



Fiche d'information pour les patients : crèmes solaires, photoprotection et dépistage des cancers de peau.

Pourquoi se protéger du soleil ?

- Le soleil émet des rayons ultraviolets (UV), qui sont invisibles mais à l'origine de mutations génétiques dans les cellules de la peau (ADN des noyaux).
- Ces mutations sont réparées lorsque l'on est jeune, mais les systèmes de réparation de l'ADN s'épuisent avec le temps et les expositions solaires : c'est la notion de *capital solaire*.
- Une personne à la peau blanche a un capital solaire très réduit, tandis qu'une personne à la peau foncée a un capital solaire plus important.
- Lorsque le capital solaire est épuisé, des lésions pré-cancéreuses se développent ([kératoses actiniques](#)), mais également de véritables carcinomes ([basocellulaire](#), [épidermoïde](#)).
- Les UVA et UVB augmentent également le risque de [mélanome](#), le cancer du grain de beauté.
- Finalement, ils jouent un rôle important dans le vieillissement cutané : rides, taches, perte d'élasticité etc. : une bonne raison de se protéger !
- Les rayons UV rebondissent sur le sol, de manière plus ou moins importante selon le type de revêtement, et sont capables de traverser les nuages.
- Voir aussi la vidéo "[effets du soleil sur la peau](#)", [dermato Drey](#), ainsi que les infos détaillées ci-dessous sur le "risque solaire UV"

Comment se protéger du soleil ?

- La première mesure est de rechercher l'ombre, et éviter les "heures chaudes" correspondant au pic UV, entre 10h et 16h.
- Ne pas chercher à bronzer : le bronzage est une réaction de défense de la peau contre l'agression extérieure des UV : le capital solaire s'épuise petit à petit.
- Eviter absolument les coups de soleil (zéro soleil chez les enfants de moins de 3 ans) : il s'agit d'une brûlure de la peau, cancérogène.
- L'activité physique (bouger, marcher, jardiner) ne protège pas des UV : que l'on soit à la plage ou en randonnée, ce sont les mêmes rayons.
- Attention aux situations trompeuses : vent frais, couverture nuageuse faible, sol réfléchissant (neige, sable, eau), altitude.
- Ne pas s'exposer après l'application de produits parfumés ou lors de la prise de certains médicaments photosensibilisants (demander conseil à son médecin ou à son pharmacien).
- La meilleure protection reste toujours vestimentaire : un chapeau large permettant de couvrir les oreilles et la nuque, des manches longues et larges en cas de chaleur, un pantalon léger. Privilégier les tissus épais, foncés, et à tissage serré (par ordre décroissant : laine, jean, polyester, soie, coton épais, lin, viscose). Il existe également des vêtements "anti-UV", au tissage serré et traitement chimique permettant d'offrir une protection équivalente à un SPF 40 ou 50 (mais à prix élevé).
- Les gants de protection ou manchettes anti-UV peuvent être conseillées pour les randonneurs, cyclistes, personnes qui conduisent beaucoup, jardinent etc.



- Pour la baignade : préférer un lycra manches longues et pantalon de baignade plutôt qu'un bikini.
- Des lunettes de soleil permettent une protection oculaire, puisque les yeux sont également sensibles aux UV.
- Enfin, en complément seulement, les crèmes solaires permettent de filtrer les UV (cf ci-dessous) et réduire l'apparition des cancers cutanés : choisir un SPF le plus élevé possible (50), appliquer la crème en forte quantité (1 cuillère à café de crème solaire pour couvrir la surface équivalente d'un visage, 2 cuillères à soupe pour tout le corps), et en remettre toutes les 2 heures (ou toutes les heures en cas de séjour en montagne ou en mer). A remettre également après une baignade ou activité physique.

Comment regarder sa peau et à quoi faire attention ?

- Plusieurs campagnes de photoprotection et dépistage mettent des outils à la disposition du grand public :
 - Campagne de photoprotection "juin jaune" https://www.juin-jaune.fr/_et infos patients
 - Site officiel [Cancer-et-peau.com](https://cancer-et-peau.com)
 - Site grand public de la société française de dermatologie : [Dermato-info, les cancers cutanés](https://dermato-info.fr)
 - Site grand public de la société française de dermatologie : [Dermato-info, auto examen, la règle ABCDE](https://dermato-info.fr)
 - Vidéo (dermato Drey) : [surveiller sa peau](#), ou vidéo live dermato [prévenir dépister et soigner les cancers de peau](#).

Risque solaire ultraviolet (UV)

- Pas de lien entre risque UV et chaleur ou température (Infrarouges).
- Risque prédominant de mars à octobre en France métropolitaine (Indice UV supérieur à 3).
- Ombre : apporte 50-90% de protection, Nuages bas : aucune protection, Nuages type Cirrus : amplifient les UV, vent : aucune protection.
- Eviter de s'exposer pendant les "heures chaudes" (12-16h, pic UV), pas d'exposition chez les enfants de moins de 3 ans.
- SPF (Sun Protection Factor), facteur de protection solaire : mesure le degré de protection contre les UVB qu'apporte un produit appliqué de façon homogène et généreuse sur la peau. Ne mesure pas la protection contre les UVA.
- SPF : correspond au rapport entre la dose érythémale minimale (DEM) sur une zone de peau recouverte de crème solaire, et la DEM sur une zone de peau non protégée. Correspond au rapport entre la dose d'UV nécessaire pour obtenir un coup de soleil avec et sans crème solaire (application recommandée de crème à une densité de 2mg/cm² de peau).
- L'indice SPF permet donc d'augmenter le temps d'exposition aux UV, sans coup de soleil (ex : si application crème SPF 15 sur peau habituellement brûlée en 10 minutes, augmentation du temps sans coup de soleil de 15 x 10 min soit 150 minutes, 2h30).
- UVB (impact sur peau claire / coups de soleil) : SPF 15 : 93% des UVB sont filtrés, SPF 30 : 96% des UVB filtrés, SPF 50 : 98% des UVB filtrés, et SPF 50+ : 99% des UVB filtrés.



- UVA (impact sur tout type de peau) : dans tous les protecteurs (UVA protection factor à demander au laboratoire), le plus souvent responsables des phototoxicités médicamenteuses, risque de pigmentation. Responsables également du photovieillissement. Traversent les vitres.
- UVA et UVB augmentent le risque de mélanome.
- Lumière visible (impacte plus la peau mate) : risque pigmentations (longueurs d'ondes les plus énergétiques : bleu / violet), seuls les filtres teintés sont efficaces
- Quantité : 1 cuillère à café de crème solaire pour couvrir la surface équivalente d'un visage, 2 cuillères à soupe pour tout le corps.

Ingrédients des crèmes solaires

- Filtres « chimiques » ou organiques : chromophores qui absorbent l'énergie des UV ensuite dissipée en tant que chaleur.
- Filtres « physiques » ou « minéraux » ou inorganiques (oxyde de Zinc et dioxyde de titane, dépôts blanchâtres sur la peau après application) : absorbent l'énergie des UV et de manière minime la dispersent et la réfléchissent. Meilleure protection en cas de combinaison des deux produits plutôt qu'un ou l'autre seul.

Ingrédients additifs :

- oxydes de fer : pigmentation et augmentation de la protection contre la lumière visible (rôle dans les troubles pigmentaires),
- antioxydants (vitamine E, vitamine C, licochalcone A, diethylhexyl syringylidene malonate) : rôle dans la lutte contre le stress oxydatif, apportent plus de protection anti-UV comparativement aux produits ne contenant pas d'anti-oxydants.

Efficacité des crèmes solaires

- Des études récentes en vie-réelle suggèrent que les crèmes solaires à plus haut SPF protègent plus efficacement des coups de soleil.
- Attention : une étude randomisée a montré que les crèmes solaires SPF 30 et 50+ apportaient en fait un SPF de 9 et 14 respectivement, appliquées à une densité de 0,5 mg/cm², densité reflétant de manière plus fidèle l'application réelle des utilisateurs (3 à 4 fois moins de quantité de crème qu'utilisée dans les études pour déterminer le SPF).
- Efficacité optimale si indice de protection supérieur à 50, avec facteur UVA au moins égal au tiers de l'indice SPF (vérifier présence du logo UVA).
- De multiples essais randomisés contrôlés ont démontré que l'utilisation quotidienne de crème solaire protège contre les carcinomes cutanés, de manière plus évidente pour les carcinomes épidermoïdes (et kératoses actiniques, lésions pré-cancéreuses). Dans une étude randomisée de 1621 participants : réduction de 40% de carcinomes épidermoïdes après 4,5 ans d'utilisation quotidienne de crème solaire, mais pas de réduction significative de l'incidence des carcinomes basocellulaires.
- L'impact des crèmes solaires sur le développement du mélanome et sa protection est moins bien compris.



- Les crèmes solaires pigmentées protègent également de la lumière visible et sont ainsi bénéfiques dans les troubles pigmentaires.
- Les UVA jouent un rôle notable dans le photovieillissement et les crèmes solaires ayant une protection contre les UVA longs ont montré une meilleure protection contre les dommages photoinduits liés à l'âge.
- La lumière visible est associée à une pigmentation immédiate et persistante, pigmentation retardée, érythème, dommages thermiques et production de radicaux libres. Elle joue un rôle important dans les désordres pigmentaires.

Sécurité des crèmes solaires sur la santé humaine

- Les seuls effets indésirables établis sont les dermatites de contact (dermite irritative plus souvent qu'allergique ou photoallergique, le plus souvent avec réactions à l'oxybenzone, benzophénone, avobenzone, DL-alpha-tocopherol (vitamine E), et fragrance mix 1) et la coloration des vêtements,
- Absorption systémique des filtres UV organiques (chimiques) en utilisation de routine, mais pas de preuve d'effet négatif sur la santé humaine à ce jour (noter que dans les études chez l'animal les filtres organiques pourraient être associés à des toxicités endocriniennes, reproductives ou neurologiques, mais d'extrapolation insensée chez l'homme).
- Une revue systématique des effets de l'oxybenzone et octinoxate sur la santé humaine n'ont pas montré de preuves suffisantes pour soutenir un lien de causalité avec des troubles de la fertilité, du développement fœtal ou adiposité pédiatrique.
- Les filtres inorganiques (physiques, oxyde de Zinc et dioxyde de titane) ne semblent pas être absorbés de manière systémique, incluant lorsqu'ils sont sous forme de nanoparticules.
- Pas de mise en évidence d'une association causale entre l'utilisation de crème solaire de manière régulière et une hypovitaminose D (à l'exception des patients souffrant de troubles photosensibles et pratiquant une photoprotection stricte) ou alopecie frontale fibrosante
- Noter la détection de benzène en 2021 dans certaines crèmes solaires, au-delà des seuils max autorisés et à l'origine de rappels de produits.

Sécurité des crèmes solaires sur l'environnement

- Données limitées et conclusions difficiles à tirer.
- En conditions expérimentales, il semblerait que les filtres organiques (oxybenzone notamment) puissent avoir une toxicité concentration-dépendante ainsi que phototoxicité sur les larves de corail (des études de plus forte puissance sont nécessaire).
- Plusieurs états ont ainsi proposé une législation visant à interdire la vente de crèmes solaires contenant de l'oxybenzone et octinoxate (Hawaii, Floride, US virgin island, Key west...).
- Risque moindre avec les filtres inorganiques (concentrations aquatiques très faibles, et sédimentation plutôt que persistance à la surface de l'eau).
- Le facteur principal responsable du blanchiment du corail reste le changement climatique.
- Mais effet potentialisateur d'une exposition corallienne chronique à l'oxybenzone à concentrations suffisantes et à des températures élevées : mime les effets du réchauffement climatique (étude de 2020).



- Attention aux crèmes solaires « respectueuses du corail » : label non standardisé, la moitié des produits testés dans une étude a montré qu'elles ne respectaient pas les critères de la National Oceanic and Atmospheric Administration.

Conseils au patient quant à l'utilisation des crèmes solaires

- Rappeler la forte mise en évidence d'une réduction des cancers cutanés et signes de photovieillessement avec l'utilisation adaptée de protecteurs solaires.
- Conseiller une crème solaire de plus haut SPF possible (minimum SPF 30, au mieux SPF 50, avec logo UVA), résistante à l'eau.
- Contenant si possible des anti-oxydants, et ayant une protection anti-UVA associée (large spectre).
- Teintée ou permettant une protection contre la lumière visible en cas de troubles pigmentaires.
- A appliquer en quantité importante ($2\text{mg}/\text{cm}^2$ soit environ une cuillère à café pour la surface d'un visage).
- Appliquer la crème solaire 15 minutes avant l'exposition solaire.
- Ré-appliquer la crème solaire toutes les 2 heures (toutes les heures en cas d'activité aquatique ou en montagne), et remettre de la crème précocement en cas de baignade ou transpiration.
- Bien entendu, rechercher l'ombre, éviter les expositions entre 10 et 16h, préférer une protection vestimentaire, chapeau et lunettes de soleil.
- Pour les patients soucieux des effets indésirables des crèmes solaires : conseiller plutôt un filtre physique inorganique (oxyde de Zinc ou dioxyde de Titanium), les impacts environnementaux ou sur la santé humaine semblant moindres.

Populations particulières

Personnes à haut risque de récurrence :

- Préférer les dispositifs médicaux offrant une protection solaire supérieure à la norme européenne, par ex 100 en vraie vie (Anthélios KA, Sunsimed, SVR AK Secure etc.)
- Garder à l'esprit l'impact environnemental potentiellement important de ces dispositifs médicaux : nanoparticules, oxybenzone et octinoxat en quantité plus importante.
- Intégrer l'application d'écran solaire dans la routine quotidienne, notamment sur les petites zones régulièrement surexposées (nez, oreilles, dos des mains etc.)
- Le nicotinamide (vitamine PP) a également prouvé son rôle dans la prévention des cancers cutanés non mélanocytaires, notamment le carcinome épidermoïde. Sa prise à la dose de 500mg 2 fois par jour réduirait l'incidence du carcinome épidermoïde de 23% chez les patients à haut risque. Médicament non remboursé, environ 30 euros par mois.

Enfants :

- Intégrer la protection vestimentaire et application de crème solaire dans la routine quotidienne de photoprotection.
- Pour les enfants de moins de 6 mois : éviction complète.
- Préférer les produits de protection solaire spécifiques aux enfants (moins irritants).



Peaux pigmentées :

- Préférer une crème solaire large spectre et teintée afin de protéger des UV mais également de la lumière visible.

Non au dépistage systématique !

(voir également la fiche à télécharger en bas de page)

L'article *Cutaneous melanoma* de Long GV et al. (Melanoma Institute Australia, Sydney, NSW, Australia), publié dans The Lancet en 2023, examine en détail le [mélanome](#) cutané, une forme agressive de cancer de la peau. Les auteurs abordent notamment la question du dépistage systématique de la population générale et son impact sur la mortalité associée au mélanome.

- Le dépistage systématique du mélanome dans la population générale n'entraîne pas une réduction significative de la mortalité.
- Par exemple, une analyse du programme de dépistage allemand, mis en place en 2008, n'a montré aucun bénéfice notable en termes de diminution des hospitalisations, des décès ou des arrêts de travail liés aux cancers cutanés après sept ans de suivi. Les auteurs estiment qu'il serait nécessaire de dépister 34 000 individus pour prévenir un seul décès dû au mélanome, en supposant une réduction de 50 % du risque de mortalité grâce au dépistage.
- Une méta-analyse Cochrane de 2019 a conclu que les données actuelles ne permettent ni de soutenir ni de réfuter l'efficacité du dépistage du mélanome chez les adultes, en raison de l'absence d'essais contrôlés randomisés évaluant son impact sur la mortalité.
- Le dépistage systématique peut conduire à un surdiagnostic (excès de diagnostics), c'est-à-dire la détection de mélanomes qui n'auraient pas évolué vers des formes cliniquement significatives. Des études suggèrent que jusqu'à 50 % des mélanomes diagnostiqués pourraient relever du surdiagnostic, entraînant des traitements inutiles et une anxiété accrue pour les patients.

Compte tenu de ces éléments, les auteurs de l'article suggèrent que le dépistage systématique du mélanome dans la population générale n'est pas justifié. Ils préconisent plutôt un dépistage ciblé chez les individus présentant des facteurs de risque spécifiques, tels que des antécédents familiaux de mélanome ou la présence de nombreux naevus atypiques. Cette approche permettrait de concentrer les ressources médicales sur les populations les plus à risque, tout en minimisant les inconvénients liés au surdiagnostic et aux traitements inutiles.

Sources

C. Derancourt, *Photoprotection dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes cutanés*, *DermatoMag*, mars 2025

S. Abdel, *Sunscreens Part 1 : Mechanisms and Efficacy*, *Journal of the American Academy of Dermatology*, feb 2024

S. Abdel, *Sunscreens Part 2 : Regulation and Safety, Mechanisms and Efficacy*, *Journal of the American Academy of Dermatology*, feb 2024

Ammouche M., *Cancers cutanés : pas de dépistage systématique pour le CNGE*, *Egora*, 2024

Long GV et al., *Cutaneous melanoma*, *The Lancet*, 2023



Dermagic
Toute la dermatologie en un clic



<https://dermagic.fr>

Nobile C., Dépistage des cancers cutanés : les MG peuvent prendre la main !, La Revue du Praticien, 2019

Johansson M et al., Dépistage du mélanome malin, Revue Cochrane 2019