clin Dermatol*; 16: 411-3.

ANNEXE 12

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS INTERNATIONALES (LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE)

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Benjes et collab., 2004	Sensibilisation des mères par conversation téléphonique et par la réception d'une lettre. Les bénéfices de la protection solaire, l'utilisation de la crème solaire et des vêtements protecteurs en plus de solutions pour faciliter la protection solaire étaient abordés lors de cette sensibilisation. Il faut toutefois savoir que toutes les mères discutaient sur place avec les infirmières suite à leur accouchement. Objectif principal : ☐ Augmenter les pratiques de protection chez les mères pour leurs enfants; ☐ Diminuer la fréquence des coups de soleil chez les enfants. Approche : A Cote^A : B	Design expérimental avec un groupe d'intervention (conversation téléphonique avec une infirmière de même qu'une lettre) et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Questionnaires s'adressant aux mères sur les connaissances et les attitudes à l'égard de la protection solaire, l'exposition solaire de leurs enfants, les pratiques de protection solaire adoptées par les mères pour leurs enfants et les pratiques de protection solaire des mères. Observation par le pédiatre des coups de soleil et du bronzage chez les enfants à partir d'une grille. Efficacité (1 an après l'intervention) : ☐ Connaissances : amélioration non significative ($p = 0,22$) de 46 % chez les mères du groupe d'intervention et de 35 % chez les mères du groupe contrôle. ☐ Attitudes : Pas de différences entre les deux groupes quant à la perception des bénéfices que confère le bronzage sur l'aspect physique chez la mère et chez l'enfant (données non présentées) ☐ Pratiques de protection solaire des mères : pas de différences significatives entre les deux groupes (données non présentées). ☐ Pratiques de protection solaire des mères pour leurs enfants : pas de différence significative entre les deux groupes pour une série de comportements. ☐ Vigilance des mères (mesure post-test uniquement) : 82 % chez les mères du groupe d'intervention comparativement à 62 % chez les mères du groupe contrôle ($p = 0,02$). ☐ Coups de soleil et bronzage : Pas de différences significatives entre les deux groupes $p = 0,37$, les coups de soleil ont augmenté de façon substantielle dans les deux groupes.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	92 mères de 17 à 24 ans ayant accouché à l'hôpital (les nouveau-nés avaient de 3 à 9 mois au prétest)/ infirmières de la maternité		
Milieux d'intervention	Milieu familial, Falmouth, Massachussets, (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Printemps 1999, 15 minutes/oui		

^A Le calcul de la cote est expliqué dans la méthodologie à la section 2.4.1. Toutes les cotes reliées aux interventions présentées dans cette annexe sont également disponibles à l'annexe 7.

Nd : information non disponible.

* : Pour l'ensemble des tableaux de cette annexe, un astérisque signifie que cette intervention a été retenue parmi les interventions exemplaires.

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Bologna et collab., 1991*	Envois postaux de divers documents. Les mères participant à l'intervention minimale reçoivent une feuille de règles de protection solaire et une carte postale indiquant de minimiser l'exposition solaire de leur enfant. Les mères participant à l'intervention élevée reçoivent également la feuille avec les règles, des dépliants, des échantillons de crème solaire, un chapeau de bébé, un parasol de même que la carte postale. Objectif principal : ☐ Sensibiliser les mères afin qu'elles pratiquent des comportements sécuritaires au soleil avec leurs enfants dès leur plus jeune âge. Approche : AB Cote : B	Design quasi-expérimental avec deux groupes d'intervention (intervention minimale et élevée) et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Entrevue téléphonique portant sur le temps passé à l'extérieur à l'ombre, la crème solaire utilisée par la mère et l'utilisation de barrières physiques pour protéger l'enfant. Efficacité (de un à 4 mois après l'intervention) : ☐ Temps passé à l'extérieur à l'ombre : en comparaison avec le groupe contrôle, les enfants des deux groupes d'intervention ont diminué significativement leur exposition directe ($p < 0,001$). ☐ Utilisation de barrières physiques pour protéger l'enfant : pas de différence significative entre les trois groupes pour le port de chapeaux, l'utilisation de parasols, le port de vêtements amples et l'utilisation du pare-soleil sur les poussettes. ☐ Temps passé à l'extérieur sans crème solaire chez les mères : en comparaison avec le groupe contrôle, les mères des groupes d'intervention passaient moins de temps au soleil sans protection solaire ($p < 0,001$).
Nom de l'intervention	<i>Yale Newborn Skin Study</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 0 à 4 mois (275 mères et enfants)/pas d'intermédiaires		
Milieux d'intervention	Milieu familial/ les enfants sont nés à hôpital de Yale-New Haven, Connecticut (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Printemps 1989, envois postaux ponctuels/nd		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Boutwell, 1995	Programme éducatif qui diffuse, par le biais de la télévision, des journaux et des stations de radio, l'Indice UV accompagné de messages éducatifs visant un changement de comportements à l'égard du rayonnement UV. Objectif principal : ☐ Réduire l'incidence des cancers de la peau. Objectifs spécifiques : ☐ Changer les attitudes populaires en lien avec la protection solaire; ☐ Modifier les comportements face au rayonnement UV. Approche : A Cote : H	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Under Cover Skin cancer prevention project</i>		
Population cible/intermédiaires	Population générale, âge moyen 46 ans/ pas d'intermédiaires		
Milieus d'intervention	Milieu familial, diffusion de la campagne dans différentes villes du Texas (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été 1999, 4 mois/ oui		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Bränström et collab., 2003	Deux brochures et un outil de mesure de l'Indice UV pouvaient être reçus par courrier selon le groupe d'intervention du participant. L'une des deux brochures donne de l'information sur le rayonnement UV et sur la protection solaire et l'autre, sur l'Indice UV (cette dernière a été spécialement développée pour le projet). Objectif principal : ☐ Modifier les comportements d'exposition et de protection solaire; ☐ Réduire les coups de soleil et modifier les connaissances, les attitudes, la perception du risque de même que l'intention de modifier les comportements au soleil. Approche : A Cote : B	Design expérimental avec 4 groupes d'intervention. Groupe 1 (reçoit les 2 brochures et un outil de mesure de l'Indice UV). Groupe 2 (reçoit la brochure 1 et un outil de mesure de l'Indice UV). Groupe 3 (reçoit les 2 brochures). Groupe 4 (reçoit la brochure 1 seulement). Outil d'évaluation : Questionnaire portant sur les connaissances, les attitudes, la perception du risque, les coups de soleil, l'intention de modifier les comportements, l'exposition solaire et l'utilisation des moyens de protection. Efficacité (4 mois après l'intervention) : ☐ Aucun groupe d'intervention n'a montré de résultats supérieurs aux autres groupes. ☐ Connaissances : augmentation significative pour tous les groupes à $p < 0,001$ (augmentation de 0,46 point en moyenne sur 9). ☐ Attitudes face au bronzage : diminution des attitudes favorables dans tous les groupes à $p < 0,001$ (de 0,33 point en moyenne sur 16 pour l'attitude favorable au teint bronzé et de 0,53 point en moyenne sur 32 pour l'attitude favorable à être au soleil). ☐ Perception du risque : pas d'amélioration pour tous les groupes dans la direction anticipée, soit une augmentation de la perception du risque. ☐ Coups de soleil : diminution significative des coups de soleil dans tous les groupes à $p < 0,001$ (diminution de 1,37 point en moyenne sur 25). ☐ Intention de modifier les comportements : amélioration significative de l'intention de modifier les comportements à $p < 0,001$ pour tous les groupes (de 0,34 point en moyenne sur 18 points). ☐ Exposition solaire : diminution significative de l'exposition solaire à $p < 0,001$ pour tous les groupes (0,76 point en moyenne sur 15). ☐ Protection solaire : augmentation significative de la protection solaire à $p < 0,001$ pour tous les groupes (0,56 point en moyenne sur 24 points).
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Population de 18 à 37 ans (1 743 personnes), 54 % de femmes/pas d'intermédiaires		
Milieux d'intervention	Milieu familial, comté de Stockholm (Suisse)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, une journée/non		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Geller et collab., 1997	Campagne télévisuelle et dans les journaux dans laquelle l'Indice UV est présenté.	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Campagne sur l'Indice UV	Objectif principal : ☐ Informer la population sur l'intensité du rayonnement UV et la sensibiliser sur les méthodes de protection solaire.	
Population cible/intermédiaires	Population générale/pas d'intermédiaires	Objectifs spécifiques : ☐ Susciter l'attention nationale sur les dangers de l'exposition aux UV; ☐ Alerter les personnes à haut risque; ☐ Motiver la population à prévenir les coups de soleil; ☐ Diminuer l'incidence des cancers de la peau.	
Milieus d'intervention	Milieu familial, 58 villes américaines de 50 États (États-Unis)	Approche : A Cote : G	
Début de l'intervention, durée/réurrence	1994, 2 ans/oui		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Hillhouse et Turrisi, 2002	Réception d'un cahier d'activités qui traite des effets du bronzage artificiel. Ce cahier aborde notamment l'histoire du bronzage, les tendances actuelles en matière de bronzage, les effets du bronzage en général sur la peau, les effets du bronzage artificiel sur la peau, les règles à suivre lors du bronzage artificiel, le photovieillissement, les stratégies de bronzage sans UV et des méthodes alternatives au bronzage pour avoir une belle apparence. Cette intervention est basée sur une philosophie de réduction des méfaits. Objectif principal : ☐ Diminuer l'intention et l'utilisation des appareils de bronzage artificiel chez des femmes d'âge collégial. Objectifs spécifiques : ☐ Persuader les jeunes femmes d'arrêter de se faire bronzer; ☐ Encourager les jeunes femmes à réduire leur fréquence d'utilisation à moins de 10 fois par année; ☐ Décourager les jeunes femmes de se faire bronzer au soleil après s'être fait bronzer au salon de bronzage; ☐ Décourager les jeunes femmes de maintenir un hâle à l'année; ☐ Décourager les jeunes femmes de se faire bronzer nue ou avec un habillement minimal; ☐ Encourager les jeunes femmes à porter des lunettes lors d'une séance de bronzage artificiel; ☐ Améliorer l'attitude des jeunes femmes afin qu'elles essaient des méthodes alternatives de bronzage pour améliorer leur apparence. Approche : A Cote : E	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Étudiantes entrant à l'université et se faisant bronzer en cabine au moins une fois par mois (147 étudiantes)/ pas d'intermédiaires		
Milieus d'intervention	Milieu familial, Intervention développée par des chercheurs du Tennessee et de l'Idaho (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Décembre, ponctuelle/ comparaison avec une intervention qui axerait ses démarches et son contenu sur les effets à la santé et non sur l'apparence		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Rodrigue, 1996	Les deux groupes d'intervention (I1 et I2) reçoivent de l'information factuelle sur le cancer de la peau, sur les mythes, sur les facteurs de risque et sur les actions à prendre pour se protéger du soleil. Toutefois, le groupe d'intervention bénéficiant de l'intervention plus élaborée (I2) participe à des séances de discussions, au visionnement de vidéocassettes décrivant les principaux types de cancer, leur étiologie, les symptômes et les traitements. Objectif principal : ☐ Modifier les comportements d'exposition solaire à haut risque; ☐ Modifier les croyances et les attitudes face à la protection solaire chez les parents de jeunes enfants. Objectifs spécifiques I1 : ☐ Améliorer les connaissances liées au cancer de la peau et aux comportements de protection solaire. Objectifs spécifiques I2 : ☐ Améliorer les connaissances liées au cancer de la peau et aux comportements de protection solaire; ☐ Améliorer les compétences parentales; ☐ Modifier les croyances et les attitudes à propos de l'exposition et de la protection solaire. Approche : A Cote : C	Design quasi-expérimental avec deux groupes d'intervention (I1 et I2) et un groupe contrôle.
Nom de l'intervention	Nd		Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les connaissances, les attitudes et les croyances de la mère par rapport à l'exposition et la protection solaire pour elle-même et pour son enfant et les comportements de protection solaire de la mère pour son enfant. Les données d'évaluation sont présentées quant à l'amélioration dans le temps et les différences entre les groupes lors des suivis.
Population cible/intermédiaires	Enfants de 6 mois à 10 ans (55 mères)/ pas d'intermédiaires		Efficacité (2 semaines après l'intervention) : ☐ Connaissances : amélioration significative des connaissances pour les deux groupes d'intervention. Différence par rapport au groupe contrôle plus élevée pour I2 que pour I1. ☐ Attitudes et croyances de la mère: amélioration significative pour les deux groupes d'intervention par rapport au niveau de base alors qu'aucune différence n'est observée pour le groupe contrôle. Le groupe I2 diffère significativement des deux autres groupes ($p < 0,001$). ☐ Attitudes et croyances de la mère pour son enfant : amélioration des deux groupes d'intervention par rapport au niveau de base alors qu'aucune différence n'est observée pour le groupe contrôle. Le groupe I2 diffère significativement des deux autres groupes ($p < 0,001$) et le groupe I1 diffère significativement du groupe contrôle. ☐ Comportements de protection de la mère pour son enfant : amélioration dans les comportements de protection pour les deux groupes d'intervention et baisse significative pour le groupe contrôle. Différence par rapport au groupe contrôle plus élevée pour I2 que pour I1.
Milieus d'intervention	Milieu familial, intervention développée en Floride (États-Unis)		Efficacité (12 semaines après l'intervention) : ☐ Connaissances : amélioration significative des connaissances pour les deux groupes d'intervention. Différence par rapport au groupe contrôle plus élevée pour I2 que pour I1. ☐ Attitudes et croyances de la mère: amélioration significative pour les deux groupes d'intervention par rapport au niveau de base alors qu'aucune différence n'est observée pour le groupe contrôle. Différence significative entre les deux suivis pour le groupe I2. Le groupe I2 diffère significativement des deux autres groupes ($p < 0,001$). ☐ Attitudes et croyances de la mère pour son enfant : amélioration significative pour les deux groupes d'intervention par rapport au niveau de base alors qu'aucune différence n'est observée pour le groupe contrôle. Différence significative entre les deux suivis pour le groupe I2. Le groupe I2 diffère significativement des deux autres groupes ($p < 0,001$). ☐ Comportements de protection de la mère pour son enfant : Amélioration dans les comportements de protection pour le groupe d'intervention I2 alors qu'une baisse significative est notée pour les deux autres groupes.
Début de l'intervention, durée/réurrence	Nd, 1 h 30 min/nd		

Tableau 1 Description des interventions dans le milieu familial (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Turrisi et collab., 2004*	Manuel visant à faciliter la communication entre les parents et les enfants sur les risques de cancers de la peau. Objectif principal : ☐ Réduire l'incidence du cancer de la peau; ☐ Réduire les comportements à risque à l'égard du soleil; ☐ Augmenter les comportements sécuritaires à l'égard du soleil chez les enfants. Objectifs spécifiques : ☐ Apprendre aux enfants à prendre des décisions pour éviter les comportements à risque et augmenter les comportements sécuritaires; ☐ Rendre les enfants plus résistants aux influences externes qui encouragent les comportements à risque à l'égard du soleil; ☐ Renforcer les efforts éducatifs actuels faits à l'école. Approche : A Cote : C	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Le groupe d'intervention répond à deux questionnaires (pré et post-test) et le groupe contrôle répond uniquement à un questionnaire au post-test. Le groupe contrôle ne reçoit pas le manuel. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les attitudes liées à l'apparence et au bronzage, les attitudes à propos des comportements sécuritaires au soleil et sur le risque associé aux UV, les croyances normatives sur l'efficacité de la crème solaire, la tendance à se faire bronzer au soleil, la fréquence des coups de soleil et leur sévérité. Efficacité (un mois après l'intervention) : ☐ Attitudes liées à l'apparence et au bronzage: réduction chez les jeunes du groupe d'intervention de l'attitude voulant que le bronzage soit un signe d'attractivité et que le bronzage soit acceptable par rapport au groupe contrôle ($p < 0,01$). ☐ Attitudes liées à la protection solaire et au risque associé aux UV: les enfants du groupe d'intervention avaient une attitude plus positive liée à la crème solaire que ceux du groupe contrôle et présentaient une attitude plus prudente face au cancer de la peau ($p < 0,05$). ☐ Croyances normatives sur l'efficacité de la crème solaire: le groupe d'intervention rapporte croire davantage en l'efficacité de la crème solaire pour réduire les coups de soleil et prévenir le cancer que le groupe contrôle ($p < 0,05$). ☐ Exposition au soleil: le groupe d'intervention a moins tendance à se faire bronzer comparativement au groupe contrôle ($p < 0,01$). ☐ Coups de soleil et sévérité: le groupe d'intervention présente moins de coups de soleil ($p < 0,01$) et ces derniers sont moins sévères ($p < 0,05$).
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 12 ans (469 enfants)/parents		
Milieux d'intervention	Écoles publiques et privées, régions urbaines, semi-urbaines et rurales, Idaho et Tennessee (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Juin, 1 mois/nd		

Tableau 2 Description des interventions dans le milieu préscolaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Bauer et collab., 2005	Distribution de matériel éducatif aux parents fournissant des consignes sur la protection solaire, notamment sur l'utilisation adéquate de la crème solaire. Objectif principal : ☐ Diminuer significativement le développement de grains de beauté chez les jeunes enfants. Objectifs spécifiques : ☐ Diminuer significativement les niveaux d'exposition solaire; ☐ Améliorer les habitudes de protection solaire. Approche : AB Cote : B	Design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle : 1) les parents du groupe d'intervention 1 reçoivent du matériel éducatif trois fois dans l'année; ce matériel est plus élaboré que celui reçu par le groupe contrôle; 2) les parents du groupe d'intervention 2 reçoivent du matériel éducatif identique au groupe 1 en plus d'un flacon de crème solaire une fois dans l'année. Le groupe contrôle ne reçoit de l'information sur la protection solaire que lors d'une rencontre au début du projet. Outil d'évaluation : Questionnaires remis aux parents et mesures d'observation. Les effets mesurés par observation sont le nombre de grains de beauté de même que les habitudes de protection solaire et d'exposition solaire. Efficacité (3 ans après l'intervention) : ☐ Nombre de grains de beauté : pas de différence entre les trois groupes comparés. ☐ Les stratégies d'intervention n'ont pas eu d'impact sur la réduction de l'exposition solaire et l'amélioration des comportements de protection.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	1 887 enfants de 2 à 7 ans, 51,4 % sont des garçons/pas d'intermédiaires		
Milieus d'intervention	49 écoles maternelles publiques à Stuttgart, 29 écoles maternelles publiques Bochum (Allemagne)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été 1998 et automne 1998, nd/nd		

Tableau 2 Description des interventions dans le milieu préscolaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Boldeman et collab., 1991*	Présentations destinées aux coordonnateurs et aux infirmières de services de garde à l'enfance sur les façons de protéger les enfants des coups de soleil. Dans certains cas, de l'information était transmise par la poste aux parents et aux services de garde. Objectif principal : ☐ Réduire l'incidence et la mortalité par cancer en réduisant les facteurs de risques associés. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter la sensibilité à la protection solaire des éducatrices en services de garde; ☐ Améliorer la protection solaire chez les jeunes enfants. Approche : A Cote : B	Design expérimental avec 4 groupes d'intervention et deux groupes contrôle. L'évaluation consistait à comparer diverses méthodes de présentation de l'information aux divers intervenants cités précédemment. ▪ Groupe 1) : présentations aux infirmières et aux coordonnateurs des services de garde à l'enfance (200 services de garde à l'enfance); ▪ Groupe 2) : présentations aux infirmières et au personnel des services de garde à l'enfance (74 services de garde à l'enfance); ▪ Groupe 3) : campagnes d'information s'appuyant sur le matériel du Département de la prévention du cancer transmis par la poste au personnel des services de garde à l'enfance et aux parents (100 services de garde à l'enfance) ▪ Groupe 4) : campagnes d'information, sans l'implication du Département de la prévention du cancer, dans laquelle de l'information a été transmise par la poste aux services de garde à l'enfance et aux parents (100 services de garde à l'enfance). ▪ Les deux groupes contrôle : (574 services de garde à l'enfance) ne participaient pas à aucune de ces interventions. Outil d'évaluation : Questionnaires transmis par la poste et entrevues téléphoniques mesurant les connaissances (niveau de sensibilisation) et les habitudes de protection solaire. Efficacité (6 mois à la suite de l'intervention): ☐ Connaissances (ou niveau de sensibilisation) : plus grand niveau de sensibilisation dans les groupes ayant reçu des présentations sur leur lieu de travail comparativement aux autres groupes ($p < 0,001$). ☐ Habitudes de protection solaire : pas de différences observées entre les groupes.
Nom de l'intervention	<i>Stockholm Cancer Prevention Program</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 1 à 6 ans et les infirmières, coordonnateurs et personnel des services de garde/ responsables du projet		
Milieux d'intervention	35 écoles maternelles à Stockholm (Suède)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Printemps 1989, 2 heures/nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Bastuji-Garin et collab., 1999	Activités éducatives présentées sous forme de trousse offerte à chaque enfant. Les professeurs bénéficient d'un guide renfermant les solutions aux activités éducatives. Objectif principal : ☐ Sensibiliser les enfants aux dangers de l'exposition solaire. Objectifs spécifiques : ☐ Améliorer les connaissances des enfants sur leur peau; ☐ Enseigner les risques et les bénéfices du soleil aux enfants. Approche : A Cote : D	Design prétest/post-test sans groupe de comparaison.
Nom de l'intervention	Nd		Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les connaissances sur le soleil, sur les mesures de protection et sur les comportements d'exposition.
Population cible/intermédiaires	Enfants de 8 à 10 ans (228 élèves), 50,5 % filles, communautés ayant un niveau socio-économique élevé/professeurs		Efficacité (3 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : tous les éléments de réponse demandés se sont améliorés de façon significative. Le pointage est passé de 50,7 % à 74,9 %.
Milieux d'intervention	5 écoles primaires situées en banlieue de Paris, à Tours et à Paris (France)		☐ Comportements : 76,8 % des élèves ont amélioré au moins un des comportements de protection et d'exposition; de ceux-là, 24,1 % en ont amélioré trois et plus. Le port du chandail est le seul comportement dont l'utilisation a diminué entre le pré et le post-test, $p = 0,80$.
Début de l'intervention, durée/récurrence	Septembre 1991, 4 semaines/nd		☐ Temps passé à l'extérieur sans protection. Au post-test, les enfants passaient significativement moins de temps à l'extérieur lorsque leurs bras, leurs jambes à $p < 0,001$ et leur torse n'étaient pas couverts à $p = 0,005$. ☐ Coups de soleil : Les enfants présentaient aussi moins de coups de soleil à $p < 0,001$.

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Buller et collab., 1999	Programme d'enseignement portant sur les risques associés à une surexposition aux UV et sur les facteurs environnementaux et personnels qui accentuent ces risques. Ce programme aborde aussi les mesures de protection. Un CD-ROM est disponible en vue d'enseigner des connaissances sur la protection solaire aux étudiants de même que pour améliorer leurs compétences en protection solaire. Objectif principal : ☐ Modifier les connaissances sur la protection solaire, les attitudes et les comportements. Objectifs spécifiques : ☐ Enseigner aux enfants la nécessité de se protéger du soleil; ☐ Analyser avec les enfants leur risque individuel face au soleil et développer leurs compétences afin qu'ils adoptent des comportements sécuritaires à l'égard du soleil. Approche : A Cote : B	Design expérimental avec 3 groupes d'intervention et un groupe contrôle répartis comme suit : 1) groupe avec le CD-ROM seulement, 2) groupe avec le CD-ROM et le programme d'enseignement, 3) groupe avec le programme d'enseignement seulement et 4) un groupe contrôle sans intervention. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements de protection des enfants. Efficacité (2 mois suite à l'intervention) : ☐ Connaissances : Les trois groupes ayant eu une forme d'intervention ont montré un changement significatif au niveau des connaissances à $p = 0,0001$ ce qui n'était pas le cas pour le groupe contrôle. ☐ Attitudes et comportements: Différences non significatives entre le pré et le post-test pour tous les groupes ($p = 0,074$). Le seul résultat significatif portait sur une diminution de la protection solaire chez le groupe contrôle ($p = 0,033$).
Nom de l'intervention	<i>Sunny Days, Healthy Ways</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 10 ans (162 élèves), 53 % de filles/professeurs		
Milieux d'intervention	8 classes du Tucson Unified School District, Arizona (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mars 1998, 6 heures pour le CD-ROM et 4 heures pour le programme d'enseignement, 5 semaines/nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Buller et collab., 1997	Activités éducatives proposées en classe et intégrées au curriculum d'enseignement ou à une foire (quiz, cahier d'activités, diaporama sur les dangers d'une surexposition au soleil, jeux sur les mesures de protection solaire, vidéo, séances de dépistage). Les professeurs étaient responsables de la portion en classe et les éducateurs en santé se chargeaient de la foire. Objectif principal : ☐ Améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements reliés à la prévention du cancer de la peau chez des enfants et leurs parents. Approche : A Cote : A	Design quasi-expérimental avec deux groupes d'intervention 1) activités en classe, 2) foire et 3) un groupe contrôle.
Nom de l'intervention	<i>Sun Smart Day</i>		Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés s'adressant aux parents portant sur les connaissances, les attitudes, les intentions de réduire l'exposition de leurs enfants (utilisation de crème solaire, de baume à lèvres et de chapeaux) de même que sur le comportement préventif de l'enfant.
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 10 ans (318 élèves), 56 % de filles, 75 % des élèves sont d'origine caucasienne/professeurs		Efficacité (immédiatement à la suite de l'intervention) :
Milieux d'intervention	3 écoles primaires publiques à Tucson, Arizona (États-Unis)		☐ Connaissances : le curriculum a eu des effets supérieurs à ceux de la foire pour la reconnaissance de termes associés au rayonnement UV et des connaissances. Ces effets étaient encore plus marqués en comparaison avec le groupe contrôle à $p < 0,05$. ☐ Attitudes : la foire a eu de meilleurs résultats que le curriculum pour réduire l'attitude favorable face au bronzage à $p < 0,05$. ☐ Comportements des parents (protéger leurs enfants et procéder à des examens visuels de la peau) : les deux groupes ayant bénéficié d'une intervention ont montré des résultats similaires et plus élevés que les résultats du groupe contrôle à $p < 0,05$. ☐ Comportements des enfants : pas de différences significatives entre les groupes $p > 0,05$. Efficacité (3 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : maintien des connaissances, mais les différences sont moindres entre les deux groupes d'intervention. Le niveau des connaissances dans les groupes d'intervention est significativement plus élevé que celui du groupe contrôle à $p < 0,05$. ☐ Attitudes : pas de maintien des gains au niveau de l'attitude défavorable au bronzage. ☐ Comportements des enfants: les groupes d'intervention ont planifié différemment les activités extérieures afin de limiter l'exposition dans des périodes de forte intensité de rayonnement UV par rapport au groupe contrôle de manière significative à $p < 0,05$. Le groupe de la foire est davantage porté à se faire bronzer que les autres groupes d'intervention à $p < 0,05$.
Début de l'intervention, durée/réurrence	2 juin 1993, une journée/oui		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	English et collab., 2005*	Curriculum scolaire dispensé dans les classes et proposition de lignes directrices portant sur des politiques de protection solaire adaptées à l'école. Objectif principal : ☐ Réduire l'exposition au soleil chez les jeunes du primaire. Approche : ABC Cote: B	Design quasi-expérimental avec deux groupes d'intervention (modéré et intensif) qui reçoivent un programme d'enseignement sur la protection solaire pendant trois ans et des lignes directrices portant sur des politiques de protection solaire de même qu'un groupe contrôle. Ce dernier reçoit le programme éducatif standard. Les enfants appartenant au groupe d'intervention élevé, comparativement au groupe d'intervention modéré, recevaient aussi pendant les vacances, du matériel éducatif par la poste de même qu'un maillot de bain. Outil d'évaluation : Décompte des grains de beauté à l'aide de projections visuelles de photos des élèves. Efficacité (6 ans suite à l'intervention) : ☐ Le groupe contrôle présente la plus forte augmentation de grains de beauté parmi tous les groupes lors du suivi. ☐ Grains de beauté sur le dos chez les garçons : différence significative chez les garçons par rapport au groupe contrôle dans les deux groupes d'intervention à $p = 0,0009$, mais le changement par rapport au niveau de base est moins prononcé dans le groupe d'intervention intensif. ☐ Grains de beauté sur le torse chez les garçons : différence significative chez les garçons par rapport au groupe contrôle dans les deux groupes d'intervention à $p = 0,004$ pour les grains de beauté sur le torse chez les garçons, mais le changement par rapport au niveau de base est moins prononcé dans le groupe d'intervention intensif. ☐ Chez les filles, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes pour les grains de beauté que ce soit pour le dos ($p = 0,7$) et pour le visage et les bras ($p = 0,9$).
Nom de l'intervention	<i>Kidskin</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 5 à 11 ans (1 776 élèves), deux sexes/nd		
Milieu d'intervention	Écoles primaires de divers niveaux socio-économiques, Perth (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Hiver 1995, 3 ans/ suivi sur une période de 6 ans		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Estève et collab., 2003	Un diaporama sur le soleil et sur la photoprotection a été présenté lors de 30 séances d'information. Objectifs : Nd Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Le Soleil à l'école		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 10 ans, 48 % de filles (683 élèves)/professeurs, infirmières, médecins		
Milieu d'intervention	Écoles publiques et privées d'Orléans et agglomérations (France)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, nd/nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Fork et collab., 1991	Une présentation sur la prévention du cancer de la peau (incluant le vidéo d'animation Slip! Slop! Slap!) était donnée aux étudiants de 8 à 11 ans. Ces étudiants devaient par la suite élaborer des projets en vue d'enseigner la protection solaire aux plus jeunes. Ils deviennent alors des modèles de rôle. Objectif principal : ☐ Sensibiliser les jeunes à la protection solaire en les encourageant à devenir des modèles de rôle. Approche : AB Cote : I	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>The Texas peer education sun aware-ness project</i>		
Population cible/intermédiaires	9 étudiants de 6 à 7 ans/7 étudiants de 8 à 11 ans		
Milieus d'intervention	Satori School, Galveston, Texas (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Avril, 1991, une journée/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Girgis et collab., 1993*	Intégration d'un programme éducatif sur la protection solaire à l'intérieur du curriculum scolaire, en sollicitant la participation des étudiants. Ce projet insiste sur la résolution de problèmes et la recherche d'informations par les élèves. Il amène les élèves à avoir un regard critique sur les politiques de protection solaire et encourage leur participation dans la création de ces politiques et dans la création d'espaces ombragés. Un guide est remis aux professeurs. De la crème solaire est également distribuée à l'école. Objectif principal : ☐ Améliorer la protection solaire chez les jeunes de 9 à 11 ans. Objectif spécifique : ☐ Améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements de protection solaire chez les jeunes. Approche : ABC Cote : B	Design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Les groupes ayant bénéficié d'une intervention se répartissent comme suit : intervention intensive (utilisation d'un guide par les professeurs) et intervention standard (lecture traditionnelle de 30 minutes en lien avec la protection solaire et le cancer de la peau faite par un éducateur du NSW Cancer Council, distribution d'affiches et de crème solaire). Outil d'évaluation : Journaux de bord dans lesquels les comportements de protection pratiqués lors de la récréation et de l'heure du dîner sont colligés. Efficacité (5 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Les enfants ayant participé à l'intervention intensive rapportaient de plus hauts niveaux de protection solaire comparativement au groupe contrôle (OR = 2,45 CI 95 % : 1,37-4,38), $p < 0,01$. ☐ Il n'y avait pas de différence entre le groupe d'intervention standard et le groupe contrôle dans les niveaux de protection solaire. Efficacité (8 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Les enfants ayant participé à l'intervention intensive rapportaient de plus hauts niveaux de protection solaire comparativement au groupe contrôle (OR = 3,06 CI 95 % : 1,33-6,99), $p < 0,001$. ☐ Il n'y avait pas de différence entre le groupe d'intervention standard et le groupe contrôle dans les niveaux de protection solaire.
Nom de l'intervention	<i>Skin Safe</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 11 ans (648 élèves), 53 % de filles/professeurs		
Milieus d'intervention	11 écoles primaires (les écoles de plus grande taille ont été favorisées) (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, 4 semaines/nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Hewitt et collab., 2001*	Programme informatique interactif qui aborde le bronzage et la mode. Un cahier d'activité est aussi proposé. Objectif principal : ☐ Sensibiliser et enseigner aux enfants les effets découlant d'une exposition excessive au soleil et les comportements sécuritaires à adopter pour prévenir ces effets. Objectifs spécifiques : ☐ Fournir des renseignements sur les effets des rayons UV sur la peau; ☐ Clarifier les messages-clés en prévention du cancer de la peau; ☐ Encourager l'adoption d'une attitude favorable à la protection solaire et de comportements responsables en prévention des cancers de la peau. Approche : A Cote : B	Design quasi-expérimental avec deux groupes d'intervention : 1) programme informatique, 2) cahier d'activités et un groupe contrôle (sans intervention). Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés mesurant les connaissances, les attitudes et les intentions de se protéger du soleil. Efficacité (6 semaines suite à l'intervention) : ☐ Connaissances: amélioration des connaissances dans les trois groupes; le groupe avec le cahier d'activité démontrant la plus grande augmentation. Pas de différence significative entre le programme informatique et le groupe contrôle alors que le cahier d'activité montre une différence significative avec le groupe contrôle. Pas de différence significative entre le groupe du cahier d'activité et celui du programme informatique. ☐ Attitudes : Amélioration significative des deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Pour le groupe contrôle, pas d'augmentation post-intervention. Pas de différence significative entre le groupe du cahier d'activité et celui du programme informatique. ☐ Intention d'adopter un comportement : Les trois groupes ont montré une faible amélioration de l'intention de se protéger du soleil. La plus grande amélioration de l'intention est notée pour le groupe avec le programme informatique et une différence significative est observée pour ce groupe avec le groupe contrôle. Pas de différence significative entre le groupe du cahier d'activité et celui du programme informatique.
Nom de l'intervention	<i>Sun Safe</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 10 à 11 ans (374 élèves)/ professeurs et chercheurs chargés de l'intervention		
Milieus d'intervention	16 écoles primaires, urbaines et rurales, district sanitaire de Nottingham (Royaume-Uni)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, 26 min./nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Hornung et collab., 2000	Utilisation d'un CD-ROM interactif, avec des animations audio et vidéo colorées présentant trois personnages (le premier ayant un comportement risqué, le deuxième un comportement de protection extrême et le dernier un comportement adéquat). Les professeurs recevaient de l'information écrite (dépliant, feuille d'information) et de l'information verbale en vue de se préparer pour l'intervention. Objectif principal : Améliorer les connaissances des enfants sur le soleil et modifier leur attitude quant à l'adoption de comportements sécuritaires au soleil. Approche : A Cote : D	Design expérimental avec deux groupes d'intervention soit: 1) groupe d'intervention avec CD-ROM, 2) groupe d'intervention avec cours magistral et 3) groupe contrôle. Pour le groupe avec le CD-ROM, un écran géant était utilisé sur lequel les étudiants, à tour de rôle, pouvaient aller cliquer. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les connaissances, les attitudes à l'égard du bronzage et les comportements de protection. Efficacité (immédiatement après l'intervention) : - Connaissances : amélioration significative pour le groupe avec le CD-ROM en comparaison avec les groupes à $p < 0,001$. Différence non significative entre le groupe du cours magistral par rapport au groupe contrôle à $p = 0,053$. - Attitudes : amélioration significative dans le groupe avec le CD-ROM par rapport aux autres groupes à $p = 0,002$. Différence non significative entre le groupe du cours magistral par rapport au groupe contrôle à $p = 0,239$. - Comportements de protection : pas de différence significative entre les trois groupes à $p = 0,174$. La seule différence significative a été observée entre le groupe avec le CD-ROM qui obtient le pointage le plus élevé et le groupe avec le cours magistral qui obtient le pointage le plus faible ($p = 0,015$). Le groupe contrôle obtient alors un pointage plus élevé que le groupe avec le cours magistral; cette différence n'est pas significative. Efficacité (7 mois suite à l'intervention) : - Connaissances : Différence significative entre le groupe avec le CD-ROM et le groupe contrôle à $p < 0,001$. Différence significative entre le groupe avec le cours magistral et le groupe contrôle à $p = 0,005$. Pas de différence significative entre le groupe avec le CD-ROM et le groupe du cours magistral à $p = 0,168$. Augmentation du pointage du temps 1 au temps 2 pour le groupe du cours magistral. - Attitude : Attitude défavorable pour le groupe avec le CD-ROM plus élevée que dans les autres groupes, mais pas de tendance significative ($p = 0,155$). Différence significative entre le groupe CD-ROM et le groupe contrôle à $p = 0,006$. La différence n'est pas significative entre le groupe avec le CD-ROM et le groupe du cours magistral à $p = 0,148$, ni entre le groupe avec le cours magistral et le groupe contrôle à $p = 0,341$. - Comportements de protection : Pas de différences significatives entre les groupes à $p = 0,635$. Légère diminution non significative pour le groupe avec le CD-ROM et pratiquement aucun changement pour les autres groupes.
Nom de l'intervention	<i>Playing it safe in the sun</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 7 à 10 ans (192 élèves), 44 % de filles/professeurs		
Milieus d'intervention	École primaire publique en Caroline du Nord (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Nd, 18 min. /nd		

Tableau 3 Description des interventions dans le milieu scolaire primaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mahe et collab., 2002	Compétition interécoles portant sur l'atteinte de divers objectifs de protection solaire (ex. création de zones ombragées, mise à la disposition des étudiants et des professeurs de crème solaire, prévision de la tenue de la récréation et du dîner dans des zones ombragées, éducation sur la protection solaire, etc.). Objectif principal : ☐ Influencer le comportement des enfants en créant des environnements favorables à la protection solaire à leur école. Objectifs spécifiques : ☐ Promouvoir l'implantation de politiques organisationnelles en protection solaire; ☐ Créer des environnements favorables; ☐ Conscientiser la communauté à l'importance de protéger les enfants des effets du soleil. Approche : ABC Cote : H	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Real Cool School</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 6 à 12 ans (3 700 élèves rejoins en 2 ans)/personnel scolaire et parents		
Milieu d'intervention	15 écoles dans les municipalités de Randwick, Waverly et Woollahra (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Projet pilote en 1997, nd/poursuite en 1998		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	McWhirter et collab., 2000	Activités éducatives issues d'un guide transmis aux professeurs et visionnement d'une vidéo. Objectif principal : ☐ Changer les perceptions des jeunes enfants sur les effets du soleil sur la peau. Approche : A Cote : D	Design quasi-expérimental avec 4 groupes de comparaison déterminés en fonction de l'adhérence aux éléments prévus à l'intervention proposée (10 classes sur 42 ont utilisé le matériel tel que prescrit). Outil d'évaluation : Utilisation de la technique d'évaluation « draw-and-write^A » pour évaluer les perceptions des effets du soleil sur la peau. Efficacité (4 mois suite à l'intervention) : ☐ Dans tous les groupes, les enfants étaient mieux sensibilisés sur l'importance de se protéger du soleil. ☐ Les élèves dont les professeurs ont utilisé le matériel tel que prescrit ont montré une meilleure sensibilisation et de plus grandes connaissances relativement aux stratégies de protection solaire que les élèves dont les professeurs n'ont pas suivi le programme tel que prescrit.
Nom de l'intervention	<i>Safe in the sun</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 5 à 10 ans (1280 élèves)/ professeurs		
Milieu d'intervention	11 écoles primaires du sud de l'Angleterre (régions urbaines, rurales et bord de mer) (Angleterre)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Juin 1995, nd/nd		

^A Technique du « draw-and-write » : Méthode qualitative de collecte de données qui invite les enfants à dessiner et à écrire ce qui leur vient en tête lorsqu'une question leur est adressée.

Tableau 4 Description des interventions dans le milieu scolaire secondaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Geller et collab., 2005	Dans le cadre du cours de biologie, divers concepts sont enseignés sur le cancer de la peau, la génétique de ce cancer, l'Indice UV, etc. Ce programme est inspiré du programme australien Sun Smart. Objectif principal : ☐ Sensibiliser les étudiants sur la protection solaire et sur le dépistage précoce du cancer de la peau. Approche : A Cote : D	Design prétest/post-test sans groupe de comparaison. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux élèves portant sur les connaissances, les comportements de protection solaire et l'adhérence aux recommandations sur l'utilisation de la crème solaire. Efficacité (6 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances sur le cancer de la peau : pour l'ensemble des connaissances, une amélioration significative est observée. La plus grande amélioration porte sur la méthode de dépistage (règle ABCDE) avec une amélioration de 27 % à 60 % à $p < 0,0001$. ☐ Comportements de protection solaire : pas de différence significative dans l'utilisation de la crème solaire, du port de chapeau et de lunettes. Diminution dans le port de vêtements de protection à $p = 0,003$. ☐ Adhérence aux recommandations sur l'utilisation de la crème solaire : pas de différence significative entre le prétest et le post-test.
Nom de l'intervention	Sun Smart America Curriculum		
Population cible/intermédiaires	Étudiants (344) de 15 à 18 ans (16,3 ans en moy.), 57 % sont des filles/professeurs		
Milieus d'intervention	Écoles secondaires publiques (6 classes), ville de Lake Worth, comté de Palm Beach, Floride (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Printemps 2001, 7 sessions de 45 à 60 min/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Kamin et collab., 1993	Programme d'enseignement présenté dans le cadre du cours de biologie. Ce programme débute par une présentation de 15 minutes qui montre des photos de cancers de la peau et des images illustrant des comportements à risque à l'égard du rayonnement UV. Par la suite, les jeunes évaluent leur propre risque et participent à des activités destinées à améliorer leurs connaissances. Objectif principal : ☐ Améliorer les connaissances et changer les attitudes des adolescents face au rayonnement UV. Objectifs spécifiques : ☐ Permettre aux étudiants de comprendre ce qu'est le cancer de la peau (spécifiquement le mélanome), ses facteurs de risque et ses manifestations; ☐ Permettre aux étudiants d'évaluer leur propre risque de développer un cancer de la peau; ☐ Sensibiliser les étudiants à la protection solaire. Approche : A Cote : H	Exclue de la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Project Safety, Sun awareness for educating today's youth</i>		
Population cible/intermédiaires	Étudiants du secondaire (1 000 étudiants)/ professeurs		
Milieus d'intervention	Écoles privées et publiques, rurales et urbaines, Texas (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, trois séances de 50 min/oui		

Tableau 4 Description des interventions dans le milieu scolaire secondaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Kristjansson et collab., 2003	Écriture d'un essai sur le soleil et le bronzage et retour sur son contenu sous forme de groupes de discussion en classe. Un vidéo de 7 minutes est par la suite présenté. Celui-ci émet des recommandations sur les comportements sécuritaires à adopter au soleil. Un guide est mis à la disposition des professeurs pour animer ces activités. Objectif principal : Nd Objectifs spécifiques : ☐ Améliorer les connaissances sur les facteurs de risque du cancer de la peau et les comportements de protection solaire; ☐ Modifier les attitudes envers le bronzage naturel et artificiel. Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>You and your skin</i>		
Population cible/intermédiaires	Étudiants de 13 à 15 ans (268 étudiants), 41 % filles/professeurs et infirmières scolaires		
Milieus d'intervention	4 municipalités du comté de Stockholm (Suède)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, 45 min./nd		

Tableau 4 Description des interventions dans le milieu scolaire secondaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Lowe et collab., 1999	Modules d'enseignement variant selon le groupe d'âge : 13 à 14 ans (axé sur les mesures de protection), 14 à 15 ans (axé sur l'image corporelle et le rôle des médias) et 15 à 16 ans (axé sur le rôle des médias et de la publicité faisant la promotion du bronzage, tolérance des différences et rôle des pairs dans l'adoption de la pratique du bronzage). Dans le cadre du troisième module, on insiste sur la mise en place de politiques de protection solaire à l'intérieur de l'école. Objectif principal : ❑ Modifier les connaissances, les attitudes et les comportements d'un groupe d'adolescents australiens. Objectifs spécifiques : ❑ Améliorer l'efficacité personnelle, la capacité de contourner les barrières à l'adoption du comportement et renforcer les comportements sécuritaires; ❑ Apprendre aux étudiants à résister aux pressions exercées par les images véhiculées par les médias et par les pairs en ce qui concerne le bronzage. Approche : ABC Cote : B	Design quasi-expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle.
Nom de l'intervention	Nd		Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux élèves portant sur les connaissances, les attitudes suite à l'intervention pour deux des trois années du programme. De plus, un journal de bord visait à mesurer le temps passé à l'extérieur et les comportements de protection solaire.
Population cible/intermédiaires	Étudiants de 13 à 16 ans (3400 étudiants)/ professeurs d'éducation physique, professionnels de la santé		Efficacité (6 semaines à la suite de l'intervention) : ❑ Connaissances : changements significatifs observés pour les jeunes de 13 à 14 ans à $p = 0,002$ et pour les jeunes de 14 à 15 ans à $p < 0,001$, comparativement au groupe contrôle. ❑ Attitudes : pendant toute la durée de l'étude, les élèves des écoles ayant bénéficié de l'intervention ont montré une plus grande préoccupation pour des dommages mineurs à la peau que le groupe contrôle à $p < 0,001$. Toutefois, tant le groupe d'intervention que le groupe contrôle ont développé des attitudes favorables au bronzage au fil des années. ❑ Comportements : différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le pointage de protection solaire pour la fin de semaine à $p < 0,044$, et ce, de l'âge de 13 à 14 ans à l'âge de 14 à 15 ans. Cette différence n'était pas maintenue par la suite. ❑ Changement dans les politiques au cours de la période d'étude. Au début du programme, 5 écoles sur 13 s'étaient dotées de politiques de protection solaire. Dans le groupe d'intervention, ce chiffre a été porté à 11 écoles à la fin du projet. Les politiques pouvaient inclure le port d'un chapeau, la disponibilité de crème solaire pour les étudiants, l'amélioration de l'ombre autour de la piscine, la réorganisation des activités extérieures selon l'intensité du rayonnement UV dans la journée. Pas de changement au niveau du groupe contrôle qui, au début du programme, avait néanmoins 8 écoles sur 13 à avoir mis en place une politique de protection solaire.
Milieus d'intervention	26 écoles secondaires publiques de deux régions de Queensland, Wide Bay et Northern (Australie)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Novembre 1993 (correspond à l'été en Australie), 6 semaines/ pendant trois années scolaires		

Tableau 4 Description des interventions dans le milieu scolaire secondaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mermelstein et Riesenber, 1992	Présentation d'un extrait vidéo de 12 minutes sur les dangers de l'exposition aux UV, sur les facteurs de risque et les mesures de précaution. Les étudiants peuvent évaluer leur risque face à l'exposition aux rayons UV à l'aide d'une fiche. Les barrières à l'adoption des mesures de protection sont également discutées. Objectif principal : ☐ Sensibiliser et améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements préventifs à l'égard de l'exposition solaire. Approche : A Cote : F	Exclue de la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Étudiants de 14 à 16 ans (1 703 étudiants), 53 % sont des filles/nd		
Milieu d'intervention	10 écoles secondaires de banlieue, Chicago (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Automne, 45 min/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Stankevičiūtė et collab., 2004	Sessions éducatives portant sur les risques et les bénéfices du soleil, la composition de la peau et les mesures de protection solaire. Des exercices sont liés à ces apprentissages. Programme inspiré du programme australien Kidskin. Objectif principal : ☐ Apprendre aux enfants à adopter des comportements sécuritaires au soleil. Objectifs spécifiques : ☐ Fournir des connaissances sur les bénéfices et les risques du soleil; ☐ Augmenter la motivation des enfants, des parents et des professeurs à se protéger contre les effets néfastes du soleil; ☐ Informer les enfants sur les mesures de protection solaire; ☐ Développer les habiletés de protection solaire chez les enfants. Approche : A Cote : D	Design quasi-expérimental avec un groupe d'intervention (session éducative) et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux enfants portant sur les connaissances et les comportements de protection solaire. Efficacité (4 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : meilleur niveau de connaissances dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à $p < 0,05$. ☐ Comportements de protection solaire : ○ Plus grande utilisation de crème solaire constatée dans le groupe d'intervention (34,6 % Vs 30,8 %), mais cette différence n'est pas significative; $p > 0,05$. ○ Les enfants du groupe contrôle sont davantage portés à passer 3 heures ou plus sur la plage dans les périodes de forte intensité de rayonnement UV que ceux du groupe d'intervention (55,7 % Vs 41 %); $p < 0,05$. ○ Les enfants du groupe d'intervention portent davantage de chapeaux à larges bords (37,1 % Vs 10,4 %), de chandails dont l'encolure est située près du cou et avec de longues manches (21 % Vs 7,5 %) et reste à l'ombre (26,7 % Vs 13,2 %) que ceux du groupe d'intervention à $p < 0,05$.
Nom de l'intervention	<i>Let's know the sun better</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 10 à 13 ans (213 étudiants)/nd		
Milieus d'intervention	2 écoles secondaires de la ville de Kaunas (Lituanie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mai 2002, 4 semaines/nd		

Tableau 5 Description des interventions dans le milieu primaire et secondaire (milieu scolaire)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Geller et collab., 2003	Distribution d'un cahier d'activités aux élèves et d'un coffret comprenant des outils éducatifs. Ces activités portent sur les effets des rayons UV, sur les risques associés à l'exposition au soleil et sur les comportements de protection solaire. D'autres activités sont également disponibles sur le site Internet, notamment sur l'Indice UV. Objectif principal : ☐ Améliorer les connaissances et changer les attitudes des élèves face au soleil. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter le niveau de sensibilisation des élèves à l'amincissement de la couche d'ozone; ☐ Renforcer le message de sensibilisation sur la nécessité de protéger sa peau et ses yeux d'une exposition solaire excessive; ☐ Enseigner les étapes simples de la protection solaire; ☐ Fournir en temps réel des données sur le rayonnement UV aux écoles et aux communautés afin qu'elles puissent prendre des décisions sur la protection solaire. Approche : A Cote : C	Design quasi-expérimental avec un groupe intervention et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux élèves portant sur les connaissances, les attitudes, l'intention d'utiliser de la crème solaire et de jouer à l'ombre l'été suivant. Les comportements suivants étaient également documentés : utilisation de la crème solaire, port de chapeau et de chandail et port de lunettes. Efficacité (immédiatement à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances, attitudes et intention : les changements dans les connaissances, les attitudes et les intentions ont été plus déterminantes dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle. En particulier, l'intention de jouer à l'ombre s'est améliorée de 5 % dans le groupe d'intervention et a diminué de 8 % dans le groupe contrôle ($p < 0,05$). L'attitude à l'effet que les gens ont l'air plus en santé avec un teint hâlé a diminué dans le groupe d'intervention et a augmenté dans le groupe contrôle ($p < 0,05$). ☐ Comportements : changements modestes au niveau des comportements; l'amélioration la plus marquée (8,1 %) a été constatée pour le port de chandails à manches longues dans le groupe d'intervention.
Nom de l'intervention	<i>Environmental Protection Agency's Sunwise School Program</i>		
Population cible/intermédiaires	5 625 élèves de 5 à 15 ans (102 écoles)/ professeurs et infirmières		
Milieus d'intervention	Écoles primaires et secondaires, publiques et privées, dans 42 États (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Printemps 1999, une à deux heures par année de 1999-2002/oui		

Tableau 5 Description des interventions dans le milieu primaire et secondaire (milieu scolaire) (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Schofield et collab., 1997*	Un exemple de politique de protection solaire était transmis aux directeurs d'écoles primaires et secondaires selon deux stratégies de diffusion. La première stratégie prévoyait la diffusion de la politique sous la forme d'une lettre pour les directeurs, d'une lettre adressée à l'association de parents et de dépliants sur la protection solaire et le cancer de la peau. La deuxième stratégie de diffusion prévoyait d'abord la diffusion des documents transmis au premier groupe, puis quelques semaines plus tard, un autre envoi comprenait un module de formation pour le personnel, des articles scientifiques de sensibilisation, des conseils sur la façon de lancer la politique et de gagner l'appui des parents, du personnel et des étudiants. Des transparents pour présenter la politique étaient également joints à l'envoi, de même qu'un numéro de téléphone à joindre en cas de besoin. Une lettre était transmise à la fin de l'été pour rappeler l'importance de la politique tout en suggérant des stratégies de maintien de celle-ci. Objectif principal : ❑ Promouvoir l'adoption d'une politique de protection solaire et de pratiques sécuritaires à l'égard du soleil dans les écoles primaires et secondaires. Approche : C Cote : B	Design expérimental avec deux groupes d'intervention soit 1) un groupe auquel une politique de protection solaire est envoyée par la poste et 2) un groupe auquel une politique de protection solaire est envoyée par la poste et à qui est offerte la possibilité de bénéficier d'un support dans l'adoption de cette politique. Un véritable groupe contrôle (ici, le groupe 1 agissait à ce titre) n'était pas possible puisque la politique devait être transmise à tous les établissements scolaires en 1992. Outil d'évaluation : Sondage auprès des directeurs d'écoles sur les aspects de la politique mis en place et sur les pratiques des étudiants. Efficacité (un an à la suite de l'intervention) : ❑ Adoption de politiques dans les écoles primaires : 21 % des écoles du premier groupe Vs 44 % des écoles du deuxième groupe ont adopté une politique de protection complète ($p < 0,0001$). ❑ Adoption de politiques dans les écoles secondaires : 6 % des écoles du premier groupe contre 11 % des écoles du deuxième groupe, différence non significative à $p < 0,58$. ❑ Dans les deux types d'écoles, et dans les deux groupes d'intervention, il y a eu peu de relation entre l'adoption d'une politique et les pratiques de protection solaire. ❑ Dans les écoles primaires, on a observé que les directeurs accordant une forte priorité à la protection solaire étaient plus enclins à adopter une politique sur la protection solaire complète à $p = 0,005$. ❑ Dans le milieu secondaire, les écoles de plus de 778 étudiants étaient davantage portées à adopter des politiques de protection solaire que les plus petites écoles, $p < 0,02$.
Nom de l'intervention	<i>Sun Smart</i>		
Population cible/intermédiaires	Écoles primaires (282 étudiants par école en moy.) et écoles secondaires (279 étudiants par école en moy.)/ directeurs		
Milieus d'intervention	279 écoles secondaires et 278 écoles primaires, New South Wales (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Novembre 1991, une journée/nd		

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Bernhardt, 2001*	Site Internet sur la prévention des cancers de la peau dont les messages et le style s'adaptent à chaque personne qui le consulte. Objectif principal : ☐ Modifier les croyances sur la prévention des cancers de la peau. Approche : A Cote : B	Design expérimental, avec un groupe d'intervention (lecture dont le contenu s'adapte au participant) et un groupe contrôle (lecture avec un contenu général). Outil d'évaluation : Utilisation de formulaires automatisés sur Internet avant l'intervention et 4 semaines après, les mêmes personnes sont contactées par courriel pour répondre à un questionnaire. L'utilisation de la crème solaire, l'efficacité personnelle à utiliser la crème solaire et les conséquences perçues à utiliser la crème solaire étaient mesurées. Efficacité (4 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Pas de différence significative entre les deux groupes pour l'utilisation de crème solaire, l'efficacité personnelle à utiliser la crème solaire et les conséquences perçues d'utiliser ou non la crème solaire. ☐ Les personnes du groupe d'intervention étaient moins portées à dire qu'il était vraiment important pour eux de se faire bronzer ($p < 0,01$) et à dire qu'elles se sentent plus attirantes lorsqu'elles sont bronzées à ($p < 0,05$). ☐ 29 % des participants du groupe intervention ont signalé avoir consulté un ou plusieurs liens du site Internet comparativement à 13 % dans le groupe contrôle.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	102 participants âgés entre 19 et 30 ans (moy. $21,6 \pm 2,01$), mais admissibilité à partir de 18 ans, 59 % femmes, 86 % caucasiens/pas d'intermédiaires		
Milieus d'intervention	Sélection des participants lors d'un cours universitaire (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été, quelques minutes/oui		

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Gibbons et collab., 2005a ^A (intervention 1)*	Intervention composée d'une séance de photo montrant aux étudiants les dommages (photovieillissement) liés à l'exposition au rayonnement UV, d'une présentation orale insistant sur le photovieillissement et de la remise d'une brochure sur le cancer de la peau et le photovieillissement.	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Le groupe d'intervention reçoit une photo UV. Le groupe contrôle ne reçoit que de l'information sur la base d'une présentation orale et d'une brochure sur le cancer de la peau et le photovieillissement. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les attitudes quant au bronzage, la perception de ceux qui se font bronzer, la volonté de se protéger du rayonnement UV, la vulnérabilité perçue quant au photovieillissement et l'utilisation des appareils de bronzage. Efficacité (immédiatement à la suite de l'intervention) : ☐ Attitude quant au bronzage : le groupe d'intervention présente une attitude moins favorable au bronzage que le groupe contrôle à $p < 0,01$. ☐ Perception de ceux qui se font bronzer : le groupe d'intervention a une perception moins favorable envers ceux qui se font bronzer que le groupe contrôle à $p = 0,02$. ☐ Volonté de se protéger du rayonnement UV : la volonté de se protéger du rayonnement UV est plus grande dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle, mais cette différence n'est pas significative ($p < 0,06$). ☐ Vulnérabilité quant au photovieillissement : le groupe d'intervention montre une vulnérabilité perçue quant au photovieillissement significativement plus marquée que le groupe contrôle à $p < 0,01$. Efficacité (4 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Attitudes quant au bronzage : le groupe d'intervention montre une attitude moins favorable au bronzage que le groupe contrôle, la différence entre les deux groupes n'est pas significative $p < 0,11$. ☐ Perception de ceux qui se font bronzer : La différence n'est pas significative entre les deux groupes. ☐ Volonté de se protéger du rayonnement UV : la volonté de se protéger du rayonnement UV est significativement plus marquée dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle à $p < 0,05$. ☐ Vulnérabilité quant au photovieillissement : le groupe d'intervention montre une vulnérabilité perçue au photovieillissement plus marquée que le groupe contrôle à $p = 0,02$. ☐ Utilisation des appareils de bronzage : les participants du groupe d'intervention ont réduit leur utilisation des appareils de bronzage de manière significative. L'utilisation des appareils de bronzage a augmenté dans le groupe contrôle de 28 à 47 %.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Étudiants à la première année du collégial (36 femmes, 34 hommes)/nd		
Milieux d'intervention	Collège, laboratoire de psychologie (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mars, une journée/oui	Objectif principal : ☐ Réduire l'exposition aux appareils de bronzage artificiel. Objectifs spécifiques : ☐ Modifier l'attitude par rapport au bronzage; ☐ Modifier la volonté de se protéger du rayonnement UV; ☐ Modifier le sentiment de vulnérabilité perçue en lien avec le photovieillissement. Approche : A Cote : A	

^A Cette étude présentait deux interventions, mais seule l'intervention 1 est décrite ici.

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Jones et Leary, 1994	Lecture d'essais 1) sur les risques à la santé du bronzage excessif, 2) sur les effets néfastes du bronzage sur l'apparence de la peau et 3) sur le processus qui conduit au bronzage. Objectif principal : ☐ Promouvoir des croyances sécuritaires par rapport au soleil et modifier l'intention de s'y exposer. Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Étudiants de 17 à 23 ans (134 étudiants), 69 hommes et 65 femmes d'origine caucasienne)/ professionnels de recherche		
Milieus d'intervention	Milieu universitaire (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, une journée/nd		

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mahler et collab., 2005	Prise d'une photographie à l'aide d'un appareil UV et visionnement d'un court vidéo portant sur le photovieillissement et sur les mesures de protection solaire. Objectifs principaux : ☐ Modifier les perceptions sur le photovieillissement et la protection solaire; ☐ Modifier les intentions et les comportements quant à la protection solaire. Objectifs spécifiques : ☐ Réduire les barrières perçues quant à la protection solaire et réduire les gains liés à l'exposition solaire; ☐ Augmenter la susceptibilité perçue au photovieillissement, la sévérité du photovieillissement et l'efficacité personnelle pour la prévention du photovieillissement. Approche : A Cote : B	Design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Pour le groupe d'intervention élevé, l'intervention consiste en une photographie UV, la réception d'information sur le photovieillissement de la peau et la distribution d'une lotion autobronzante. Pour le groupe d'intervention modérée, une photographie UV est prise et les participants reçoivent de l'information sur le photovieillissement. Le groupe contrôle ne reçoit pas d'intervention. Outil d'évaluation : Immédiatement après l'intervention, les participants remplissent un questionnaire autoadministré portant sur les perceptions du photovieillissement et de la protection solaire et sur l'intention d'utiliser la crème solaire. Un sondage téléphonique surprise, un mois après l'intervention, portait sur le nombre d'heures d'exposition intentionnelle et accidentelle et sur l'utilisation de crème solaire pendant ces activités. On mesurait aussi si les participants parlaient de l'intervention à leur famille et amis. Efficacité (immédiatement après l'intervention) : ☐ Perceptions du photovieillissement et de la protection solaire (combinaison de plusieurs indicateurs) : augmentation significativement plus élevée dans les groupes d'intervention en comparaison avec le groupe contrôle ($p < 0,02$). ☐ Perception de la susceptibilité du photovieillissement : plus élevée pour le groupe avec l'intervention élevée par rapport au groupe bénéficiant d'une intervention modérée ($p < 0,01$). ☐ Intention d'utiliser la crème solaire : intention d'utiliser la crème solaire régulièrement dans le futur beaucoup plus forte dans les groupes d'intervention comparativement au groupe contrôle ($p < 0,001$). Intention plus marquée encore dans le groupe d'intervention élevée, mais cette différence avec le groupe d'intervention modérée n'était pas significative ($p = 0,37$). Efficacité (le mois suivant l'intervention) : ☐ Utilisation de mesures de protection : les participants des deux groupes d'intervention ont davantage utilisé les mesures de protection pendant leur exposition intentionnelle que le groupe contrôle ($p < 0,05$). ☐ Transmission d'info à la famille et amis : les participants des deux groupes d'intervention ont parlé de l'intervention reçue à leur famille et amis de manière significativement plus élevée que les participants du groupe contrôle ($p < 0,001$).
Nom de l'intervention	<i>Health attitudes</i>		
Population cible/intermédiaires	17 à 44 ans (32 hommes, 114 femmes), âge moy. = 22,21 ± 4,66 ans/nd		
Milieus d'intervention	Dans le cadre du cours d'introduction à la psychologie, Université de la Californie à San Diego et Université de l'État de la Californie à San Marcos (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, une journée (environ 12 min)/nd		

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mahler et collab., 2003 ^A	Vidéo abordant les pratiques sécuritaires d'exposition au soleil, apportant de l'information générale sur la crème solaire et présentant des photos sur le photovieillissement. Prise de photo avec un appareil UV Objectif principal : ☐ Augmenter le niveau de sensibilisation sur les effets du photovieillissement et sur les méthodes de protection solaire telle que l'utilisation de crème solaire. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter l'intention de se protéger; ☐ Augmenter les comportements de protection solaire. Approche : A Cote : D	Design expérimental avec trois groupes d'intervention et un groupe contrôle répartis comme suit : 1) un groupe avec une photo UV et de l'information sur le photovieillissement, 2) un groupe avec une photo UV sans information sur le photovieillissement et 3) un groupe recevant uniquement de l'information sur le photovieillissement. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés comprenant des questions sur l'intention d'utiliser la crème solaire, la perception de la sévérité du photovieillissement, la perception de la vulnérabilité au photovieillissement, les récompenses associées au bronzage, les barrières associées à l'utilisation de crème solaire, l'efficacité personnelle à utiliser la crème solaire, l'efficacité de l'application de la crème solaire comme méthode de protection face au photovieillissement. Efficacité (immédiatement après l'intervention) : ☐ Intention d'utiliser la crème solaire : les groupes ayant obtenu une photo UV, comparativement au groupe contrôle, ont démontré des intentions supérieures d'utiliser la crème solaire à $p < 0,001$. ☐ Bienfaits associés au bronzage : une diminution des bienfaits associés au bronzage dans les groupes avec photo UV comparés au groupe contrôle à $p < 0,02$. ☐ Croyance en l'efficacité d'utiliser la crème solaire : les groupes ayant obtenu une photo UV comparativement au groupe contrôle ont démontré une efficacité personnelle à utiliser la crème solaire plus marquée à $p < 0,02$. ☐ Le fait de recevoir une photo UV n'a pas influencé ni les perceptions de la sévérité du photovieillissement ni l'efficacité d'appliquer de la crème solaire comme méthode de protection quant au photovieillissement. ☐ Le fait de regarder un vidéo sur le photovieillissement a engendré une plus grande perception de la sévérité du photovieillissement à $p = 0,05$ de même qu'une plus grande conviction quant à l'efficacité de la crème solaire comme méthode de prévention du photovieillissement à $p = 0,03$.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Participants de 18 à 37 ans (59 femmes et 9 hommes), d'âge moyen $20,13 \pm 2,55$ ans/ responsables de l'intervention		
Milieus d'intervention	Université de Californie à San Diego (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Fin janvier, 12 min/nd		

^A Deux interventions sont présentées dans cet article, toutefois, seule la première de ces interventions a été décrite ici.

Tableau 6 Description des interventions dans le milieu collégial et universitaire (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	McClendon et Prentice-Dunn, 2001*	Lecture d'un essai de 5 pages (montrant les dommages de l'exposition solaire et des photos de mannequins au teint clair), visionnement de témoignages d'un jeune décédé d'un mélanome, discussion en groupe sur les façons de se protéger et élaboration d'une campagne pour les jeunes destinée à les convaincre d'adopter des comportements sécuritaires au soleil.	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Le groupe contrôle, participe uniquement à la lecture d'un essai général sur la santé. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur la vulnérabilité, la sévérité de la menace, les récompenses associées au bronzage (ex. sur la confiance en soi), l'efficacité des mesures de protection, l'efficacité personnelle, les coûts associés aux mesures de protection, l'intention de réduire l'exposition aux rayons UV et d'utiliser la crème solaire. Efficacité (48 heures à la suite de l'intervention) : ☐ Toutes les variables associées au modèle théorique de la motivation à se protéger (vulnérabilité, sévérité de la menace, récompenses associées au bronzage, efficacité des mesures de protection, efficacité personnelle et coûts associés aux mesures de protection) ont été modifiées dans la direction souhaitée ($p < 0,01$) dans le groupe d'intervention. Ces variables sont demeurées pratiquement inchangées dans le groupe contrôle. ☐ Intention de réduire l'exposition : les participants ayant reçu l'intervention montraient une plus forte intention de réduire leur exposition ($p < 0,001$). ☐ Intention d'utiliser la crème solaire : les participants ayant reçu l'intervention montraient une plus forte intention d'utiliser la crème solaire ($p < 0,001$). Efficacité (1 mois à la suite de l'intervention – seulement pour les participants ayant bénéficié de l'intervention) : ☐ Peu de variation pour les variables associées au modèle théorique de la motivation à se protéger (vulnérabilité, sévérité de la menace, récompenses associées au bronzage, efficacité des mesures de protection, efficacité personnelle et coûts associés aux mesures de protection). L'efficacité personnelle a toutefois diminué de façon significative ($p < 0,05$) par rapport au premier suivi. ☐ Intention de réduire l'exposition et d'utiliser la crème solaire : diminution non significative. Modification de la couleur de la peau : 71,9 % avait une couleur de peau plus claire après un mois comparativement à 15,6 %. La différence entre ces deux groupes est statistiquement significative ($p < 0,01$).
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Étudiants en psychologie (58 étudiants) /nd		
Milieus d'intervention	Milieu collégial (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, 2 sessions de 60 à 75 minutes/oui	Objectif principal : ☐ Modifier les diverses composantes de la théorie de la motivation de la protection soit de parvenir à augmenter la perception de la sévérité de la menace, la vulnérabilité, l'efficacité des solutions, l'efficacité personnelle et, à diminuer les récompenses intrinsèques et extrinsèques, de même que les coûts physiques et psychologiques liés à l'adoption du comportement de protection. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter l'intention d'appliquer de la crème solaire et réduire l'exposition solaire; ☐ Faire en sorte que les participants réduisent le teint de leur peau. Approche : AB Cote : B	

Tableau 7 Description des interventions dans les milieux récréotouristiques

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Glanz et collab., 2002	Programme de prévention des cancers de la peau ayant lieu autour des piscines et qui comprend plusieurs composantes. Le personnel de la piscine reçoit une heure de formation et un guide traitant des environnements et des politiques favorables à la protection solaire. Les enfants suivent 8 sessions d'activité sur la protection solaire avant chaque cours de natation. Chaque piscine reçoit un contenant de crème solaire réutilisable, des structures portables d'ombre telles que des parasols et des affiches rappelant les conseils de protection solaire. Objectifs spécifiques : ☐ Améliorer les comportements de protection solaire des enfants; ☐ Améliorer les politiques de protection solaire de la piscine; ☐ Réduire les coups de soleil chez les enfants à risque. Approche : ABC Cote : B	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Le groupe contrôle reçoit un programme du même format que le groupe d'intervention, mais sur la prévention des traumatismes.
Nom de l'intervention	<i>Pool Cool Program</i>		Outil d'évaluation : Sondage auprès des parents sur leurs connaissances sur le cancer de la peau, leurs comportements et les politiques de protection solaire constatées autour de la piscine. Les professionnels de recherche du projet validaient par des observations, les changements structurels ou environnementaux au début, au milieu et à la fin de l'été (disponibilité de la crème solaire, d'aires ombragées et affiches sur la protection solaire de même que le port de chapeau et de chandails chez les sauveteurs).
Population cible/intermédiaires	Enfants de 5 à 10 ans, âge moyen $6,6 \pm 1,51$, 47,1 % filles, 68,4 % ont un revenu supérieur à 50 000 \$ (1 172 enfants) et parents/sauveteurs et professeurs de natation		Efficacité (8 semaines à la suite de l'intervention) :
Milieux d'intervention	Piscines municipales, de banlieues, de YMCA et piscines militaires (28), Hawaii et Massachusetts (États-Unis)		☐ Connaissances des parents: pas de changements dans aucun des groupes, elles étaient déjà élevées au départ. ☐ Comportements des parents : augmentation significative à $p < 0,01$ de l'utilisation de crème solaire, port de chapeau à $p < 0,01$ et comportements (selon une mesure composite^A) à $p < 0,05$, alors qu'une baisse est constatée pour le groupe contrôle. ☐ Politiques : 55,1 % plus de politiques de protection solaire dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à $p < 0,01$. ☐ Pratiques chez les sauveteurs et observations de l'environnement : pas de différence significative entre les groupes pour la présence d'ombre et son utilisation par les sauveteurs, mais une plus grande disponibilité de crème solaire à $p < 0,05$ et d'affiches $p < 0,01$ et, une plus grande utilisation de chandails par les sauveteurs $p < 0,01$ dans les piscines du groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle. ☐ Utilisation de la crème solaire par les enfants : augmentation significative à $p < 0,05$ dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle de 3,09 à 3,15. ☐ Utilisation de l'ombre disponible par les enfants : augmentation significative à $p < 0,05$ dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle de 2,12 à 2,16. ☐ Comportements de protection solaire des enfants (selon une mesure composite^A) : augmentation significative à $p < 0,05$ dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle de 2,29 à 2,30. ☐ Coups de soleil : diminution significative à $p < 0,05$ dans le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle. ☐ Port d'un t-shirt, d'un chapeau et de lunettes chez les enfants : pas de différence significative entre les deux groupes. Changements modestes pour le groupe d'intervention, mais déclin dans le groupe contrôle pour ces comportements chez les enfants.
Début de l'intervention, durée/récurrence	Début de l'été 1999, 2 à 4 semaines (sessions de 4 à 6 min)/pistes pour une intervention future		

^A Le pointage composite pour les habitudes de protection solaire a été créé à partir de 5 comportements de protection (utilisation de crème solaire, port de chapeau, port de t-shirt, recherche de l'ombre, port de lunettes de soleil) sur une échelle de 4 points allant de 1 (rarement/jamais) à 4 (toujours) pour chaque comportement. Le pointage associé à chaque comportement était par la suite additionné puis divisé par le nombre d'items répondus.

Tableau 7 Description des interventions dans les milieux récréotouristiques (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Glanz et collab., 2001*	Intervention destinée à la fois au personnel récréatif des camps de jour et aux jeunes fréquentant ces camps de manière à les sensibiliser à la protection solaire. Le personnel recevait une formation pour mener à bien l'intervention auprès des jeunes et disposait de guides d'activités et de matériel éducatif pour les parents et les enfants. Divers objets promotionnels étaient également donnés aux enfants (sacs à lunch, tatous, chapeaux, T-shirts; ces deux derniers items n'étaient pas donnés au groupe contrôle). L'intervention comportait aussi un volet environnemental et politique notamment par la mise à la disposition de bouteilles de crème solaire et de tentes temporaires. Le personnel pouvait aussi bénéficier d'un service de consultation pour l'implantation de politiques de protection solaire. Objectif principal : ☐ Sensibiliser le personnel récréatif des camps de jour et les jeunes qui les fréquentent à la protection solaire. Objectifs spécifiques : ☐ Changer les pratiques de protection solaire et les connaissances du personnel récréatif; ☐ Changer les normes sociales et créer des environnements favorables; ☐ Mettre en place des politiques de protection solaire; ☐ Changer les comportements de protection solaire chez les enfants qui fréquentent ces milieux. Approche : ABC Cote : B	Design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Le premier groupe d'intervention recevait uniquement le volet éducatif tandis que le deuxième groupe recevait également le volet environnemental et politique de l'intervention. Outil d'évaluation : Sondage mené auprès du personnel récréatif portant sur les connaissances sur la prévention des cancers de la peau, les habitudes de protection solaire et plus spécifiquement sur l'utilisation de la crème solaire, sur les normes en matière de protection solaire chez le personnel et sur les politiques de protection solaire. Efficacité (8 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : augmentation des connaissances des deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle : groupe (volet éducatif) à $p < 0,01$ et groupe (volet éducatif et environnemental) à $p < 0,05$. ☐ Habitudes de protection solaire : augmentation significative du groupe (volet éducatif) à $p < 0,05$ par rapport au groupe contrôle. ☐ Utilisation de crème solaire : différence significative par rapport au groupe contrôle pour le groupe (volet éducatif et environnemental)^A à $p < 0,05$. ☐ Normes perçues : augmentation des normes perçues chez les deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Groupe (volet éducatif) à $p < 0,05$ et groupe (volet éducatif et environnement) à $p < 0,01$. ☐ Politiques de protection solaire : amélioration significative à $p < 0,05$ pour le groupe (volet éducatif et environnemental). La magnitude de l'effet de l'intervention était de 15 à 20 % pour les connaissances, les normes et les comportements et de 30 à 50 % pour les politiques de protection solaire. Efficacité (3 mois après la fin du programme) : ☐ Connaissances : connaissances maintenues pour les deux groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle soit pour le groupe (volet éducatif) à $p < 0,01$ et pour le groupe (volet éducatif et environnemental) à $p < 0,05$. ☐ Habitudes de protection solaire : pas de maintien des habitudes de protection solaire dans le groupe (volet éducatif). ☐ Utilisation de crème solaire : augmentation non significative dans le groupe (volet éducatif et environnemental) par rapport aux évaluations précédentes.
Nom de l'intervention	<i>Hawaii Sun Smart Program</i>		
Population cible/intermédiaires	258 membres du personnel récréatif (âge $20,9 \pm 7,7$ ans), 60,9 % femmes/personnel de recherche		
Milieux d'intervention	14 sites récréotouristiques sur l'île de Oahu (parcs urbains et YMCA) qui tiennent des « Summer Fun Program », équivalent des camps de jour (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été 1996, 6 semaines/nd		

^A Il y a incohérence entre la figure et le tableau de données dans l'article.

Tableau 7 Description des interventions dans les milieux récréotouristiques (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Lombard, 1991	Intervention basée sur les modèles de rôle (ici les sauveteurs) qui sont invités à entreprendre des conversations avec les utilisateurs de la piscine sur la protection solaire en insistant sur la facilité d'adopter des comportements sécuritaires. Des stratégies de rétroaction pour encourager les bonnes pratiques chez les utilisateurs de la piscine sont utilisées telles que des écrans d'affichage qui indiquent le pourcentage de bonnes pratiques chez les enfants et les adultes. Objectif principal : ☐ Réduire les comportements à risque de cancer de la peau dans les piscines communautaires Objectifs spécifiques : ☐ Faire en sorte que les sauveteurs s'engagent à se protéger afin d'agir comme modèles de rôle auprès de la clientèle qui fréquente les piscines communautaires. Approche : AB Cote : I	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Safe Sun</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 1 à 17 ans fréquentant la piscine/sauveteurs		
Milieux d'intervention	Des piscines privées, dans deux villes du sud-ouest de la Virginie (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Nd, 41 jours dans une piscine et 21 jours dans l'autre/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mayer et collab., 2001	Distribution d'un feuillet sur la protection solaire aux parents à l'entrée du zoo et de bons de réduction pour l'achat de chapeaux sélectionnés et de crème solaire. Des pancartes sont disposées près des animaux pour faire ressortir les types d'adaptations au soleil qu'ont développées les animaux, une narration dans les autobus décrit ces adaptations et des affichettes dans les salles de bain rappellent aux visiteurs d'appliquer de la crème solaire. Objectif principal : ☐ Réduire l'exposition solaire des enfants et des personnes qui en ont la charge, pendant leur visite au zoo. Objectifs spécifiques : ☐ Encourager les parents à se procurer des articles de protection; ☐ Encourager l'utilisation de ces articles de protection pour leurs enfants et pour eux-mêmes. Approche : AB Cote : H	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 12 ans et moins/pas d'intermédiaires		
Milieux d'intervention	Milieu récréotouristique, World-Famous San Diego Zoo (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Projet l'été: (juillet 1999, 4 semaines)/nd Projet l'hiver : (janvier 1999, 6 semaines)/nd		

Tableau 7 Description des interventions dans les milieux récréotouristiques (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Pagoto et collab., 2003*	L'intervention comprend une analyse de la sensibilité de la peau au soleil des baigneurs suivie de la transmission de recommandations basées sur cette analyse. Les baigneurs reçoivent par la suite un dépliant sur la protection solaire et des photos sont prises avec un appareil UV pour illustrer les dommages à la peau existants. Les baigneurs s'engagent également à modifier leur comportement au soleil, reçoivent des échantillons de crème solaire et des instructions sur la façon de l'utiliser. Finalement, les assistants de recherche agissent comme des modèles de rôle en adoptant des comportements sécuritaires à la plage. Objectif principal : ☐ Sensibiliser et augmenter l'importance accordée aux risques liés au soleil chez les baigneurs. Objectifs spécifiques ☐ Engendrer un changement dans les stades de motivation à adopter des comportements sécuritaires au soleil; ☐ Améliorer les comportements de protection solaire; ☐ Diminuer l'exposition solaire. Approche : AB Cote : B	Selon un design quasi-expérimental, le groupe d'intervention (n = 53) était comparé au groupe contrôle (n = 47) qui ne complétait que les outils de mesure nécessaires à l'évaluation. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur l'exposition solaire, la protection solaire et le stade de motivation à adopter des comportements sécuritaires au soleil. Le suivi se faisait soit par téléphone, par la poste ou courriel. Efficacité (2 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Protection solaire : Amélioration significative de la protection solaire dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle (p < 0,05). ☐ Exposition solaire : pas de différence significative entre les groupes. ☐ Modification du stade de motivation : 49 % du groupe intervention a avancé d'au moins un stade de motivation comparativement à 25 % dans le groupe contrôle; cette différence est significative (p < 0,02). Quant à la régression de stade de motivation, il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe d'intervention (12 %) et le groupe contrôle (15 %).
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	Baigneurs (257 participants recrutés, 100 participants avec données complètes), âge moyen 27,96 ± 6,17 ans, les personnes de 18 ans sont éligibles, 55 % sont des filles, prédominance d'origine caucasienne/ assistants de recherche		
Milieu d'intervention	Plages avec accès public, ville du Midwest des États-Unis (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Milieu de l'été 2000, ponctuelle/non		

Tableau 8 Description des interventions dans les milieux de travail étudiant

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Novick, 1997	Démonstration, par le biais de photographies, des effets laissés par l'âge et par des lésions sur le visage des adolescentes. La crème solaire était disponible sur les lieux de travail. Objectif principal : ☐ Améliorer l'utilisation de crème solaire et minimiser l'exposition solaire chez les adolescents. Approche : AB Cote : D	Design expérimental avec deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Une prise de photos était effectuée pour les trois groupes soit 14 photos sans retouches (groupe contrôle), l'un des groupes d'intervention avait des photos âgées de 25 ans par imagerie informatique (n = 8) et l'autre, des photos âgées et des photos avec des lésions (n = 8). Les photos étaient présentées uniquement aux groupes d'intervention dans les deux premiers jours de la 4^e semaine : le premier groupe visualisait 2 photos (dont la photo non retouchée) et le 2^e groupe en visualisait 3. Outil d'évaluation : Un journal de bord hebdomadaire permet de suivre l'utilisation de crème solaire et le temps passé à l'extérieur entre 10 h et 15 h. Efficacité (comparaison entre les diverses semaines de l'étude) ☐ Utilisation de crème solaire : amélioration pour les groupes d'intervention après le visionnement de photos alors qu'il y a eu une diminution significative entre la semaine 1 et 5, 1 et 6, 2 et 5 et 2 et 6 (p = 0,031) pour le groupe contrôle. ☐ Dans le groupe visionnant des photos âgées et des photos avec des lésions, l'amélioration de l'utilisation de la crème solaire est encore plus marquée que dans l'autre groupe d'intervention. Une amélioration est constatée entre la semaine 2 et 4, la semaine 2 et 5, 3 et 4, 3 et 5 et 3 et 6 à p < 0,03. ☐ L'intervention n'est pas parvenue à réduire le temps passé à l'extérieur entre 10 h et 15 h à p > 0,80.
Nom de l'intervention	<i>To burn or not to burn</i>		
Population cible/intermédiaires	30 adolescentes de 13 à 18 ans de classe moyenne et élevée/professionnels de recherche		
Milieu d'intervention	Camps de jour (milieux de travail), Long Island, New York (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Juillet, 6 semaines/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Barankin et collab., 2001	Présentation par des étudiants en médecine sur les rayons UV, leurs effets à la santé et la prévention en insistant sur les stratégies de protection solaire. Un cahier d'activités était distribué. Un des groupes d'intervention recevait également une lettre à la maison pour encourager les parents à adopter les mesures de protection solaire. Objectif principal : ☐ Modifier les attitudes de même que les comportements en lien avec le soleil; ☐ Réduire l'incidence des coups de soleil chez les enfants du primaire en incluant les parents dans le processus et en distribuant de la crème solaire. Approche : AB Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Sun and the skin</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 9 à 10 ans/étudiants en médecine		
Milieus d'intervention	Milieu primaire et milieu familial, 23 classes dans 16 écoles publiques de la ville de London, Ontario (Canada)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mai 1999, une heure de présentation/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Buller et collab., 2000	Cette intervention visait à mesurer l'impact de diverses formes de messages sur les comportements de protection solaire adoptés par les parents pour eux-mêmes et pour leurs enfants. Des messages de forte et de faible intensité, combinés à des messages de style déductifs et inductifs, étaient inclus à divers documents (lettres ou brochures) transmis aux parents. Objectif principal : ☐ Améliorer les comportements des parents pour leurs enfants, à l'égard de la protection solaire. Approche : A Cote : A	Design expérimental avec 8 groupes de comparaison qui diffèrent entre eux par les messages reçus selon diverses possibilités (style inductif, déductif, ton de faible intensité, de haute intensité). Outil d'évaluation : Entrevues téléphoniques avec les parents. Efficacité (1 an à la suite de l'intervention) : ☐ Chez les parents ayant des intentions divergentes entre la protection pour soi-même ou pour son enfant, les messages déductifs et de forte intensité montraient les plus grandes améliorations en termes de protection solaire. ☐ Toujours chez ces parents ayant des intentions divergentes, le style inductif et le ton de faible intensité montraient une plus grande amélioration que pour les messages de forte intensité. ☐ Il n'y avait pas d'effets significatifs pour les deux paramètres (style et ton) pour les parents qui n'avaient pas l'intention de modifier les comportements et ceux qui envisageaient d'améliorer les comportements tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants.
Nom de l'intervention	<i>Arizona Family Sun Safety Program</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants d'âge primaire de 5 à 11 ans et leurs parents (568 parents), 21,6 % hommes, revenu au-dessus de 49 000 \$/professeurs		
Milieu d'intervention	Domicile familial et écoles primaires/ Tucson, Arizona (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Janvier 1995, 3 à 6 mois/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Buller et collab., 1996	Programme éducatif pour les enfants de 9 à 12 ans inspiré d'un programme précédent, <i>Sunshine and Skin Health</i>. Le programme comporte 5 volets et propose un guide éducatif aux élèves portant sur la relation entre l'humain et le soleil en passant par la science, l'histoire, la santé et la géographie. Chaque volet comprend des activités à mener en classe et à la maison de même qu'une lettre s'adressant aux parents et à leurs enfants. Objectif principal : ☐ Diminuer l'exposition solaire chez les jeunes de 9 à 12 ans. Objectif spécifique : ☐ Augmenter les connaissances et les attitudes favorables à la prévention. Approche : A Cote : A	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux étudiants portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements de protection solaire. Efficacité (8 semaines à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : augmentation des connaissances dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à $p < 0,001$. ☐ Attitudes : diminution des attitudes favorables au bronzage dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à $p = 0,002$. Les changements dans les attitudes se sont manifestés deux mois suite à l'intervention et non pas immédiatement à la suite de celle-ci. ☐ Comportement de protection solaire des jeunes : peu de différences significatives entre les deux groupes ont été constatées, mais certains comportements, dont l'utilisation de crème solaire durant l'été ($p = 0,008$), l'utilisation d'une crème solaire ayant un FPS plus élevé ($p = 0,003$) et le fait de rechercher le bronzage en s'allongeant au soleil ($p = 0,005$) se sont avérés significativement plus élevés dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle. À noter que 12 comportements au soleil étaient mesurés.
Nom de l'intervention	<i>Sunny days, Healthy ways</i>		
Population cible/intermédiaires	447 enfants de 9 à 12 ans, 48,6 % filles/professeurs		
Milieus d'intervention	Milieu primaire et milieu familial/ écoles primaires du district de Tucson, Arizona (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	Tôt au printemps, 5 semaines (séances de 50 min)/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Crane et collab., 1999*	Formation de 3 heures pour le personnel de services de garde à l'enfance (présentation par un dermatologue, session de travail pour développer des plans de prévention des cancers de la peau et des politiques de protection solaire pour les services de garde) et envoi de matériel éducatif aux parents (brochure éducative, activités éducatives, échantillons de crème solaire). Objectif principal : ❑ Améliorer la protection solaire chez les enfants au service de garde à l'enfance. Objectifs spécifiques : ❑ Améliorer la protection solaire chez les enfants par l'intermédiaire de leurs parents; ❑ Enseigner la protection solaire aux enfants. Approche : ABC Cote : A	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Sondage téléphonique auprès des parents, entrevues menées auprès des directeurs des services de garde à l'enfance et observations des pratiques de protection solaire aux services de garde à l'enfance. Auprès des parents, des données étaient recueillies sur les connaissances et les pratiques de protection solaire pour leurs enfants services de garde à l'enfance et à la maison. Chez les directeurs, les connaissances, les attitudes et l'utilisation des moyens de protection solaire selon la température étaient mesurées. En termes d'observation, l'exposition solaire et les mesures de protection des enfants de même que les gains en termes de politiques de protection solaire dans les services de garde à l'enfance étaient mesurés. Efficacité (un an après l'intervention) : ❑ Directeurs : Quatre améliorations sont significatives chez les directeurs du groupe d'intervention en comparaison avec le groupe contrôle soit les connaissances et les attitudes ($p < 0,002$), le fait de transmettre du matériel à la maison pour les parents ($p < 0,02$) et l'application de crème solaire toute l'année ($p < 0,004$). ❑ Parents : pas de différence entre les deux groupes pour les connaissances, les attitudes et les mesures de protection solaire qui étaient déjà élevées au démarrage de l'intervention. Toutefois, les parents du groupe d'intervention ont noté davantage de changements en termes de protection solaire dans leurs services de garde à l'enfance. ❑ Observations : Pas de différence significative entre les groupes pour la disponibilité de crème solaire le port de vêtements protecteurs et de chapeaux. Une amélioration non significative a été notée pour le pourcentage du terrain de jeux à l'ombre pour le groupe d'intervention ($p = 0,48$). La seule amélioration significative étant la présence d'affiches sur la protection solaire dans le groupe d'intervention relativement au groupe contrôle à $p < 0,001$.
Nom de l'intervention	<i>Block the sun, not the fun</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants d'âge préscolaire, niveau socio-économique allant de moyen à élevé, personnel des services de garde à l'enfance/ dermatologue, Licensing Administrator of the Colorado Department of Social Services		
Milieux d'intervention	Services de garde à l'enfance de 20 enfants et plus (entre 20 et 100 enfants) et milieu familial, Colorado (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Avril 1994, 3 heures/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Dietrich et collab., 2000	Interventions variant selon le milieu d'intervention. Dans les écoles et les services de garde, un programme d'enseignement fait la promotion de la protection solaire. À la plage, l'Indice UV est annoncé et de la crème solaire est distribuée gratuitement de même que des dépliants. Dans les établissements de santé, des conseils sont donnés durant les visites et du matériel éducatif et des échantillons de crème solaire sont distribués. Objectif principal : ☐ Augmenter la protection solaire des enfants à la plage. Approche : AB Cote : D	Design quasi-expérimental dans lequel 10 villes étaient réparties entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Outil d'évaluation : Observation de comportements à la plage tels que l'utilisation de l'ombre et le port de vêtements protecteurs par les enfants. Les parents ou les personnes à charge étaient aussi interrogés concernant l'utilisation de crème solaire pour l'enfant le jour de cette observation. Efficacité (2 ans après l'intervention) : ☐ Comportement de protection : Proportion d'enfants protégés sur au moins une partie du corps par de la crème solaire, des vêtements ou de l'ombre plus élevée dans les villes ayant reçu l'intervention que dans les villes contrôle ($p = 0,033$). ☐ Les parents des villes ayant reçu l'intervention ont eu davantage d'information en provenance des écoles et des services de santé que ceux des villes contrôle.
Nom de l'intervention	<i>SunSafe</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 2 à 11 ans (2 344 enfants), 50 % de filles/sauveteurs, professeurs, cliniciens		
Milieus d'intervention	Plages, milieu scolaire primaire, services de garde à l'enfance, établissements de soins de santé/10 villes du New Hampshire (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mars 1996, intervention dans les écoles (3 X 40 min), services de garde (40 min), établissements de santé (40 min), plages (2 X 40 min)/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année/	Fleming et collab., 1997	Les parents sont approchés lors des rencontres de parents dans les écoles et dans les magasins de vêtements pour enfants afin d'assister à des lectures sur la protection solaire. Des projets dans les classes liés aux comportements adéquats à l'égard du soleil et des cahiers d'activités sont distribués à l'école. Objectif principal : ☐ Insister sur l'importance de protéger les enfants des effets dommageables liés à une exposition solaire excessive. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter les connaissances sur le lien entre l'exposition dans l'enfance et le cancer de la peau; ☐ Modifier les attitudes et les comportements des parents pour leurs enfants. Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité
Nom de l'intervention	<i>Sun Awareness Week</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 5 à 11 ans (939 parents)/ télévision locale et nationale, radio, journaux		
Milieus d'intervention	Milieu familial, écoles primaires, magasins de vêtements pour enfants, Ville de Glasgow Ouest (Écosse)		
Début de l'intervention, durée/réurrence	4 juin 1995, une semaine/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Giles-Corti et collab., 2004*	Distribution de lignes directrices sur l'adoption d'une politique de protection solaire portant sur le port de chapeaux et l'utilisation des zones d'ombre durant l'heure du dîner. Élaboration d'un concours avec récompenses pour les groupes d'intervention modéré et élevé. Sélection de champions dans les écoles primaires en vue de faciliter l'implantation de la politique. Objectif principal : ☐ Réduire l'exposition solaire et améliorer les comportements de protection solaire chez les enfants d'âge primaire. Objectifs spécifiques : ☐ Introduire une politique « No hat, no play » dans les écoles; ☐ Réduire l'exposition solaire des enfants en demandant aux écoles de les encourager à utiliser l'ombre disponible. Approche : ABC Cote : C	Design quasi-expérimental avec un groupe contrôle de 14 écoles, un groupe d'intervention modérée (11 écoles) et un groupe d'intervention élevée (8 écoles). La différence entre les groupes d'intervention modéré et élevé réside uniquement dans la diversification des stratégies utilisées pour renseigner les intermédiaires sur l'intervention. Dans le groupe modéré, seul un envoi des lignes directrices par la poste a été fait tandis que dans le groupe d'intervention élevé, plusieurs démarches sur le terrain sont déployées (ex. implication du directeur, séminaire pour le personnel, contact avec le président du comité de parents). Le groupe contrôle reçoit le programme d'enseignement régulier à l'école. Outil d'évaluation : Observation dans les écoles afin de mesurer l'utilisation de l'ombre (ou exposition sur l'heure du dîner) et le port de chapeaux. Efficacité (3 ans à la suite de l'intervention) : ☐ Utilisation de l'ombre : L'implantation d'une politique de protection solaire n'a pas eu d'impact significatif sur la réduction de l'exposition sur l'heure du dîner. ☐ Port de chapeaux : Amélioration significative de 14 % à $p < 0,001$ pour le port de chapeau dans le groupe d'intervention élevé, aucun changement observé dans le groupe modéré et réduction du port de chapeau dans le groupe contrôle de 2 %. ☐ Le seul fait de transmettre de l'information sur une politique de protection solaire (dans le cas de l'intervention modérée) est inefficace si elle n'est pas combinée à des démarches sur le terrain.
Nom de l'intervention	<i>Kidskin</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants suivis de l'âge de 5 ans à l'âge de 11 ans (1 776 enfants), deux sexes/directeurs, personnel enseignant et associations de parents		
Milieus d'intervention	33 écoles primaires, milieu familial, Perth (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Février 1995, en continu pendant trois ans/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Gooderham et Gunther, 1999	Les élèves assistent à une présentation PowerPoint donnée par des étudiants de 1^{ère} année en médecine. Du matériel éducatif est remis aux élèves une semaine avant (brochure et cahier d'activités sur le rayonnement UV). Du matériel pour la maison leur est également transmis (ex. : dépliants, faits saillants sur le soleil provenant de l'Association canadienne de dermatologie). Les étudiants de médecine recevaient une formation d'une heure sur le sujet et du matériel didactique pour mener à bien leur intervention. Objectif principal : ☐ Améliorer les connaissances et influencer les comportements des élèves à l'égard des cancers de la peau. Approche : A Cote : D	Design pré-post sans groupe contrôle. 7 écoles sur les 35 écoles participantes ont été choisies aléatoirement pour participer à l'évaluation.
Nom de l'intervention	<i>Sun and the Skin</i>		Outil d'évaluation : Questionnaire administré par les professeurs aux élèves.
Population cible/intermédiaires	Élèves de 4 ^e année (9 à 10 ans)/ étudiants en première année de médecine		Efficacité (immédiatement à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : augmentation significative pour 20 des 22 questions par rapport au prétest (valeurs p variables, selon les questions : $p < 0,01$, $p < 0,05$ et $p < 0,01$) ☐ Comportements de protection solaire : augmentation significative de l'intention à utiliser toutes les formes de protection solaire à $p < 0,001$. Pas de différence significative quant à l'intention d'utiliser les appareils de bronzage.
Milieux d'intervention	Écoles primaires et milieu familial/ Région de London, Ontario (Canada)		Efficacité (1 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Connaissances : persistance des connaissances acquises à la suite de la présentation. ☐ Comportements de protection solaire : augmentation significative de toutes les formes de protection solaire à $p < 0,001$ par rapport au niveau de base.
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mai 1998, quelques heures/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Gritz et collab., 2005*	Intervention ciblant à la fois le personnel des services de garde et les parents. Les impacts de l'intervention sur le personnel des services de garde sont décrits dans une autre intervention et ne seront pas abordés ici. Concrètement, des lettres étaient d'abord transmises au personnel du milieu préscolaire qui était encouragé à engager une discussion sur la protection solaire alors que les parents venaient chercher leurs enfants. Dans le cadre de ce projet, de la crème solaire était appliquée aux enfants par le personnel éducatif si les parents y consentaient. Les parents recevaient eux aussi des lettres, un cahier d'information en plus d'une vidéocassette portant sur le rôle de modèle qu'ils peuvent jouer auprès de leurs enfants. Les parents du groupe contrôle recevaient le dépliant « Under Cover », qui abordait des notions sur le rayonnement UV sans participer à l'intervention. Objectif principal : ❑ Améliorer les pratiques et les déterminants psychosociaux des parents afin qu'ils protègent leurs enfants de l'exposition solaire. Objectifs spécifiques : ❑ Augmenter la fréquence de protection solaire chez les parents pour leurs enfants. ❑ Augmenter l'efficacité personnelle des parents. ❑ Diminuer les barrières perçues en lien avec la protection solaire. Approche : AB Cote : A	Design quasi-expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle qui recevait le dépliant « Under Cover », qui abordait des notions sur le rayonnement UV sans participer à l'intervention.
Nom de l'intervention	<i>Sun Protection is Fun!</i>		Outil d'évaluation : Questionnaires administrés aux parents portant sur leur utilisation pour leurs enfants de crème solaire, de vêtements protecteurs, d'abris ou de parasols pour protéger de l'ombre. En plus des connaissances, diverses variables psychosociales étaient aussi mesurées.
Population cible/intermédiaires	Parents et enfants d'âge préscolaire/personnel des services de garde à l'enfance		Efficacité (12 mois à la suite de l'intervention) : ❑ Comportements du parent envers l'enfant : amélioration significative a été observée pour divers comportements dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle tels que la réapplication de crème solaire ($p = 0,026$), le port de chapeaux ou de casquettes ($p = 0,001$) et l'évitement de l'exposition au soleil en général ($p = 0,039$). ❑ Variables psychosociales : amélioration significative des connaissances sur la protection solaire ($p < 0,001$), de la perception (du point de vue du parent) que le personnel accorde une importance à l'application de crème solaire chez leurs enfants et qu'il l'applique ($p < 0,001$), des barrières à l'utilisation de crème solaire ($p = 0,044$) et des attentes du parent en termes d'utilisation de crème solaire ($p = 0,001$) dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle.
Milieux d'intervention	20 écoles préscolaires dans la grande région de Houston qui sont ouvertes à temps plein et milieu familial (États-Unis)		Efficacité (24 mois à la suite de l'intervention) : ❑ Comportements du parent envers l'enfant : amélioration significative de l'utilisation de la crème solaire ($p = 0,030$), l'application de crème 30 min avant d'aller à l'extérieur $p < 0,001$, sa réapplication ($p = 0,038$), l'utilisation d'une crème solaire de FPS de 15 et plus ($p = 0,041$), de même que la création d'espaces ombragés ($p = 0,014$) chez les parents du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe contrôle. ❑ La perception (du point de vue du parent) que le personnel accorde une importance à l'application de crème solaire chez leurs enfants et qu'il adopte ce comportement est la seule variable qui s'est avérée être significative dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle à $p < 0,001$.
Début de l'intervention, durée/récurrence	Juin 1997, 2 mois/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Hughes et collab., 1993	Divers outils ont été utilisés au cours de l'intervention, dont un dépliant et un livre d'information. Un vidéo est aussi présenté. Pour certains étudiants, une discussion en classe sur le programme avait lieu. Objectif principal : ☐ Modifier les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du soleil chez les jeunes du secondaire. Approche : A Cote : D	Design quasi-expérimental. Les enfants étaient divisés en 5 groupes dans chaque école : 1) groupe contrôle, 2) livre d'information et le dépliant, 3) livre d'information + vidéo, 4) livre + création d'affiches, 5) livre + discussion. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés portant sur les connaissances, les attitudes et le comportement. Efficacité (2 mois après l'intervention) : ☐ Connaissances : Augmentation significative, mais modeste des connaissances des 4 groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle ($p < 0,001$), mais pas de différence observée entre les 4 groupes d'intervention. ☐ Attitude : Variation significative au niveau de l'attitude dans les groupes d'intervention ($p < 0,001$) par rapport au groupe contrôle. ☐ Comportement : Pas de différence significative au niveau du comportement.
Nom de l'intervention	<i>Sun Cool</i>		
Population cible/intermédiaires	543 étudiants de 12 à 16 ans/ professeurs d'éducation physique		
Milieus d'intervention	Écoles secondaires et milieu familial, 7 écoles secondaires (dont 2 écoles privées et 3 collèges techniques), Liverpool, Rotherham, Rugby, London, Essex et Kent (Royaume-Uni)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Mai 1990, nd/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Labat et collab., 2005	Messages de santé diffusés aux étudiants. Objectif principal : ☐ Modifier les attitudes et les comportements de protection solaire des enfants de 10 à 13 ans. Objectifs spécifiques : ☐ Enseigner aux étudiants les dangers associés à l'exposition solaire; ☐ Transmettre les connaissances nécessaires aux étudiants afin qu'ils utilisent les mesures adéquates pour se protéger du soleil. Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité
Nom de l'intervention	<i>Minnesota Sun Smart Program</i>		
Population cible/intermédiaires	1927 étudiants de 10 à 13 ans, 52,3 % filles/nd		
Milieus d'intervention	Milieu familial et 6 écoles primaires rurales de grande taille dans l'État du Minnesota (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	1995, une journée/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Loescher et collab., 1995	Programme d'enseignement en 3 séances, chacune abordant un concept simple relié à la protection solaire (ex. : se couvrir). Parmi les activités proposées, mentionnons un spectacle de marionnettes, des activités artistiques, des chansons, la lecture d'histoires. Ce programme comprend aussi des activités à faire à la maison. Objectif principal : ☐ Améliorer la capacité intellectuelle (connaissances, compréhension, mise en application des connaissances) à l'égard de la protection solaire chez les enfants d'âge préscolaire. Approche : A Cote : E	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	<i>Be Sun Safe Curriculum</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 4 à 5 ans (150 enfants)/ assistants de recherche		
Milieus d'intervention	Milieu préscolaire et milieu familial, 12 classes de 15 enfants minimum de niveau préscolaire, sud de l'Arizona (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Printemps, 3 séances de 45 à 50 min/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Manganoni et collab., 2005	Programme éducatif dans les écoles primaires avec matériel pour la maison. Le programme est basé sur un conte. Un guide d'activité est fourni. Objectif principal : ☐ Augmenter les connaissances des enfants pour réduire l'exposition solaire durant l'enfance. Approche : A Cote : F	Exclue pour la mesure de l'efficacité.
Nom de l'intervention	Nd		
Population cible/intermédiaires	1 309 enfants de 8 à 9 ans/professeurs		
Milieu d'intervention	Milieu primaire et milieu familial, Trento (Italie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Avant l'été, nd/nd		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Mayer et collab., 1997	Intervention intégrée à un cours de natation qui se base sur le comportement des animaux au soleil. Les enfants reçoivent des autocollants en guise de récompense lorsqu'ils se protègent. De la crème solaire et des chapeaux sont accessibles à la piscine. Plusieurs activités peuvent être menées en parallèle à la maison à l'aide d'un cahier à colorier, d'un compteur UV et d'un calendrier d'autocollants. Objectif principal : ☐ Réduire l'exposition au rayonnement UV chez les enfants qui participent au cours de natation. Objectifs spécifiques : ☐ Diminuer le niveau de bronzage (teint) des enfants; ☐ Diminuer les comportements d'exposition solaire des enfants. Approche : AB Cote : C	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Les comportements de protection adoptés par les enfants sont mesurés par un questionnaire téléphonique qui s'adresse aux parents et à l'aide d'un colorimètre qui permet de mesurer la modification au niveau du teint de l'enfant. Efficacité (1 mois après l'intervention) : ☐ Pas d'effet significatif observé ni au niveau du teint de l'enfant, ni au niveau de la protection solaire (pointage cumulé pour toutes les mesures de protection). *L'absence de différence significative lors de la mesure du colorimètre peut être liée à la courte période de suivi. ☐ Port de chapeau : le groupe d'intervention a montré une utilisation plus marquée du port de chapeau en comparaison avec le groupe contrôle (p = 0,049).
Nom de l'intervention	<i>Sun Wise</i>		
Population cible/intermédiaires	Enfants de 6 à 9 ans (169), âge moyen = 7 ans, 47,6 % sont des filles dans le groupe d'intervention/instructeurs aquatiques, parents		
Milieu d'intervention	48 cours de natation dans 4 YMCA, San Diego, Californie et milieu familial (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été 1995, 6 semaines (4 à 5 min par cours)/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Miller et collab., 1999	Programme qui prévoit une campagne publicitaire, une série d'activités éducatives axées sur le changement de comportement dans plusieurs milieux d'intervention en favorisant la participation communautaire des ambassadeurs locaux à la conception de l'intervention. Objectif principal : ❑ Réduire l'exposition non protégée des enfants de 13 ans et moins. Objectifs spécifiques : ❑ Augmenter la sensibilisation et le sentiment de nécessité de protéger les enfants chez les personnes qui en ont la charge; ❑ Augmenter la proportion des parents qui encouragent et pratiquent des stratégies de protection solaire avec leurs enfants; ❑ Diminuer la proportion de parents rapportant un historique de coups de soleil douloureux chez leurs enfants; ❑ Donner un caractère officiel à la protection solaire et créer des changements durables en incluant la distribution fréquente d'information en protection solaire dans les milieux d'intervention. Approche : AB Cote : D	Design prétest/post-test sans groupe contrôle (le groupe n'est pas le même avant et après).
Nom de l'intervention	<i>The Falmouth Safe Skin Project</i>		Outil d'évaluation : Sondage téléphonique auprès des parents portant sur les connaissances et les attitudes, l'efficacité personnelle des parents et leurs rôles en tant que modèles, l'exposition solaire, les mesures de protection, les coups de soleil de même que les barrières à la protection et les motivations à se protéger. Des mesures sont prises pour les 0 à 6 ans et pour les 6 à 13 ans.
Population cible/intermédiaires	Enfants de 0 à 13 ans (805 parents)/ moniteurs de camps, infirmières de la maternité		Efficacité (3 ans après l'intervention) :
Milieux d'intervention	Unités de maternité, services de garde à l'enfance, écoles primaires, camps d'été, programmes récréatifs, plages/ Falmouth Massachusetts (États-Unis)		❑ Connaissances sur la crème solaire : amélioration significative des connaissances au pour les jeunes de 6 à 13 ans à 0,01 > p > 0,001. ❑ Efficacité personnelle des parents : augmentation significative chez les parents d'enfants de 6 à 13 ans quant au fait de ne pas éprouver de difficulté à appliquer de la crème solaire à 0,05 > p > 0,01 et sur le fait d'insister sur cette application à tous les jours pour leurs enfants à p < 0,001. ❑ Modèle de rôle des parents : diminution non significative des attitudes envers le bronzage et augmentation significative chez les parents d'enfants de 6 à 13 ans pour l'application régulière de crème solaire à 0,05 > p > 0,01 et l'achat de trois tubes et plus de crème par année chez les moins de 6 ans à p < 0,001 et chez les enfants de 6 à 13 ans à 0,01 > p > 0,001. ❑ Exposition chez les enfants : pas de différence significative pour ce comportement pour les deux groupes d'âge. ❑ Mesures de protection : diminution significative du port de chandail chez les 6 à 13 ans à 0,05 > p > 0,01 de même qu'une diminution légère du port de chapeau dans les deux groupes d'âge. Augmentation de l'utilisation de crème solaire à la plage et à l'extérieur à 0,01 > p > 0,001 chez les jeunes de 6 à 13 ans et sur une base continue chez les deux groupes d'âge à p < 0,001. ❑ Coups de soleil : diminution significative des coups de soleil sévères chez les enfants âgés de 6 ans et moins (18,6 % à 3,2 %). Diminution non significative de 46,8 % à 40,0 % chez les jeunes âgés de 6 à 13 ans. ❑ Motivations à se protéger et barrières à la protection : pas de différence significative entre le prétest et le post-test et ce, pour les deux groupes d'âge. ❑ Pratiques de dépistage chez les parents : augmentation des pratiques de dépistage chez les parents d'enfants des deux groupes d'âge. Cette augmentation est significative pour l'examen personnel et par un médecin de la peau chez les parents d'enfants de 6 à 13 ans p < 0,001 et pour l'examen par le médecin chez les parents d'enfants de moins de 6 ans à p < 0,001.
Début de l'intervention, durée/réurrence	Nd, nd/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Milne et collab., 2000	Programme d'enseignement donné à l'école. Les deux groupes d'intervention modérée et élevée reçoivent un programme spécial comparativement au groupe contrôle. Le groupe d'intervention élevée reçoit aussi pendant l'été de la documentation supplémentaire et un maillot de bain à faible coût. Objectif principal : Améliorer le comportement de protection solaire chez les enfants. Approche : ABC Cote : B	Design quasi-expérimental avec 2 groupes d'intervention (élevé et modéré) et un groupe contrôle. Outil d'évaluation : Questionnaires reçus par la poste et complétés par les parents. Ces questionnaires portaient sur l'exposition solaire et l'utilisation des mesures de protection solaire. Efficacité (2 ans à la suite de l'intervention) : - Exposition solaire : - Temps passé à l'extérieur : tendance significative à $p = 0,01$ pour le temps passé entre 11 h et 14 h; le groupe d'intervention élevé étant celui passant le moins de temps et le groupe contrôle le plus de temps. La tendance n'était pas significative pour le temps passé entre 8 h et 16 h - Mesure de l'exposition par un indice composite: tendances significatives observées pour le visage ($p = 0,006$), les avant-bras ($p = 0,008$) et le dos ($p = 0,002$); le groupe d'intervention élevé étant ayant le plus faible indice et le groupe contrôle le plus élevé. - Protection solaire : tendance significative observée pour l'utilisation de l'ombre la moitié du temps ou plus ($p = 0,09$), pour avoir le dos couvert tout le temps ($p = 0,001$) et pour le port d'un maillot de bain protecteur ($p = 0,005$); le groupe d'intervention élevé présentant la plus grande utilisation de ces mesures et le groupe contrôle, la plus faible. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour le port de chapeaux et l'utilisation de crème solaire.
Nom de l'intervention	<i>Kidskin</i>		
Population cible/intermédiaires	Cohorte d'enfants suivis pendant 5 ans à partir de l'âge de 5 ou 6 ans (1 386 enfants)/ professeurs et promoteurs du projet		
Milieu d'intervention	33 écoles primaires à Perth et milieu familial (Australie)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Printemps 1995, 4 à 6 séances de 40 min/le programme a duré plusieurs années		
Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Reding et collab., 1996	Sensibilisation des élèves de 8 à 9 ans par des adolescents à l'égard de la protection solaire. La sensibilisation se fait sous la forme de présentations sur la protection solaire. Objectif principal : Augmenter les connaissances des jeunes sur la protection solaire. Approche : A Cote : B	Design quasi-expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle qui ne reçoit pas de présentation sur la protection solaire. Outil d'évaluation : Questionnaires autoadministrés aux étudiants portant sur les connaissances à l'égard de la protection solaire. Efficacité (immédiatement à la suite de l'intervention): - Connaissances : pour 9 des 10 questions, le groupe d'intervention a montré une plus forte proportion d'étudiants qui ont augmenté leurs connaissances que pour le groupe contrôle à $p < 0,001$. Efficacité (6 mois à la suite de l'intervention) : - Connaissances : pour 9 des 10 questions, le groupe d'intervention a montré une plus forte proportion d'étudiants qui ont augmenté leurs connaissances que pour le groupe contrôle à $p < 0,001$.
Nom de l'intervention	Sensibilisation à la protection solaire dans le cadre du programme « Future Farmers of America »		
Population cible/intermédiaires	Élèves de 8 à 9 ans (2 676 élèves)/étudiants du secondaire		
Milieu d'intervention	Écoles primaires et milieu familial, centre-nord de l'état du Wisconsin (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Avril 1993, 2 jours (deux séances de 30 à 40 min)/nd		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Smith et collab., 2002	Campagne de sensibilisation sur la protection solaire. Le message porte sur le port de vêtements protecteurs, de couvre-chef et sur l'application de crème solaire. Des dépliants, des affiches, des autocollants et des feuilles d'activités sont distribués à travers plusieurs milieux d'intervention. Les moyens publicitaires utilisés dans les trois vagues de campagne varient : (C1) → publicité de 30 secondes à la télévision, publicité sur les autobus, panneaux d'affichage extérieurs, bloc publicitaire de 30 secondes à la radio. (C2) → publicité de 30 secondes à la télévision, publicité sur les autobus, bloc publicitaire de 30 secondes à la radio. (C3) → télévision et radio seulement. Objectif principal : ☐ Augmenter l'utilisation des mesures de protection chez les enfants de moins de 12 ans. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter le niveau de sensibilisation des parents sur l'importance qu'ils doivent accorder à fournir une protection solaire adéquate à leurs enfants; ☐ Encourager les parents à utiliser des mesures de protection telles que des vêtements, des chapeaux et de la crème solaire pour leurs enfants. Approche : A Cote : C	Design pré-post-test.
Nom de l'intervention	Nd		Outil d'évaluation : Sondage téléphonique aléatoire auprès de parents d'enfants de 0 à 11 ans.
Population cible/intermédiaires	Parents d'enfants de 0 à 11 ans, 50 % des enfants ont moins de 5 ans et 50 % ont entre 6 et 11 ans/publicité télévisuelle, publicité sur les autobus, panneaux d'affichage extérieurs, 30 secondes à la radio		Efficacité des diverses vagues de campagne : ☐ Connaissances sur la protection solaire : déjà élevées (85-90 %) au niveau de base (sondage pré-C1). Ces hauts niveaux de connaissances sont demeurés constants pendant les trois vagues de la campagne. Seules les connaissances concernant l'évitement du soleil étaient significativement différentes du sondage pré-C1 et à la baisse.
Milieux d'intervention	Milieu familial, cliniques de santé infantiles, CPE, écoles, cliniques de vacances, cours aqua-bambins, camps de guides et de scouts, cinémas, clubs de surf, librairies, groupes sportifs, piscines, services de santé, cliniques médicales, pharmacies, New South Wales (Australie)		☐ Attitudes relatives à la protection solaire : augmentation significative des répondants entre la vague 2 et 3 qui considéraient la protection solaire comme étant importante. C'est la seule affirmation pour laquelle il y a eu une différence significative dans le temps. Dans les trois sondages, pratiquement tous les répondants montraient une attitude prudente envers le soleil. ☐ Comportements de protection solaire (les parents pour leurs enfants) : ○ Crème solaire : diminution significative au pré-C2 par rapport à pré-C1, mais augmentation significative à post-C3 par rapport à pré-C1 (OR = 1,59; 95 % CI = 1,24-2,04) et post-C2 (OR = 1,50; 95 % CI = 1,17-1,92). ○ Vêtements protecteurs : port de vêtements protecteurs plus élevé après chaque campagne en comparaison avec le pré-C1, mais différences significatives à post-C1 (OR = 1,51; 95 % CI = 1,23-1,86) et post-C3 (OR = 1,41; 95 % CI = 1,14-1,73) ○ Port de chapeau : pas de changement à post-C1, mais changements significatifs à pré-C2 (OR = 1,25; 95 % CI = 1,01-1,56) et post-C2 (OR = 1,48; 95 % CI = 1,19-1,83) comparativement à pré-C1, Déclin à post-C3 en deçà du niveau à pré-C1. ○ Utilisation de l'ombre : augmentation après chaque campagne, mais différence significative par rapport à pré-C1 pour post-C1 (OR = 1,33; 95 % CI = 1,06-1,67) et post-C3 (OR = 1,37; 95 % CI = 1,09-1,72).
Début de l'intervention, durée/récurrence	Décembre 1998, 2 mois pendant 3 ans/oui		

Tableau 9 Description des interventions communautaires (suite)

Caractéristiques de l'intervention		Description de l'intervention, approche utilisée et cote obtenue	Évaluation de l'intervention (Design, outil d'évaluation et efficacité)
Auteurs, année	Weinstock et collab., 2002	L'intervention prévoit d'abord une analyse de la sensibilité de la peau au soleil des baigneurs. Des recommandations basées sur cette analyse leur sont par la suite transmises de manière verbale et écrite. Ces derniers reçoivent subséquemment un dépliant sur la protection solaire et des photos sont prises avec un appareil UV pour illustrer les dommages à la peau existants. Les baigneurs reçoivent des échantillons de crème solaire. Au domicile familial, les baigneurs reçoivent un manuel (<i>Being Sun Smart</i>) qui est lié au stade de changement de comportement du baigneur de même qu'un deuxième dépliant. Objectif principal : ☐ Modifier le stade de changement^A de comportement afin que les baigneurs adoptent de meilleurs comportements à l'égard du soleil. Objectifs spécifiques : ☐ Augmenter les avantages et diminuer les désavantages de la protection solaire; ☐ Augmenter l'efficacité personnelle des baigneurs. Approche : AB Cote : A	Design expérimental avec un groupe d'intervention et un groupe contrôle qui ne participe pas. Outil d'évaluation : entrevue téléphonique auprès des baigneurs ou suivi par courriel 1 an et 2 ans à la suite de l'intervention. Efficacité (12 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Comportements de protection solaire en général : amélioration significative des comportements dans les deux groupes à $p < 0,001$. ☐ Stade d'action ou de maintien^B pour la protection solaire : le groupe d'intervention a une proportion statistiquement plus élevée de personnes qui sont au stade d'action et de maintien que le groupe contrôle à $p = 0,049$. ☐ Stades d'action ou de maintien pour l'utilisation de la crème solaire : le groupe d'intervention a une proportion statistiquement plus élevée de personnes qui sont au stade d'action et de maintien que le groupe contrôle à $p = 0,001$. ☐ Pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne la régression d'un stade d'action ou de maintien à un stade précédent. Efficacité (24 mois à la suite de l'intervention) : ☐ Comportements de protection solaire en général : amélioration significative des comportements de protection solaire dans les deux groupes à $p < 0,001$, mais l'amélioration dans le groupe d'intervention était le double de celle du groupe contrôle à 24 mois. Les trois comportements mesurés indépendamment soit l'évitement du soleil, l'utilisation de crème solaire et le port d'un chapeau se sont également améliorés de façon significative à partir du niveau de base en comparaison avec le contrôle. ☐ Stade d'action ou de maintien pour la protection solaire: le groupe d'intervention a une proportion statistiquement plus élevée de personnes qui sont au stade d'action et de maintien que le groupe contrôle à $p = 0,049$, mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,054$). ☐ Stades d'action ou de maintien pour l'utilisation de la crème solaire : le groupe d'intervention a une proportion statistiquement plus élevée de personnes qui sont au stade d'action et de maintien que le groupe contrôle à $p = 0,001$. ☐ Pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne la régression d'un stade d'action ou de maintien à un stade précédent.
Nom de l'intervention	<i>Rhodes Island Project</i>		
Population cible/intermédiaires	Personnes âgées de 16 à 65 ans fréquentant les plages (2 324 personnes), 35 % sont âgées de 16 à 24 ans, 60 % femmes/ assistants de recherche		
Milieux d'intervention	Milieux récréotouristiques et milieu familial/7 plages du sud du Rhodes Island (États-Unis)		
Début de l'intervention, durée/récurrence	Été 1995, nd/oui		

^A L'intervention est basée sur le modèle transthéorique de changement de comportements qui prévoit qu'un individu traverse divers stades (stade de précontemplation, contemplation, préparation) avant de modifier complètement son comportement (stade action). Le dernier stade est le maintien du comportement.

^B Parmi ceux qui étaient soit au stade de précontemplation, au stade de contemplation ou au stade de préparation au début de l'intervention.

ANNEXE 13

MISE À JOUR DES PUBLICATIONS RÉPERTORIÉES DE 2006 À 2012

MISE À JOUR DES PUBLICATIONS RÉPERTORIÉES DE 2006 À 2012⁷⁹

- ABAR BW, Turrisi R, Hillhouse J, Loken E, Stapleton J et H Gunn (2010). Preventing skin cancer in college females: heterogeneous effects over time. *Health Psychol*; 29(6): 574-82.
- AULBERT W, Parpart C, Schulz-Hornbostel R, Hinrichs B, Krüger-Corcoran D et E Stockfleth (2009). Certification of sun protection practices in a German child day-care centre improves children's sun protection--the 'SunPass' pilot study. *Br J Dermatol*; 161(Suppl 3): 5-12.
- BOER H, TER HUURNE E et E TAAL (2006). Effects of pictures and textual arguments in sun protection public service announcements. *Cancer Detect Prev*; 30(5): 432-8.
- BÖRNER FU, Schütz H et P Wiedemann (2010). The influence of the UV-Index on attitudes toward sun exposure in the German population. *J Cancer Educ*; 25(4): 643-9.
- BULLER MK, Kane IL, Martin RC, Giese AJ, Cutter GR, Saba LM et DB Buller (2008). Randomized trial evaluating computer-based sun safety education for children in elementary school. *J Cancer Educ*; 23(2): 74-9.
- BULLER DB, Taylor AM, Buller MK, Powers PJ, Maloy JA et BH Beach (2006a). Evaluation of the *Sunny Days, Healthy Ways* sun safety curriculum for children in kindergarten through fifth grade. *Pediatr Dermatol*; 23(4): 321-9.
- BULLER DB, Reynolds KD, Yaroch A, Cutter GR, Hines JM, Geno CR et collab. (2006b). Effects of the *Sunny Days, Healthy Ways* curriculum on students in grades 6 to 8. *Am J Prev Medicine*; 30(1): 13-22.
- CRANE LA, Deas A, Mokrohisky ST, Ehlsam G, Jones RH, Dellavalle R, Byers TE et J Morelli (2006). A randomized intervention study of sun protection promotion in well-child care. *Prev Med*; 42(3): 162-70.
- DOBBINSON SJ, White V, Wakefield MA, Jamsen KM, White V, Livingston PM, English DR et JA Simpson (2009). Adolescents' use of purpose built shade in secondary schools: cluster randomised controlled trial. *BMJ*; 338: b95.
- GILABERTE Y, Alonso JP, Teruel MP, Granizo C et J Gállego (2008). Evaluation of a health promotion intervention for skin cancer prevention in Spain: the SolSano program. *Health Promot Int*; 23(3): 209-19.
- GOLD J, Aitken CK, Dixon HG, Lim MSC, Gouillou M, Spelman T, Wakefield M and ME Hellard (2011). A randomised controlled trial using mobile advertising to promote safer sex and sun safety to young people. *Health education research*; 26(5): 782-94.
- GOOD A et C Abraham (2011). Can the effectiveness of health promotion campaigns be improved using self-efficacy and self-affirmation interventions? An analysis of sun protection messages. *Psychol Health*; 26(7): 799-818.

⁷⁹ À noter que les résumés de ces publications répondaient aux critères d'inclusion lors de la première sélection des études. Il est donc possible que ce premier échantillon d'études soit réduit suite à une analyse plus approfondie des articles.

- GRITZ ER, Tripp MK, James AS, Harrist RB, Mueller NH, Chamberlain RM et GS Parcel (2007). Effects of a preschool staff intervention on children's sun protection: outcomes of sun protection is fun! *Health Educ Behav*; 34(4): 562-77.
- HILLHOUSE J, Turrisi R, Stapleton J et J Robinson (2010). Effect of seasonal affective disorder and pathological tanning motives on efficacy of an appearance-focused intervention to prevent skin cancer. *Arch Dermatol*; 146(5): 485-91.
- HILLHOUSE J, Turrisi R, Stapleton J et J Robinson (2008). A randomized controlled trial of an appearance-focused intervention to prevent skin cancer. *Cancer*; 113(11): 3257-66.
- HOFFNER C et J Ye (2009). Young Adults' Responses to News About Sunscreen and Skin Cancer: The Role of Framing and Social Comparison News About Sunscreen and Skin Cancer. *Health Communication*; 24: 189-98.
- HUNTER S, Love-Jackson K, Abdulla R, Zhu W, Lee J-H, Wells KJ et R Roetzheim (2010). Sun Protection at Elementary Schools: A Cluster Randomized Trial. *J Natl Cancer Inst*; 102: 484-92.
- JACKSON KM et LS Aiken (2006). Evaluation of a multicomponent appearance-based sun-protective intervention for young women: uncovering the mechanisms of program efficacy. *Health Psychol*; 25(1): 34-46.
- LEMAL M et J Van den Bulck (2010). Testing the effectiveness of a skin cancer narrative in promoting positive health behavior: A pilot study. *Prev Med*; 51: 178-81.
- MAHLER HIM, Kulik JA, Butler HA, Gerrard M et FX Gibbons (2008). Social norms information enhances the efficacy of an appearance-based sun protection intervention. *Social Science & Medicine*; 67: 321-29.
- MAHLER HI, Kulik JA, Gerrard M et FX Gibbons (2007). Long-term effects of appearance-based interventions on sun protection behaviors. *Health Psychol*; 26(3): 350-60.
- MILNE E, Jacoby P, Giles-Corti B, Cross D, Johnston R et DR English (2006). The impact of the kidskin sun protection intervention on summer suntan and reported sun exposure: was it sustained? *Prev Med*; 42(1): 14-20.
- MORRIS J, Laing-Morton T, Marno P et A Curnow (2011). An investigation into the awareness and understanding of the ultraviolet index forecasts in the South West of England. *Photochem Photobiol Sci*; 10(1): 103-8.
- NALDI L, Chatenoud L, Bertuccio P, Zinetti C, Di Landro A, Scotti L et C La Vecchia (2007). Improving sun-protection behavior among children: results of a cluster-randomized trial in Italian elementary schools. The "SoleSi SoleNo-GISED" Project. *J Invest Dermatol*; 127(8): 1871-7.
- NORMAN GJ, Adams MA, Calfas KJ, Covin J, Sallis JF, Rossi JS, Redding CA, Cella J et K Patrick (2007). A randomized trial of a multicomponent intervention for adolescent sun protection behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 161(2): 146-52.
- OLSON AL, Gaffney CA, Starr P et AJ Dietrich (2008). The impact of an appearance-based educational intervention on adolescent intention to use sunscreen. *Health Education Research*; 23(5): 763-9.

- OLSON AL, Gaffney C, Starr P, Gibson JJ, Cole BF et AJ Dietrich (2007). SunSafe in the Middle School Years: a community-wide intervention to change early-adolescent sun protection. *Pediatrics*; 119(1): e247-56.
- PRENTICE-DUNN S, Mcmath BF et RJ Cramer (2009). Protection Motivation Theory and Stages of Change in Sun Protective Behavior. *J Health Psychol*; 14(2): 297-305.
- QUÉREUX G, Nguyen JM, Volteau C et B Dréno (2009). Prospective trial on a school-based skin cancer prevention project. *Eur J Cancer Prev*; 18(2): 133-44.
- REYNOLDS KD, Buller DB, Yaroch AL, Maloy J, Geno CR et GR Cutter (2008). Effects of Program Exposure and Engagement With Tailored Prevention Communication on Sun Protection by Young Adolescents. *Journal of Health Communication*; 13(7): 619-36.
- ROBERTS DC et D Black (2009). Comparison of interventions to reduce sun exposure. *Behav Med*; 35(2): 67-76.
- ROETZHEIM RG, Love-Jackson KM, Hunter SG, Lee J-H, Chen R, Abdulla R et KJ Wells (2011). A cluster randomized trial of sun protection at elementary schools - Results from year 2. *Am J Prev Med*; 41(6): 615-18.
- STAPLETON J, Turrisi R, Hillhouse J, Robinson JK et B Abar (2010). A comparison of the efficacy of an appearance-focused skin cancer intervention within indoor tanner subgroups identified by latent profile analysis. *J Behav Med*; 33(3): 181-90.
- SWINDLER JE, Lloyd JR et KM Gil (2007). Can sun protection knowledge change behavior in a resistant population? *Cutis*; 79(6): 463-70.
- THOMAS K, Hevey D, Pertl M, Ní Chuinneagáin S, Craig A et L Maher (2011). Appearance matters: the frame and focus of health messages influences beliefs about skin cancer. *Br J Health Psychol*; 16(Pt 2): 418-29.
- TURRISI R, Mastroleo NR, Stapleton J et K Mallett (2008). A comparison of 2 brief intervention approaches to reduce indoor tanning behavior in young women who indoor tan very frequently. *Arch Dermatol*; 144(11): 1521-4.
- VAN OSCH L, Reubsaet A, Lechner L et H de Vries (2008). The formation of specific action plans can enhance sun protection behavior in motivated parents. *Prev Med*; 47(1): 127-32.
- WALKOSZ BJ, Buller DB, Andersen PA, Scott MD, Dignan MB, Cutter GR et JA Maloy (2008). Increasing sun protection in winter outdoor recreation a theory-based health communication program. *Am J Prev Med*; 34(6): 502-9.
- WALKOSZ B, Voeks J, Andersen P et collab. (2007). Randomized trial on sun safety education at ski and snowboard schools in western North America. *Pediatrics Dermatology*; 24(3): 222-29.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

