

ÉTUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE MOLHY

MODES DE VIE, HÉMOPATHIES LYMPHOÏDES, HYGIÈNE

AVRIL 2014

Ce travail a été réalisé par
l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes :

Patricia MEDINA, sociologue

Catherine HUOI, interne de santé publique,

Elodie MUNIER, interne de santé publique,

Lucie ANZIVINO-VIRICEL, chargée d'études santé-environnement

Claire MARANT-MICALEF, chargée d'études santé-environnement

**Avec le soutien
de la Région Rhône-Alpes
et du Cancéropôle Rhône-Alpes Auvergne**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et tout particulièrement :

- Cynthia Morgny, directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Franche-Comté, pour avoir impulsé cette étude sous l'angle d'un questionnaire sur l'impact des appartenances sociales et modes de vie en matière de pratiques d'hygiène individuelle,
- Marc Colonna, directeur du Registre des Cancers de l'Isère ainsi que le Docteur Patricia Delafosse, du Registre des Cancers de l'Isère, pour leur aide précieuse dans l'accès à des patients atteints d'hémopathies lymphoïdes dans le département de l'Isère,

Et tous les patients atteints d'hémopathies lymphoïdes qui ont accepté d'être interviewés dans le cadre de cette étude pour leur accueil, leur disponibilité, leur intérêt pour cette démarche et leur excellente participation aux entretiens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
1. Historique et justification de l'étude : une répartition inattendue des hémopathies lymphoïdes au sein des milieux sociaux ruraux, périurbains et urbains.....	8
2. Appartenance sociale des individus, environnement et hypothèse « hygiène » : les connaissances actuelles	9
3. Objectif général de l'étude	10
4. Méthodologie et échantillon de l'étude qualitative.....	11
4.1. Une étude qualitative par histoires de vie.....	11
4.2. Echantillon des personnes rencontrées :.....	11
5. Déroulement des entretiens	13
ELEMENTS DE CONTEXTE.....	15
1. Les hémopathies lymphoïdes.....	16
1.1. Introduction	16
1.2. Lymphomes non hodgkiniens (LNH).....	17
1.3. Myélome multiple (MM) et maladies immunoprolifératives	20
1.4. Leucémie lymphoïde chronique (LLC).....	22
1.5. Maladie de Hodgkin (MH).....	24
2. Produits d'hygiène et risques pour la santé	27
2.1. Les produits d'hygiène personnelle et domestique et les substances chimiques	27
2.2. Produits d'hygiène et risques pour la santé	31
2.3. La réglementation.....	34
RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE.....	35
1. « Vrai-faux » urbains : d'anciens ruraux, devenus urbains	36
1.1. Appartenance sociale et mobilité sociale à l'échelle d'un parcours de vie	36
1.2. Pour beaucoup, une enfance et une adolescence passées à la campagne	37
2. Les pratiques d'hygiène de soi et du chez soi pendant l'enfance et l'adolescence	38
2.1. Un habitat aux possibilités souvent limitées, qui se sont améliorées avec le temps	39
2.2. Hygiène du chez soi	40
2.2.1. Le ménage : activité des femmes, activité des mères.....	41
2.2.2. La propreté du chez soi : un enjeu en terme d'image, un marqueur social.....	41
2.2.3. L'eau : aussi un « produit » de nettoyage ?	42
2.2.4. La vaisselle : une pratique courante, mais sans produit ?.....	42
2.2.5. Le non-nettoyage assumé de certains ustensiles.....	42
2.2.6. Les sols et les surfaces : l'eau et la Javel émergent prioritairement des souvenirs	43
2.2.7. L'air intérieur dans les logements : très peu de pratiques de désodorisation, mais l'usage de produit désinsectisants	44
2.2.8. Lessive et changement de linge : le temps de la lessiveuse... ..	45
2.2.9. Propreté dure et propreté molle : de l'amidonage à l'adouçissant	45
2.2.10. L'arrivée des serviettes hygiéniques : plus pratiques, mais pas forcément ressenties comme plus hygiéniques	46
2.3. L'hygiène personnelle.....	46
2.3.1. Le bain : réservé aux jeunes enfants	47
2.3.2. Le lavage des mains : nécessaire, mais seulement pour enlever la « saleté visible »	49

2.3.3. Le brossage des dents : une pratique faible pendant l'enfance.....	50
2.3.4. Au-delà du lavage, les autres produits du soin de la peau, pendant l'enfance.....	50
2.4. Les pratiques alimentaires de l'enfance et de l'adolescence : lait cru, fruits et légumes au menu dans les années 40 et 50.....	51
2.5. Etat de santé pendant l'enfance et l'adolescence.....	52
3. Les pratiques d'hygiène de soi et du chez soi après la prise d'autonomie	53
3.1. Améliorations des conditions de logement pour beaucoup, et accroissement des pratiques d'hygiène corporelle 53	
3.2. L'impact de la mise en couple sur l'augmentation des pratiques d'hygiène corporelle	54
3.3. Pratiques d'hygiène du chez soi	55
3.3.1. Les nouvelles machines, les nouveaux produits : l'ère de l'abondance du « propre ».....	56
3.3.2. « Fans de ménage » contre « maniaques du ménage » : l'accessibilité du « propre » fait-elle émerger une typologie de ménagères.....	56
3.4. L'arrivée des enfants et leur impact sur les pratiques d'hygiène	57
4. Aujourd'hui, différents profils en matière d'hygiène	58
4.1. Les « méfiants » vis-à-vis des produits industriels.....	59
4.2. Les méfiants vis-à-vis du « sur-lavage ».....	59
4.3. Les intolérants face à la « saleté invisible » : la peur des microbes.....	61
4.4. Les intolérants face à la « saleté visible » : la peur du déclassement social.....	61
4.5. Entre « maniaquerie » et négligence : un équilibre difficile à trouver en matière d'hygiène	63
5. Expositions environnementales dans le parcours de vie	65
5.1. Des expositions environnementales perçues comme faibles pendant l'enfance.....	65
5.2. Des expositions qui semblent plus évidentes dans le parcours de vie adulte.....	65
6. Expositions professionnelles dans le parcours de vie.....	67
6.1. Le milieu hospitalier : rayonnements et produits de stérilisation	67
6.2. Les usines métallurgiques, chimiques.....	68
6.2.1. L'usage fréquent du trichloréthylène.....	68
6.2.2. Autres produits manipulés ou respirés en usine : amiante, pesticides,	69
6.3. Produits de nettoyage professionnel.....	69
6.4. Autres expositions possibles à des produits	70
7. Sensibilité face à l'écologie, à la santé environnementale	71
7.1. Les sceptiques face au « bio »	71
7.2. Les sensibles au « bio » ou au « naturel » : ceux qui « font attention ».....	72
CONCLUSIONS ET PISTES POUR POURSUIVRE L'EXPLORATION.....	74
1. Les appartenances sociales difficiles à explorer au sein d'un échantillon relativement homogène.....	75
2. Une enfance et une jeunesse « stimulantes » au plan immunitaire : l'hypothèse hygiène non confirmée ?	79
3. Des pratiques d'hygiène corporelle et domestique accrues à partir des années 70.....	80
4. Des pratiques actuelles d'hygiène qui restent à affiner	81
5. Une thématique qui devrait davantage être explorée : les hémopathies lymphoïdes selon les expositions professionnelles.....	83
6. Deux pistes d'étude pour approfondir l'exploration de l'hypothèse hygiène.....	84
ANNEXES	86

INTRODUCTION

1. HISTORIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE : UNE REPARTITION INATTENDUE DES HEMOPATHIES LYMPHOÏDES AU SEIN DES MILIEUX SOCIAUX RURAUX, PERIURBAINS ET URBAINS

Loin d'être négligeables, les hémopathies lymphoïdes, en particulier les lymphomes malins non hodgkiniens, touchent chaque année plus de 10 000 personnes, majoritairement des hommes. En 20 ans, le taux d'incidence du lymphome malin non hodgkinien a été multiplié par deux. Parmi les pays européens, la France présente actuellement l'un des plus forts taux d'incidence masculine avec l'Italie, tandis que l'Espagne enregistre le taux le plus faible. Suivant des tendances similaires, la mortalité a été multipliée par trois entre 1980 et 2000. En 2008, près de 4500 décès pour ces cancers ont été enregistrés. Parmi ces décès 20% surviennent avant 65 ans et 53% concernent des hommes. Du point de vue médico-économique, les prises en charge des patients représentent un volume important d'activité puisqu'en 2008, 7500 admissions en affection de longue durée ont été accordées pour ce motif, et en 2009, 128 000 prises en charge en court séjour ont été comptabilisées pour 25000 patients présentant ces pathologies¹

Cette progression des hémopathies lymphoïdes constitue donc, en soi, un premier objet d'interrogation, à la lumière des questionnements et recherches développés ces dernières années sur l'influence des inégalités sociales et de l'environnement sur la santé, en particulier sur l'apparition de certains cancers.

C'est dans ce contexte qu'en 2008, le Registre des tumeurs du Doubs a finalisé une étude^{3,4} sur l'incidence des hémopathies lymphoïdes. Celle-ci s'inscrivait dans le cadre d'un projet plus vaste comptant trois étapes.

Une première étude géo-épidémiologique basée sur les modèles bayésiens multiniveaux permettant l'analyse spatiale de cancers dans 5 départements⁵, a montré une surreprésentation de ces pathologies chez les hommes et femmes résidant dans des espaces à population favorisée, en milieu périurbain et urbain.

Les résultats de cette première étape posent ainsi la question de l'impact sur la santé des modes de vie et des inégalités sociales, dans des environnements socio-géographiques différents et également la question de leurs conséquences possibles sur le système immunitaire et la survenue d'hémopathies lymphoïdes en particulier.

La deuxième étape prévoit une étude de type sociologique qualitative venant compléter ces premiers résultats. Il s'agit du présent projet dont le but est d'explorer comment les modes de vie en matière d'hygiène, associés à différentes appartenances sociales, peuvent intervenir sur le système immunitaire et le rendre plus ou moins mature.

La dernière étape prévue est une étude épidémiologique cas-témoin, visant à tester les hypothèses émises à la suite de cette deuxième phase exclusivement qualitative.

¹ Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé. Base de données SCORE-santé. Available from : <http://www.fnors.org>

² INVS http://archives.invs.sante.fr/applications/cancers/cancer_1984_2008/default.htm

³ Mathieu Hägi, Anne Griffond-Boitier, Sébastien Grandjean, Arlette Danzon, Incidence des hémopathies lymphoïdes. Intérêt de l'utilisation de typologies territoriales pour l'étude des déterminants sociaux. Rapport final, août 2008.

⁴ Financée dans le cadre du premier appel à projets, en épidémiologie et sciences sociales, 2005 de l'INCA

⁵ Bas-Rhin, Haut-Rhin, Doubs, Isère, Tarn

2. APPARTENANCE SOCIALE DES INDIVIDUS, ENVIRONNEMENT ET HYPOTHESE « HYGIENE » : LES CONNAISSANCES ACTUELLES

Les premiers constats tirés de l'étude géo-épidémiologique réalisée par le Registre des tumeurs du Doubs suggèrent qu'un lien existerait entre environnement, pratiques d'hygiène et appartenances sociales se répercutant sur le système immunitaire.

Pour explorer l'existence de ce lien possible, l'hypothèse « hygiène »⁶ a été avancée. Si les recherches sur l'environnement social et le risque d'hémopathies lymphoïdes sont peu développées, quelques études cas-témoins soulignent le rôle de l'hygiène dans l'enfance et le risque de développer un lymphome (Hodgkinien ou non Hodgkinien) à l'âge adulte.

En 2007, une vaste étude cas-témoin, en population générale, a exploré le rôle de l'environnement social et de la structure familiale dans l'enfance et le risque de développer un lymphome non Hodgkinien à l'âge adulte (Smedby, 2007). Le rôle de l'alimentation dans l'enfance en lien avec le risque de lymphome a également été étudié (Cerhan, 2005). Une étude américaine, cas-témoin, en population générale (Bracci, 2006), a montré que des conditions d'hygiène plus strictes dans l'enfance conduisent à une moindre incidence d'infections et à une augmentation de l'incidence des maladies liées à l'immunité.

L'hypothèse « hygiène » a également été étudiée pour le lymphome de Hodgkin (Chang, 2004). Elle repose sur l'idée du maintien du système immunitaire dans un état « immature » (plutôt TH2 et « tolérant »), après la naissance, par manque de contact avec des agents infectieux (ou des substances microbiennes non infectieuses mais activatrices du système immunitaire TH1/TH17) en raison de l'excès d'hygiène. Ce résultat a été initialement évoqué dans le cadre de l'épidémiologie des maladies auto-immunes et des allergies, elle a reçu de nombreuses confirmations dans l'allergie atopique par des études épidémiologiques transversales (Vuitton, 2006).

De fait, c'est un mode de vie combinant un contact important et précoce avec des agents microbiens, mais aussi des animaux (animaux de ferme, chien, chat) et une nutrition particulière (lait cru, boissons et aliments fermentés, fruits et légumes non conservés ...) qui semblerait être en relation avec la protection contre les dysfonctionnements immunitaires. Par ailleurs, des périodes « sensibles » de la vie ont pu être identifiées, et tout particulièrement la vie intra-utérine et la première année de vie. Une étude européenne, longitudinale, « de cohorte », est en cours depuis 2002 (étude PASTURE, puis EFRAIM) dont les premiers résultats confirment l'influence de l'environnement actuel et passé de la mère, dès la période de grossesse, sur le devenir immunologique de son enfant.

⁶ Vuitton D.-A. ; Dalphin J.-C. Hygiène et allergie : les micro-organismes des fermes sont-ils protecteurs ? Hygiene and allergy : are farm organisms protective? 2006, vol. 16, n°4, pp. 220-238 [19 page(s) (article)] (207 ref.)

3. OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE

L'objectif général de cette étude était d'explorer le lien entre « l'hypothèse hygiène », la survenue d'une hémopathie lymphoïde, et les inégalités sociales de santé par une analyse qualitative des pratiques individuelles d'hygiène selon les appartenances sociales et les modes de vie.

L'« hypothèse hygiène », telle qu'elle est développée au sein de recherches cliniques, tient compte de données sociales et environnementales mais n'a pas élaboré de modèles ou de typologies à partir des dimensions qui la construisent. Or, on peut penser que des tendances sociales nourrissent ce lien hypothétique entre hygiène - système immunitaire immature – hémopathies lymphoïdes ou allergies.

Des résultats d'études, notamment sociologiques, mettent en évidence l'impact des appartenances sociales sur la perception du corps, les pratiques alimentaires, les représentations du système de soins et les attentes face aux professionnels, la formulation des besoins, et le recours aux soins, etc. On sait par ailleurs que la dimension « milieu de vie », urbain ou rural, intervient aussi dans les représentations du corps, les pratiques autour du corps.

Par ailleurs, l'hygiène est considérée comme l'un des outils de la prévention des pathologies infectieuses et on peut imaginer que les catégories sociales plus favorisées, (plus réceptives aux discours sur la prévention et capables d'en supporter le coût) l'ont mieux intégrée dans leurs comportements et leurs habitudes de vie.

De nombreuses études se développent aujourd'hui autour des liens entre cancer et environnement, celui-ci étant considéré dans un sens « macro » (pollution atmosphérique, pollution des sols et de l'eau, alimentation, air intérieur, expositions professionnelles,...), et plus précisément, autour des substances repérées comme cancérigènes utilisées dans la vie quotidienne. Il existe en revanche extrêmement peu d'études sur les pratiques d'hygiène individuelles concrètes qui favorisent des expositions ou des protections à l'échelle de notre « micro-environnement » que sont le corps et le « chez soi ».

On sait ainsi que certaines concentrations de substances contenues dans des produits du quotidien (cosmétiques, nettoyeurs, détergents) sont cancérigènes, mais on ignore comment ils sont utilisés dans la vie quotidienne, à quelles doses et fréquences et quelles sont les évolutions d'utilisation de ces produits au cours de la vie.

L'objectif de cette étude était donc à la fois d'identifier les représentations et pratiques des individus liées à l'hygiène corporelle et de la sphère domestique et comment elles évoluent dans la longue durée, de les décrire, de les analyser et de mieux comprendre,

- quelles sont les pratiques qui favorisent les expositions aux produits toxiques et notamment cancérigènes dans le « chez soi »
- comment ces pratiques se structurent au plan social, selon quels découpages et associations, suivant ou non la hiérarchie sociale pyramidale.

4. METHODOLOGIE ET ECHANTILLON DE L'ETUDE QUALITATIVE

4.1. Une étude qualitative par histoires de vie

Pour atteindre les objectifs définis ci-dessus, nous avons mené une étude qualitative auprès de patients concernés par une hémopathie lymphoïde, que nous avons interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs approfondis, sous forme d'histoire de vie.

Les patients ont été tirés au sort au sein des bases informatiques du Registre des Cancers de l'Isère avec, comme clef de constitution de l'échantillon, une répartition équitable entre les sexes et les zones de résidences (rural et urbain). Une fois les patients tirés au sort, le Registre a sollicité les oncologues qui suivent ces patients et leur a demandé leur accord pour contacter ces mêmes patients afin de les inviter à participer à cette étude et à envoyer un coupon-réponse à l'ORS, si ces derniers étaient effectivement d'accord pour être interviewés. Après avoir obtenu l'accord des oncologues qui suivent chacun des patients tirés au sort, le Registre a donc envoyé un courrier à ces patients (un courrier contenant un coupon-réponse à envoyer à l'ORS, dans une enveloppe déjà affranchie et pré-remplie).

L'ORS ne connaît donc pas l'ensemble des patients qui ont été tirés au sort, mais uniquement ceux qui souhaitaient participer à l'étude et qui ont donc envoyé leur coupon-réponse à l'ORS.

Lors des entretiens, nous avons constaté que les patients qui ont accepté de participer à l'étude avaient souvent demandé l'avis de leur médecin oncologue avant de nous répondre : apparemment, ces derniers les ont encouragés à répondre positivement.

Par ailleurs, dans plus de deux tiers des entretiens, les patients ont évoqué le nom de leur médecin oncologue en début d'entretien, spontanément et alors que cela ne leur était pas demandé: trois noms d'oncologues ont été cités.

Ceci montre que si le tirage au sort nous a permis d'avoir accès à un très bon échantillon, car très équilibré entre hommes et femmes et entre personnes résidant en zones rurales et zones urbaines, il y a néanmoins un petit « effet de réseau » ou de recommandation du fait de l'accord des oncologues pour participer à l'étude et aussi de l'encouragement que ces oncologues ont donné à leurs patients pour participer à cette étude. Il est donc assez probable que les médecins qui ont encouragé leurs patients à nous répondre positivement sont eux-mêmes très favorables à ce genre d'investigation, et non-réfractaires aux méthodologies qualitatives.

4.2. Echantillon des personnes rencontrées :

Nous avons interviewé 25 personnes au total, parmi lesquels **12 femmes et 13 hommes**.

L'une des personnes qui avait accepté un rendez-vous est décédée des suites de sa maladie avant que l'entretien n'ait pu être réalisé et une autre personne a du annuler le rendez-vous a plusieurs reprises pour motifs personnels, et l'entretien n'a finalement pu se faire.

*** 9 personnes vivent en milieu urbain, 10 en milieu rural et 6 dans un milieu intermédiaire** (petites communes en zone rurale, communes péri-urbaines). On notera qu'aucun entretien n'a eu lieu dans le Nord Isère ou dans le Pays Viennois, les patients de ces territoires étant probablement pris en charge par des oncologues des hôpitaux de Lyon.

* **Habitat**

Dans notre échantillon, majoritairement composé de personnes retraitées (du fait de leur âge), les ouvriers, cadres et professions intermédiaires habitent aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine ou péri-urbaine. Enfin, Les trois-quarts des personnes interviewées habitaient en maison individuelle et aucune personne n'habitait dans un logement social.

* **Age des personnes interviewées au moment de l'étude :**

- 1 personne de 25 ans (lymphome de Hodgkin)
- 4 personnes avaient entre 40 et 50 ans,
- 11 personnes avaient entre 60 et 70 ans
- 9 personnes avaient 70 ans et plus

* **Niveau de diplômes obtenu :**

- 8 personnes : certificat d'études / Brevet des Collèges
- 8 personnes : CAP ou BEP :
- 1 personne : baccalauréat
- 2 personnes : bac +2
- 6 personnes : bac +5 et plus (doctorat)

* **Professions exercées** (majoritairement exercées sur le parcours de vie) :

- 11 ouvriers/employés
- 7 professions intermédiaires
- 7 cadres ou assimilés

* **Pathologie**

Toutes les personnes avaient un cancer et d'après ce qu'elles nous ont décrit il s'agissait bien d'une **hémopathie lymphoïde**. Une seule personne, la plus jeune de l'échantillon (25 ans au moment de l'entretien) a déclaré avoir été atteinte d'un lymphome hodgkinien, alors que cette pathologie était en principe exclue du tirage au sort. Malgré ce décalage avec les critères de sélection définis, il nous a semblé très intéressant de réaliser et d'exploiter cet entretien avec cette personne, car l'exploration des pratiques d'hygiène du « soi » et du « chez soi », chez une personne beaucoup plus jeune que le reste de l'échantillon nous a permis de réinterroger un peu différemment les constats réalisés avec le reste des interviewés, et de mettre en exergue un effet « générationnel » qui n'avait pas initialement été envisagé dans cette étude.

5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens réalisés ont duré en moyenne entre deux et trois heures. Ils ont tous été réalisés au domicile des personnes interviewées, sauf un car le patient avait souligné sa préférence pour un entretien téléphonique.

Lors de quelques uns des entretiens, j'ai été accompagnée d'une autre personne de l'ORS, collègue ou interne de médecine, afin de les familiariser avec cette technique d'étude qualitative. Ces personnes, présentées comme « apprenantes » ont pris des notes pendant les entretiens mais n'ont pas posé de questions.

Les entretiens ayant été réalisés sous forme « d'histoires de vie », les personnes interviewées ont été amenées à faire le récit de leur existence, en commençant par leur enfance jusqu'à la période actuelle et ce, sous l'angle des pratiques d'hygiène domestique (hygiène du « chez soi ») et de l'hygiène personnelle, en détaillant autant que leur mémoire le leur permettait et autant qu'elles le souhaitaient, les habitudes, les produits, les gestes ayant trait à l'hygiène.

L'exercice a été plus ou moins facile selon les personnes, notamment en ce qui concerne les périodes les plus éloignées des parcours de vie (enfance) et on constate que le thème de l'hygiène du chez soi, si on le compare à d'autres thèmes comme l'alimentation par exemple, a été beaucoup moins investi affectivement, notamment par les hommes. Si les souvenirs sont plus nets en ce qui concerne l'alimentation ou même l'hygiène personnelle qui a trait à soi, à son corps, en revanche, le « ménage », tel qu'il se pratiquait dans la famille pendant l'enfance et l'adolescence est parfois mal connu. Sorte de « boîte noire » maîtrisée par la mère de famille, le ménage, l'hygiène du chez soi aux périodes de l'enfance et de l'adolescence ne sont souvent connues que par bribes...

Enfin, si le thème de l'hygiène du chez soi n'est pas toujours facile à explorer dans les périodes de vie reculées de la vie, ce sujet, et encore plus l'hygiène de soi, est à la fois délicat et très impliquant. Comme on le verra plus loin, parler de pratiques d'hygiène, c'est parler du « propre » et du « sale », deux catégories qui situent les personnes tant sur le plan psychologique que sociologique et qui représentent donc un enjeu fort à la fois en termes d'identité, d'image que l'on souhaite donner aux autres : en termes de « mise en scène » de soi.

Il a été nécessaire de prendre en compte cette dimension lors des entretiens et d'être vigilant à montrer que nous n'avions pas de critères préconçus sur ce qu'était le « propre » ou le « sale » et que par là-même, nous n'allions pas juger la personne interviewée ni son espace domestique. En effet, les entretiens avaient lieu au domicile des patients, le plus souvent dans le salon, mais il ne s'agissait pas pour autant d'un entretien impliquant une forme « d'observation de terrain », au sens anthropologique du terme. Même si certaines personnes nous ont montré les flacons de produits qu'elles utilisent, ou si nous avons été amenés à utiliser les toilettes ou la salle de bains, il était particulièrement important de veiller à maintenir une attitude neutre et non-jugeante par rapport à ce que nous pouvions voir dans ces pièces et ce, afin de ne pas mettre les personnes mal à l'aise, de ne pas les culpabiliser par rapport à des « normes » de propreté qu'elles pourraient imaginer être les nôtres, et enfin, pour ne pas biaiser (ou le moins possible) leur récit et discours sur leurs pratiques d'hygiène.

Par ailleurs, et tout au long de l'entretien, il a été très important d'avoir également une attitude la plus neutre et distanciée possible par rapport à ce que l'interviewé pouvait considérer comme étant les normes ou les indicateurs de « normalité » en termes d'hygiène de soi ou du « chez soi », toujours afin de ne pas inciter les personnes à minimiser ou exagérer la réalité de certaines de leurs pratiques au fil de l'entretien.

Enfin, l'hygiène, parallèlement à la question de la norme sociale, renvoie directement à la notion d'intimité corporelle, tout particulièrement en ce qui concerne l'hygiène de soi. Parler d'hygiène c'est donc parfois évoquer certaines parties de son corps dont on ne parle pas habituellement, parce qu'elles sont associées à la sexualité mais aussi aux déjections humaines. A cet égard, on note que les femmes parlent plus facilement et spontanément l'hygiène de ces parties du corps que les hommes.

Avant de commencer les entretiens, il semblait évident que le thème de l'hygiène serait délicat à traiter pour toutes les raisons sus-citées, et de fait, en situation d'entretien, la complexité du thème s'est confirmée.

Une complexité qui était d'autant plus délicate à gérer que nous avons eu affaire à des personnes concernées par une pathologie « grave ». Toutes les personnes que nous avons interviewées se savaient atteintes d'un cancer et toutes les personnes faisaient parfaitement le lien entre leur pathologie et le fait qu'elles avaient été contactées pour participer à une étude exploratoire sur la question du lien possible entre des pratiques d'hygiène, les expositions qu'elles pouvaient entraîner et leurs éventuels effets sur la santé.

Précisons que certaines de ces personnes avaient des formes asymptomatiques d'hémopathies lymphoïdes et n'avaient jamais eu de traitement : suivies et réalisant des examens annuellement, elles ne se sont jamais senties « malades » et ce, même si elles savent qu'il existe un risque que la maladie évolue défavorablement. Néanmoins, la majorité des personnes que nous avons rencontrées ont eu à subir des traitements : chimiothérapies (une ou plusieurs) et parfois interventions chirurgicales.

Au moment de l'entretien, plus de la moitié des patients interviewés étaient en rémission, d'autres étaient en attente d'une chimiothérapie, d'autres enfin venaient tout juste d'effectuer une chimiothérapie. Sur l'ensemble des patients rencontrés, deux personnes se trouvaient en situation de grande fatigue et nous ont signalé que leur état de santé n'était pas stabilisé. Les autres se sentaient aujourd'hui en bonne santé et nous ont dit mener une vie complètement normale.

Tous les patients nous ont déclaré qu'ils avaient souhaité participer à cette étude pour faire avancer la recherche et beaucoup d'entre eux nous ont fait part d'hypothèses concernant certaines causes possibles de leur maladie : les expositions professionnelles mais aussi les deuils ou ruptures affectives importantes nous ont été présentés comme ayant un lien possible avec « leur » cancer. Cette attitude et cette volonté de comprendre et d'expliquer les raisons de la maladie se retrouvent de manière importante chez les patients atteints de cancers (ou d'autres maladies graves), mais de fait cela a stimulé la mémoire des personnes pour aller rechercher dans leur parcours de vie les habitudes de nettoyage, les produits utilisés, les expositions possibles, etc.

Enfin, en situation d'entretien il est apparu qu'il y avait énormément d'éléments à aborder pour explorer les thèmes de l'hygiène de soi et de l'hygiène du chez soi, avec de nombreux « débordements » du côté des expositions environnementales hors du « chez soi » et notamment dans le cadre professionnel, et ce sur des parcours de vie qui pour beaucoup s'étalaient sur plus de soixante-ans.

Ainsi, et pour ces différentes raisons, les entretiens semi-directifs ont été longs (entre deux et trois heures) mais les personnes interviewées se sont impliquées avec beaucoup de bonne volonté dans leurs réponses, même s'il n'a pas toujours été facile d'aller rechercher des souvenirs dans un passé parfois très éloigné et quelquefois un peu « enfoui ».

Reste que cette exploration qualitative par histoires de vie nous a permis de mettre en exergue des évolutions en matières de pratiques d'hygiène de soi et du chez soi qui, parallèlement aux effets d'appartenances sociales, sont fortement liées aux évolutions sociétales majeures concernant notamment l'habitat mais aussi l'offre en matière de produits d'hygiène.

ELEMENTS DE CONTEXTE

1. LES HEMOPATHIES LYMPHOÏDES

L'hypothèse « hygiène » a été proposée à la fin des années 1980 comme explication de l'augmentation de la prévalence des allergies dans les pays développés. Un environnement plus propre diminuerait l'exposition du système immunitaire aux agents infectieux entraînant une perte de tolérance aux allergènes et ainsi une augmentation de l'incidence des allergies. Une relation inverse existerait entre risque d'allergie et taille de la fratrie, présence d'animaux domestiques dans l'enfance ou naissance dans une ferme de production laitière. Cette hypothèse est régulièrement rapportée dans la littérature scientifique.

L'étude européenne PASTURE (Protection against Allergy - Study in Rural Environments) est une enquête de cohorte de nouveau-nés en milieu rural, suivis de la naissance à l'âge de 6-7 ans menée en Allemagne, Autriche, Suisse, Finlande et France (Franche-Comté). La période d'inclusion s'est achevée au printemps 2005 et cette cohorte compte environ 1 000 enfants. PASTURE a pour objectif de confirmer de précédentes données suggérant un rôle protecteur d'un environnement rural, en particulier les fermes d'élevage, contre les allergies et l'asthme. Les résultats de l'étude soutiennent cet « effet ferme » protecteur qui est détecté dès la naissance dans les réponses immunitaires. Ces réponses immunitaires, qu'elles soient humorales (production d'anticorps) ou cellulaires (production de cytokines) sont influencées par les expositions environnementales précédant la naissance. De plus, les niveaux d'éléments microbiens et d'allergènes des maisons sont liés au statut fermier/non fermier.

La question d'un potentiel lien entre hygiène et hémopathies lymphoïdes se pose. Peu d'études se sont intéressées à cette relation jusqu'à présent.

1.1. Introduction

Les hémopathies malignes lymphoïdes regroupent toutes les maladies du sang qui concernent les lymphocytes. Les lymphocytes font partie des globules blancs et participent à la défense contre les infections par le biais du système immunitaire. Il existe deux types de lymphocytes : les lymphocytes B et les lymphocytes T. Les lymphocytes B sont ceux qui participent à l'immunité dite humorale, en produisant des anticorps spécifiques d'un agent pathogène. Les lymphocytes T sont ceux responsables de l'immunité dite cellulaire. Ils sont de 2 types : les lymphocytes T cytotoxiques (LT CD8) et les lymphocytes T auxiliaires (LT CD4). Ils possèdent un récepteur capable de reconnaître des fragments antigéniques et de les détruire.

Les cancers du sang relatifs à la lignée lymphoïde sont donc dus à la multiplication anormale de ces lymphocytes. Il en existe plusieurs types, dont les principales sont décrites ci-après par ordre de fréquence.

En 2012, 35 000 nouveaux cas d'hémopathies malignes ont été estimés en France métropolitaine (19 400 hommes et 15 600 femmes) dont plus de la moitié surviennent après 60 ans. Plus des deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes.

Le nombre de nouveaux cas a augmenté pour 9 des 15 sous-types d'hémopathies lymphoïdes étudiées. Trois causes peuvent expliquer ces augmentations : une amélioration du diagnostic, un vieillissement de la population et de possibles expositions à des facteurs de risque qui restent en grande partie à déterminer.

1.2. Lymphomes non hodgkiniens (LNH)

Il s'agit de pathologies malignes développées à partir des cellules lymphocytaires B (85%) ou T (15%). Elles touchent aussi bien les organes lymphoïdes, notamment les ganglions, que les organes non lymphoïdes.

On appelle ces lymphomes « non hodgkiniens » par opposition au lymphome de Hodgkin, décrit plus loin.

1.2.1. Classification

Il existe une classification internationale de l'OMS pour les lymphomes. On distingue les lymphomes agressifs des lymphomes dits indolents à évolution lente.

Exemples de lymphomes agressifs (ganglionnaire ou extra ganglionnaire) :

- Lymphome B : lymphome à grandes cellules, lymphome de Burkitt
- Lymphome T : lymphome à grandes cellules anaplasiques, lymphome T périphérique

Exemples de lymphomes indolents:

- Lymphome de la zone marginale; lymphome folliculaire; lymphome du manteau.

1.2.2. Epidémiologie

Les LNH peuvent s'observer à tous âges, aussi bien chez l'enfant, l'adolescent que l'adulte. L'incidence augmente toutefois après 60-65 ans.

Le lymphome diffus à grandes cellules B est la forme la plus fréquente de LNH. En 2012, 4 096 nouveaux cas ont été estimés (60% d'hommes). Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale pour 100 000 personnes-années étaient de 4,5 et 2,2 respectivement chez l'homme et chez la femme. L'incidence a peu varié entre 1995 et 2012. Une tendance à l'augmentation a été notée chez l'homme dans les catégories d'âges élevés avec des taux progressant de 3,5 à 4,5 (augmentation de 1,4 % par an entre 1995 et 2012) alors qu'une légère diminution de l'incidence a été observée chez les femmes après 2005 avec des taux diminuant de 2,9 à 2,2 pour 100 000 personnes-années (diminution de 3,3 % par an sur la période 2005-2012).

Le lymphome folliculaire est un autre sous-type histologique fréquent avec 2 530 nouveaux cas en 2012 (52% d'hommes). Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale étaient de 2,5 chez l'homme et 2,1 chez la femme. Les taux ont progressé entre 1995 et 2012, de 1,5 à 2,5 chez les hommes (+ 3,0%/an) et de 1,4 à 2,1 chez les femmes (+2,2%/an).

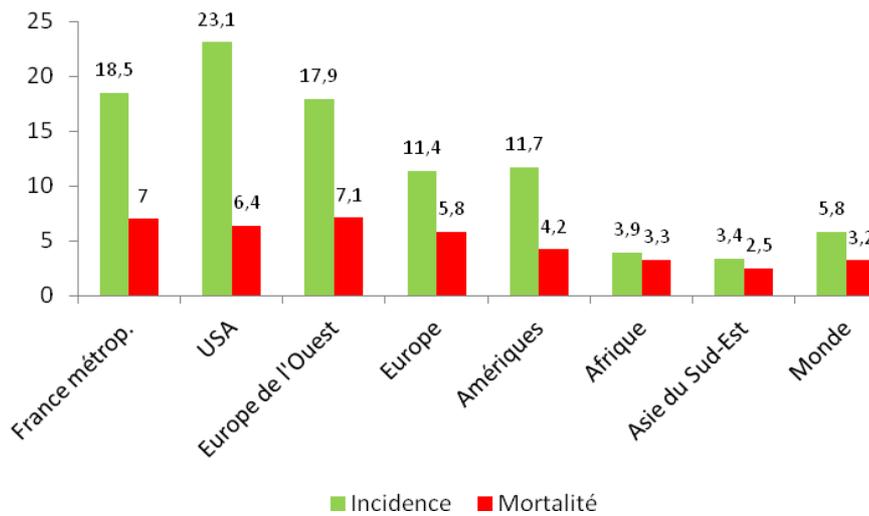
Dans la catégorie des lymphomes de la zone marginale, 1 772 nouveaux cas ont été estimés en 2012 (49% d'hommes). Les taux d'incidence étaient respectivement de 1,5 et 1,2 chez l'homme et chez la femme. Ces taux ont augmenté de 4,4% par an chez les hommes et de 3,6% par chez les femmes entre 2003 et 2012.

Les lymphomes du manteau ont représenté 659 nouveaux cas en 2012 (75% d'hommes). Les taux d'incidence étaient de 0,8 et 0,2 pour 100 000 personnes-années respectivement chez les hommes et chez les femmes. Les taux d'incidence étaient relativement stables entre 2003 et 2012 dans les deux sexes.

Les lymphomes T/NK à cellules matures regroupent plusieurs entités anatomo-cliniques. En 2012, 1 419 nouveaux cas ont été estimés (61% d'hommes). Le taux d'incidence était de 1,7 et 1,0 respectivement chez l'homme et chez la femme. Les taux d'incidence sont restés stables entre 2003 et 2012 dans les deux sexes.

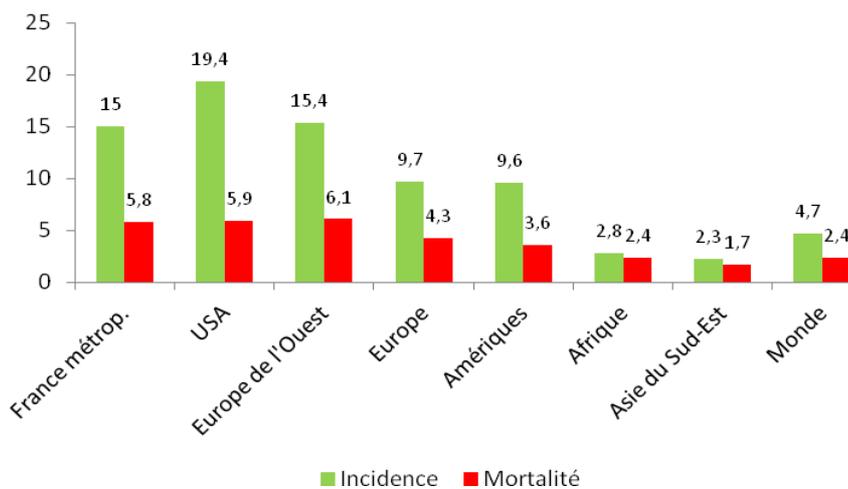
En termes de mortalité, 4,0 décès pour 100 000 personnes-années sont attribuables aux LNH chez les hommes, 2,3 pour 100 000 personnes-années chez les femmes en 2005. Ce taux de mortalité tend vers la baisse dans les 2 sexes. Les décès par LNH sont au 9^{ème} rang des causes de mortalité par cancer, responsables de 3% des décès par cancer.

Graphe 1 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité des lymphomes non Hodgkiniens en 2008 chez les hommes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

Graphe 2 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité des lymphomes non Hodgkiniens en 2008 chez les femmes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

1.2.3. Etiologie

La cause des LNH est généralement indéterminée.

Cependant, plusieurs facteurs ont été identifiés comme augmentant le risque de LNH. Il s'agit notamment de toutes les causes d'immunosuppression qui affaiblissent le système immunitaire : prise de médicaments immunosuppresseurs suite à une greffe d'organe, infection par le VIH/SIDA (lymphome de Burkitt), virus de l'hépatite C, maladies auto-immunes etc... Sont également des facteurs de risque de la maladie les expositions professionnelles et environnementales (pesticides, solvants dont le benzène). Le LNH est un des cancers à surveiller étroitement, compte tenu de liens suspectés ou établis avec l'environnement, selon l'Institut de Veille Sanitaire.

1.2.4. Présentation clinique

Les points d'appel suivants font évoquer un LNH :

- Signes généraux : asthénie, fièvre, sueurs nocturnes profuses, amaigrissement
- Adénopathie superficielle : unique ou multiples, généralement non douloureuse et non inflammatoire
- Hépatomégalie ou splénomégalie en dehors d'un contexte pathologique connu (hépatopathie, cirrhose,...)
- Tout signe compressif, marquant la découverte d'adénopathies profondes (médiastinales, sous-diaphragmatiques) : syndrome cave supérieur, masse abdominale, compression médullaire.

1.2.5. Diagnostic

Le diagnostic de certitude repose sur l'analyse histologique d'une biopsie-exérèse ganglionnaire complétée par une analyse cytogénétique (+/- biologie moléculaire).

Une fois le diagnostic posé, on recourt à un bilan d'extension de la maladie :

- Imagerie : scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien
- +/- autres imageries si point d'appel : scintigraphie osseuse ou imagerie osseuse, fibroscopie digestive
- Biologie : hémogramme, bilan inflammatoire, bilan hépatique, bilan osseux (calcémie), taux de LDH (reflet de la masse tumorale), biopsie ostéo-médullaire
- +/- ponction lombaire si point d'appel

La classification d'Ann Arbor permet de déterminer le stade d'évolution de la maladie.

1.2.6. Prise en charge

Selon le type histologique de lymphome, le traitement fait appel à de la chimiothérapie, à l'immunothérapie (anticorps monoclonal) pour le LNH à cellules B par exemple, ou bien à une abstention thérapeutique avec surveillance régulière chez les patients qui sont asymptomatiques.

Il existe un risque de récurrence ganglionnaire ou extra-ganglionnaire, qui peut être différent du territoire initialement atteint.

1.3. Myélome multiple (MM) et maladies immunoprolifératives

Le myélome multiple des os (ou maladie de Kahler) est un cancer du sang dû à une prolifération monoclonale de plasmocytes, qui sont des lymphocytes B activés en différenciation terminale. Les maladies immunoprolifératives sont des cancers du sang caractérisés par une prolifération de lymphocytes dit monoclonaux, c'est-à-dire d'un seul type. La plus connue et la plus fréquente (mis à part le myélome multiple) est la maladie de Waldenström.

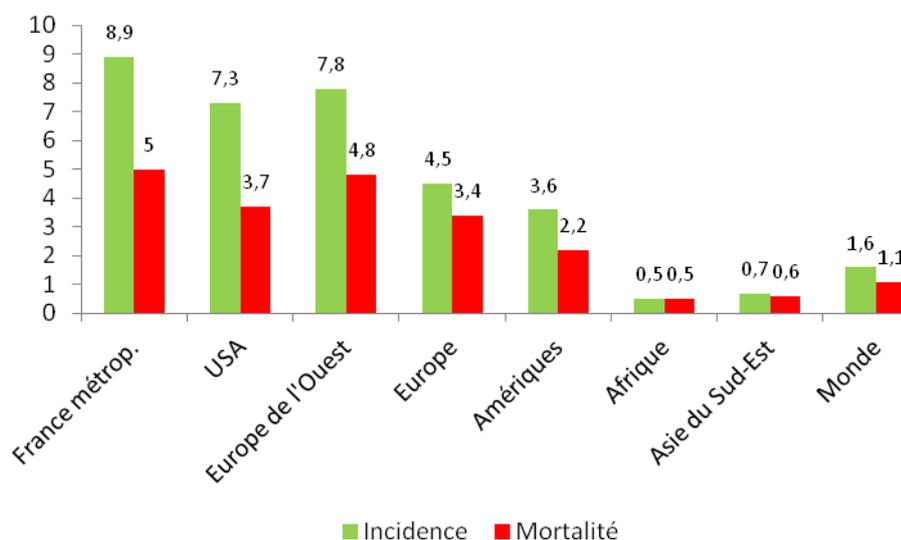
1.3.1. Epidémiologie

Le myélome multiple et les autres maladies immunoprolifératives touchent principalement les adultes de plus de 50 ans. La moyenne d'âge d'apparition de la maladie se situe aux alentours de 65-70 ans.

Ils sont plus retrouvés chez les hommes, avec un taux d'incidence pour 100 000 personnes-années de 4,2, contre 2,9 chez les femmes en 2012. Ces taux sont en augmentation entre 1980 et 2012, respectivement +2% par an au sein de la population masculine et +1,8% par an au sein de la population féminine. En 2012, 4 888 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

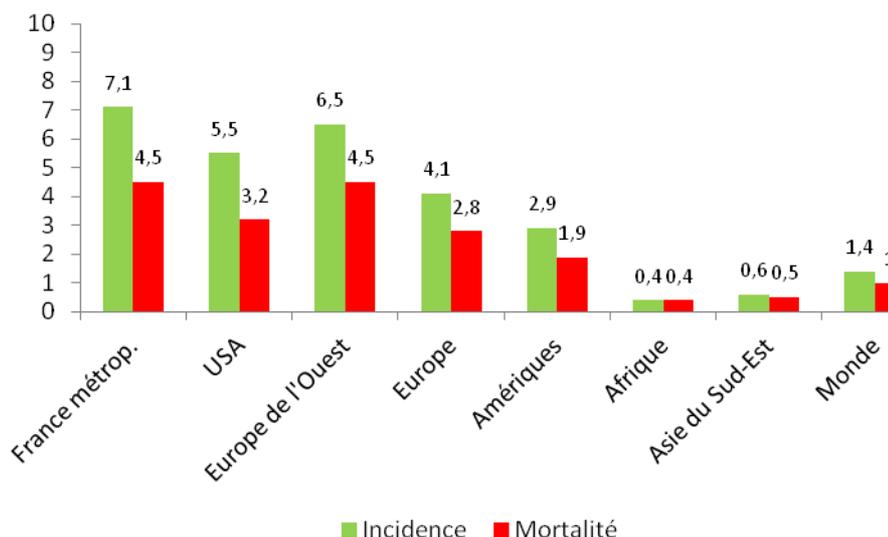
En 2005, le taux de mortalité lié à ces maladies s'élève à 2,3 pour 100 000 personnes-années parmi les hommes et 1,6 pour 100 000 personnes-années parmi les femmes. Parallèlement à l'augmentation du taux d'incidence des maladies immunoprolifératives, leur taux de mortalité est également en hausse, bien que de façon moins marquée ces dernières années. Un total de 2 789 décès attribuables à ces pathologies en 2005 les classe au 15^{ème} rang des causes de mortalité par cancer, soit 2% des décès par cancer.

Graph 3 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité des myélomes multiples en 2008 chez les hommes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

Grphe 4 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité des myélomes multiples en 2008 chez les femmes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

1.3.2. Etiologie

La cause de ces maladies reste à ce jour inconnue, en dehors des rôles établis d'un antécédent familial au premier degré d'une hémopathie lymphoïde ou de myélome, d'un antécédent de gammopathie monoclonale d'origine indéterminée ou le fait d'appartenir à la population noire. Il semblerait néanmoins que les expositions à certains pesticides ou aux radiations ionisantes pourraient constituer un facteur de risque.

1.3.3. Présentation clinique

La maladie est souvent découverte fortuitement.

Pour ce qui concerne le myélome multiple, les points d'appel clinique sont :

- Altération de l'état général
- Douleurs osseuses résistantes aux antalgiques, ou fractures osseuses sans forcément notion de traumatisme violent.
- Signes neurologiques : compression médullaire par fracture vertébrale ou infiltration épidurale, déficit moteur et ou sensitif par engainement plasmocytaire d'une gaine nerveuse.
- Signes d'hyperviscosité sanguine: céphalées, acouphènes, baisse de la vue.

La maladie peut également être découverte au décours d'une de ses complications, infection, insuffisance rénale...

Pour la maladie de Waldenström, on peut retrouver des adénopathies, une hépatomégalie ou une splénomégalie, des signes d'hyperviscosité sanguine, une atteinte nerveuse, etc...

1.3.4. Diagnostic

Le diagnostic du myélome multiple repose sur une combinaison de critères majeurs et mineurs. Pour se faire, le bilan comprend :

- Un myélogramme qui retrouve plus de 10% de plasmocytes ou plasmocytes dystrophiques.
- Une électrophorèse des protéines sériques qui montre un signe caractéristique de myélome multiple : le pic dans la zone des gamma-globulines.
- Une immunoélectrophorèse des protéines sériques qui met en évidence un type d'immunoglobuline monoclonale.
- Une électrophorèse des protéines urinaires et immunoélectrophorèse des protéines urinaires : elles identifient une protéinurie constituée de chaînes légères des immunoglobulines monoclonales.
- Bilan biologique : VS augmentée, hyperprotidémie, hypercalcémie fréquente (destruction osseuse), anémie, fonction rénale
- CRP et $\beta 2$ microglobuline qui sont les reflets de la masse tumorale
- Radiologie du squelette, qui montre des lésions osseuses à type ostéolyse

Le diagnostic des maladies immunoprolifératives suit la même démarche.

1.3.5. Prise en charge

En cas de myélome multiple peu avancé non symptomatique, seule une surveillance clinique et biologique attentive sera proposée au patient. Dans le cas contraire, on fait appel à une chimiothérapie et à une autogreffe de cellules souches le plus souvent. Les bisphosphonates représentent un traitement symptomatique pour lutter contre les douleurs osseuses et l'excès de calcium dans le sang.

Quant à la maladie de Waldenström, elle peut rester stable pendant des années (entre 2 à 10 ans). S'il n'existe aucun symptôme gênant, une abstention thérapeutique est recommandée, avec surveillance de l'évolution de la maladie. Sinon, une chimiothérapie est de rigueur, selon le stade de la tumeur.

1.4. Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

La LLC est une maladie cancéreuse du sang caractérisée par la prolifération lymphoïde monoclonale constituée de lymphocytes matures de morphologie normale et de phénotype B.

1.4.1. Epidémiologie

La LLC est une pathologie du sujet âgé. Son pic de fréquence se situe à 65 ans, elle reste exceptionnelle avant l'âge de 40 ans.

Le taux d'incidence de LLC en 2012 était de 4,4 pour 100 000 personnes-années chez les hommes, et 2,2 pour 100 000 personnes-années chez les femmes. C'est une maladie qui est donc un peu plus importante chez les hommes. Ces taux ont eu tendance à légèrement augmenter entre 1980 et 2012 pour les deux sexes (respectivement +0,9% par an pour les hommes et +1,1% par an pour les femmes). Une tendance à la diminution est observée sur la période 2005-2012 (taux annuel moyen d'évolution de -1,3% et -2,4% respectivement chez l'homme et chez la femme). En 2012, 4 464 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

La LLC est également une maladie dont le taux de mortalité est assez bas : 0,9 décès pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 0,4 décès pour 100 000 habitants chez les femmes. Ces taux de

mortalité sont d'ailleurs en baisse au cours du temps (-2,8% par an chez les hommes et -2,6% par an chez les femmes entre 2000 et 2005). La mortalité par LLC est au 22^{ème} rang des décès par cancers, avec 1 059 décès recensés en 2005.

Il est à noter que la LLC touche plus les Occidentaux que les Orientaux. Elle est une maladie exceptionnelle dans les pays du Moyen-Orient.

1.4.2. Etiologie

Les causes de la maladie restent encore inconnues. Il semblerait toutefois qu'il existe une prédisposition familiale.

1.4.3. Présentation clinique

Les signes cliniques suivants font suspecter une LLC :

- Adénopathies superficielles indolores (souvent découvertes par auto-palpation)
- +/- splénomégalie
- Signes généraux : fièvre, sueurs nocturnes, altération de l'état général

Dans 1 cas sur 3 il n'y a aucun signe clinique de la maladie, qui est diagnostiquée au décours d'un hémogramme fait à titre systématique.

La maladie peut aussi être découverte par la manifestation d'une de ses complications, notamment les infections.

Les complications les plus courantes de la LLC sont: l'hyperuricémie, le syndrome de Richter (transformation en lymphome de haut grade), l'insuffisance médullaire par envahissement de la moelle (anémie, thrombopénie et syndrome hémorragique), la diminution des polynucléaires neutrophiles favorisant les infections bactériennes, le déficit de l'immunité humorale liée à l'hypogammaglobulinémie entraînant des infections fréquentes (ORL et pulmonaire surtout).

1.4.4. Diagnostic

Le diagnostic est porté à l'issue des examens complémentaires suivants :

- Hémogramme: hyperlymphocytose supérieur à 4 000/ μ L
- avec frottis sanguin : petits lymphocytes matures
- L'élément clé du diagnostic est l'immunophénotypage des lymphocytes circulants, qui retrouve une prolifération monoclonale de lymphocytes B marqués CD19+, CD20+; 1 seule chaîne légère est identifiée (kappa ou lambda)
- Electrophorèse des protides et immunoélectrophorèse
- Bilan auto-immun (test de Coombs)
- Dosages des LDH et de la β 2-microglobuline, qui ont une valeur pronostique

1.4.5. Prise en charge

La classification de Binet (en Europe) ou de Rai (aux Etats-Unis) permet d'attribuer un pronostic selon le stade la maladie, et de déterminer l'orientation thérapeutique à suivre.

Au stade A de la classification de Binet, on ne traite pas le patient, la surveillance de l'évolution de la maladie suffit. Aux stades B ou C, les principaux types de traitements utilisés sont la chimiothérapie et les anticorps monoclonaux.

1.5. Maladie de Hodgkin (MH)

C'est un type de lymphome qui a la particularité d'être caractérisé par la présence de cellules atypiques : les cellules de Reed-Sternberg, cellules de la lignée lymphoïde B.

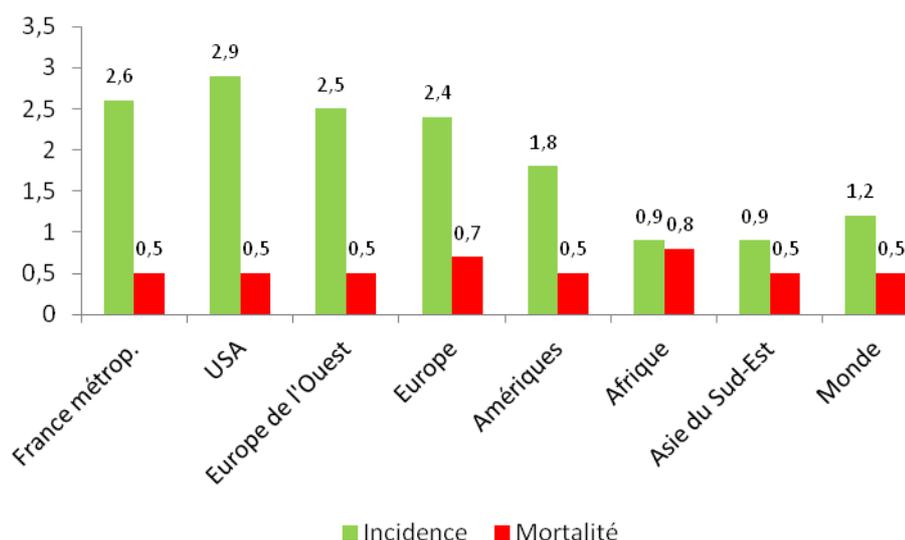
1.5.1. Epidémiologie

Il s'agit d'une maladie qui atteint 3 groupes d'âges, avec une origine de la maladie qui paraît différente selon l'âge de diagnostic : enfants de 0 à 14 ans, jeunes adultes de 15 à 34 ans et adultes âgés de 55 ans et plus.

En 2012, le taux d'incidence de MH pour 100 000 personnes-années s'élevait à 3,0 chez les hommes et 2,7 chez les femmes. L'évolution des tendances est distincte selon le sexe. Chez l'homme, les estimations de l'incidence sont stables entre 1980 et 2012 mais une augmentation lente et constante à partir des années 2000 est observée (+ 1,5%/an entre 2000 et 2012). Chez la femme, l'incidence augmente régulièrement de 1,8 à 2,7 cas pour 100 000 personnes-années, soit 1,2%/an en moyenne entre 1980 et 2012. En 2012, 1 880 nouveaux cas ont été diagnostiqués.

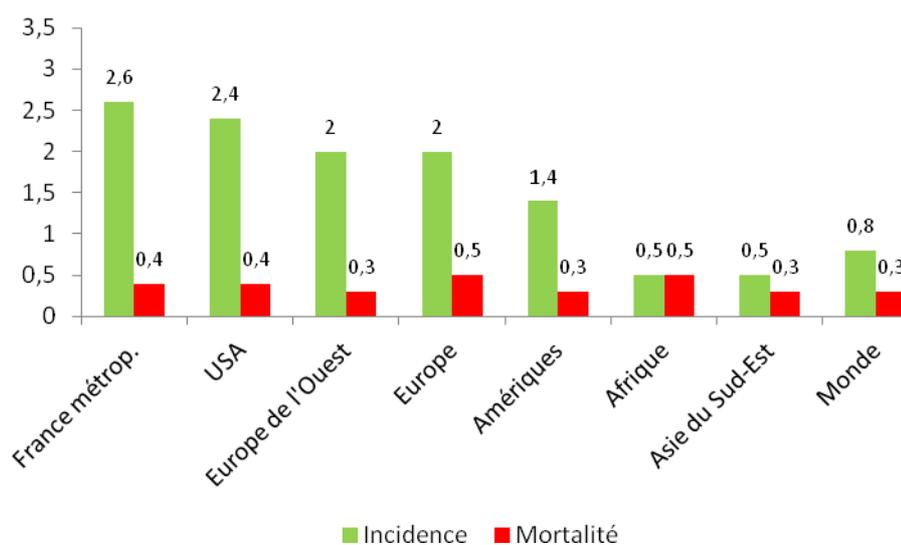
La mortalité attribuable à la MH est assez faible dans les 2 sexes : respectivement 0,3 et 0,2 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et les femmes. Elle tend à diminuer depuis de nombreuses années (- 4,9% chez l'homme et -4,4% chez la femme entre 1980 et 2005). Avec 218 décès en 2005, la MH se situe au 24^{ème} rang des décès par cancer, ce qui représente 0,1% des décès par cancer en France en 2005.

Graph 5 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité de la maladie de Hodgkin en 2008 chez les hommes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

Grphe 6 : Comparaison des taux d'incidence et taux de mortalité de la maladie de Hodgkin en 2008 chez les femmes, selon les régions du monde



Source : <http://globocan.iarc.fr/>

1.5.2. Etiologie

A ce jour, l'étiologie de la maladie reste inconnue.

Il semblerait que des infections virales à EBV et VIH puissent jouer un rôle dans la survenue de la maladie. Des expositions à des pesticides seraient également un facteur de risque.

1.5.3. Présentation clinique

Les points suivants font suspecter une maladie de Hodgkin :

- Adénopathies indolores (sauf après ingestion d'alcool) et non inflammatoires
- +/- Hépatomégalie, splénomégalie
- Signes relatifs à la présence de ganglions profonds
- Signes généraux : amaigrissement, fièvre, asthénie, sueurs nocturnes profuses
- Prurit isolé qui est un signe classique et qui précède parfois de beaucoup la date du diagnostic

1.5.4. Diagnostic

Le diagnostic de MH est porté grâce à une biopsie d'un ganglion suspect, dont l'examen anatomopathologique retrouve des cellules typiques, appelées les cellules de Reed-Sternberg. L'immunophénotypage des cellules tumorales met en avant les caractéristiques CD15+, CD30+, souvent CD 25+ et CD20-.

La MH peut être classée en 4 sous-types histologiques :

- Forme avec sclérose nodulaire
- Forme riche en lymphocytes
- Forme avec cellularité mixte
- Forme avec déplétion lymphoïde

Le bilan d'extension de la maladie consiste à faire un examen radiologique complet, comprenant une radiographie des poumons, une échographie abdominale, un scanner et un examen à base de radioactivité appelé le Pet-Scan. Une échographie du cœur peut être demandée si on suspecte une atteinte de son enveloppe.

Un panel d'examens biologiques est requis également : hémogramme, bilan hépatique, bilan martial, bilan inflammatoire, dosage des LDH, électrophorèse des protides.

La classification d'Ann Arbor permet ensuite de déterminer le stade de la maladie afin d'en établir un pronostic et une conduite à tenir pour le traitement.

1.5.5. Prise en charge

Le traitement de la MH fait appel à diverses armes thérapeutiques, qui sont la chimiothérapie, la radiothérapie, l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou l'allogreffe de moelle dans les cas plus graves, et l'immunothérapie à base d'anticorps monoclonaux est en cours d'étude.

2. PRODUITS D'HYGIENE ET RISQUES POUR LA SANTE

Les individus sont exposés chaque jour à de nombreuses substances de synthèse issues de l'industrie chimique : additifs des plastiques ou des textiles, composants de cosmétiques, de produits d'entretien ou ingrédients dans des denrées alimentaires manufacturées, constituants de matériaux, de produits de bricolage ou des circuits électroniques, pesticides etc. Les réglementations prévoient que ces produits ne nuisent pas à la santé humaine lorsqu'ils sont appliqués dans les conditions normales ou raisonnablement prévisibles d'utilisation. Pourtant, certaines substances entrant dans la composition de produits d'hygiène et de consommation courante sont sujet à controverse concernant leurs effets toxiques, cancérigènes, allergisants, perturbateurs endocriniens ou mutagènes.

Ces expositions à des substances chimiques peuvent survenir aussi bien en milieu professionnel que dans l'environnement personnel : lors d'activités telles que le ménage, le bricolage ou le jardinage, par exemple.

La multiplication des sources d'exposition à des molécules chimiques et l'effet combiné de produits chimiques multiples constitue une source d'inquiétude pour de nombreux scientifiques. Depuis quelques années, les effets sur la santé humaine et sur l'environnement de l'exposition à de nombreux produits chimiques distincts suscitent de plus en plus de préoccupations. Ces effets sont désignés, suivant le cas, sous l'appellation d'effets combinés, d'effets mélange ou d'effets cocktail. L'effet « cocktail » signifie que si des molécules prises isolément peuvent être partiellement inoffensives, mélangées, elles peuvent alors, en se combinant dans l'organisme, provoquer des effets toxiques dus à leur interaction.

Le principe « c'est la dose qui fait le poison », qui veut que chaque molécule présente un certain seuil de toxicité en-dessous duquel l'exposition ne présente pas de risque apparaît aujourd'hui comme insuffisant pour repérer certaines expositions et leur dangerosité. Ainsi, certaines substances s'accumulent dans les tissus adipeux du corps humain. D'autres sont éliminées plus ou moins rapidement, mais comme l'exposition est continue, notre organisme est en permanence imprégné par un mélange de faibles doses de ces produits. Beaucoup sont susceptibles de traverser la barrière placentaire et de contaminer le lait maternel, exposant ainsi fœtus et nourrissons à des stades critiques de développement.

On compte actuellement plus de 30 000 molécules chimiques présentes dans les produits manufacturés, et le nombre de combinaisons possibles entre eux est considérable. Les produits chimiques sont encore étudiés séparément, mais on sait qu'il serait aussi nécessaire d'étudier l'exposition de l'Homme à certains mélanges chimiques.

A ce jour, il n'existe pas, dans le cadre de la législation de l'UE, de mécanisme systématique d'évaluation globale et intégrée des effets des mélanges qui tienne compte des différentes voies d'exposition et des différents types de produits.

2.1. Les produits d'hygiène personnelle et domestique et les substances chimiques

Les produits d'hygiène comprennent d'une part les produits de « l'hygiène de soi », et d'autre part les produits de « l'hygiène du chez soi ».

Les premiers (hygiène de soi) correspondent aux produits dits « cosmétiques » : savons, gels douche, déodorants, maquillage, shampoings, lotions, crèmes solaires, crèmes hydratantes, parfums, etc... Les seconds correspondent plutôt aux produits utilisés pour le nettoyage/le ménage d'un foyer : produits vaisselle, désodorisants, lessives, adoucissants, nettoyants pour le sol, pesticides (jardinage, produits pour animaux domestiques, etc.)...

2.1.1. Les produits cosmétiques (« *hygiène de soi* »)

Plusieurs substances potentiellement présentes dans les produits cosmétiques sont aujourd'hui source d'interrogation voire, de préoccupation.

Ainsi, certains composants peuvent être absorbés par la peau et entrer en contact avec les tissus sensibles, les organes et les glandes. Dans la plupart des cas, lors d'une application, la quantité de produit chimique absorbée est très faible. Un produit d'hygiène est cependant constitué de multiples substances, et nous utilisons chaque jour plusieurs produits. Les quantités de chaque substance s'additionnent donc potentiellement dans l'organisme, dans lequel elles peuvent interagir et former un effet cocktail.

Voici quelques substances particulièrement étudiées, qui se trouvent dans les produits cosmétiques utilisés au quotidien :

➤ **Les phtalates**

Ils sont retrouvés dans plusieurs produits cosmétiques courants : parfums, déodorants, lotions après rasage, shampooings, aérosols pour cheveux, vernis à ongles... Les cosmétiques sont le deuxième domaine d'application des phtalates où ils sont incorporés comme agents fixateurs afin d'augmenter le pouvoir de pénétration d'un produit sur la peau ou d'empêcher le vernis de craquer.

Les phtalates sont identifiés comme perturbateurs endocriniens, c'est-à-dire susceptibles d'interagir avec le système hormonal de l'homme.

Les phtalates les plus fréquemment utilisés, outre le DEHP, sont le BBP, le DBP, le DEP et le DINP. Six phtalates (DEHP, DBP, BBP, DiNP, DIDP, DNOP) font déjà l'objet d'une interdiction dans les articles pour les enfants car suspectés d'induire de graves atteintes au développement de l'appareil de reproduction masculin.

En 2012, Dodson et al. (Silent Spring Institute) ont analysé 213 produits de consommation courante (cosmétiques, produits de soin corporels, nettoyants ménagers, écrans solaires, produits en vinyle) dans lesquels ils ont détecté 55 perturbateurs endocriniens parmi lesquels le DEHP à des taux supérieurs à 10% dans les produits en vinyle. Les autres produits contaminés sont essentiellement les produits parfumés, (parfums, purificateurs d'air, feuilles pour sèche-linge) et les crèmes solaires. Ils indiquent que la plupart des substances détectées ne sont pas mentionnées sur les étiquettes, dans la mesure où elles entrent dans la composition du produit à l'état d'impuretés (soit à moins de 0,1%).

Une étude canadienne a détecté la présence de plusieurs phtalates dans les produits cosmétiques et de soins corporels (lotions, crèmes, shampooings...), incluant les produits de soins pour bébé (Koniecki et al. 2011). Romero Franco et al. (2011) ont montré que l'utilisation de certains produits de soins corporels contribue à la charge de l'organisme en phtalates. Enfin, d'après Sanchez-Prado et al. (2011), leur analyse des constituants de parfums et eaux de Cologne vendus dans le commerce montre qu'ils ne respectent pas tous la réglementation européenne relative à la présence de phtalates.

➤ **Les parabens**

Ils représentent l'agent de conservation le plus utilisé dans les cosmétiques (Winter R, 2009) ; ils sont utilisés pour leurs propriétés antibactériennes et antifongiques, comme conservateurs dans les cosmétiques, hydratants pour le visage, produits de maquillage pour les yeux, les médicaments et les aliments. Ils pénètrent facilement dans la peau (U.S. Food and Drug Administration, 2007). Le propyl- et le butyl-parabène sont des conservateurs employés dans les produits de soin personnel ou comme additifs alimentaires.

➤ **Le parfum**

Retrouvé dans la quasi totalité des produits, désigné parfois aussi sous le nom de fragrance, le parfum peut correspondre à n'importe quel nombre de substances qui sont ajoutées aux produits pour obtenir le parfum désiré ou pour masquer d'autres odeurs. Un produit parfumé peut ainsi contenir de 50 à 300

substances chimiques différentes (Bickers et al. 2003). Les formulations exactes sont généralement protégées par des secrets de fabrication (Bridges, 2002; International Fragrance Association 2010).

➤ **Le PEG et Laureth sulfates**

Le PEG fonctionne comme un « multiplicateur de pénétration », augmentant la perméabilité de la peau pour permettre une plus grande absorption du produit, y compris des substances potentiellement nocives (Epstein S, 2009). Le Laureth Sulfate de Sodium se retrouve dans les produits moussants tels que les shampoings, nettoyeurs et produits pour le bain. Il peut contenir du 1,4-dioxane.

La principale préoccupation relative aux PEG et aux autres ingrédients « éthoxylés » (ceux qui ont habituellement un nom chimique incluant les lettres « eth ») concerne la contamination par le 1,4-dioxane (Black RE et al. 2001). Le Centre international de recherche sur le cancer classe le 1,4-dioxane comme un agent cancérigène potentiel pour les humains (IARC Monographs, 1999). C'est pourquoi le 1,4-dioxane est interdit. Cependant, la restriction ne s'applique pas si le produit chimique est présent en tant qu'impureté (soit moins de 0,1%) et non comme un composant intentionnel).

➤ **Les éthers de glycol**

Ils sont utilisés depuis des décennies et ils sont présents dans une très large gamme de produits de consommation courante (produits ménagers, peintures, vernis, colles, agents d'entretien de la voiture, désodorisants, produits cosmétiques et médicaments,...).

➤ **Le Triclosan**

Il est présent dans les produits antibactériens tels que le dentifrice, le savon, les désinfectants pour les mains, lotions hydratantes, crèmes à raser, désodorisants, douches vaginales, rince-bouches, serviettes de nettoyage démaquillantes, certains produits contre l'acné.

➤ **Le butylhydroxyanisole (BHA)**

Il se retrouve dans les désodorisants, baumes pour les lèvres, crèmes et lotions pour le corps, ombres à paupières. Il est suspecté d'interférer avec les fonctions hormonales et d'être cancérigène.

➤ **L'oxybenzone (benzophenone-3)**

Il sert à la fabrication de crèmes et autres produits ayant un facteur de protection solaire, crèmes antirides, lotions hydratantes, baumes pour les lèvres.

➤ **La P-Phénylènediamine**

Et autres colorants identifiés par « CI » suivi de cinq chiffres sont utilisés dans certaines teintures, d'autres couleurs sont employées dans de nombreux produits cosmétiques. Ils pourraient être cancérigènes et contenir des métaux lourds toxiques pour le cerveau.

➤ **Le résorcinol**

Il est utilisé dans les colorants pour les cheveux, nettoyeurs pour le visage, shampoings et lotions.

➤ **Cocamide DEA et lauramide DEA**

Ils se retrouvent dans les cosmétiques crémeux et moussants tels que les produits hydratants et les shampoings. Ils peuvent réagir avec d'autres substances et former des nitrosamines cancérigènes.

➤ **Les libérateurs de formaldéhyde (DMDM HYDANTOIN, DIAZOLIDINYL UREA, IMIDAZOLIDINYL UREA, METHENAMINE et QUARTERNIUM-15)**

Ces agents de conservation sont utilisés dans une large gamme de produits cosmétiques. Ils libèrent de façon lente et continue de petites quantités de formaldéhyde.

➤ **Le Pétrolatium**

Il est utilisé dans certains produits capillaires pour la brillance et comme barrière hydratante dans des baumes pour lèvres, rouges à lèvres et produits hydratants. Il s'agit d'un produit pétrochimique pouvant contenir des impuretés cancérigènes.

➤ **Les siloxanes**

Ils sont utilisés dans les produits cosmétiques pour assouplir, lisser et humidifier. Le cyclotetrasiloxane est considéré comme perturbateur endocrinien et constitue une substance potentiellement toxique pour la reproduction.

2.1.2. Les produits de nettoyage (« *hygiène du chez soi* »)

Les produits de nettoyage contiennent des composés chimiques provenant de trois grandes sources : la famille des alkylphénols, la famille des phtalates et les pesticides, incluant les antibactériens comme le triclosan.

➤ **Les alkylphénols**

Présents dans certains détachants pour tapis et dans différents dégraissants au citron (surfaces, tissus, vaisselle), les alkylphénols intégrés aux détergents se décomposent en nonylphénols pendant le processus de traitement des eaux usées.

➤ **Les phtalates**

Les contenants de plastique des produits nettoyants et les gants de nettoyage contiennent habituellement des phtalates aussi présents dans différents agents hydratants et parfums d'ambiance.

➤ **Les antibactériens et désinfectants**

Ils peuvent être présents dans les désodorisants, les liquides vaisselle contenant un antibactérien, les savons antibactériens liquides et les savons hospitaliers. Ces produits contiennent souvent du triclosan, considéré comme perturbateur endocrinien.

➤ **Les pesticides d'usage domestique**

Les insecticides sont couramment utilisés pour chasser fourmis et autres insectes indésirables. Les fongicides sont présents dans des produits nettoyants anti-moisissures. Certains répulsifs à animaux sont aussi de la grande famille des pesticides, ainsi que les désherbants utilisés dans le jardin.

L'utilisation d'insecticides au domicile ou le fait d'avoir des animaux domestiques a ainsi été associé à l'exposition aux pyréthriinoïdes mais pas aux organophosphorés (Andrew et al., 2003 ; Becker et al., 2006). Une étude française s'intéressant aux utilisations domestiques des pesticides dans 2 281 foyers indique que 80 % des personnes interrogées ont déclaré stocker un ou plusieurs pesticides dans leur domicile, notamment des pyréthriinoïdes et des organophosphorés. A fortes doses, ceux-ci peuvent provoquer des vertiges, maux de tête, nausées, contractions musculaires voire des convulsions. Leur présence dans le logement dépend essentiellement de quatre facteurs : le type de logement, le caractère locatif, la présence d'un jardin et d'animaux domestiques (Lecomte et Auburtin, 2006 ; Lecomte et al., 2006).

Cires, nettoyants et produits ménagers rejettent des COV (composés organiques volatils). Ce sont des irritants pour les muqueuses : les yeux, le nez, les bronches. Leur présence à un taux élevé peut aggraver certaines maladies allergiques. Formaldéhyde, benzène, crésol et phénol, naphthalène et paradichlorobenzène, perchloréthylène, phtalates et toluène sont des COV que l'on retrouve régulièrement dans ces produits d'usage courant.

Des essais de caractérisation des émissions de COV par différents types de produits utilisés dans les environnements intérieurs ont été effectués par le CSTB (Singer et al. 2006a, 2006b). Trente-deux produits parmi 7 catégories (désodorisants d'intérieur, nettoyants pour sols, nettoyants pour vitres, lingettes imprégnées, nettoyants détachants, dépoussiérants, blocs et gels WC) ont été testés dans des conditions

réalistes d'utilisation et de ventilation des environnements intérieurs. Les produits ont été choisis en retenant le produit le plus cher et le produit le moins cher des catégories de produits identifiés dans plusieurs magasins d'enseignes de la grande distribution. Dix éthers de glycols sont principalement émis par 11 produits (sur 32) : 2PG1ME, 2PG1iPE, 2PG1nPE, 2PG1nBE, DEGEE, EGBE, EGPhE, et dans une moindre mesure, DPGME, EGME et son acétate. Des concentrations très importantes (de 50 à plus de 100 mg.m⁻³) sont retrouvées après l'utilisation de lingettes, de nettoyeurs ou de détachants. Les concentrations en éthers de glycol émis par les produits décroissent en fonction du temps mais peuvent rester, selon les produits, élevées 2 h après l'application des produits (exemple du nettoyeur moquette dont les concentrations en 2PG1ME sont de 40 mg.m⁻³ après 2 h).

➤ **L'eau de Javel ou hypochlorite de sodium**

Elle jouit d'une réputation de champion du "propre". Elle est pourtant potentiellement toxique pour notre santé et notre environnement. Le chlore qu'elle contient, rejeté dans les eaux usées est néfaste pour les organismes aquatiques. Au-delà de ces impacts liés au rejet dans l'environnement, son utilisation peut aussi causer des problèmes de santé tels que des brûlures de la peau, des yeux, du système digestif et respiratoire. Mélangée à de l'acide, que l'on retrouve dans certains produits ménagers, l'eau de Javel produit un gaz très toxique qui peut être particulièrement nocif pour le système respiratoire de celui qui l'inhale.

2.2. Produits d'hygiène et risques pour la santé

Les effets toxiques aigus causés par certains produits d'hygiène d'usage courant sont parfois facilement identifiables (crise d'asthme, irritations cutanées, etc), mais les effets chroniques de certaines substances sur la santé et l'environnement le sont souvent beaucoup moins.

Certains composés sont des produits chimiques qui peuvent interagir avec le système hormonal (ce sont des perturbateurs endocriniens) avec des effets potentiels sur le développement de systèmes reproducteurs et nerveux et le métabolisme ; certains sont suspectés de favoriser le développement de certains cancers (Colborn et al.1993). Les quantités de substances constituant les produits d'usage courant étant variables, les effets potentiellement toxiques sont aussi variables, en fonction des doses et des possibles combinaisons avec d'autres substances. De plus, leur impact sur la santé d'une population dépend de la constitution génétique de chaque individu, de leur capacité à métaboliser les différents composés et de la totalité des substances toxiques auxquelles ils sont exposés. Les fœtus et les jeunes enfants sont parmi les plus vulnérables puisque plusieurs de leurs fonctions sont en cours de développement.

Plusieurs scientifiques prétendent depuis des années que l'exposition chronique à de faibles niveaux de perturbateurs endocriniens dans l'environnement peut affecter les fonctions hormonales (Hotchkiss AK *et al.* 2008). L'American Chemical Society reconnaît que les effets de ces faibles doses ne peuvent pas être prédits par les tests à forte dose réalisés sur les animaux (American Chemical Society, 2009-2012). L'étude de ces composés est particulièrement complexe, car ce sont des effets chroniques à faibles doses qu'il faut investiguer, ce qui est complexe à reproduire au plan expérimental.

L'exposition à certaines substances peut affecter chacun de nous de façon différente : effets neurologiques (maux de tête), cardiovasculaires (anomalie congénitale du cœur, insuffisance de poids à la naissance), respiratoires (picotement aux yeux, écoulement nasal, respiration sifflante), dermatologiques (dermite de contact eczémateux), gastro-intestinaux (nausée, diarrhée) ; certaines expositions sont également suspectées de favoriser l'apparition de certains cancers.

2.2.1. Irritations des voies respiratoires/ cutanées/ oculaires / du système digestif et asthme

La prévalence des maladies allergiques (dermatite atopique, asthme, rhinite, conjonctivite et allergie alimentaire) a doublé dans les pays industrialisés au cours des 20 dernières années. Les études épidémiologiques estiment la prévalence cumulée des maladies allergiques à 25-30 %. La prévalence de la dermatite atopique est passée de 7-9% à 15-20 %, l'asthme de 2-3% à 7-10 %, la rhinite et la conjonctivite allergique de 1-2% à 15-20 % et les allergies alimentaires de 1% à 2 % chez l'adulte et de 2% à 5 % chez les enfants.

Certains agents libérant du formaldéhyde peuvent irriter la peau et les yeux ou être des éléments déclencheurs d'allergies, à faibles doses (De Groot et al. 2010).

Les phtalates peuvent induire des symptômes respiratoires (Bornehag et al 2004; Engel et al. 2010; Hauser et Calafat 2005; Hauser et al. 2006; Kimber et Dearmna 2010; Meeker et Al. 2009a; Meeker et coll. 2009b; Mendiola et al. 2011; Swan et al. 2005; Swan 2008). Le phtalate de bis-2-éthylhexyle phtalate (DEHP) dans la poussière est associée à l'asthme et la respiration sifflante chez les enfants (Bornehag et al. 2004) et plusieurs phtalates montrent un effet adjuvant dans les études animales (Bornehag et Nanberg 2010).

Il a été démontré que les fragrances peuvent exacerber l'asthme (Kumar et al. 1995).

Les parfums, en particulier des terpènes comme le limonène, sont associés à des réactions chimiques secondaires qui peuvent contribuer à la production de formaldéhyde et d'éthers de glycol (Nazaroff et Weschler, 2004; Singer et al 2006). L'exposition aux parfums a aussi été associée à des dermatites de contact, maux de tête, et irritation des muqueuses (Heydorn et al, 2003; Kumar et al, 1995; Steinemann 2009). Lors de tests en laboratoire sur le sang de cordon ombilical humain commandés par Environmental Working Group aux États-Unis, on a détecté des muscs synthétiques courants (galaxolide ou tonalide) chez sept nouveau-nés examinés sur dix (Washington Environmental Working Group, 2009). Le mélange de propylène éthers de glycol et de glycol a été associé à une prévalence accrue de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire (Choi et al. 2010). En milieu professionnel, la monoéthanolamine et les éthanolamines de diéthanolamine sont asthmogènes (Association of occupational and environmental clinics, 2010 ; Kamijo et al. 2009; Makela et al. 2011; Piipari et al. 1998; Savonius et al. 1994).

2.2.2. Perturbation endocrinienne

L'INSERM a réalisé une expertise collective sur les perturbateurs endocriniens (PE). Elle apparaît comme la synthèse actuelle la plus exhaustive de connaissances dans le domaine. Elle dresse un état des lieux analytique et critique (INSERM, 2011).

Les cinq substances ou familles de substances chimiques (bisphénol A, phtalates, retardateurs de flamme, composés perfluorés, parabènes) analysées dans cette expertise collective sont présentes dans l'environnement des populations occidentales depuis déjà plusieurs décennies. On les retrouve dans les liquides biologiques (sang, urine, liquide amniotique, lait maternel...) et les tissus chez l'homme, la femme, l'enfant et même le fœtus. En tant que perturbateurs endocriniens, leurs effets potentiels sur les organes et la fonction de la reproduction humaine sont une préoccupation légitimement soulevée par les pouvoirs publics. Comme le soulignent les auteurs dans leur préface de l'expertise collective de l'INSERM : « les perturbateurs endocriniens mettent en jeu les mécanismes de signalisation, de régulation et d'action physiologiques plutôt que les mécanismes classiques de la toxicité conduisant au dysfonctionnement ou à la mort cellulaire ». L'existence d'effets à très faible dose ou liés à la synergie de plusieurs substances en deçà de leur dose ne fait plus de doute, contrairement à la théorie de la toxicologie classique, pour laquelle la relation dose-effet était prédominante dans la réglementation.

Depuis 2007, les perturbateurs endocriniens obéissent au règlement REACH : les substances dont le caractère perturbateur endocrinien a été établi doivent subir la procédure d'autorisation. Le Ministère de la Santé a décidé, en 2009, de mettre en place un plan d'action visant à améliorer les connaissances

scientifiques sur ce sujet et à analyser les facteurs de risque de ces substances pour les groupes sensibles (femmes enceintes, enfants en bas âge) lorsqu'elles se retrouvent dans des produits grand public.

Les effets chez l'homme de certaines substances sont suspectés. Ainsi, certains phtalates inhibent la synthèse de la testostérone (Howdeshell et al. 2008), et des antimicrobiens comme le triclosan inhibent celle de l'hormone thyroïdienne (Paul et al. 2010) et présentent un effet œstrogénique (Stoker et al. 2010) dans les modèles mammifères. Certains parabens, alkylphénols, cyclosiloxanes, filtres UV, et composés synthétiques de parfums sont plus ou moins impliqués selon les divers modèles expérimentaux (Bitsch et al 2002; Bonefeld-Jorgensen et al 2007; Quinn et al. 2007; Routledge et al. 1998; Schlumpf et al. 2004; Schreurs et al. 2005).

Bien que seul le butylhydroxyanisole (BHA) ait fait l'objet d'une classification par rapport à la perturbation endocrinienne, certaines preuves suggèrent que le butylhydroxytoluène (BHT) peut imiter les œstrogènes et empêcher l'expression des hormones sexuelles mâles (Wada, H. et al.2004; Schrader, TJ et GM Cooke, 2000), de même que l'octaméthylcyclotétrasiloxane (D4) (Quinn et al. 2007).

La commission européenne sur les perturbateurs endocriniens (European Commission on Endocrine Disruption, 2000) a classé certains cyclosiloxanes, phtalates et parabènes dans la catégorie 1, ce qui signifie qu'il existe au moins une étude ayant apporté la preuve de leur rôle comme perturbateur endocrinien.

Le triclosan peut perturber l'homéostasie de la thyroïde chez les modèles mammifères (Paul et al 2010; Rodriguez et Sanchez 2010).

Les muscs synthétiques peuvent avoir des effets œstrogéniques (Bitsch et al 2002; Schreurs et al 2005; Seinen et al 1999; van der Burg et al. 2008).

Le nonylphénol agit comme un œstrogène qui contribue à la féminisation des poissons et influe sur l'ADN du sperme humain.

2.2.3. Toxicité pour la reproduction

Les phtalates sont classés reprotoxiques 1B en vertu du règlement CLP et du fait que leur exposition combinée présente un risque. Le butyl paraben a été signalé comme pouvant affecter le développement des voies de reproduction chez le rat à 100 mg / kg doses (Kang et al. 2002).

Certains parabènes peuvent interférer avec les fonctions reproductrices mâles (Darbre PD et PW Harvey, 2008).

Des éthers de glycol ont été associés chez l'homme à une qualité du sperme réduite et un développement génital masculin altéré (Cherry et al. 2008).

Selon la classification des produits chimiques de la Commission Européenne, certains cyclosiloxanes sont considérés comme substances toxiques pour la reproduction (European Commission , 2009).

2.2.4. Cancérogénicité

Le formaldéhyde et le 1,4-dioxane sont des substances classées cancérigènes pour l'homme par le CIRC (IARC Monographs, 2006).

Au cours d'essais en laboratoire, des ingrédients de fragrance particuliers ont été associés à des cancers (National Toxicology Program. 2000, 2006).

Le butylhydroxyanisole (BHA) est classé possiblement cancérogène (groupe2B) par le CIRC, de même que les nitrosamines. Le butylhydroxytoluène (BHT) peut favoriser la croissance de tumeurs dans certaines situations (Baur, A.K. et al. 2001).

Le pétrolatum peut contenir des hydrocarbures poly-aromatiques (HAP). Des études suggèrent que l'exposition aux HAP, incluant les contacts avec la peau sur une longue période, est associée au cancer (US ATSDR, 1996).

Le goudron de houille est reconnu comme cancérigène avéré chez l'Homme (IARC Monographs, 1987). Il existe une préoccupation concernant l'effet cancérigène potentiel des couleurs, qu'elles soient produites à partir de goudron de houille ou synthétiques. Il a été démontré que la plupart d'entre elles ont causé des cancers lorsqu'elles étaient injectées dans le derme de souris (Winter R, 2009).

Le décaméthylcyclopentasiloxane (D5) est potentiellement cancérigène chez le rat (Wang et al. 2009).

2.2.5. Troubles neurologiques

Certains colorants peuvent contenir de faibles traces de métaux lourds, d'autres sont associés à un substrat d'aluminium. L'aluminium et plusieurs métaux lourds sont toxiques pour le cerveau (Grandjean P et PJ Landrigan, 2006), de même que certains produits constituant les fragrances (Anderson RC, 1998).

2.3. La réglementation

Les législations nationales applicables aux produits cosmétiques sont harmonisées au niveau européen afin de faciliter la libre circulation de ces produits dans le marché intérieur de l'Union européenne (UE). La directive 76/768/CEE du Conseil du 27 juillet 1976, dite directive « cosmétique », détermine les substances interdites dans la composition des produits cosmétiques et les substances faisant l'objet de restrictions ou de conditions spécifiques d'utilisation. La directive dresse également la liste des colorants, des agents conservateurs et des filtres UV autorisés. Les consommateurs de produits cosmétiques et de soin personnel sont protégés par les exigences sévères de la directive « cosmétique », qui garantit l'innocuité des cosmétiques.

Le règlement relatif aux produits cosmétiques contient des provisions sur l'utilisation de substances classées comme cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (substances CMR). Le principe général énoncé à l'article 15 du règlement relatif aux produits cosmétiques est que l'utilisation, dans les produits cosmétiques, de substances CMR de catégories 1A, 1B ou 2 est interdite. Des dérogations à cette règle générale sont possibles seulement dans les conditions explicitées à l'article susmentionné. Pourtant, les produits d'hygiène ne bénéficient pas de la notion du rapport bénéfice/risque et il n'existe pas d'autorisation préalable de mise sur le marché (AMM), contrairement aux médicaments. L'exigence prévue par les textes est l'absence de nocivité pour la santé. Le fabricant ou le responsable de la mise sur le marché doit s'assurer de la sécurité de son produit et constituer un dossier technique à tenir à disposition des autorités de contrôle. Dans ce dossier doivent notamment figurer la formule qualitative et quantitative du produit, la description des conditions de fabrication et de contrôle, l'évaluation de la sécurité pour la santé humaine du produit fini. Le produit fini doit être contrôlé par le fabricant et faire l'objet de spécifications. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM, ex Afssaps) encadre l'évaluation de la qualité et de la sécurité d'emploi des produits cosmétiques. Ainsi, plusieurs familles de substances font l'objet d'expertises approfondies.

Le règlement REACH (enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des produits chimiques), en place depuis 2007 pour l'ensemble des substances chimiques mises sur le marché, vise une meilleure connaissance des effets des substances chimiques sur la santé humaine et sur l'environnement pour une gestion efficace des risques liés à l'utilisation de ces produits. Il tend également à la substitution progressive dans l'Union européenne des substances chimiques les plus dangereuses, en particulier les substances très préoccupantes comme les cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction.

RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

1. « VRAI-FAUX » URBAINS : D'ANCIENS RURAUX, DEVENUS URBAINS

1.1. Appartenance sociale et mobilité sociale à l'échelle d'un parcours de vie

Une large majorité des personnes interviewées qui ont accepté de participer à cette étude avait plus de 60 ans au moment de l'entretien. Le format de l'entretien, réalisé dans une approche « histoire de vie », a permis de dérouler les différentes étapes de la vie des interviewés et montre que dans un département de province, comme l'Isère, une part des urbains d'aujourd'hui, et notamment ceux qui ont plus de 60 ans, sont en fait d'anciens ruraux. S'ils sont souvent venus vivre en ville lors des premières années d'activité professionnelle, beaucoup sont nés à la campagne, très souvent dans un milieu paysan, et ils ont quitté la campagne entre 20 et 30 ans, parfois plus tôt pour ceux qui ont poursuivi des études et un peu plus tard pour ceux qui n'ont obtenu que leur certificat d'études.

Ainsi, des individus qui peuvent être considérés aujourd'hui comme des urbains, ont en fait eu un mode de vie complètement rural pendant leur enfance, leur adolescence et leurs premières années en tant que jeune adulte. Les personnes de cette génération, aujourd'hui en retraite, ont ainsi connu une importante mobilité sociologique et géographique. Plus aucun interviewé n'habite aujourd'hui dans une ferme, et ceux qui vivent à la campagne travaillent tous en zone urbaine ou périurbaine.

Par ailleurs, on soulignera que plusieurs des personnes de notre échantillon qui ont accepté de participer à cette étude, y compris celles qui ont effectué des études supérieures et ont eu le statut de « cadre » dans leur parcours professionnel, sont souvent issues de milieux sociaux modestes. Les parents des personnes interviewées ont souvent été eux-mêmes ouvriers ou exploitants agricoles d'une petite ferme, ils avaient parfois le certificat d'études mais pas toujours, et ont pratiquement toute leur vie exercé la même profession. Les personnes interviewées ont atteint un niveau d'étude plus élevé que leurs parents et elles ont toutes quitté le travail de la terre par choix.

Les critères utilisés pour diversifier au maximum notre échantillon (variété des âges et des espaces de vie) nous ont permis d'interviewer des personnes vivant actuellement en ville, en zone rurale ou périurbaine. Pourtant, le fait est que parmi les interviewés de plus de 50 ans qui habitent aujourd'hui en ville, beaucoup sont nés et ont passé toute leur enfance et adolescence, voire jeunesse en milieu rural. Si, dans notre échantillon, les enfants d'ouvriers ont souvent été ouvriers eux-mêmes, les enfants de paysans n'ont en revanche pas conservé la profession de leurs parents.

Ainsi, les critères de tirage au sort des patients nous ont permis d'atteindre une bonne diversité des personnes interviewées en termes de catégories socioprofessionnelles et de lieux de vie, qui masque en réalité une certaine homogénéité en termes d'origines sociales et de statuts sociaux pendant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, parmi les cadres rencontrés, la moitié étaient eux-mêmes des enfants d'ouvriers ou de paysans, ce qui fait que leur enfance et leur adolescence est finalement assez proche des interviewés qui sont eux-mêmes devenus par la suite ouvriers.

Il faut ainsi peut-être interpréter cette homogénéité comme le révélateur de la mobilité sociale qui a eu cours pendant les Trente Glorieuses et notamment pendant les années 50 et 60, qui a vu l'exode rural s'intensifier, et le nombre d'agriculteurs se réduire considérablement.

Ainsi, outre le fait que la majorité des personnes interviewées déclare avoir un niveau d'études plus élevé que celui de ses parents, toutes ont quitté le travail de la terre. Beaucoup d'interviewés sont devenus ouvriers ou employés et quelques uns sont devenus cadres : en une même génération et en un même parcours de vie, ces personnes ont vécu dans deux catégories sociales différentes.

Une petite minorité des personnes qui ont participé à cette étude sont issues de catégories socioprofessionnelles aisées (médecins, patron d'industrie, ...), et se sont maintenues dans ce statut social. Toutefois leur nombre extrêmement réduit rendait difficile une réflexion autour des différences sur le rapport à l'hygiène corporelle ou domestique en termes d'appartenances sociales, même dans le cadre d'une étude qualitative.

Par ailleurs, il faut insister sur le fait que les contraintes matérielles de l'habitat, de l'accès à l'eau, l'offre des fabricants de cosmétiques et de détergents, telles qu'elles pouvaient exister dans les années cinquante n'ont plus rien à voir avec ce qu'elles sont aujourd'hui. Les évolutions des produits manufacturés en matière de cosmétiques, de produits d'hygiène corporelle et d'hygiène domestique, mais aussi les évolutions de l'habitat ont été massives durant les quarante dernières années, et il y a un effet « générationnel » qu'il ne faut donc pas négliger.

Ainsi, on peut faire l'hypothèse que comparer les pratiques et représentations en matière d'hygiène, dans le parcours de vie, entre des personnes de plus de 60 ans, ou entre personnes qui ont aujourd'hui entre 30 et 40 ans nécessite une prise en compte de ces évolutions.

Les hémopathies lymphoïdes concernant beaucoup plus largement les personnes de plus de 50 ans, un « effet générationnel » s'est ainsi invité dans cette réflexion sur l'hygiène et les appartenances sociales, qui a en quelque sorte brouillé les cartes. En effet, il existe des points communs entre personnes d'une même génération, qui vont au-delà des appartenances sociales, elles-mêmes mouvantes dans un contexte socio-économique où la mobilité sociale était forte et sans doute plus forte qu'elle n'est actuellement.

1.2. Pour beaucoup, une enfance et une adolescence passées à la campagne

Parmi les personnes de plus de 50 ans que nous avons interviewées, nombreuses sont celles qui ont vécu à la campagne pendant leur enfance, qui plus est dans une exploitation agricole, où il avait des animaux. Cet élément de contexte a été particulièrement exploré, puisque l'une des dimensions de l'hypothèse hygiène est que le contact avec des animaux pendant l'enfance et la petite enfance pourrait jouer un rôle protecteur au niveau du système immunitaire.

La plupart de ces interviewés ont ainsi eu un contact quotidien avec différents animaux et ont quelquefois eux-mêmes participé aux travaux de la ferme :

« J'habitais dans une ferme à Saint Quentin sur Isère, dans un environnement rural. (On avait) des vaches, deux chèvres, on a eu un cochon, des poules, des canards... »

« C'était un village Jurassien, avec une population de 50 habitants en moyenne, avec les fermes collées. La vie à la campagne, c'est les meilleurs souvenirs de ma vie. On était heureux, on allait à l'école au village à côté.(...). A sept ans j'emmenais paître les vaches, à dix ans on attachait le bétail : on se débrouillait. (...). On était imprégné du travail avec les animaux. Dès qu'on pouvait faire quelque chose, dès le plus jeune âge on se rendait utile, c'était obligatoire. Dès l'âge de cinq ans, (...) je me souviens gamin, du saloir, du boudin, et tout et tout ! Et puis la poule au pot de temps en temps, le poulet les jours de grande fête. »

« J'allais dans les écuries, j'allais ramasser les pommes de terre, vendanger, j'ai démarré très jeune !(...) Petite je les regardais : les cochons quand ils faisaient des petits on y passait la nuit.(...) Quand j'ai eu quatorze ans on m'a dit tu vas nettoyer les vaches, la porcherie.(...) Avec une fourche... Oh il y en avait que quatre chez nous, au milieu il y avait une allée, on y mettait le tas de fumier et après derrière il y avait une porte et on sortait tout ça. Je faisais ça... »

Au-delà de ce contact avec les animaux, on notera que les interviewés évoquent une grande liberté pendant leur enfance, en ce qui concerne à la fois les espaces de jeux et les jeux en eux-mêmes, plus grande encore que celle des urbains au même âge. Ces personnes avaient le droit de jouer à l'extérieur de la maison ou de la cour, d'explorer l'environnement alentour, tout en grimpant aux arbres, en jouant avec la terre etc. Le temps passé à l'extérieur de la maison est décrit comme très important (« *on jouait dehors* ») apparaît comme une évidence pour la plupart des interviewés. Dès que les conditions climatiques étaient favorables les enfants sortaient de la maison pour se retrouver à l'air libre, avec la permission d'aller au-delà de la cour de ferme...

Les contraintes sont décrites comme plus fortes chez ceux qui vivaient en ville, notamment à Grenoble. Quelques uns ayant habité dans une petite maison de ville avaient une cour et parfois un potager. En revanche ceux qui habitaient en appartement allaient souvent au jardin public pour jouer, et les sorties étaient de ce fait peut-être un peu plus « programmées ». Enfin, les personnes ayant vécu leur enfance dans un environnement urbain ont eu beaucoup moins de contacts avec des animaux domestiques.

Notons enfin que les personnes élevées à la campagne ont largement consommé les produits du potager familial ainsi que le lait des animaux de l'élevage ou de l'exploitation voisine, cru ou bouilli.

Les personnes de plus de 60 ans que nous avons interviewées ont ainsi eu une alimentation en grande partie basée sur des circuits de production très courts, où l'adjonction de substances chimiques est décrite comme presque impossible : des antibiotiques donnés aux vaches jusqu'aux produits de traitements des cultures, les interviewés soulignent que les années 40 n'avaient rien de comparable en la matière aux années 80...

2. LES PRATIQUES D'HYGIENE DE SOI ET DU CHEZ SOI PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

A une exception près, toutes les personnes interviewées avaient plus de 40 ans et la majorité d'entre elles avait plus de 55 ans au moment des entretiens : la plupart des interviewés de cette étude est donc née pendant les « Trente Glorieuses », et a souvent connu des habitats qui n'existent plus aujourd'hui : ils ont été détruits du fait de leur vétusté et remplacés ou largement transformés et améliorés.

Les personnes interviewées d'origine modeste ont particulièrement été concernées par des logements de petite taille et sans confort, ou avec des installations sanitaires souvent rudimentaires.

Néanmoins, au-delà de la modestie des situations sociales qui se reflétaient dans le logement, les conditions globales de confort n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui et les normes de construction et de location de logements ont bien changé : l'arrivée de l'eau et les pièces d'eau, comme les systèmes de chauffage ont subi des changements radicaux en 40 ans.

Ces éléments sont à donc prendre en compte dans la compréhension des pratiques d'hygiène de l'enfance qui sont le fruit de valeurs, de représentations qui pouvaient exister dans un milieu social donné, mais aussi celui d'un système de contraintes concret, à une époque donnée.

2.1. Un habitat aux possibilités souvent limitées, qui se sont améliorées avec le temps

La majorité des personnes interviewées a ainsi vécu les années d'enfance et d'adolescence dans un habitat sans salle de bain et parfois même sans eau chaude, voire sans eau courante ou encore sans sanitaires à l'intérieur du logement.

Cela semblait particulièrement être le cas dans les zones rurales, où le raccordement aux systèmes d'arrivée d'eau ou d'évacuation des eaux usées n'était pas toujours fait :

« Dans la partie habitation, il y avait quatre pièces : deux chambres en haut, le séjour derrière, la cuisine devant, qui faisaient trente-cinq mètres carrés chacune, environ.(...) L'eau a été mise avant qu'on ne parte. Au début on allait chercher l'eau(...). Certains l'avaient directement de leur puits, mais nous on avait une fontaine, qui était à deux cent, trois cent mètres de la maison. On allait la chercher avec des seaux, dès l'âge de sept ans. »

Pour certains, c'est l'arrivée en ville, dans un logement social, qui a bouleversé l'accès et le rapport à l'eau, et donc à la toilette. La facilité d'accès à l'eau a ainsi favorisé le développement de la toilette, à l'échelle de tout le corps et ce, même si le coût de l'eau maintenait quelques limites dans la fréquence des pratiques :

« Jusqu'à ce que venions à Grenoble en 56, c'était la toilette dans la cuisine... L'eau qu'on faisait chauffer, on la mettait dans une bassine parce que, c'était une maison qui était très vieille et, il n'y avait pas d'eau chaude. Les... les toilettes étaient dehors d'ailleurs... (on utilisait la cuisine) à tour de rôle, chacun... Les autres étaient... restaient dans la chambre. (Quand on a déménagé en appartement) dans les foyers-logement de l'Isère (...) ce qui était formidable, c'est qu'il y a une salle de bain avec une baignoire ! C'était une baignoire sabot, mais voilà... et des WC ! Ah ben là... (...) On pouvait aller seul dans la salle de bain, faire sa toilette tout seul ! (...) C'était une baignoire sabot donc, on prenait plutôt la douche, malgré tout (...) bon, on avait l'autorisation, disons, deux fois par semaine... au départ, parce que bon, toujours pareil hein : (...) les notes d'électricité, les notes d'eau... »

Les interviewés qui ont grandi en ville, n'avaient pas forcément un niveau de confort très élevé : si l'eau courante était présente dans les immeubles, elle n'était pas forcément présente dans les appartements... Et finalement les contraintes de toilette étaient parfois aussi fortes que dans les habitats modestes du monde rural de l'époque :

« Donc, à huit-neuf ans là... Là, c'était un appartement, je trouve un peu... qui était limite... je pense, limite salubre... et qui était... qui était, je me rappelle un appartement sombre... (...) Et là, il y avait... c'était une toute petite... ce n'était même pas une salle de bain hein... Il y avait une... il y avait une espèce de cabine de douche et, ça... ça, je m'en souviens bien par contre... Une cabine de douche, qui était dans la cuisine. C'était... c'était étonnant et donc, ouais, je pense que là, à cette époque- là, les douches, elles étaient peut-être moins fréquentes, parce que ça nous gonflait de (rires) d'aller à... d'aller là-bas... »

Ces contraintes concernaient d'ailleurs aussi bien l'accès à l'eau pour se laver que l'accès aux sanitaires, pas toujours présents à l'intérieur du logement. Ainsi, l'usage du pot de chambre était encore bien présent dans les années 40, 50 et même 60 dans les habitats modestes :

« Ce sont mes grands-parents qui me gardaient, en ville. Dans un appartement, mais un appartement très ancien, où il n'y avait pas de salle d'eau par exemple, pas d'eau chaude. C'était vraiment... voilà. Pas de toilettes à l'étage.(...). Comme j'étais jeune à cette époque-là, j'étais dispensée d'aller aux toilettes en

haut parce qu'il faisait froid, donc j'avais un pot de chambre que vidait ma grand-mère. J'y suis allée une fois ou deux mais quand j'étais déjà plus grande. Parce qu'il faisait froid, ce n'était pas chauffé et voilà. Déjà on habitait au 4^e étage sans ascenseur, il fallait déjà monter. »

« J'habitais dans le Vieux Grenoble, en appartement, sans salle de bains, avec WC communs à quatre appartements sur le palier. »

« Il y avait quelques marches d'escaliers, puisque c'était en hauteur... dessous, c'était les caves et puis, il y a les toilettes : (elles) étaient au pied de l'escalier... bon, on s'habillait, on allait aux toilettes hein...(...) on avait ça dans les chambres pour la nuit : (...) c'était le seau, avec le couvercle ! »

Les entretiens réalisés montrent que c'est véritablement les nouveaux immeubles construits dans les années 60 et 70, y compris les logements sociaux pour les personnes aux revenus modestes, qui marquent une rupture dans les conditions de vie des interviewés par rapport à celles de leurs parents et de leurs grands parents. Accès facile à l'eau froide et chaude dans le logement, accès aux sanitaires dans le logement constituent véritablement une petite révolution qui va, en quelques années, faire du pot de chambre une antiquité et du remplissage de seaux d'eau une pratique inutile.

Ces témoignages soulignent ainsi qu'à une époque relativement récente, l'eau, sans être rare, n'était pas d'un accès facile dans le logement ce qui, mécaniquement, contraignait les pratiques d'hygiène de soi et du chez soi. L'impact de ces contraintes est à prendre en compte dans l'organisation des pratiques, mais aussi dans les représentations sur le « propre » et le « sale »⁷ qui avaient cours durant l'enfance des personnes interviewées.

On note également que le fait d'avoir, pratiquement du jour au lendemain, accès à une salle de bain avec douche a radicalement changé la façon de faire sa toilette, puisque il est dès lors devenu possible de laver son corps, entièrement en une seule fois. Pour autant, cela ne signifie pas que la toilette partielle au gant ait totalement disparu. Même si celle-ci n'avait plus lieu dans la cuisine mais dans la salle de bain, la toilette partielle s'est maintenue chez de nombreux interviewés pendant plus ou moins longtemps et la douche quotidienne du corps entier ne s'est vraiment mise en place qu'une fois que les interviewés ont eu un logement autonome, parfois un peu sous la pression de l'épouse pour certains hommes, comme on le verra plus loin.

Ainsi le fait de disposer d'une salle de bain avec une douche ou une baignoire a bien modifié les pratiques en rendant le lavage du corps plus facile (accès à l'eau chaude, espace intime,...), mais cela n'a pas entraîné automatiquement le lavage entier du corps au quotidien. Les modifications des habitudes de l'hygiène de soi sont parfois progressives et interviennent autant du fait de changements matériels que de changements dans l'organisation du tissu relationnel, du tissu familial (mise en couple, ...).

2.2. Hygiène du chez soi

Les souvenirs d'enfance concernant l'hygiène du chez soi n'ont pas été faciles à mobiliser. Les enfants étaient peu impliqués dans les tâches ménagères, bastion très majoritairement féminin et maternel d'après les descriptions des interviewés. Les enfants étaient donc souvent des spectateurs lointains des activités de ménage et les souvenirs concernant les pratiques ménagères dans l'enfance sont donc souvent très vagues.

⁷ *Le Propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le moyen-âge.* Georges Vigarello, Seuil, L'Univers historique, 1958

2.2.1. Le ménage : activité des femmes, activité des mères

Il n'a pas été facile pour les interviewés de retrouver des souvenirs concernant les pratiques ménagères pendant l'enfance. Bien souvent, les enfants n'étaient pas associés au nettoyage de la maison et les garçons encore moins que les filles. Par ailleurs, dans la quasi-totalité des cas, c'était la mère de famille qui s'occupait du ménage, notamment lorsque les enfants n'étaient pas à la maison : c'est-à-dire lorsqu'ils étaient à l'école ou jouaient dehors.

Si les adolescents, et surtout les adolescentes, ont pu participer aux tâches ménagères, cela n'était globalement pas le cas des enfants... Qui eux, pouvaient en revanche participer aux travaux de la ferme, pour ceux qui venaient du monde paysan, et s'occuper notamment des animaux.

2.2.2. La propreté du chez soi : un enjeu en terme d'image, un marqueur social

Certains interviewés ont souligné l'enjeu de la propreté dans leur famille. La propreté de la maison renvoyait, ainsi à des enjeux de « *présentation* », et donc de « mise en scène », de « valorisation » de soi. Dans certaines descriptions la propreté est assimilée à une blancheur « immaculée » : la propreté du chez soi permet en quelque sorte de montrer aux autres un intérieur sans tâche, ce qui est finalement peut-être un peu le reflet des habitants du logement :

« A la maison, le... le gros du ménage, c'est de froter le plancher. Le plancher par terre, je me souviens, la brosse, on y allait avec... et on employait l'eau de Javel là.(...)Ah ouais... je me souviens de l'odeur de l'eau de Javel là... Ah ça, je me souviens de l'odeur hein... Les planchers, il fallait qu'ils soient blancs alors (...) C'était plutôt un titre de présentation : il fallait qu'ils soient propres, il fallait qu'ils soient blancs... »

Les signes de la propreté ont donc un sens par rapport aux autres, constituent un « *titre* » qui positionne les personnes dans le jeu social.

La visibilité de la propreté fonctionnait peut-être d'autant plus comme un « *titre* » dans les milieux modestes que les contraintes de logement, d'accès à l'eau, faisaient qu'elle n'était pas facile à obtenir. La propreté témoignait dès lors des efforts et de la volonté de celui qui, malgré des contraintes matérielles fortes, parvenait à éviter la saleté, la saleté renvoyant à une forme de déchéance. La capacité à être propre, à avoir un intérieur propre témoignait alors d'une volonté d'être digne, de bien « paraître » aux yeux des autres.

Inversement, dans les milieux sociaux aisés (où il y avait l'eau courante et aussi, parfois, des femmes de ménage, ...) on peut faire l'hypothèse que les signes de la propreté étaient à la fois nécessaires mais insuffisants pour se « distinguer » socialement : la visibilité de la propreté constituait une sorte de seuil minimal de mise en scène de soi qui ne suffisait pas à nourrir les stratégies de mises en scènes de soi. Dans les milieux sociaux modestes, les moyens financiers limités qui se traduisaient dans le mobilier, la structure de l'habitat mettaient peut-être ainsi particulièrement en lumière les signes de la propreté du « chez soi », qui constituaient de ce fait un outil de distinction sociale⁸ : l'habitat et le mobilier étaient modestes, mais la propreté rehaussait l'ensemble, constituait une sorte de « valeur ajoutée »⁹. A l'inverse, on peut penser que la « chute sociale » alliait modestie de l'habitat, des moyens, à la saleté, au désordre...

⁸ *La Distinction. Critique sociale du jugement.* Pierre Bourdieu. Edition de Minuit. Le sens commun. 1979

⁹ *La culture du pauvre. Étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre.* Richard Hoggarth, Edition de Minuit. Le sens commun. 1970

La propreté du chez soi constituait donc un marqueur de distinction sociale, mais peut-être aussi un marqueur de « normalité » au sens de l'acceptation de certaines normes sociales qui ont valorisé les signes de la propreté depuis sans doute la fin du Moyen-Age¹⁰.

2.2.3. L'eau : aussi un « produit » de nettoyage ?

Les souvenirs d'enfance auxquels les interviewés ont eu accès reflètent le fait que le nombre de produits ménagers accessibles à l'époque semblait relativement réduit et, en tout état de cause, était bien inférieur à ce qu'il peut être aujourd'hui. Parmi les produits utilisés pendant l'enfance des interviewés, c'est la Javel qui est le plus fréquemment cité. La Javel était surtout utilisée pour les sols semble-t-il, pour les nettoyer, voire les « blanchir »... La Javel était également utilisée dans les sanitaires, même à l'extérieur du logement. Hormis la Javel, très peu de produits sont repérés dans l'enfance

On repère en revanche que l'eau était aussi, dans certaines familles, un « produit » de nettoyage :

« On faisait les vitres avec du papier journal. De l'eau, et je ne sais pas si elle mettait quelque chose dans son eau... mais oui, avec du papier journal. On n'avait pas de produit en « pschitt pschitt. »

2.2.4. La vaisselle : une pratique courante, mais sans produit ?

En ce qui concerne la vaisselle, aucun souvenir de produit détergent n'émerge des souvenirs de l'enfance en ce qui concerne les interviewés de plus de 55 ans. Certains ont le sentiment que l'on ne nettoyait pas tout en matière de vaisselle et qu'il n'y avait peut-être même pas de produit « manufacturé » pour faire la vaisselle dans les années 40 et 50 :

« Je ne peux pas vous donner de précisions... Mais, je sais... je ne suis pas sûre qu'il y ait eu un dégraissant ! On faisait ça à l'eau bouillante... On faisait bouillir de l'eau... parce qu'il n'y avait pas l'eau bouillante... Je me souviens que c'était toujours un peu gras »»

« Ah et on nettoyait aussi avec de la cendre (...) l'évier (...) »

Une personne s'est ainsi souvenue de l'utilisation de la cendre, mais la plupart ne se remémorent aucun produit, et n'a pas non plus le sentiment que la vaisselle pouvait être faite avec du savon de Marseille... Pas de souvenirs de mousse ou de souvenirs d'odeurs : les enfants étaient peu impliqués dans le processus de vaisselle d'où le manque d'éléments... Mais il se peut aussi qu'effectivement, dans certaines familles, la vaisselle ait été faite uniquement avec de l'eau chaude...

2.2.5. Le non-nettoyage assumé de certains ustensiles

Par ailleurs, en termes de vaisselle ou d'ustensiles, tout n'était pas forcément nettoyé d'après les interviewés. Ainsi, dans certaines familles on considérait qu'il y avait des éléments qui ne se lavaient pas et qui ne devaient pas l'être (sous peine d'altérer la cuisson ou la préparation des aliments ou boissons qu'ils contenaient habituellement). Le « non-nettoyage » de ces objets ne relevait donc pas d'une contrainte, d'une absence de produit, mais d'un choix, voire d'une exigence qualitative :

¹⁰ *Le Propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le moyen-âge* Georges Vigarello

« Ce qu'on ne nettoyait pas, à cette époque-là, c'était les cafetières. Je me souviens qu'il fallait qu'elles soient culottées, disait-on. »

Dans certains cas, le propre était l'ennemi du bien pourrait-on dire, et le nettoyage n'était pas vu comme une plus value.

2.2.6. Les sols et les surfaces : l'eau et la Javel émergent prioritairement des souvenirs

Le produit de nettoyage des sols le plus présent dans la mémoire des interviewés concernant leur enfance est invariablement l'eau de Javel. Néanmoins, le « simple » balayage des sols, le « balayage à l'eau » ou encore le « nettoyage à l'eau » semblaient répandus.

Le fait est que la nature des sols (parquet, carrelage, plancher de bois brut, briques) induisait fortement telle ou telle pratique. Par ailleurs, au travers des souvenirs des interviewés on repère que, selon les familles, la fréquence du nettoyage était plus ou moins élevée, à la croisée des contraintes du logement, du mode de vie (ferme ou appartement en ville), mais aussi sûrement du profil « psychologique » des ménagères :

« On balayait, on passait un peu d'eau pour ne pas faire trop de poussière.(...) On n'avait que du carrelage. Les chambres c'est pareil on les lavait qu'une fois par semaine avec de l'eau de Javel. (...) moi, j'ai vu que ma mère... elle balayait... elle balayait simplement avec un balai du temps... vraiment, du temps parce qu'au sol, il y avait un espèce de... des espèces de briques hein... qu'elle machinait... Mais, je ne l'ai jamais bien vue faire le ménage ou quoi que ce soit ... »

« Tous les 15 jours peut-être... elle passait la serpillère, puisque c'était vernis... A l'époque, on faisait bien les parquets très vernis mais, juste avec de l'eau. On nous avait bien dit « Il ne faut pas mettre de produits etc, ça attaque... (...) et autrement... puisque le carrelage, c'était toujours l'eau de Javel ! Ah chez nous ça sentait l'eau de Javel »

Notons également, plutôt dans les familles urbaines, même ouvrières, la présence de produits pour faire briller les meubles et les parquets. La cire et l'encaustique (mélange de cire et d'essence de térébenthine) sont cités pour les sols et aussi les meubles :

« Il y avait une grande table dans la salle à manger, qui prenait toute la place et, elle était cirée aussi ! Si jamais cette... on faisait des tâches dessus, alors là, c'était le... le... c'était vraiment, le crime... Mais enfin bon, moi... moi, je vois toujours ma mère avec un chiffon à la main. Elle était tout le temps en train de nettoyer ou alors, elle passait l'éponge par terre, aussi... Et ça, c'était vraiment...(...) Elle mettait aussi l'encaustique. »

On peut faire l'hypothèse qu'au sein des catégories sociales modestes, il y avait en réalité des sous-groupes dont les différences de revenus avaient un impact fort sur l'habitat et le mobilier. Certaines familles valorisaient essentiellement la propreté des sols, peut-être parce qu'elles n'avaient pas les moyens d'avoir des meubles dignes d'être cirés. Ainsi parmi les familles modestes il y avait ceux qui avaient un buffet ou une table à valoriser par le cirage, et ceux qui n'avaient que la blancheur d'un plancher en bois brut à mettre en avant. La propreté parfaite serait l'outil minimal des stratégies de mise en scène de soi du « pauvre », la « brillance » constituant ainsi un second niveau, qui s'ajoute à la propreté, et qui valorise encore plus le « chez soi » et ceux qui l'habitent.

2.2.7. L'air intérieur dans les logements : très peu de pratiques de désodorisation, mais l'usage de produit désinsectisants

On note une quasi absence d'opérations de désodorisation ou de parfumage de l'air intérieur dans les souvenirs d'enfance des interviewés, et ce quels que soient leur date de naissance et le type d'habitat où ils ont passé leur enfance. Hormis quelques feuilles d'eucalyptus posées sur le poêle chaud pour enlever les odeurs de cuisson chez l'une des personnes interviewées, rien n'a pu être repéré au cours des entretiens qui constitue une vraie habitude de désodorisation ou de parfumage. Seuls ceux qui sont nés à la fin des années 60 ont connu les bombes désodorisantes dans leur enfance, surtout utilisées dans les toilettes.

Des pratiques d'aération du logement sont repérées dans l'enfance, et ceux qui vivaient en milieu rural et notamment dans des fermes notent que la porte de la maison était souvent maintenue ouverte, en journée, dès qu'il faisait beau. Au-delà de l'aération, rien n'était fait chez la plupart des interviewés pour désodoriser, parfumer ou « assainir » l'air, même pour lutter contre les microbes, etc (comme on peut le voir dans certains messages publicitaires aujourd'hui qui promettent de lutter contre les microbes, les bactéries, les germes, ...).

Enfin, les interviewés ne rapportent pas d'inquiétudes particulières sur la qualité de l'air intérieur, en termes de « composés organiques volatils » par exemple, dont on ne connaissait pas l'existence dans les années 40 ou 50. En revanche, certains ont évoqué les risques de contamination du fait de la présence de malades dans la maison (plusieurs interviewés ont eu des parents ou membres de leur fratrie concernés par la tuberculose). Ainsi, on aéraït les logements, on séparait les malades des bien portants, voire on confinait les malades, mais il n'y avait pas, d'après les interviewés, de pratiques particulières sur la qualité de l'air intérieur en termes d'assainissement.

A l'inverse, on repère des pratiques de lutte contre les insectes dans le logement, avec la suspension de rubans enduits de colle (pour attirer les mouches) ou encore avec des pulvérisations pour lutter contre les moustiques ou d'autres insectes rampants, avec des produits qui semble-t-il avaient une odeur désagréable, dont certains sont interdits aujourd'hui, comme le DDT :

« Dès qu'il y a eu les produits contre les mouches, elle les utilisait, pour les fourmis, les scarabées, ça puait, je me souviens je sortais dehors ! (...)

« On mettait du DDT en poudre. On le mettait sur les parquets. Je ne me souviens pas de l'odeur par contre. »

« Un peu les mêmes produits : ma mère commençait à utiliser les produits pour les mouches, alors qu'à la ferme elle n'utilisait que le Flytox. »

Il est difficile de savoir si ces pratiques étaient fréquentes, régulières et si les doses utilisées étaient importantes, mais l'été semblait une saison particulièrement propice aux pratiques de désinsectisation.

On notera également dans certaines fermes l'utilisation de pulvérisation anti-insectes, et notamment anti-moustiques, sur les murs à l'intérieur des étables. Il semble que les personnes devaient rester le moins possible dans l'étable pendant cette pulvérisation, mais les interviewés n'ont pas pu nous dire de quel produit il s'agissait.

Enfin, on notera que chez l'un des interviewés de moins de 40 ans, qui a fait récemment des travaux chez lui, de la peinture insecticide a été posée dans toutes les pièces hormis la chambre à coucher. En été, les moustiques sont attirés par le plafond, où ils vont se poser avant de tomber peu après, morts, au sol. Cette peinture ne dégage aucune odeur particulière et ne nécessite apparemment aucune technique d'aération particulière, enfin elle est décrite comme très efficace par l'interviewé concerné...

2.2.8. Lessive et changement de linge : le temps de la lessiveuse...

Les personnes de 55 ans et plus ont vécu leur enfance à une époque où les lave-linges électriques n'avaient pas encore investi les foyers et, qui plus est, dans des logements où il n'y avait pas toujours d'eau courante, et encore moins à d'eau chaude courante. De ce fait, la lessive impliquait d'importantes manipulations qui ne se faisaient pas quotidiennement et qui impactaient le changement de vêtements et de linge de corps. Certaines mères lavaient entièrement le linge à la main, mais il semble que beaucoup utilisaient une lessiveuse, où le linge était mis à bouillir dans de l'eau savonneuse. Il fallait ensuite néanmoins rincer le linge à la main. Les lessiveuses ont très souvent été citées dans les entretiens : de tailles variables, elles étaient posées sur les fourneaux ou la gazinière, emplies d'eau que l'on mettait à bouillir. Du savon était ensuite mis dans l'eau bouillante (sous forme de paillettes ou de poudre). Le linge bouillait ainsi avec le savon et il était remué dans l'eau, régulièrement. Le lavage était ainsi une opération à la fois longue et difficile manuellement, du fait du poids de la lessiveuse, de l'eau bouillante... Et le rinçage s'effectuait de toute façons en « plus » à la main et à part, hors lessiveuse, de même qu'un éventuel prélavage :

« (On changeait de linge personnel) une fois par semaine. (on le lavait) dans une grande lessiveuse en zinc, là... elle faisait bouillir le linge... le linge blanc, les maillots de corps et tout... C'était la lessiveuse (...) oui, c'est vrai qu'il y avait la lessiveuse sur le fourneau... (...) On le faisait tremper (le linge)... ben de toute façon, on le mettait à froid dans cette lessiveuse et puis, on faisait chauffer... alors donc, il trempait quand même un certain temps et puis ensuite, on attendait que ça refroidisse un tout petit peu pour le manipuler, je crois bien hein... Elles attrapaient ça avec un bâton... je revois ça... Et puis, elles le rinçaient... à l'eau courante hein... quand même... Là, il y avait l'eau courante... »

« Mon père, il... il faisait tremper les draps... enfin... Je crois qu'il les faisait tremper... et après, il avait une brosse de chiendent, il... il les frottait à la brosse... ça et mes mouchoirs, qui n'étaient pas marrants à laver... Et puis... et puis après, on faisait bouillir... Ma mère mettait tout ça dans une lessiveuse et puis... Il faut dire que ma mère, elle avait été élevée à la campagne et elle, elle lavait à la... au lavoir... Et après... après, on mettait dans la lessiveuse, on faisait bouillir. Donc, elle a continué ça jusqu'à ce qu'ils... je crois... qu'ils achètent une machine à laver... »

Plus tard, dans les années 70, certains urbains ont utilisé des laveries automatiques présentes en ville, mais cela n'a concerné qu'une minorité d'interviewés :

« Mais ma mère allait dans une laverie par contre, pour laver certaines choses. Mais on utilisait toujours de la poudre, il y avait un distributeur. »

En tout état de cause, l'utilisation de la lessiveuse, qui nécessitait un temps considérable était largement le fait des femmes, des mères le plus souvent au foyer...

2.2.9. Propreté dure et propreté molle : de l'amidonage à l'adoucissant

Les souvenirs d'enfance des interviewés les plus jeunes évoquent l'usage d'autres produits, plutôt chez les urbains : assouplissant, et encore l'amidon... Les années 70 marquent ainsi peut-être une étape voire une frontière entre l'abandon de la rigidification de certaines parties des vêtements (amidonnage), et la recherche de douceur et de souplesse du linge, qui accompagne dès lors la recherche de propreté. Mais à une certaine époque, on pouvait dans la même famille « amidonner » certains vêtements, et utiliser de l'assouplissant pour d'autres :

« (Elle utilisait) de la Soupline. Et elle amidonnait les cols et les poignets de chemises, pour mon père. »

Au-delà de la propreté, il serait intéressant d'explorer plus avant ce passage d'un modèle où la tenue du linge est associée à sa rigidité (et à ce que cela pouvait renvoyer au plan symbolique en termes de respect d'un certain « ordre »), au modèle où le linge doit avant tout être souple et confortable, en plus d'être propre. On est passé en quelque sorte d'une propreté « dure » (obtenue en faisant notamment bouillir le linge et parfois en l'amidonnant) à une sorte de propreté « douce », molle et souple, où le linge n'est plus bouilli, plus amidonné...

Soulignons néanmoins que les pratiques d'amidonnage semblaient davantage réservées aux employés qu'aux ouvriers et agriculteurs, qui avaient eux, des activités manuelles et des vêtements de travail qui n'exigeaient pas de « raideur ».

2.2.10. L'arrivée des serviettes hygiéniques : plus pratiques, mais pas forcément ressenties comme plus hygiéniques

On soulignera un aspect particulier du lavage du linge pour les femmes ayant vécu leur adolescence avant ou au début de la mise sur le marché de serviettes hygiéniques. En effet, les jeunes femmes lavaient elles-mêmes ou faisaient laver par leurs mères les carrés de tissu en coton qui étaient utilisés comme protection. Le passage du tissu à laver à la serviette jetable a constitué un progrès pour les femmes en termes de confort et de praticité pour l'habillement mais aussi en termes de charge de travail en moins. En effet, plusieurs interviewées ont décrit de longues séances de trempage des linges de protection et un lavage au savon et parfois à l'eau de Javel. En revanche, nous n'avons pas recueilli de discours qui auraient montré que les serviettes étaient jugées plus « propres » ou plus « hygiéniques » que les tissus». L'ancien « système » de protection était vécu comme contraignant mais pas comme sale :

« C'est comme les serviettes hygiéniques : étant jeune, je n'avais pas de serviettes hygiéniques. Donc on lavait aussi... voilà (...) On faisait bouillir, voilà. Et quand les serviettes hygiéniques sont arrivées, on ne les trouvait qu'en pharmacie. C'était des Ruby, je m'en rappelle, et c'était très cher. Donc on ne mettait pas ça tout le temps, mais quand on sortait, qu'on allait chez quelqu'un... Je me rappelle, quand on sortait un peu, qu'on se disait qu'on allait en acheter quand même. Parce que c'est plus pratique. On dirait ça maintenant aux jeunes... Il y a eu une évolution d'un seul coup... (Avant) on ne se sentait pas sale, on se sentait moins à l'aise, physiquement, c'était moins agréable, mais ce n'était pas pour cela que... Et puis ça faisait du travail surtout. Parce qu'il fallait faire bouillir, il fallait laver... C'était très compliqué et on n'était pas bien, parce qu'avec le tissu il fallait les attacher à la culotte, ce n'était pas pratique du tout... il fallait que ça soit bien collé, si ce n'était pas bien mis, c'était moche : on ne mettait pas de pantalon, on évitait. Pour nous, ça a été un peu une liberté, pour sortir. Je me rappelle, ce n'était pas forcément sortir le soir : le samedi après-midi on allait se promener un peu avec les copains, on mettait ça parce qu'on était plus à l'aise. On n'avait pas à se dire : pourvu que... »

L'arrivée de la serviette hygiénique diminue ainsi la charge de lessive pour les femmes, mais n'a pas forcément été perçue par les femmes comme un moyen d'avoir plus d'hygiène, d'être plus « propres ». La propreté devenait plus simple à obtenir, mais il n'y a pas eu de progrès dans la propreté au sens où l'on échapperait davantage aux microbes, risques d'infection, ou même mauvaises odeurs, etc...

2.3. L'hygiène personnelle

Les souvenirs d'enfance liés à l'hygiène de soi sont bien plus nombreux et les interviewés ont eu moins de mal à les explorer.

Il y a peu d'éléments de ces souvenirs d'enfance qui permettent de comprendre les liens qui pouvaient être faits par leurs parents entre l'hygiène de soi et les signes d'appartenance sociale... Quelques verbatims laissent néanmoins transparaître l'idée que l'hygiène de soi était plus poussée ou « raffinée » selon son appartenance sociale, les « urbains bourgeois » étant au sommet de cette hiérarchie.

2.3.1. Le bain : réservé aux jeunes enfants

D'après les souvenirs d'enfance des interviewés âgés de plus de 55 ans, la toilette du corps était fortement contrainte par l'accès compliqué à l'eau et il semble ainsi que pendant les années 40 et 50 seuls les enfants prenaient régulièrement des bains, du moins dans les milieux modestes, ouvriers ou paysans, où il n'y avait le plus souvent ni baignoire ni douche ni salle de bains. La toilette au gant, à l'évier, constituait la norme, invariablement accompagnée du savon de Marseille, qui servait aussi d'ailleurs à l'entretien du linge. Pour les cheveux la plupart des interviewés ont cité le savon de Marseille et également, très souvent, le shampoing DOP, vendu alors en flacon ou en dosettes.

Le lavage du corps entier, dès la pré-adolescence, se faisait ainsi très au gant et, souvent, à un rythme hebdomadaire, même si une toilette partielle quotidienne était pratiquée et ce, notamment par les femmes.

Quelques urbains ont utilisé les bains-douches pendant leur adolescence, mais cela concerne une minorité d'interviewés :

« (Le bain était pris dans un baquet) ils la faisaient chauffer et puis, on mettait dans une grande cuvette hein... Je m'en souviens hein... On se lavait à deux dedans des fois... C'était... et, le savon, c'était le même savon que quand on faisait la lessive. »

« On se lavait avec un gant de toilette, et de temps en temps j'allais prendre des douches payantes aux Bains-Douches, quand j'étais adolescent. Mais petits, on se lavait à l'évier ou dans une bassine, avec du savon de Marseille. »

« On se lavait la tête, ça c'est sûr se laver la tête, on ne se lavait pas la tête tous les jours hein (...) Toutes... toutes les semaines, oui... »

« On se lavait une fois par semaine. On faisait chauffer l'eau et on se lavait dans un baquet avec du savon de Marseille.(...) On avait les shampoings Dop. Ma mère avait vécu 5 ans à Paris, elle avait été placée, comme beaucoup de filles de familles paysannes, donc elle avait quand même appris pas mal de choses. C'était donc probablement plus évolué chez nous que dans beaucoup d'autres fermes. (On avait) du dentifrice, des savonnettes, du shampoing Dop, par exemple. Je pense que l'on avait certaines choses un peu plus « raffinées » grâce à ma mère. (...) elle aimait ce qui était beau, ça faisait jaser d'ailleurs (...). En hiver, la douche, c'était une fois par semaine, et le shampoing, tous les 15 jours. C'est ce que ma mère nous faisait faire. »

Dans le discours des interviewés, rien n'indique que leurs parents estimaient que ces pratiques de toilette étaient insuffisantes. Les interviewés se sentaient propres, et apparemment leurs parents aussi se sentaient dans un état de propreté satisfaisant... Même si les pratiques des interviewés ont changé depuis cette époque, rétrospectivement, ils ne considèrent pas qu'ils étaient sales pendant leur enfance ou moins propres qu'aujourd'hui :

« À la bassine ! Ma mère faisait chauffer de l'eau dans cette chaudière, elle nous savonnait, au savon de Marseille, et elle nous rinçait. (...) elle aimait bien qu'on soit propres : deux fois par semaine. »

« Je suis allée en vacances chez une dame, et pareil, il y avait le baquet, on faisait chauffer l'eau et on rigolait, on était plusieurs. Ce sont des bons moments, quoi ! C'est incroyable, ça aussi, l'évolution qu'il y a eu, on ne peut se passer d'au moins une douche par jour, sinon deux, des fois. (...) Et pourtant, je ne pense pas qu'on était sales, (...) je ne me suis jamais vue sale. Je ne pense pas. Le déodorant n'existait pas. C'était une autre façon de... non, je n'en ai pas souffert d'être élevée comme ça. »

Quelques interviewés ont connu des aménagements du logement réalisés par un membre de la famille qui ont permis de prendre des douches et de sortir de la « toilette à l'évier », mais cela demeure exceptionnel chez les interviewés dont les parents étaient ouvriers ou agriculteurs, qui n'ont connu aucune installation de bain ou douche chez eux durant leur enfance ou adolescence :

« Et puis après, on a créé une douche dans le WC. On mettait... on abaissait un plancher ... On s'était fait un plancher, on abaissait le plancher puis, on avait mis une douche... (...) Vous savez, tout le monde pouvait se prendre la douche hein... Bon, l'eau n'était pas tout le temps bien chaude mais... (...) Ouais, c'était de l'eau froide, là. Au départ, c'était de l'eau froide (rires)... C'est pour ça qu'on ne restait pas... ma mère nous disait : Comme ça, vous ne resterez pas trop longtemps sous la douche !... »

Ainsi, globalement le bain comme lavage du corps entier était réservé aux enfants dans les catégories sociales modestes et il se prenait dans une grande bassine ou un baquet : préadolescents, adolescents et adultes se lavaient, eux, devant l'évier (ou avec une bassine pour ceux qui n'avaient pas l'eau courante chez eux) la totalité du corps à un rythme hebdomadaire pour la plupart. Une toilette partielle (plus ou moins étendue) était effectuée à un rythme quotidien, les cheveux étant globalement lavés à un rythme hebdomadaire.

2.3.1.1. La toilette quotidienne : une toilette partielle

Pour les plus de 55 ans issus de milieux modestes, la toilette quotidienne était faite à l'évier, parfois à l'eau froide, puisqu'il n'y avait pas toujours d'eau chaude dans les logements et qu'il fallait en conséquence la faire chauffer, ce qui prenait du temps. Par ailleurs, le temps était d'autant plus contraint que cette toilette à l'évier se faisait bien souvent dans la cuisine. La cuisine servait ainsi de « salle de bains », pour les différents membres de la famille, qui l'utilisaient à tour de rôle, afin de ne pas exposer leur nudité aux différents membres de la famille. Pendant la toilette de l'un les autres attendaient dans d'autres pièces, souvent les pièces à dormir ou encore ils étaient dehors, déjà partis pour le travail, etc.. Il n'était dès lors pas possible, pour ces raisons d'espace très contraint, de consacrer beaucoup de temps à l'activité de toilette :

« Le père partait très tôt au travail donc, il n'était plus là quand... quand je faisais ma toilette... J'étais toute seule hein... Alors, bon, j'étais fille unique donc, ça simplifiait un petit peu le problème hein... Ça, c'était tous les jours, oui. »

Notons que ce rituel était à la fois très ancré dans les habitudes familiales et avait même un caractère « obligatoire », malgré les réticences de certains enfants qui auraient éventuellement souhaité omettre cette étape dans la semaine :

« On mettait de l'eau dans un baquet et on se lavait au savon de Marseille, toutes les semaines. Le reste du temps on faisait la toilette à l'évier, tous les soirs, au gant et au savon. C'était obligatoire. »

« Avant d'aller à l'école, on se lavait au lavabo comme ça hein... et tout... Et... et tous les deux, trois jours (...) on sortait la cuvette pour se laver les pieds, pour se laver un peu partout. »

D'après les souvenirs des interviewés, la toilette à l'évier semblait être faite avec du savon de Marseille, ou simplement à l'eau froide pour certains :

« On se lavait... on se lavait... de temps en temps, on avait de l'eau chaude mais, c'était rarissime... Mais, on se lavait à l'eau froide »

Derrière cette pratique de toilette partielle largement partagée et qui concerne à minima le visage, on distingue des variations. Les femmes ont souvent souligné pendant les entretiens que le lavage quotidien incluait les parties génitales, contrairement aux hommes :

« Et maman, c'était le savon de Marseille. (La toilette quotidienne) c'était... l'expression de maman : c'était le « museau » et la « minouchette »... ça, c'était tous les jours... »

« Ah ben, le... le visage, les bras... la poitrine, le siège... enfin voilà quoi ! »

A l'inverse, certains hommes ont indiqué que la toilette partielle n'était en réalité effectuée que « *de temps en temps* » ...

Chez les hommes, le rasage qui démarre à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte n'est pas forcément associé à un geste de toilette, de lavage. En effet, parmi les hommes interviewés, quelques uns ont commencé à se raser de manière mécanique avec un rasoir manuel du savon à rasage, mais beaucoup ont rapidement abandonné cette pratique (suite notamment à des coupures, des blessures) au profit du rasage électrique. De ce fait, le rasage n'était pas du tout obligatoirement associé à l'usage de l'eau et du savon et ne constituait pas un geste de « nettoyage » : en fait de toilette quotidienne, certains hommes se limitaient au rasage et le lavage du visage à l'eau était réalisé à un rythme aléatoire. Par ailleurs, aucun des hommes interviewés ne mettaient aucun produit sur la peau après le rasage.

Il apparaît donc que, globalement, les femmes de notre échantillon se lavaient plutôt plus que les hommes.

2.3.2. Le lavage des mains : nécessaire, mais seulement pour enlever la « saleté visible »

Au-delà de la toilette quotidienne, la question des autres pratiques de nettoyage corporelles quotidiennes a été posée. Le lavage des mains apparaît comme l'autre geste important et habituel de nettoyage.

Si certains disent avoir pris très tôt l'habitude de se laver les mains avant de passer à table, ou encore de se laver les mains après avoir été aux toilettes, cela n'est pas le fait de la majorité : il n'y avait pas forcément d'exigences familiales à cet égard et pas de craintes particulières concernant les « microbes » ou tout autre élément pouvant entraîner ou favoriser l'apparition de maladies. Loin de la logique « pasteurienne », le lavage des mains était, dans certaines familles, considéré nécessaire lorsque celles-ci étaient sales, la saleté étant définie comme quelque chose de visible. Ainsi, le fait d'avoir joué dans la terre notamment et d'avoir les mains plus ou moins noircies ou tâchées impliquait un lavage. A l'inverse, sans « saleté » visible à l'œil nu, le lavage des mains n'était pas considéré comme indispensable.

Au-delà des préconisations familiales, on observe que le message sur le lavage des mains pour se débarrasser de la « saleté invisible » n'était pas non plus la norme dans les établissements scolaires. Dans l'enfance de ces interviewés, qui sont notamment issus de milieux ouvriers et agriculteurs, le lavage des mains n'était pas un passage obligé, tant que la saleté n'était pas repérable à la vue, ou éventuellement à l'odeur, et la crainte des contaminations n'existait pas ou était moindre :

« On ne parlait pas de se laver les mains avant de manger par exemple. »

« A midi, on mangeait à l'école. Demi-pensionnaire, on appelait ça. Non, je ne vois pas qu'on nous faisait nous laver les mains. C'est pour cela, qu'avec le recul, les microbes, ça devait y aller. Quand on allait aux toilettes, tout ça : on ne se les lavait pas pour manger, et après on traînait dans la cour, c'est vrai qu'on ne se lavait pas les mains à l'école. »

Pour quelques uns des interviewés, appartenant à des milieux relativement aisés (médecins, industriels), le lavage des mains est présenté comme plus fréquent avant les repas, mais ne semble pas non plus une norme pour tous. Là encore, la crainte des microbes, des dangers éventuellement associés à la « saleté invisible » semblait relativement faible.

2.3.3. Le brossage des dents : une pratique faible pendant l'enfance

Le brossage des dents, dans les souvenirs des personnes de plus de 55 ans, est relativement absent ou du moins très limité pendant l'enfance. Ce n'est qu'à la préadolescence que cette pratique s'installe véritablement, mais plutôt le matin, avant de partir au collège, au travail... A l'inverse, chez les moins de 50 ans, le brossage des dents semble avoir commencé dès l'enfance et il pouvait être réalisé le soir avant le coucher ou le matin. En tout état de cause, le brossage des dents après chaque repas n'existait pas chez les interviewés les plus âgés de notre échantillon.

On observe, là aussi, un fort effet générationnel : le brossage des dents n'était pas une pratique habituelle de l'enfance pour les plus âgés des interviewés et si elle existait, elle pas forcément quotidienne, alors qu'elle s'est peu à peu banalisée aux périodes suivantes :

« À l'époque je ne me lavais pas les dents : j'ai commencé vers 18-19 ans (...) »

« Les dents, je ne sais pas ... On avait du dentifrice ? Ce n'était pas 3 fois par jour... On se lavait les dents le matin, je ne me rappelle pas que le soir, qu'on nous fasse se relaver les dents. Et puis les dents, c'était quand j'étais plus grande parce, que toute petite... »

Notons cependant que tous les interviewés associent le brossage des dents à l'usage de dentifrice.

Là encore, on observe sur les quelques personnes issues de milieux aisés, urbains que le brossage des dents était plus intégré aux pratiques quotidiennes.

2.3.4. Au-delà du lavage, les autres produits du soin de la peau, pendant l'enfance

Pour les interviewés ayant aujourd'hui plus de 55 ans, il n'y avait quasiment aucun produit qui soit utilisé pour la peau ou les cheveux, hormis le savon et le shampoing : aucun produit n'était utilisé pour l'hydratation de la peau, la déodorisation ou le parfumage.

Hiver comme été, aucune crème n'était utilisée, pendant l'enfance ou l'adolescence, sur le visage ou sur les mains, et ce même en cas de grand froid, pour éviter les gerçures.

De même aucune pratique de parfumage, habituelle ou exceptionnelle n'est repérée. Ce n'est que bien plus tard, globalement après 20 ans que certaines femmes ont commencé à se parfumer, et pour certaines à en faire une habitude quotidienne.

Enfin, on soulignera que les pratiques de maquillage sont rares voire inexistantes pour les femmes de cette génération à l'adolescence : les rares femmes à s'être maquillées à la fin de l'adolescence (dans les années 60) citent surtout le rouge à lèvres.

En revanche, les femmes nées dans les années 60, semblent s'être davantage maquillées à l'adolescence, une pratique qui s'est parfois confirmée et affirmée à l'âge adulte :

« Si, peut-être là (fin de l'adolescence), je commençais à mettre un peu le fond de teint... Oui, à partir de ce moment-là...(...) je vais dire de temps en temps... mais... C'est après, que c'est devenu tout le temps (maquillage des yeux et de la bouche). Le fond de teint, c'est occasionnel. »

Ces pratiques de maquillage n'entraînaient pas pour autant des pratiques de démaquillage : le lavage du visage restait le même, malgré ces pratiques de maquillage.

On retrouve sur ce thème un effet « générationnel » semble-t-il : les pratiques de maquillage étaient beaucoup moins habituelles chez les femmes nées dans les années 40 ou 50, et pour la plupart de celles que nous avons rencontrées, ces faibles pratiques se sont maintenues à l'âge adulte. On peut faire l'hypothèse que les femmes se maquillaient cependant davantage dans certains milieux urbains, plus aisés et plus « à la mode ».

De même, pour les personnes plus âgées de notre échantillon, il n'y a eu aucune utilisation de protection solaire pendant l'enfance : celles qui habitaient à la campagne et qui passaient beaucoup de temps à l'air libre, hors de la maison, n'utilisaient rien de particulier, et les urbains (les plus jeunes) qui sont partis à la mer, en été, pendant leur enfance ne se protégeaient pas non plus. L'usage des crèmes de protection solaire semble ainsi avoir concerné quelques unes des personnes de notre échantillon, mais plutôt celles qui sont nées dans les années 60.

Enfin, aucun des interviewés ne se souvient d'avoir utilisé des déodorants au moment de l'adolescence, ni même de l'eau de Cologne (ou assimilé) pour lutter contre les odeurs corporelles.

On ne repère d'ailleurs aucune stratégie spécifique pour lutter contre les odeurs corporelles chez les interviewés, à l'époque de leur adolescence, hormis les pratiques de toilette. Ce n'est qu'après 20 ans que quelques unes des femmes commencent à utiliser un peu de parfum occasionnellement, puis plus ensuite régulièrement.

Les hommes de plus de 60 de notre échantillon ne se sont jamais parfumés.

2.4. Les pratiques alimentaires de l'enfance et de l'adolescence : lait cru, fruits et légumes au menu dans les années 40 et 50.

Interrogés sur les pratiques alimentaires familiales connues au moment de l'enfance et de l'adolescence, la totalité des interviewés, à l'exception de la personne la plus jeune de notre échantillon, née dans les années 80, a déclaré « *manger de tout* ».

Ceux qui habitaient à la campagne ou dans les fermes ont facilement et régulièrement consommé des fromages au lait cru pendant leur enfance. Ceux dont la famille avait une ferme buvaient également souvent le lait cru, parfois immédiatement après la traite, encore chaud. Cette consommation de « *lait bourru* » si elle n'était pas quotidienne semble avoir été relativement régulière pour certains interviewés. Dans certaines familles, alors qu'il existait une consommation régulière de fromages au lait cru, le lait en revanche était bouilli avant d'être consommé.

Enfin, les interviewés ont pratiquement tous eu une alimentation où la présence des légumes était quotidienne. Légumes de saison et souvent légumes du potager pour tous ceux qui en avaient un (y compris certains urbains qui avaient un jardinet accolé à la maison de ville) composaient l'ordinaire : carottes, choux, poireaux, haricots verts... Les fruits étaient également présents dans l'alimentation, selon la saison. Enfin, tous consommaient régulièrement de la viande, mais pas forcément du poisson, beaucoup plus rare dans l'alimentation habituelle semble-t-il.

Les repas étaient toujours préparés par la mère et étaient toujours « faits maison ». Les interviewés disent avoir toujours eu une alimentation variée et équilibrée et n'avoir pas vraiment eu de difficultés avec l'alimentation pendant leur enfance ou leur adolescence : dégoûts, allergies, ...

Seule la plus jeune des personnes interviewées (moins de trente ans au moment de l'entretien) a affirmé avoir eu une alimentation déséquilibrée pendant son enfance (beaucoup de charcuterie, absence de légumes, ..), cause d'après elle d'un problème de surpoids pour elle-même et plusieurs membres de sa famille... A l'inverse, aucune des personnes interviewées ayant plus de 55 ans au moment de l'entretien n'était ou n'avait été concernée par un problème de surpoids dans son existence.

2.5. Etat de santé pendant l'enfance et l'adolescence

Les personnes interviewées ont déclaré avoir été, globalement, en très bonne santé pendant leur enfance et leur adolescence. Hormis les maladies de la petite enfance, aucune n'a connu de problème sérieux. Un bon état de santé qui semble s'être prolongé à l'âge adulte pour la plupart des personnes interviewées. Au-delà de 50 ans néanmoins, quelques uns ont rencontré des problèmes de santé (pathologie cardiaque, autres cancers).

En revanche, on repère que plusieurs interviewés ont eu, pendant leur enfance, des proches atteints de pathologies graves et tout particulièrement de la tuberculose. Le traitement de cette maladie a pu imposer des périodes d'éloignement avec le parent concerné (envoyé en sanatorium, à l'hôpital, etc...). Dans les souvenirs des interviewés, la tuberculose est ainsi davantage associée à la douleur de la séparation, à la crainte de la perte du parent qu'à l'apparition d'une peur concernant les contaminations possibles, ou à la mise en place de stratégies d'hygiène, de nettoyage particulières.

Enfin, aucune allergie dermatologique ou respiratoire n'a été repérée pendant l'enfance et plusieurs interviewés se sont décrits eux-mêmes comme ayant eu une « *santé de fer* » avant d'être atteints par une hémopathie lymphoïde... Ce qui leur a souvent semblé choquant et surprenant, alors qu'ils ont le sentiment d'avoir toujours été « *solides comme un roc* » : ils sont nombreux à trouver absurde que ce type de pathologie les concerne aujourd'hui alors qu'ils ont bénéficié d'une très bonne santé tout au long de leur existence et qu'ils ont le sentiment d'avoir eu une hygiène de vie saine... Les femmes interviewées n'ont jamais fumé dans leur grande majorité et si quelques hommes ont fumé au début de l'âge adulte, la plupart a cessé de fumer ensuite.

En revanche, plusieurs interviewés ont tenu à nous parler de la souffrance psychique, morale, aiguë qu'ils ont pu éprouver à certaines périodes de leur existence, et notamment durant leur enfance. Manifestement, ce sont des souffrances dont ils ont peu l'habitude de parler et qu'ils ont décidé d'exprimer lors de notre entretien, relativement long et approfondi. Absence prolongée d'un parent, sentiment d'abandon par un parent, décès d'un parent, ou alors, beaucoup plus tard, décès d'un enfant, rupture avec un conjoint, sont des événements douloureux qui ont souvent été évoqués comme étant à l'origine de vives souffrances morales, que les personnes mettent en lien avec l'hémopathie lymphoïde dont ils sont atteints.

Les interviewés, et notamment les plus âgés de notre échantillon, se décrivent ainsi souvent comme des personnes ayant eu une très bonne santé « physique », mais expriment en parallèle une souffrance psychique qui a pu être très lourde à porter, à un moment donné de leur existence, et ils ont relativement insisté pour exprimer cette idée pendant l'entretien ou à la fin de l'entretien, comme un élément dont il fallait tenir compte, même s'il ne faisait pas partie des objectifs de cette étude.

3. LES PRATIQUES D'HYGIENE DE SOI ET DU CHEZ SOI APRES LA PRISE D'AUTONOMIE

La prise d'autonomie des interviewés s'est faite à des âges variables selon les interviewés et de manières différentes.

La grande majorité des personnes interviewées a vécu chez ses parents, puis a déménagé pour habiter dans un logement autonome, presque toujours avec le conjoint épousé, souvent dans un périmètre proche de celui des parents.

Quelques personnes qui ont fait des études secondaires ou supérieures ont connu des formes de semi-autonomie en chambre chez l'habitant ou en cité universitaire. Le fait de rentrer tous les week-ends au domicile parental permettait de laver le linge en famille, au sens propre, et le ménage de la chambre, souvent de taille réduite, était réalisé très rapidement. En revanche, l'accès parfois facilité à des douches, notamment en cité universitaire, a eu pour effet d'accroître les pratiques d'hygiène de soi.

On peut considérer, pour la plupart des personnes interviewées, que le démarrage réel des pratiques d'hygiène du chez soi, les pratiques de ménage, intervient au moment de l'investissement d'un logement totalement autonome, ce qui pour la quasi-totalité des personnes interviewées a correspondu à la mise en couple.

En ce qui concerne les pratiques d'hygiène de soi, celles-ci vont être largement influencées par les possibilités nouvelles offertes par le logement autonome, toujours mieux équipé que celui des parents en ce qui concerne notre échantillon.

3.1. Améliorations des conditions de logement pour beaucoup, et accroissement des pratiques d'hygiène corporelle

Aucune des personnes interviewées n'a vu ses conditions de logement régresser au moment de la prise d'autonomie. Certains avaient déjà connu des améliorations du logement chez leurs parents, vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte : arrivée de l'eau courante, installation d'une douche, voire d'une baignoire ont modifié les pratiques d'hygiène de soi, qui sont devenues plus fréquentes, et surtout plus confortables, notamment lorsqu'une pièce dédiée à la toilette était accessible. Autant que l'accès à l'eau courante, le fait de disposer d'une pièce dédiée où l'on pouvait faire sa toilette a grandement amélioré le sentiment de bien-être associé aux pratiques d'hygiène de soi.

Soulignons que les plus jeunes interviewés de notre échantillon avaient déjà bénéficié pendant leur enfance et adolescence de ce qui était appelé naguère le « confort moderne » : sanitaires dans la maison ou dans l'appartement, eau courante, chaude et froide, salle de bains : pour eux il n'y a pas eu de rupture, de ce point de vue entre la vie chez les parents et la vie autonome.

La facilité d'accès à l'eau et à un espace spécifique pour se laver a semble-t-il eu pour conséquence une augmentation de la fréquence des « toilettes complètes ». Étonnamment, il semble que certaines personnes soient passées relativement vite de la « grande toilette hebdomadaire » à la douche journalière, et ce alors même que les habitudes familiales ne les y préparaient pas. Mais cela ne semble pas le cas de la majorité des interviewés.

On peut dès lors se demander si l'accès matériel à une douche a véritablement chez certains « libéré » le désir de se laver plus souvent, ou s'il s'agit de rationalisations *a posteriori*, pour gérer une possible gêne face à des pratiques d'enfance où l'hygiène corporelle peut être jugée, aujourd'hui, par les interviewés, comme ayant été insuffisante...

En tout état de cause, nombreux sont les interviewés à avoir déclaré que les pratiques d'hygiène corporelle avaient augmenté avec le changement de logement et l'accès à un niveau de confort plus élevé :

« Grand-Rue à Grenoble, là on avait tout : douche et WC, il avait été tout refait. Il y avait deux chambres, un séjour et une cuisine, avec chauffage central et chaudière à gaz. (...) On prenait une douche tous les jours. »

3.2. L'impact de la mise en couple sur l'augmentation des pratiques d'hygiène corporelle

Chez certains interviewés hommes, on repère cependant que ce changement a été progressif et pour eux, tout autant que l'accès à un logement mieux équipé, c'est aussi la mise en couple qui explique l'accroissement des pratiques d'hygiène corporelle. Hygiène du corps, brossage des dents semblent avoir été influencés par la présence de l'épouse... Ce que confirment certains hommes interviewés qui ont admis avoir toujours été « guidé » par leur conjointe dans les pratiques d'hygiène corporelle depuis la mise en couple :

« Après, quand j'ai commencé, les... les douches journalières ça... je ne sais pas. On va dire que c'est à partir de 30 ans... une douche journalière... Alors, pas forcément les cheveux. Les cheveux c'était 2-3 fois par semaine pas plus. »

« J'ai commencé la douche en 1969, à mon mariage. J'ai continué à l'évier jusque là (mariage), et de temps en temps j'allais aux Bains-Douches. »

« Je ne me lavais les dents pas aussi sérieusement que maintenant. Je le fais sérieusement 3 fois par jour maintenant. Mais jeune, ado, et début de l'âge adulte, je ne me lavais pas bien les dents. J'ai commencé à bien me laver les dents quand je me suis marié. »

Le « guidage » des pratiques d'hygiène réalisé par l'épouse semble avoir été bien accepté par le mari, un peu comme si cela faisait partie d'un partage des tâches normal¹¹ dans le couple, ou peut-être comme s'il s'agissait d'une manifestation de « souci de l'autre », soulignant le lien affectif :

« Il se lavait avec ce que je mettais dans la salle de bain (rires)... Et... et lui acceptait, je veux dire... voilà... bon... « Tu mets ça... je me sers de ça... »

Ainsi, on peut faire l'hypothèse que les épouses, les femmes, qui avaient déjà des pratiques de toilette quotidienne globalement plus importantes que les hommes, sont allées plus facilement vers un accroissement de ces pratiques grâce aux logements plus confortables et qu'elles ont entraîné leurs époux dans cette dynamique.

D'après les interviewés, ces changements d'habitudes d'hygiène n'étaient pas isolés et n'étaient pas le fait de quelques individus particulièrement méticuleux. On voit bien, au travers des entretiens, qu'un mouvement général a concerné une grande partie de la population, globalement à partir de la moitié des années 60 : développement des logements sociaux, développement de l'habitat pourvu de chauffage et de salles de bains, et régression de l'habitat sans confort, ont véritablement démarré à cette époque.

Du fait de ces nouvelles possibilités en termes d'accès à l'eau et à des espaces privés pour se laver, les pratiques d'hygiène s'intensifient et aussi se modifient : les individus deviennent plus sensibles à certaines dimensions de l'hygiène personnelle. Certains interviewés ont aujourd'hui le sentiment que cette propreté accrue des corps est peu à peu devenue une évidence, ce qui reflète aussi sans doute une élévation du niveau d'exigence en termes de propreté corporelle, au fil du temps.

Ainsi, au-delà de la saleté visible, les odeurs corporelles sont, à partir de cette époque, peut-être davantage perçues et moins tolérées. On se lave entièrement plus souvent, on change davantage de linge (grâce aussi aux lave-linges qui sont de plus en plus utilisés). Une forme de « netteté » s'installe qui devient à la fois une nouvelle norme sociale, mais aussi personnelle, associée à la recherche d'un certain niveau de confort personnel :

« On sentait les gens plus propres, surtout aux odeurs ! On voyait les cheveux gras, les ongles sales (avant) : ça a un peu changé, on en voyait de moins en moins. Les gens étaient mieux habillés aussi. (On changeait de vêtements) tous les deux ou trois jours. »

« On prenait une douche tous les jours après... C'est pour la transpiration... On se sent mieux, c'est plus confortable. »

Les repères de normalité et d'acceptabilité sociale en matière d'hygiène corporelle changent peu à peu : il ne suffit dès lors plus que la propreté soit visible (et qu'elle s'oppose à la tolérance ancienne face à un certain niveau de saleté visible) : il faut que la propreté se sente, ou que la saleté ne se sente plus... Les odeurs corporelles sont de moins en moins bien acceptées. On combat de plus en plus la saleté visible et la saleté invisible : les odeurs de transpiration sont de moins en moins tolérées et vont à l'encontre de l'idéal de propreté qui se met en place dans les années 60 et 70.

3.3. Pratiques d'hygiène du chez soi

¹¹ *La Trame Conjugale. Analyse du Couple par son Linge.* Jean-Claude Kaufman. Edition. Nathan, col. "Essais et recherches", 1992

3.3.1. Les nouvelles machines, les nouveaux produits : l'ère de l'abondance du « propre »

Pour les personnes dont la mise en couple et la prise d'autonomie par rapport aux parents a eu lieu dans les années 50 ou 60, on note également une grande différence au niveau des pratiques ménagères par rapport à ce qui se faisait sous le toit familial. Si l'accès facile à l'eau a probablement encouragé les pratiques de lavage, on repère que les personnes se sont mises à utiliser des produits qui n'existaient pas forcément lorsqu'ils étaient enfants, ou qui n'étaient pas connus ou utilisés par leurs parents. On repère au travers du discours des interviewés que les personnes (et notamment les femmes, puisque ce sont surtout elles qui faisaient le ménage à la maison) découvraient ces produits avec un certain plaisir, à la fois parce qu'ils donnaient le sentiment de nettoyer plus facilement ou plus vite, et qu'ils créaient d'autres signes confirmant la propreté : la « bonne » odeur. Comme pour l'hygiène corporelle, le propre désormais se voit et se sent.

La machine à laver, qui s'installe massivement dans les foyers dès la moitié des années 70, change aussi le rapport au nettoyage du linge, qui se faisait jusqu'alors à la main ou à la lessiveuse. Les activités ménagères deviennent plus faciles, la propreté devient plus aisément atteignable et visible et cela semble vécu comme un signe de progrès, d'amélioration des conditions de vie. On note que cette facilité engendre chez certains une intensification des pratiques de nettoyage. Ce qui pour les plus modestes pouvait naguère constituer un luxe (un « titre de présentation »), au pris de gros efforts, devient accessible avec beaucoup moins d'efforts... Dès lors, comme en matière de consommation de biens, une sorte de « toujours plus » s'installe chez certains. Grâce aux machines et grâce aux produits, on peut obtenir du « propre » en abondance et avec moins d'efforts : il n'y a plus de raisons d'être « privé de propre ». Néanmoins, malgré l'utilisation de produits parfois nouveaux (ayant des promesses de grande efficacité), de machines (notamment la machine à laver), la référence aux pratiques parentales (et notamment maternelles) demeure importante :

« J'avais de la vraie lessive en poudre, on avait une machine à laver (...). On utilisait du CIF crème pour nettoyer la salle de bains. Je nettoiais à fond toutes les semaines et le lavabo et les WC tous les matins avant d'aller travailler. Le CIF sur le lavabo je l'utilisais tous les deux jours et dans les WC tous les jours. »

« Le séjour mais, le séjour, je faisais comme maman... C'était du bois, c'était un parquet donc, ben je passais l'aspirateur et... on y était très peu, parce qu'on travaillait tous les deux donc déjà... C'est pour ça que le samedi, je faisais un peu plus à fond... Donc la serpillère avec de l'eau et puis, si vraiment il y avait une tâche, ben je... je prenais une éponge, pas qui gratte bien sûr, mais... je mettais du produit dessus et puis voilà... On n'avait qu'un...(...) ben, dans l'Ajax crème où c'est... ça a quand même... ça a une petite odeur, quand même. Et, j'avais l'impression que ça faisait... que c'était encore plus propre. (...) Ah ben parce que, c'est... c'est tentant, on a dit « Tiens, pourquoi pas... » Quand on lisait l'étiquette, ça faisait ci, ça faisait ça... On a l'impression qu'une fois qu'on a passé ce produit, on ne fait plus rien après quoi... »

L'idée que les produits efficaces permettent de travailler moins, de passer moins de temps à faire le ménage est ainsi valorisée par certains interviewés. Comparativement aux pratiques de leurs mères et aux résultats qu'obtenaient celles-ci, les interviewés expriment le sentiment que les nouveaux produits ont permis de faciliter le nettoyage en générant moins d'efforts pour un résultat plus satisfaisant, sentiment qui se confond peut-être avec la promesse du produit, « incorporée » par les individus-consommateurs comme une réalité objective...

3.3.2. « Fans de ménage » contre « maniaques du ménage » : l'accessibilité du « propre » fait-elle émerger une typologie de ménagères

On notera que dès la mise en couple certaines habitudes ou « routines » de ménage se mettent en place, et ce notamment le samedi matin, lorsque les femmes ont une activité professionnelle (ce qui a très souvent été le cas des femmes que nous avons interviewées). Le samedi matin devient ainsi très vite le moment du « grand ménage », avec produits et outils :

« J'ai toujours été une fan du ménage. Il fallait que je nettoie du sol au plafond tous les samedis matin ! Je changeais les draps, aspirateur sur le matelas et les planchers, tout quoi ! Mais je n'ai jamais été fan de faire les vitres, je ne les faisais que tous les mois et demi. Je faisais la salle de bains ensuite, je récurais tout à fond, avec du produit. Je faisais la cuisine, le séjour, enfin toutes les pièces. »

Les femmes interviewées semblent se regrouper selon une forme de typologie des profils de « ménagères » selon leurs pratiques de nettoyage.

Ainsi alors que certaines parlent, par exemple, d'être « fan de ménage », ce qui renvoie à un jugement positif des pratiques de nettoyage fréquentes, voire intensives, d'autres au contraire évoquent les « maniaques du ménage », portant à l'inverse un regard négatif sur des pratiques qu'elles jugent excessives et inappropriées. Certains hommes partagent ce regard négatif sur les « maniaques » du ménage lorsqu'ils ont des valeurs et pratiques inverses dans ce domaine :

« Mon ex était beaucoup plus maniaque que moi. Elle nettoyait plus que moi : elle nettoyait tous les jours le sol, elle hurlait après les gamins dès qu'une goutte d'eau tombait... »

Ainsi, faire le ménage, est une activité qui permet de distinguer le propre et le sale, l'ordre et le désordre, mais qui en elle-même reflèterait aussi les vertus ou les défauts de la personne (être « propre », « sale », « maniaque ») et finalement la normalité ou l'anormalité de la personne. L'hygiène de soi et du chez soi deviennent plus que jamais des révélateurs de la personnalité de chacun, et aussi des motifs de rapprochement ou d'éloignement¹².

3.4. L'arrivée des enfants et leur impact sur les pratiques d'hygiène

Après la mise en couple, le grand événement dans la vie des familles est indubitablement l'arrivée des enfants. Interrogés à propos de l'impact de ce changement sur les pratiques ménagères et la conception ou les préoccupations d'hygiène des membres du couple, on constate chez toutes les personnes interrogées ayant plus de 55 ans que, d'après leurs souvenirs, cet impact a été limité.

Si l'arrivée des enfants engendre des questionnements et des stratégies pour le maintien de la santé du bébé, et même si un lien est fait entre pratiques d'hygiène et l'état de santé du bébé, on ne trouve pas, dans les entretiens, d'éléments qui montrent une inquiétude accrue par rapport aux microbes, bactéries qui entourent l'enfant au quotidien.

Pour la majorité des interviewés et notamment pour toutes les personnes de plus de 55 ans que nous avons rencontrées, on ne repère pas de pratiques de nettoyage particulières de la maison, ou d'hygiène corporelle des adultes accrue, d'inquiétudes qui grandissent ou de pratiques qui s'intensifient avec l'arrivée du bébé, hormis sur le point précis des biberons ... Les biberons sont souvent mis à bouillir pour être stérilisés, mais les rituels de l'hygiène corporelle et du ménage ne sont globalement pas modifiés :

« Non, on n'a pas tellement changé. On faisait pareil avec le bébé, on ne faisait pas plus le ménage... »

¹² La trame conjugale. Analyse du couple par le linge. Jean-Paul Kauffman

« On entendait ou on voyait sur les journaux les maladies qui provenaient de la saleté. On faisait plus attention(...) On faisait attention, oui. On achetait le livre « Parents » et on regardait, ça nous donnait des idées (...) Quand j'ai eu mes gosses à 30 ans, on n'en parlait pas de... de ce truc de bactéries qu'il fallait... il fallait... surtout laver le... Moi, mes gosses, ils ont toujours traîné dans la terre, joué... voilà... Ils étaient comme moi, quoi... »

On note que lorsque les enfants grandissent et se mettent à marcher, à pouvoir jouer de manière autonome, les parents n'imposent que peu d'interdits par rapport au risque de « se salir ». S'ils racontent tous qu'ils étaient vigilants à ce que leurs enfants ne portent pas d'objets à la bouche qui avaient traîné par terre, ou qui étaient souillés de terre etc, en revanche, il n'y avait pas d'interdits particuliers au moment des jeux : les enfants pouvaient jouer dans la terre, par terre, sans que cela soit considéré comme sale.

De même, à l'intérieur de la maison, il n'y avait pas d'interdits, hormis le fait de ne pas toucher aux produits ménagers mais, dans tous les cas, aucun des parents rencontrés n'a relaté des pratiques de lutte contre les bactéries et autres microbes qui pouvaient être présents dans la maison, des craintes que le bébé ou l'enfant ne soit pas suffisamment propre.

4. AUJOURD'HUI, DIFFERENTS PROFILS EN MATIERE D'HYGIENE

Compte-tenu de la réalité de l'échantillon de personnes rencontrées et de la relative homogénéité en matière de milieu social, il n'a pas été possible de dégager de grandes spécificités en termes de pratiques et de représentation entre sous-groupes d'appartenances sociales différentes, par exemple « milieu ouvrier » versus « milieu cadre »...

En revanche, on voit bien qu'au sein d'une même CSP (globalement, les personnes de classe moyenne, issues de catégories sociales modestes -paysans ou ouvriers), il y a des tendances différentes qui se dessinent dans le rapport à l'hygiène, à la propreté, selon deux axes : le sexe et ce qu'on pourrait appeler le « rapport à la nature » ou aux produits « naturels » par opposition aux produits fabriqués par l'industrie. En ce qui concerne le sexe, il semble qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes, ces dernières restant davantage en charge des activités ménagères et, au-delà, ayant un niveau de pratiques et d'exigences un peu ou beaucoup plus élevé que celui des hommes que nous avons interviewés, en matière d'hygiène corporelle.

Par ailleurs, on repère une tendance de « confiance dans la nature-la tradition » qui se situe à la croisée d'un attachement à certaines valeurs ou pratiques de l'enfance (notamment liées à la vie à la campagne, à des modes de consommation assez sobres), associée à une méfiance vis-à-vis des produits industriels.

A l'inverse, et même si aucun des interviewés ne s'est déclaré comme étant un fort consommateur de produits d'hygiène personnelle ou domestique, on repère chez certains un « souci du propre » qui se traduit par une fréquence des opérations de lavage et nettoyage bien supérieure à ce qui était pratiqué chez leurs parents.

On notera que 3 personnes parmi les interviewés ont recours à une femme de ménage qui vient une à deux fois par semaine. Les autres personnes font le ménage elles-mêmes.

En termes de pratiques d'hygiène corporelle, la majorité des interviewés disent prendre aujourd'hui une douche par jour et faire un lavage de cheveux par semaine. Les pratiques des interviewés sont ainsi

apparues comme relativement homogènes en matière de toilette et on ne repère pas de comportements fondamentalement opposés ou spécifiques, du moins d'après les discours recueillis (comme par exemple le lavage sans savon, l'absence de douche, ... ou à l'inverse plus de deux douches par jour, ...).

L'homogénéité de notre échantillon en termes d'origines sociales joue un grand rôle dans ces résultats, mais elle souligne aussi en creux la mise en place d'une norme qui semble largement partagée : le lavage quotidien du corps entier n'est plus la pratique « du dimanche » : c'est devenu une norme relativement largement partagée, qui traverse probablement toutes les catégories socioprofessionnelles.

Notons enfin que les personnes interviewées habitent sur des territoires différents (zones urbaines, périurbaines et rurales) toutes ont travaillé ou travaillent actuellement en ville ou en zone périurbaines et, dans la limite de ce que nous avons pu explorer de leurs pratiques actuelles, toutes ont de grands points communs en ce qui concerne certaines de leurs pratiques : achats de biens de consommation courante globalement effectués dans les grandes surfaces, complété par le « marché » en ce qui concerne les achats alimentaires, notamment. Quelques interviewés cultivent aujourd'hui encore leur potager, et beaucoup en ont eu un lorsqu'ils étaient plus jeunes et encore en activité professionnelle.

Au-delà de ce socle commun, certains (et notamment quelques femmes) achètent quelques produits cosmétiques par correspondance.

Une minorité d'interviewés préparent eux-mêmes quelques produits d'entretien (bicarbonate et vinaigre blanc, par exemple...)

4.1. Les « méfiants » vis-à-vis des produits industriels

Une partie des personnes interrogées a souligné qu'elle essayait de prendre une certaine distance avec les produits de nettoyage industriels, ou avec des pratiques de lavage jugées trop fréquentes. Sans se considérer comme des « écologistes » et sans afficher de préoccupation particulièrement forte en matière de santé environnementale, ces personnes ne sont pas dans la crainte des menaces de la saleté invisible, des bactéries et n'attendent pas que tous les risques soient éradiqués en la matière, dans leur espace domestique. Certaines de ces personnes affichent même une préférence pour les produits de nettoyage traditionnels, voire « faits maison », qui leur permettent d'atteindre le niveau de propreté qu'elles recherchent, tout en réalisant des économies et en contrôlant relativement la composition de ces produits :

« Pour les vitres, je mets de l'eau avec un peu d'alcool à brûler et je nettoie avec un chiffon. Je n'aime pas faire les vitres, mais bon, de temps en temps. Et puis le vinaigre blanc(...), pour tout ce qui est calcaire : plutôt que d'acheter des produits (...). C'est aussi bien et ça coûte moins cher. Et puis je sais ce que c'est...(.) Il n'y a que du vinaigre blanc : il n'y a pas de produits additifs. Parce que les autres, je ne sais pas... enfin, il faudrait que je lise sur tous les produits. Et puis le bicarbonate de soude aussi...(.) On peut faire pleins de trucs : par exemple, j'ai essayé de faire une pâte avec du citron pour nettoyer les joints, le carrelage : ça fait très bien !...(.) Donc, j'essaie de ne pas trop acheter de produits... Bon, j'en achète comme tout le monde... mais pas trop. J'ai de l'Ajax, du Briochin, c'est un ancien produit qui est pas mal, qui est très économique, je m'en sers pour faire mes plaques en céramique, des trucs comme ça. C'est très économique par rapport aux autres...(.) Revenir aux produits de base, c'est aussi bien. On fait plein de trucs avec deux ou trois produits... »

Rappelons qu'il s'agit néanmoins d'une minorité de personnes dans notre entretien : la très grande majorité achète les produits d'entretiens en grande surface.

4.2. Les méfiants vis-à-vis du « sur-lavage »

D'autres personnes expriment une certaine réticence face à des pratiques de lavage, d'hygiène corporelle qu'elles jugent trop fréquentes, et qui pourraient dès lors être mauvaises pour la santé (sans qu'un risque particulier soit clairement identifié par ces interviewés). Chez ces personnes, on repère donc un sentiment de malaise face à des pratiques jugées excessives :

« Pour l'hygiène, (ma belle-fille) est trop... je lui dis : « t'es pas bien ! » : quand ils viennent, elle leur lave les cheveux tout le temps (aux enfants). Ce n'est pas bon non plus, de se laver les cheveux tous les jours. »

« On fait peut-être attention à ce que tout soit plus propre mais pas trop (lorsque les petits enfants sont reçus). Moi, je ne suis pas pour l'hygiène à tout prix. Parce qu'il faut qu'ils se fassent des anticorps les enfants.(...) la pharmacienne qui me dit : j'ai un bactéricide (...). Mais ils vont jouer, ils vont prendre le goûter, ils vont se froter... Moi, je dis non, je n'en veux pas. Alors, ils se lavent les mains (au savon) et puis voilà. »

« Trop » se laver pourrait ainsi être mauvais pour la santé : un trop grand niveau d'exigence en matière de propreté corporelle serait inutile, voire néfaste pour la santé. En parlant de la nécessité des anticorps, l'une des personnes interviewées souligne que le lavage, s'il enlève la saleté, peut, à un certain niveau (avec certains produits, ou avec une certaine fréquence) ôter nos protections naturelles. On repère là l'idée qu'une propreté trop intense « enlève » de la bonne santé, plus qu'elle n'en apporte.

A cet égard, on note à la fois des effets de « profils », mais aussi des effets générationnels : des « jeunes » et des « anciens » s'opposent ainsi en termes de valeurs et de pratiques d'hygiène corporelle, au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle. Les uns traquant les microbes, les autres estimant que les microbes ont un rôle utile à jouer : mais selon les familles, le sens de l'opposition s'inverse et ce sont parfois les parents de plus de 60 ans qui reprochent à leurs enfants de trente ou quarante ans de n'avoir pas assez d'hygiène ou l'inverse

Au sein de notre échantillon d'interviewés on repère encore que ces oppositions, voire conflits sont aussi présents dans les familles aisées (cadres, enseignants) que dans les familles plus modestes (ouvriers).

La méfiance vis-à-vis du sur-lavage n'apparaît pas, au niveau de notre échantillon, comme plus marquée selon le type de profession exercée ou le niveau de diplôme obtenu.

4.3. Les intolérants face à la « saleté invisible » : la peur des microbes

On repère également des interviewés, et notamment des femmes, qui expriment un fort souci de recherche de propreté et qui sont gênées par des situations ou des pratiques qu'elles ne jugent pas tout à fait propres. Pour ces personnes, la saleté n'est pas forcément dangereuse pour la santé, mais elle provoque du dégoût, du mal-être. Ainsi, l'une des femmes interviewées a définitivement remplacé le bain par la douche, le bain étant assimilé à une forme de « trempage » dans une eau souillée par son propre corps :

« Tous les dimanches soirs je me trempais là-dedans (le bain) : c'est une connerie, on trempe dans sa crasse ! J'aimais bien mais je trouve que ce n'est pas propre en fait... J'ai changé d'avis ! (...) Je trempais là-dedans une demi-heure facile ! Mais la semaine je prenais des douches tous les matins. »

Une autre interviewée veille à se laver les mains à chaque fois qu'elle touche un objet qui ne lui semble pas propre, voire qui peut favoriser la transmission des microbes :

« Je vais lire le journal (...) que ce soit n'importe quelle revue, je me lave les mains après... (...) j'en avais de partout des petits flacons (gel hydro alcoolique) qu'on vend... Ben... je dois en avoir un dans le panier ici... parce que si j'ai la flemme de me laver les mains après avoir feuilleté... vous savez la télé, ce n'est pas toujours passionnant donc, j'ai toujours une revue ou autre... (...) Bon, se lever pour aller se laver les mains et tout... non, je mets une goutte et, je me frotte comme ça... (...) ou j'en ai un dans la voiture aussi... En principe, je vais faire mes courses une fois par semaine dans une grande surface... Bon ben, quand je reviens à la voiture, j'aime bien mettre 2- 3 gouttes parce que, alors les chariots on ne sait pas ce qu'il y a dessus... on touche tout... »

Pour ces personnes, le propre n'est pas seulement l'absence d'une saleté visible, connue... Il y a en effet des formes de saleté, des choses inquiétantes, invisibles, inodores, impalpables et un peu mystérieuses qui se trouvent sur les objets qui ont notamment pu être touchés par d'autres personnes. Même si ces interviewés n'ont pas explicitement évoqué les risques de contamination, de transmission de maladies (comme par exemple la grippe ou d'autres maladies contagieuses) on voit bien que c'est la crainte de certains microbes qui sous-tend ces pratiques. Tout autant que les microbes en eux-mêmes, c'est peut-être aussi le fait que ces microbes ont été sur d'autres personnes qui inquiète ces interviewés. Le microbe n'est pas seulement un « transmetteur » potentiel de maladie, c'est peut-être aussi un peu d'un « Autre » individu qui vient se poser sur soi, nous envahir contre notre volonté et menacer un peu notre intégrité physique, voire psychique...

Certains interviewés ont cependant explicitement souligné qu'ils associent bactéries et risques d'infection, et qui distinguent la « saleté anodine » (la poussière, ...) de la « saleté dangereux » (les bactéries). Pour eux le propre est donc clairement un moyen de se garantir contre des risques d'infection :

« Alors là ! Qu'est-ce que c'est que le propre ? Le propre, je pense que c'est un lieu où, il ne faut pas qu'il y ait un développement de bactéries quoi... Alors si, il y a un petit peu de poussière, à mon avis... ce n'est pas forcément très nocif sauf, si on est allergique à des poils, à des trucs comme ça... (...) Alors pour moi, le propre, c'est un lieu où, il n'y a pas de développement de bactéries hein... Eh ben, qui peut créer une infection. »

4.4. Les intolérants face à la « saleté visible » : la peur du déclassement social

Enfin, certains interviewés ont clairement évoqué des situations, des pratiques qui leur semblent sales : à la fois menaçantes pour la santé et dégoûtantes, elles renvoient à un risque sanitaire, mais aussi à une forme de désordre moral ou social qui les perturbe et les choque. Les désaccords autour de cette « saleté visible » sont parfois tels qu'ils engendrent des conflits, de l'éloignement. La crainte du désordre peut donc être aussi forte, voire plus forte que la seule crainte des microbes.

L'une des personnes rencontrées a ainsi décrit des relations filiales dégradées du fait de pratiques qui sont jugées comme sales chez son enfant adulte :

« On est un peu en contact, car ma fille a des animaux.(...) chez ma fille, quand on y va, elle a des chiens, des chats, mais je ne reste pas tout le temps... Je reste de moins en moins, parce que ça me sort par les yeux, tous ces animaux.(...) Alors, on y va moins souvent à cause des bêtes. Ça pue, ça... Bref.(...)à la maison, ils montent dans les chambres, c'est dégueulasse (...) Les chiens qui courent dans la boue dehors, et après ils montent sur le canapé, ils vont dans les lits (...)Et puis les gosses tripotent ça toute la journée.(...) ça ne me plaît pas (...) C'est sale, oui. Dans la mesure où ils ne restent pas à leur place. Si un jour je devais avoir un chien, il resterait dehors.(...) je n'aime pas les chats. Ma femme non plus. On n'aime pas ça.... Ils ont fini de manger (et ils) mettent l'assiette par terre : c'est le chat qui finit !(...) Ce n'est pas normal qu'un chat lèche une assiette ! Après l'assiette revient sur la table, elle ne va pas directement au lave-vaisselle(...) Les chiens (...) ils se lèchent le derrière, ils se sentent le derrière (...) Après ils vont sur le canapé et ils s'embrassent, ils se lèchent le museau aussi, les enfants, ma fille et tout ça !... Vous trouvez ça propre ? »

Certaines des personnes rencontrées ont ainsi nettement verbalisé que le fait que la saleté visible est un marqueur de négligence, de désordre qui ne renvoie pas forcément à un risque pour la santé, mais à un sentiment de possible déclassement social. Si l'on n'a pas « peur » de la saleté comme menace pour la santé, elle peut en revanche « faire honte », stigmatiser :

« On ne dort pas chez mes parents : (...) à certains endroits, il y a des toiles d'araignée dans les chambres...(...) pour moi, c'est réhibitoire maintenant... C'est... on ne peut pas faire dormir les enfants dans un lieu qui n'est jamais (...) enfin, les chambres ne sont jamais ouvertes quoi (...) ça gêne plus ma femme...(les toiles d'araignées, ça montre) que ce n'est pas fait... que le ménage n'est pas fait. Mais, c'est surtout le sol qui est souvent très sale...(...) C'est plus social quoi... c'est... C'est, ...moi, j'ai honte quoi ! J'ai honte de voir que le sol est tâché et sale et qu'il y a... qu'il y a de la terre quand on rentre... qu'on sent des... qu'on sent des... que ça grince presque sous les chaussures parce que (...) l'aspirateur n'a pas été passé (...) Mais, ce n'est pas une inquiétude au sens, au sens « Oh je vais attraper des maladies » (...). Voilà, typiquement, mon frangin, qui est sur Lyon et qui a deux filles et un garçon, et qui est marié, marié à une fille, une fille, qui est ingénieure aussi, un peu le même statut que nous.. Eux, c'est un bordel chez eux ! Quoi, c'est... c'est... il a hérité ça de ma mère quoi...(...) c'est des gens qui sont issus de... de... d'un milieu relativement favorisé... mon frère, sa femme... issue d'une famille de médecins (...) voilà, ils ont une éducation par rapport à ça. Voilà... mais, en termes de propreté, on trouve que c'est parfois... oui, parfois limite quoi »

Cet interviewé exprime ici le fait que l'on pourrait s'attendre, de la part de personnes appartenant à des catégories sociales aisées qu'elles aient une certaine exigence en matière de propreté et d'ordre. Or, pour certains, la saleté renvoie clairement au désordre, et lorsque le désordre s'affiche, il devient gênant, honteux¹³ ... ceci illustre bien qu'au sein d'un même milieu social, modeste ou aisé, il y peut y avoir des comportements, des valeurs opposés en matière de pratiques d'hygiène et notamment en ce qui concerne l'hygiène du chez soi.

¹³ De la souillure, Essai sur les notions de pollution et de tabou. Mary Douglas. Edition Maspéro, Bibliothèque d'anthropologie, 1971

La propreté, n'est plus le « seuil minimal » de mise en scène de soi des catégories socioprofessionnelles aisées et le « petit luxe » des CSP modestes, comme elle a pu l'être autrefois. Aujourd'hui être aisé et avoir un faible niveau de mise en scène de soi, à travers l'hygiène et l'ordre du chez soi n'est pas incompatible ; pour autant la saleté visible peut en choquer certains, au sein d'un même réseau social, d'une même famille.

Ainsi au sein d'une même catégorie sociale, au sein d'une même famille les représentations et pratiques autour du propre et du sale peuvent fortement diverger : au-delà d'un effet CSP qui s'est peut-être estompé en 40 ans, des tendances au sein d'un même milieu social se dessinent, qui mériteraient d'être davantage explorées en tant que telles, sur un échantillon plus large et plus diversifié...

En tout état de cause, et par rapport à l'hypothèse hygiène, on voit que contrairement à ce que d'aucuns pouvaient supposer, on peut aujourd'hui faire partie d'une CSP aisée et être très peu exigeant en matière d'hygiène du chez soi.

4.5. Entre « maniaquerie » et négligence : un équilibre difficile à trouver en matière d'hygiène

A l'inverse de la saleté qui peut être invisible et impalpable (les microbes, bactéries...), la propreté est toujours décrite comme quelque chose de concrètement perceptible, par la vue mais aussi par l'odorat. Enfin, la propreté est souvent associée par les interviewés à la notion d'ordre, de rangement. Le désordre, notamment au sein de l'habitat ne semble pas compatible, pour beaucoup, avec la notion de propreté.

Ainsi, certains interviewés recherchent chez eux, sur leur corps ou dans leur habitat, ou chez les autres les signes marqueurs de propreté : il faut que cela « sente bon », que cela « brille »...

La recherche de ces signes de propreté est d'ailleurs quelque chose qui se transmet au sein des familles ou pas : la présence des signes de la propreté est ou non soulignée, valorisée selon les individus. En tout état de cause on éduque à la propreté en valorisant les signes de la propreté :

« Peut-être encore dans les odeurs... Quelqu'un de propre, ça sent bon... enfin, très souvent, on a des produits parfumés pour se laver. (Ma petite fille) je ne suis pas là pour l'éduquer. Je ne suis pas là pour la gronder mais, quand elle sort de la salle de bain (je lui dis) : « Mon dieu que tu sens bon ! » C'est sincère mais, j'augmente pour que...voilà (Rires) »

Pour certains cette recherche des signes de la propreté est parfaitement normale et souhaitable : plus la propreté se voit et se sent plus elle est réelle et renvoie une image positive de la personne. Pour d'autres à l'inverse, la recherche constante des signes de la propreté est plutôt problématique, voire pathologique : être ou ne pas être « maniaque », telle est la question et on retrouve ici cette distinction entre « les fans de ménage » et les « maniaques », ... Ainsi, à catégorie sociale et professionnelle comparable, toutes les personnes ne valorisent pas les signes de la propreté, la recherche de la propreté de manière équivalente :

« Etre maniaque, c'est-à-dire, pas supporter... pas supporter le désordre... quand il y a ma petite-fille, là, un coup de... heureusement, que j'y mets tout mon cœur pour supporter ça ! (rires) Il faut que ça brille ! Je ne supporte pas la poussière, je ne supporte pas... et, je n'aime pas faire le ménage ! Je n'aime toujours pas, mais, je le fais ! »

« (Un maniaque du ménage) c'est quelqu'un qui est tout le temps en train de récurer partout, qui lave tous les jours son carrelage. C'est pas mon cas. »

Ainsi, le maniaque du ménage n'est pas simplement quelqu'un de très propre, c'est aussi quelqu'un d'un peu anormal selon les « non-maniaques ». Le fait de ne pas avoir un niveau d'exigence très élevé en matière de ménage, de ne pas travailler à faire « briller » son intérieur est valorisé par certains comme le signe qu'ils ne sont pas « maniaques », et qu'ils sont donc finalement normaux et donc socialement acceptables.

A catégorie sociale équivalente, il y a ainsi un véritable enjeu autour de ce que l'on renvoie aux autres en termes de « normalité », au travers du ménage et de ses attentes par rapport au ménage, à l'hygiène du chez soi. L'équilibre est parfois difficile à atteindre entre le fait de vouloir montrer un intérieur impeccable aux autres, tout en n'apparaissant pas comme un « maniaque », notamment pour éviter de stigmatiser les amis et les relations qui seraient moins portés sur le ménage. Au-delà des enjeux évidents de mise en scène de soi, l'hygiène du chez soi, le ménage, mobilisent aussi des ressorts psychologiques : il y a ce que l'on veut montrer aux autres, pour se valoriser, mais aussi pour rester en lien avec eux. Il faut attirer et ne pas faire fuir :

« (Nos amis) ont des animaux, il y a des poils d'eux partout... c'est la poussière pas faite : on voit que le sol, (il y a) plein de minouches par terre, des miettes... Bon, en soi, ça ne nous gêne pas parce que si on va les voir, ce n'est pas pour leur maison (...) Mais bon... c'est vrai quand on part, on dit « Oui, c'est vrai que ce n'était pas très propre(...) Je n'aimerais pas que ce soit comme ça chez nous »... On est là toute la journée, on se dit que l'aspirateur n'a pas été passé (...). On dit « Oh ben on reste tranquille aujourd'hui, on y fera demain... » Ben non, à la limite, on n'est pas bien parce qu'on l'a pas fait... Alors du coup, on nettoie et après, on est tranquille, on regarde un film, on se repose, tout ça... Mais, il faut que ce soit fait avant quoi... (...) Après, on a des remords en disant « Ouais, c'est vrai qu'on aurait pu le faire... ça nous aurait pris pas longtemps et... et on serait tranquille. (...) Et puis moi, c'est pour ne pas avoir de scrupules, parce que si jamais je ne nettoie pas, quand on a des amis qui arrivent ils vont dire, ils vont dire « Tiens... » ils vont penser que c'est sale. »

Le « juste milieu » est ainsi parfois délicat à atteindre : c'est un exercice subtil qui demande à la fois une certaine exigence et un certain contrôle de soi. Exigence vis-à-vis de soi en matière d'activité ménagère, mais contrôle de cette exigence face aux autres pour ne pas risquer de paraître exagérément méticuleux, normatif...

5. EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES DANS LE PARCOURS DE VIE

5.1. Des expositions environnementales perçues comme faibles pendant l'enfance

La grande majorité des personnes interviewées dans cette enquête a vécu à la campagne pendant l'enfance et l'adolescence et tous ont le souvenir ou le sentiment que les champs et cultures qui entouraient la ferme ou leur habitation faisaient l'objet de peu de traitements chimiques, ce qui est particulièrement souligné par les personnes nées dans les années quarante et cinquante.

Du côté des personnes nées en ville, plusieurs habitaient une maison et avaient un potager. Là encore, les interviewés disent que leurs parents ou grands-parents utilisaient peu de produits chimiques et préféraient les engrais naturels (fumier).

Globalement, les personnes rencontrées ont donc le sentiment d'avoir grandi dans des environnements relativement préservés, peu exposés aux produits chimiques.

Seuls ceux qui ont grandi dans des milieux ouvriers et ont vécu leur enfance dans des villes très industrielles (autour de Grenoble notamment) ont le sentiment d'avoir été en contact avec des polluants diffusés dans l'air extérieur par les usines toutes proches, notamment du fait de la visibilité de certaines fumées mais aussi des odeurs qui pouvaient se répandre dans le quartier à certains moments. Les interviewés se souviennent que ces fumées et ces odeurs étaient perçues comme défavorables à la santé, mais il n'y avait pas de craintes plus précises, et la famille n'avait pas envisagé de déménager pour cette raison.

5.2. Des expositions qui semblent plus évidentes dans le parcours de vie adulte

Plusieurs des personnes interviewées ont fait part de leurs inquiétudes concernant les expositions qu'elles ont pu subir depuis qu'elles sont adultes et qu'elles vivent de manière autonome.

En ce qui concerne l'habitat, quelques personnes ont ainsi souligné des éléments qui leur ont semblé suspects en matière de qualité de l'air intérieur, notamment lié au chauffage. Du fait de ces craintes, les personnes en question ont d'ailleurs mis en place des solutions pour améliorer la qualité de l'air intérieur :

« Nous, on a une cheminée avec un insert et avec redistribution de la chaleur dans la pièce... il y a une trappe sur le côté... et aussi, une trappe de l'autre côté, ici... Et moi, j'étais gêné plusieurs fois par une odeur... Alors... alors, en fait, on avait un... un... On a refait l'entrée là, récemment mais avant, on avait des espèces de dalles polystyrènes qui étaient collées au plafond en fait hein... Et qui sous l'effet de la chaleur de la trappe... ça dégageait une odeur quoi... Ou de la colle qui avait...(on sentait) qu'il y avait une odeur chimique qui se dégageait sous... sous l'effet de la chaleur ».

Cependant, dans l'ensemble, on repère peu d'inquiétudes parmi les interviewés quant à la qualité de l'air intérieur dans le logement. Tous ou presque déclarent aérer leur logement quotidiennement et ils n'ont pas de craintes particulières concernant la qualité de leur air intérieur... Certains utilisent quelquefois des bombes insecticides, mais rarement ...

Enfin, très peu ont des pratiques de parfumage de leur logement : on notera à cet égard que quelques femmes avaient pris l'habitude d'allumer des bougies parfumées ou d'utiliser de l'encens, mais qu'elles

ont cessé de le faire depuis qu'elles sont atteintes d'une hémopathie lymphoïde et que leur médecin leur a apparemment déconseillé de le faire.

En ce qui concerne l'air extérieur, les personnes qui vivent à la campagne (et notamment en montagne), loin de toute industrie ou exploitation agricole expriment la certitude de vivre dans un environnement sain, et en tout état de cause d'une qualité supérieure à ce que l'on peut trouver en ville (Grenoble, Lyon). En revanche, plusieurs interviewés vivant depuis des années à la campagne, à proximité de cultures agricoles, ont le sentiment de vivre dans un environnement périodiquement malsain.

Ces personnes décrivent ainsi des opérations de traitement (champs, vergers) qui ont lieu plusieurs fois par an sur les cultures qui jouxtent leur habitation, qui les inquiètent et contre lesquelles elles essaient de se protéger :

« On a moins de noyers autour de la maison, mais avant, ça m'inquiétait beaucoup, parce que dès qu'ils sulfataient je me disais qu'ils sulfataient mon jardin en même temps ! Mais c'est malheureux, parce que je me rends compte que ceux qui sulfatent, ils ne sont pas malades. C'est ça qui m'agace. J'ai un collègue qui a pris un lymphome et les médecins lui ont dit que c'était dû aux pesticides. »

« On fait rentrer les enfants quand... quand ils épandent du produit... En fait, ils passent avec le tracteur avec une grosse citerne et puis, c'est des pulvérisateurs qui bazzardent le produit, à la verticale, au plus haut des noyers. (...) Donc, c'est une sorte de... de brumisation géante là, qu'ils font sur... sur leur produit... En fait, je me dis, si je le vois, je ferais attention à peut-être rentrer dans la maison, mais bon, la maison n'est pas étanche non plus hein... Mais... mais, je n'ai jamais assisté à... je pense qu'ils le font à des moments où, il y a le moins de monde dehors... »

Ces personnes font ainsi un lien entre des expositions aux produits utilisés dans les exploitations agricoles qui environnent leur habitat et des risques de contracter des maladies graves.

Quelques personnes qui habitent en ville, et notamment dans les banlieues industrielles de Grenoble, ont également émis des réserves quant à la qualité de l'air qu'elles respirent dans leur quartier ou commune. Globalement, ces personnes ont le sentiment que leur ville est très polluée et que l'air y est beaucoup moins sain qu'il y a quarante ou cinquante ans, ou encore qu'il l'est à une certaine altitude, dans les territoires de montagne ou certains vont faire de la randonnée, passer des vacances.

A priori, c'est essentiellement à partir d'informations trouvées dans les médias que les personnes interviewées s'interrogent et s'inquiètent des risques qu'elles encourent à se trouver à proximité de ces exploitations au moment où les traitements chimiques sont appliqués, ou qu'elles s'inquiètent des conséquences possibles de la pollution aérienne en ville. Au moment de l'étude, aucune n'envisageait de déménager (la très grande majorité des personnes interviewées sont propriétaires de leur logement) : elles sont plutôt résignées à l'idée de respirer un air malsain, voire franchement nocif en ce qui concerne les produits utilisés pour traiter les cultures agricoles.

6. EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES DANS LE PARCOURS DE VIE

Les entretiens menés par histoires de vie ont permis de mettre en exergue le fait que les interviewés ont eu, pour une moitié d'entre eux environ, un parcours professionnel qui les a amenés à travailler dans des milieux où certains produits dangereux étaient manipulés, respirés, et ce sur des durées plus ou moins longues. L'objectif de cette étude était bien d'explorer les expositions au sein de la sphère domestique et non les expositions professionnelles. Pourtant, dès les premiers entretiens, il est apparu que les interviewés souhaitent parler de ce qu'ils avaient manipulé ou respiré dans le cadre de leur activité professionnelle. Interrogés sur leur métier, ils ont spontanément décrit certaines substances ou situations qui ne leur semblent pas, avec du recul, inoffensives pour la santé...

Ainsi, au fil des entretiens réalisés, différents secteurs professionnels ont été cités, comme lieux de contact, de manipulation avec des produits connus ou non par les interviewés, dont certains sont aujourd'hui reconnus comme dangereux pour la santé.

Dans tous les cas, les hommes de notre échantillon ont décrit beaucoup plus de contacts avec des produits potentiellement dangereux que les femmes, qui, pour celles que nous avons interviewées ont très peu travaillé en usine et ont le plus souvent effectué toute leur carrière dans le secteur tertiaire.

Enfin, rappelons que si les expositions aux pesticides, aux solvants organiques et aux poussières de bois sont suspectés de jouer un rôle dans l'augmentation de la prévalence des lymphomes malins non Hodgkiniens, les études réalisées jusqu'à présent ne permettent pas aujourd'hui de confirmer ces liens.

Reste que les interviewés ont cité différentes situations et produits qui leur semblent avoir pu constituer une exposition professionnelle. Sans faire véritablement le lien entre cette exposition et leur maladie, ils ont aujourd'hui le sentiment que cela a joué défavorablement sur leur santé.

6.1. Le milieu hospitalier : rayonnements et produits de stérilisation

Quelques unes des personnes que nous avons interviewées ont fait toute leur carrière professionnelle à l'hôpital et elles décrivent certaines manipulations qui ont impliqué des contacts répétés avec certains produits ou encore des rayonnements.

A priori, les moyens de protection face à ces expositions étaient prévus, mais les interviewés ne les ont pas toujours utilisés : faible motivation de leur part et faibles contraintes imposées par leur hiérarchie expliquent probablement en partie ces pratiques :

« Et puis on avait ce que l'on appelle les amplificateurs de brillance, pour mettre les pacemakers et... voilà. Il paraît que les amplificateurs de brillance ne rayonnent pas beaucoup mais enfin bon, ça rayonne quand même. Donc on devait porter à cette époque un dosimètre, je crois, et les tabliers de plomb, mais je dois vous avouer que je ne les mettais pas.(...) Parce qu'au début, ils étaient très lourds. Après, ils les ont remodifiés, ils ont fait des choses souples. Mais c'était des tabliers durs, vous voyez comme je suis petite, je ne les supportais pas.(...) Le chirurgien disait : « C'est pas possible, vous ne mettez pas votre tablier ? » Mais je ne pouvais pas. (...)

« Au bloc, il fallait stériliser les instruments après les opérations. On le faisait à sec, avec des pastilles qu'on mettait dans des bacs. (...) On fermait les bacs pendant la stérilisation, mais avant de les fermer on respirait toujours un peu les vapeurs qui se dégageaient (...). Ça sentait le chlore. (...) On avait des gants, des masques, mais on ne les mettait pas toujours »

On notera que les interviewés qui ont travaillé en milieu hospitalier ont fait presque toute leur carrière au même poste, face à la même exposition potentielle.

6.2. Les usines métallurgiques, chimiques

Plusieurs des hommes interviewés, notamment ceux nés dans les années 40 et 50, ont travaillé en usine, notamment dans le secteur de la métallurgie ou de la chimie et ce, pendant toute leur carrière pour certains.

6.2.1. L'usage fréquent du trichloréthylène

Un produit a très souvent été cité pendant les entretiens, le trichloréthylène, qui sert notamment à nettoyer les pièces métalliques des machines ou celles qui sont fabriquées dans les usines. Les récits faits par les interviewés montrent à la fois que les vapeurs de ce produit ont été régulièrement respirées et qu'il y a eu aussi, occasionnellement, des contacts avec la peau.

L'objectif de cette étude n'était pas d'explorer les expositions professionnelles, néanmoins, il est frappant de constater que des personnes qui ont eu une enfance, semble-t-il, assez préservée en termes d'exposition ont eu, par la suite, une vie professionnelle marquée par un contact régulier avec des produits dangereux, avec souvent très peu d'interdits ou de protection par rapport à la manipulation de ces produits... Enfin, d'après certains interviewés, il y aurait eu une volonté manifeste de certaines entreprises de rester discrets vis-à-vis des autorités compétentes sur les conditions de travail réelles des ouvriers. On observera qu'au-delà de la question des expositions et de leur impact à long terme, les manipulations de ces produits ont été vécues comme quelque chose de pénible :

« (On travaillait) avec du trichlo, et sans gants ni masques. On les nettoyait (les pièces métalliques) au pinceau sur une bassine.(...) Et quand on en avait sur les mains, on essuyait au chiffon... Si ça brûlait, on passait sous l'eau. Quand j'en avais sur le visage je me passais de l'eau aussi. »

« Dans mon métier, on avait affaire au trichloréthylène (...) Le trichloréthylène qui a été supprimé. J'en ai respiré parce qu'on s'en servait pour nettoyer. (...) c'est quand j'ai commencé à travailler dans l'industrie. Il a été supprimé et il y a un autre produit maintenant, je ne sais plus comment il s'appelle... Le trichloréthylène dégageait des vapeurs, c'est sûr. Et puis il asséchait les mains. On ne mettait pas de gants à l'époque. »

« On était en contact avec le trichlo, (...) Pour dégraisser les pièces.(...) Mais on en trouve plus, il a été supprimé. Après, ça a été du Valtan. A respirer, il était moins violent. Parce que le trichlo...(...) Pour nettoyer une pièce, par exemple, on le mettait dans une bassine, on utilisait un pinceau, et la graisse foutait le camp. Et il n'y avait pas d'aspiration à l'époque.(...) »

« D'abord, j'ai travaillé en mécanique... Là, les produits c'est le trichlo (...) le trichlo liquide... On avait des pièces mécaniques qui avaient de la graisse dessus... Avec un pinceau... je me souviens, des fois, on partait en arrière, on était shootés... on disait « Je n'arrive plus à trouver l'équilibre... » On avait des bacs de trichlo... il y avait au moins 1000 litres, 2000 litres de trichlo dedans. Ça, je me souviens...(...) en ce temps- là, il n'y avait pas de masques... rien du tout, on était comme ça... On était jeunes... (...) Après, on avait mis des gants, ... Mais, on le respirait quand même... on avait beau mettre des gants en

caoutchouc, qui montaient très haut... On avait nos pièces mais, disons que, quand vous êtes sur un bac où il y a 2000 litres de trichlo dessous... vous êtes obligés de respirer hein... là... On n'avait pas de masque à gaz... (...) Après là, ils ont tout interdit... Ah, d'un seul coup, ils ont tout sorti hein ! Ils ont tout interdit ! »

« J'ai travaillé dans une unité où on faisait du perchloréthylène et du tétrachlorure de carbone. Ça met en œuvre du chlore et du propylène. Mais c'étaient des unités qui étaient bien établies depuis un certain nombre d'années.(...) On avait une unité qui rejetait de la dioxine dans l'atmosphère. Il y avait un autre truc dont le nom m'échappe. Si vous voulez, l'usine est contrôlée par la DRIRE, qui dépend de la préfecture. Mais quand la DRIRE vient faire une inspection, elle prévient l'usine, et l'usine faisait arrêter certaines unités dont on savait qu'elles n'étaient pas dans les normes.(...) si vous voulez, les gens qui y travaillent, que ce soit les ouvriers ou les agents de maîtrise, veulent conserver leur emploi, donc ils ne font pas remonter les informations. »

Le trichloréthylène, classé comme cancérogène probable par le CIRC, est effectivement aujourd'hui interdit dans les usines, à certains dosages et pour certaines utilisations. Le lien entre lymphomes et expositions au trichloréthylène est aujourd'hui exploré dans le cadre de différentes études épidémiologiques : des suspicions existent mais il n'y a pas de certitude en la matière pour l'instant.

6.2.2. Autres produits manipulés ou respirés en usine : amiante, pesticides, ...

D'autres interviewés, des hommes qui ont été ouvriers, ont été en contact de manière prolongée avec d'autres produits classés aujourd'hui comme cancérogènes certains ou probables. Les interviewés ont le sentiment qu'il y avait un risque à manipuler ces produits sans toutefois avoir le sentiment que cela a un lien avec leur hémopathie lymphoïde :

« La dernière unité dans laquelle j'ai travaillé presque 3 ans, une unité phytosanitaire où on faisait des pesticides, des insecticides, etc., où là, j'étais en particulier en contact avec du xylène et de l'alcène. »

« Dans l'usine, il y avait de l'amiante, parce qu'à l'époque, tout le calorifuge dans les unités se faisait avec de l'amiante. Dans l'usine, il y avait même un passage couvert qui était assez long, 200 m à peu près, et dont le plafond était floqué à l'amiante.(...) Autrement, on était exposé aux vapeurs des polymères synthétiques qui sortent en fusion de ... enfin, pour faire du fil ou ... j'ai oublié.(...) J'ai travaillé dans une unité où on faisait un polyamide 6, qui était fait surtout par les Allemands. Le produit de base, c'est du caprolactame. Il y a des fumées et des vapeurs qui ne sont pas très bonnes à respirer. »

Dans la plupart des cas, le contact avec ces produits était essentiellement aérien. Ces ouvriers ont largement davantage respiré ces produits qu'ils ne les ont touchés.

6.3. Produits de nettoyage professionnel

Enfin, plusieurs interviewés ont parlé de produits de nettoyage professionnel, ménagers ou destinés au lavage des mains, utilisés régulièrement dans le cadre de leur travail et qu'ils ont décrit comme agressifs pour la peau :

« J'ai aussi manipulé des produits lessiviaux assez costauds, pour les machines, Et puis il y avait cette pâte Arma. Dans l'industrie, j'en ai retrouvé beaucoup de cette pâte.(...) C'était de la pâte, je ne sais comment vous dire. C'était ni sec, ni mouillé. Vous en preniez un petit peu, ça restait bien collé à la main,

et on frottait pendant un bon moment (...). Après. Il ne fallait pas se mouiller les mains avant. On prenait de la pâte, on frottait bien, ça ne se faisait pas en 2 minutes. Et pour rincer, on passait sous l'eau. Cette pâte s'en allait. Et puis c'était un peu granuleux. Pour enlever cette graisse, cette huile, il ne fallait pas... avec du savon tout simple, ce ne serait pas parti. »

« C'est un savon qui est assez... comment dire ? Qui est assez... ouais, je ne sais pas comment on peut dire ça... Dès qu'on se lave les mains avec, après, on a l'impression qu'on a les mains toutes sèches, toutes râpeuses, toutes... qui est bien abrasif quoi... qui... enfin, qui... après, ce qui est... les mains sont désagréables. On est obligé de mettre une crème pour les mains ou... »

L'une des interviewée qui a été agent de nettoyage en collectivité souligne aussi le fait qu'elle a manipulé des produits de nettoyage en grandes quantités :

« On avait des gros bidons de produits et toutes les semaines, on faisait le gros ménage de l'école avec ça. Ça sentait fort... j'ai toujours mis des gants pour travailler. »

Ainsi, si c'est essentiellement le savon de Marseille qui a été utilisé pendant l'enfance et l'adolescence, et aussi aux premières périodes de l'âge adulte, les interviewés ont parfois manipulé d'autres types de détergents ou de produits nettoyants sur leur lieu de travail qui sont perçus comme beaucoup plus « décapants » que ce qui était utilisé à la maison.

6.4. Autres expositions possibles à des produits

Enfin, quelques interviewés ont évoqué d'autres produits qu'ils ont respirés ou manipulés pendant leur carrière professionnelle, dans des métiers très divers : enseignant chercheur en université, gérant d'une station-service, ouvrier dans une scierie... Plusieurs des produits cités par les interviewés sont aujourd'hui considérés comme des cancérogènes avérés ou probables par le CIRC, mais ils ne sont pas forcément mis en lien par les interviewés avec des hémopathies lymphoïdes : les interviewés n'évoquent pas un lien qui aurait été fait par leur oncologue par ces expositions et leur maladie, mais ils ont eux-mêmes le sentiment d'avoir été en contact avec des produits relativement nocifs :

« J'ai respiré des vapeurs d'essence, hein !... Vous faites tourner une voiture dans un local fermé l'hiver, bon. C'était du gaz brûlé quoi. Et à l'époque il y avait de l'amiante dans les plaquettes et les tambours de frein. Quand je les enlevais je respirais les poussières d'amiante. Quand je me mouchois après, c'était tout noir... (...) Et j'avais des migraines, beaucoup de migraines... »

« Quand j'étais enseignant au début on continuait à faire des TP, il y avait des bouteilles de benzène qui se renversaient... C'est vrai que je ne supportais pas cette odeur, je sentais ça la nuit, ça me réveillait ! (...) Des produits pas très bons : la Pyridine, ce genre de choses... Des solvants chlorés aussi : du tétrachlorure de carbone, qui est interdit maintenant, qui détruit les cellules nerveuses. L'odeur était désagréable aussi. (...) Ce sont des solvants qu'on utilisait sur la paillasse sans hotte tout de même !... »

« J'étais pas mal en contact avec des... des sciures... la... la poussière... la poussière de bois... oui, oui, j'étais pas mal en contact, là-bas... Parce que, j'étais souvent dans l'atelier, on contrôlait des choses et tout... c'est vrai que... et, dans la menuiserie, ça travaillait tellement les machines que, la poussière de bois, il y en avait beaucoup ... »

Comme pour les ouvriers de notre échantillon qui ont travaillé en usine, on remarquera que ces expositions potentielles se sont étalées sur plusieurs années, les personnes ayant durablement occupé ces postes.

7. SENSIBILITE FACE A L'ÉCOLOGIE, A LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

Comme on l'a déjà souligné plus haut, les personnes que nous avons interviewées pour cette étude sont assez proches, pour la plupart, en termes d'âge, mais aussi en termes de milieu social d'origine et il est malaisé de faire émerger des profils bien distincts, en termes de pratiques comme en termes de représentations par rapport aux notions d'hygiène, de soi ou du chez soi. Il en va de même quant à la thématique de l'écologie et de la sensibilité face aux thèmes de santé environnementale... La similitude des origines sociales mais aussi de la tranche d'âge ne favorise pas l'observation de tendances fortes, et ce d'autant plus que l'exploration approfondie des pratiques de l'enfance et de l'adolescence n'a laissé que peu de temps, dans ces entretiens par histoires de vie, pour examiner avec la même finesse les pratiques actuelles.

Néanmoins, on peut, à grands traits, définir deux catégories qui seraient composées d'une part de personnes qui se déclarent comme n'ayant pas de pratiques articulées autour d'un souci concernant la santé environnementale, et d'autre part des personnes qui disent « *faire attention* », notamment à tout ce qui est « bio ».

On notera cependant, qu'il n'y a pas forcément de lien entre les pratiques alimentaires attentives à éviter les pesticides etc... et les pratiques d'hygiène de soi ou du chez soi. Il n'y a pas forcément une cohérence globale en termes de sensibilité à la santé environnementale, et à la traduction de cette sensibilité dans les pratiques. Inversement, nous n'avons pas rencontré de personnes qui se déclarent parfaitement confiante dans les produits industriels...

7.1. Les sceptiques face au « bio »

Dans notre échantillon, les interviewés qui se disent peu sensibles au bio ou aux pratiques « écologiques » en général, ne se décrivent pas pour autant comme parfaitement confiants dans les produits industriels. Ils expriment plutôt une méfiance vis-à-vis de certaines notions. Ainsi, l'agriculture biologique leur semble relever davantage d'une bonne intention que d'une réalité en termes de préservation des fruits et légumes. Pour ces interviewés, les produits biologiques peuvent être « contaminés » par les traitements chimiques que subissent les exploitations se trouvant autour de l'exploitation « bio » (par voie aérienne ou par les écoulements d'eau). Pour eux, les produits estampillés « bio » ne sont donc pas forcément meilleurs pour la santé :

« (Les produits bio) ils sont bien plus chers. Vous voyez, je n'ai pas encore évolué assez (...). Je me dis qu'il y a tellement de produits tout autour (traitements par pesticides tout autour) que même si le brave agriculteur... Y'a une ferme qui va se monter où ils font du bio, là, ...Il faut y croire !»

Ces personnes ne font ainsi pas d'efforts particuliers pour acheter des produits alimentaires « bio » ou d'autres produits manufacturés mentionnant un quelconque lien avec l'agriculture biologique.

Néanmoins, ces personnes peuvent être vigilantes à ne pas utiliser une multitude de détergents, à traiter le moins possible leur jardin... On ne peut pas parler d'une indifférence totale vis-à-vis des préoccupations environnementales, mais plutôt d'un scepticisme élargi à la fois aux produits industriels, manufacturés et aux produits « bio », mâtiné d'une certaine résignation.

7.2. Les sensibles au « bio » ou au « naturel » : ceux qui « font attention »

D'autres interviewés en revanche, ont clairement affirmé faire attention à certaines de leurs pratiques ou aux produits qu'ils achètent, notamment alimentaires. A la croisée d'une nostalgie des produits « naturels » de leur enfance et de leurs inquiétudes concernant l'apparition ou l'évolution de leur cancer, ils orientent aujourd'hui certaines de leurs pratiques vers une attention au « bio » et parfois une réduction de l'utilisation de certains produits manufacturés, mais sans pour autant afficher une sensibilité écologique.

Ces interviewés « font attention », peut-être un peu plus que les autres, ce qui a pu entraîner quelques changements dans leurs pratiques d'hygiène de soi ou du chez soi. Il y a ainsi une attention accrue qui se reflète dans les pratiques quotidiennes, pas vraiment clivée par le niveau d'étude ou la profession exercée :

« Normalement, je fais attention... j'achète de plus en plus bio... Ben, parce que... ben, parce que je n'ai pas envie de... d'avaler des... des pesticides, des... des trucs comme ça... alors... »

« J'achète des produits biologiques, de l'engrais biologique. Enfin je mets quelque chose contre les limaces, mais ce sont des granulés biologiques. »

« Je ne mets que du vinaigre blanc dans la salle de bains aussi, pour tout, y compris les WC. (et pour les vitres), uniquement de l'eau »

« Je me dis que (le bio) c'est sans pesticides, et je suis plus réceptive à ce genre de choses depuis que je suis malade, j'écoute plus les gens qui en parlent. Indirectement j'ai mangé des pesticides ! Quand ils sulfatent les noyers, mon jardin étant à côté, j'en mange aussi... »

« Alors, je m'en sers pratiquement plus du papier alu... Alors maintenant, il y a un truc qui m'enquiquine, c'est... c'est tous les plastiques ! Parce que j'ai plein de trucs en plastique que je mets dans le micro-onde et, je me dis ce n'est pas bon de faire ça... Eh ben, c'est... je ne sais pas exactement ce que c'est mais, c'est les... comment ça s'appelle ? Bon, la raison qui fait qu'on ne fait plus de biberons en plastique... moi, je connais que ça Non... sinon maintenant, j'achète bio... Au moins, pour les produits d'entretien Et tous les trucs chimiques que j'achète, je préfère les acheter bio... »

Certains, sans être attirés par le « bio » recherchent ce qui est le plus « frais », le plus « naturel » sans qu'il y ait toutefois une recherche de garantie quant aux méthodes de production utilisées. Pour ces personnes, les produits « fermiers » constituent la garantie suffisante d'un produit sain :

« Je vais chez des paysans à l'Estacade. Ce sont des produits fermiers.(...) Il y a moins de traitements. Les produits sont plus frais, puisqu'ils les ont ramassés la veille. »

Même si le temps a manqué dans ces entretiens (déjà très longs) pour creuser les pratiques et représentations actuelles, il semble néanmoins que l'attrance pour le « bio » soit plus évidente dans notre échantillon chez les personnes qui ont un niveau d'études plus élevé, alors que les personnes

d'appartenance sociale plus modeste seraient davantage attirés par le label « *fermier* », qui renvoie peut-être à un vécu, à des pratiques d'enfance qui constituent à elles seules une garantie acceptable et plus crédible que le « bio » pour eux. Mais cela mériterait une exploration fine car il y a peut-être des différences plus profondes qu'il n'y paraît au premier abord entre ceux qui s'intéressent aux produits « *bio* » et ceux qui s'intéressent davantage aux produits « *fermiers* » ou du moins qui donnent certains gages de « naturalité ».

CONCLUSIONS ET PISTES POUR POURSUIVRE L'EXPLORATION

1. LES APPARTENANCES SOCIALES DIFFICILES A EXPLORER AU SEIN D'UN ECHANTILLON RELATIVEMENT HOMOGENE

Le territoire d'habitation : un élément insuffisant pour repérer les catégories socioprofessionnelles

Le tirage au sort des interviewés qui a permis de diversifier le type de territoires dans lequel vivent les personnes (territoires urbains, périurbains et ruraux) n'a cependant pas complètement permis d'obtenir une « vraie » diversité en termes d'appartenances sociales pour repérer et explorer des différences dans les comportements qui seraient liées à des « habitus » de catégories socioprofessionnelles, ou à des « sous-groupes » au sein de ces catégories.

Dans le cadre d'une étude qualitative, si la représentativité n'est pas recherchée, il faut en effet une réelle diversité pour que les différences, les tendances entre différents sous-groupes puissent émerger.

Ceci pointe le fait que le sens du territoire d'habitation est finalement limité et qu'il est à manipuler avec de grandes précautions lorsque l'on veut comprendre les comportements des personnes, leur système de représentations et de valeurs selon leurs appartenances sociales.

Ainsi, à l'exception de territoires extrêmement typés au plan sociologique où les habitants partagent de nombreux points communs, comme par exemple les zones urbaines sensibles (habitat en logement social, faibles revenus, scolarisation dans les établissements du quartier, nombre de personnes nées à l'étranger, ...), les zones rurales très éloignées des grandes villes centres et des grands axes de circulation (exode rural massif, économie essentiellement agricole sur de petites exploitations, précarité...), ou encore les « *beaux quartiers* »¹⁴ de certaines grandes villes où les catégories sociales élevées sont largement majoritaires, le territoire, même à une échelle fine comme peut l'être l'IRIS, ne suffit pas toujours à repérer la CSP de ceux qui y habitent. De ce fait, hormis dans le cas des quartiers ou territoires extrêmement typés, le territoire n'est pas toujours un élément suffisant pour caractériser et comprendre l'appartenance sociale de ceux qui y habitent.

Nous avons envisagé cette limite dès le démarrage de l'étude, mais le fichier des patients atteints d'un cancer ne comporte pas d'éléments permettant de caractériser la CSP des personnes, et il était donc impossible, dans cette première étude, de faire mieux en termes d'outils pour tirer au sort et contacter des patients.

Par ailleurs, l'approche par histoires de vie confirme ici, si besoin était, qu'à l'échelle d'une vie humaine, de nombreux éléments se juxtaposent qui viennent complexifier la notion d'appartenance et affaiblir encore un peu plus le sens du territoire d'habitation. Les entretiens réalisés témoignent d'une réelle mobilité au niveau du lieu de vie, mais aussi du secteur d'activité, au fil des parcours de vie. Si la majorité des personnes interviewées sont nées et ont vécu toute leur vie en Isère, il apparaît que les termes de ruraux et d'urbains n'ont pas beaucoup de sens en ce qui les concerne. Ainsi, la plupart de ceux qui sont nés à la campagne, qui ont parfois vécu dans des fermes, habitent souvent aujourd'hui en ville, dans un immeuble ou une petite maison de ville. Inversement, ceux qui ont habité toute leur enfance et leur adolescence en ville, dans des immeubles parfois très modestes, habitent aujourd'hui dans des maisons individuelles en zone péri-urbaine. Rappelons aussi que le terme « peri-urbain » recouvre des réalités différentes selon que l'on habite à Paris, à Grenoble ou à Vienne : plus la ville est petite et plus le « péri-urbain » est marqué par le rural (proximité d'exploitations agricoles, ...).

Les appartenances sociales ont de ce fait pu se modifier dans le parcours de vie. Même si globalement, les personnes interviewées n'ont pas connu « d'ascension » ou de « descente sociale » fulgurante, qui leur ait

¹⁴ M. Pinçon, M. Pinçon-Charlot, *Dans les beaux quartiers*, le Seuil, 1989

fait bondir en quelques années tous les échelons du « gradient social », on soulignera que beaucoup qui sont nées et ont vécu leur enfance et une partie de leur jeunesse dans un milieu rural et paysan, sont ensuite devenues ouvrières ou employées. D'autres sont nées et ont grandi dans un milieu ouvrier et sont ensuite devenues enseignantes (collège, lycée ou université). Seule une minorité d'interviewés (quatre personnes de notre échantillon) sont nés dans un milieu socialement aisé et y sont demeurés.

Les fichiers du Registre des Cancers de l'Isère qui ont permis le tirage au sort ne contiennent pas d'informations sur la catégorie socioprofessionnelle des patients et seul le territoire de domiciliation pouvait nous permettre d'essayer de toucher par ce biais, des personnes de différentes CSP. Il n'est donc pas possible de savoir aujourd'hui si les cadres sont plus ou moins nombreux que les ouvriers au sein de ces fichiers et le seul élément utilisable est donc l'adresse de domiciliation des patients.

Le fait est que les trois-quarts des personnes que nous avons interviewées appartiennent aujourd'hui à des milieux ouvriers-employés ou intermédiaires, et viennent de milieux paysans ou ouvriers. Cela est sans doute à la fois le reflet de la structure de notre société, mais on peut aussi se demander si ces catégories ne sont pas *de facto* plus représentées parmi les patients atteints d'hémopathies lymphoïdes ou encore, si les patients de ces milieux sociaux n'ont pas eu plus facilement tendance à répondre favorablement à la sollicitation pour participer à une étude...

Ainsi, la plupart des personnes interviewées ont souvent eu des enfances et des adolescences qui, sans être similaires, étaient relativement proches en termes de pratiques d'hygiène de soi et du « chez soi » et nous n'avons pas pu repérer de systèmes de valeurs ou de pratiques qui aient été très différentes dans la première partie de l'existence des interviewés.

Or, façonnés par leur enfance, les adultes que nous avons rencontrés, même s'ils ont évolué, n'ont pas fait état de représentations aujourd'hui radicalement différentes. Nous avons bien repéré des tendances et des sensibilités différentes face à la santé environnementale, à la notion de propreté, mais il nous a été impossible de les relier à une appartenance sociale précise.

Limite de cette étude ou résultat révélateur du fait qu'il y a à la fois de fortes convergences qui se sont mises en place dans notre société de consommation de masse et, dans le même temps, un fort éclatement en « sensibilités » différentes qui ne peuvent plus être rattachées à la seule catégorie socioprofessionnelle ? La question demeure ouverte, et peut-être d'autant plus ouverte que les personnes n'appartiennent pas aux milieux sociaux situés aux deux extrémités du gradient social...

L'effet générationnel : changements majeurs dans les conditions de vie au cours des Trente Glorieuses

L'autre élément qui vient brouiller la compréhension des pratiques d'hygiène selon les appartenances sociales est l'impact puissant de l'effet générationnel sur une thématique aussi sensible à l'évolution du marché des produits manufacturés et aux évolutions de l'habitat.

Il est ainsi apparu clairement dans cette étude qu'il y existe un fossé entre les personnes qui ont aujourd'hui plus de 60 ans et celles qui ont la quarantaine ou moins, en matière de vécu concernant les pratiques d'hygiène. Or les interviewés avaient pour la majorité d'entre eux plus de 60 ans au moment de l'entretien, ce qui constitue globalement la norme en ce qui concerne les personnes atteintes d'hémopathies lymphoïdes, puisque cette pathologie n'atteint que très peu les adultes et encore moins les jeunes.

Ainsi, l'accès à l'eau était souvent malaisé pour les familles d'ouvriers, d'employés comme pour les familles de paysans dans les années 40 et 50, avant que les logements sociaux n'apparaissent ou que les familles n'aient finalement les moyens d'entreprendre certains travaux chez elles. Et même dans les familles aisées, si l'accès à l'eau n'était pas problématique, il n'en demeure pas moins que le choix des produits d'hygiène était faible. Précisons cependant qu'à trois exceptions près, aucune des personnes que nous avons interviewées n'ont connu de salle de bains pendant leur enfance et leur adolescence. Les

plus modestes vivaient dans des logements sans eau courante et sans sanitaires (qui se trouvaient alors sur le palier, dans la cour...), et même ceux qui appartenaient à des milieux un peu aisés ont, selon les logements occupés, vécu des périodes où la toilette devait se faire à l'évier, faute de salle de bains. Du point de vue de l'accès à l'eau et aux produits d'hygiène corporelle ou domestique, on peut dire qu'il y a moins de différences entre une personne née en Isère dans les années 70 et une personne née dans les années 2000, qu'entre une personne née dans les années 40 et une personne née dans les années 80. Les changements au niveau de l'habitat ont donc été massifs, et l'offre de produits d'hygiène est également incomparable entre l'époque où l'on achetait le gros cube de savon de Marseille chez l'épicier, qui servait aussi bien à la toilette qu'à la lessive, et les années 80 ou 90 où les achats se faisaient très largement en grande surface, dans des rayons déjà extrêmement fournis en produits divers. Les outils et conditions de l'hygiène domestique et personnelle étaient donc relativement contraints il y a 40, 50 ans, et ces contraintes étaient relativement partagées par les classes modestes et moyennes. Cette homogénéité de contraintes est en quelque sorte venue renforcer la relative homogénéité de notre échantillon en termes de catégories socioprofessionnelles.

Ainsi il y a des différences marquantes entre ceux qui sont nés au début ou la fin des Trente Glorieuses, ou après cette période. Les personnes qui ont aujourd'hui plus de 60 ans sont nées dans une société où les « segmentations marketing » commençaient à peine à se mettre en place, où les expositions environnementales étaient largement méconnues et où les stratégies de mise en scène de soi et de différenciation, de distinction sociale par des pratiques d'hygiène étaient contraintes par une relative pauvreté et homogénéité des ressources. Si nous avions pu avoir accès dans cette étude à des personnes ayant vécu dans des milieux sociaux très aisés (de type « *grande bourgeoisie* ») nous aurions certainement mis à jour des outils, objets produits et pratiques d'hygiène, au moins corporelle, que nous n'avons pu observer dans les souvenirs de nos interviewés, car ils n'en faisaient pas partie.

Appartenances sociales et appartenances « culturelles » ? Les effets de la mobilité géographique

Tout au long de leur parcours de vie, la plupart des interviewés ont déménagé à plusieurs reprises, du fait de changements de leur situation personnelle ou professionnelle : vente de la ferme des parents, mise en couple, ou au contraire divorce, mutations professionnels... A ces changements de lieux de vie qui ont concerné toutes les personnes interviewées, sans exceptions, s'ajoutent pour certains les effets de la migration à une échelle internationale qui font que les lieux de vie de l'enfance sont parfois très éloignés des lieux de vie adulte. Certains des interviewés ont ainsi immigré en France avec leurs parents, pendant leur enfance. Cette mobilité a parfois impliqué des changements radicaux en termes d'habitat, mais aussi en termes d'environnement social et « culturel ». Le rapport au corps, à l'eau, au propre et au sale est à relier aussi bien à la « culture » familiale dans laquelle on a vécu pendant son enfance qu'à la « culture » de la société dans laquelle on a vécu en tant qu'adulte...

L'un des interviewés nous disait ainsi « *chez ma femme, c'étaient des espagnols : ils sont très propres !* ». Au-delà des clichés ou des préjugés, on peut faire l'hypothèse que les valeurs et aussi les pratiques ont pu être colorées par des éléments « culturels » qui dépassent le cadre familial... Cependant le « facteur culturel » est lui-même à manier avec précaution : il doit être croisé avec l'âge, le statut professionnel, le niveau d'éducation, pour être analysé au mieux.

En tout état de cause, dans un pays comme la France les phénomènes migratoires ont été, et restent importants, depuis 50 ans, à l'échelle de la région, du pays et en provenance d'autres pays, et ils ne doivent pas être négligés dans un questionnement sur les appartenances sociales, sur les pratiques et représentations autour de l'hygiène.

La complexification des appartenances sociales qui évoluent dans le temps et l'espace

Cette étude montre, « en creux », rejoignant ainsi le constat fait par de nombreux auteurs en sciences humaines, que la notion d'appartenance sociale s'est largement complexifiée depuis la fin des Trente Glorieuses¹⁵, ce qui ne signifie pas que les « catégories sociales » n'existent plus et que le modèle du « gradient social » n'est plus opérationnel. Les multiples études sur les inégalités sociales de santé, les écarts en termes d'espérance de vie, de retraite en bonne santé, d'expositions professionnelles, montrent bien que le temps de « l'indistinction » entre cadres et ouvriers n'est pas encore advenu et que les différences restent marquées...

En revanche, les pratiques, stratégies et outils de la « distinction » au travers de l'hygiène de soi et du chez soi, ou encore les « habitus » de l'hygiène selon les catégories socioprofessionnelles ne sont pas figés dans le temps ou l'espace et ils se composent et recomposent au fil des évolutions sociétales, probablement beaucoup plus vite qu'ils ne le faisaient aux générations précédentes.

Une forme d'accélération, engendrée par les changements en termes d'habitat, d'offre de biens de consommation, de changements dans les parcours professionnels, de changements de lieux de vie, depuis la fin des Trente Glorieuses, font qu'il est difficile de comprendre une appartenance sociale et les pratiques qui peuvent y être associées sur la longue durée.

L'approche par histoire de vie a ainsi permis de mettre en exergue certaines différences dans les pratiques d'hygiène de soi et plus encore du chez soi : la « *propreté dure* » de l'amidonage des « cols blancs » qui donnait de la « tenue », la « *brillance* » chez ceux qui avaient, malgré la modestie de leur statut professionnel, quelques meubles à cirer... Ou encore la recherche d'une propreté « absolue » : ainsi les parquets en bois bruts blanchis à l'eau de Javel par des gens modestes qui, faute d'avoir de beaux meubles à cirer, pouvaient, a minima, s'enorgueillir d'avoir la volonté et la capacité d'éradiquer la saleté - synonyme de désordre, voire de déchéance sociale - d'un objet qui pouvait symboliser, à lui seul, le lieu de vie : le plancher.

Néanmoins, et malgré le fait que les entretiens ont été très longs (deux à trois heures en moyenne), l'âge des personnes interviewées a fait qu'il a été impossible d'explorer aussi bien la période actuelle que l'enfance et la jeunesse des interviewés.

La majorité des interviewés ayant en effet plus de 60 ans, nous avons manqué de temps pour bien explorer les représentations et pratiques de l'étape de vie la plus récente en matière d'hygiène.

Reste que nous avons pu analyser assez finement les pratiques d'hygiène de soi et du chez soi que les interviewés ont connues pendant la première partie de leur vie et que cela nous permet de réinterroger l'hypothèse hygiène, qui postule qu'un environnement « stimulant » pour le système immunitaire, donc pas trop aseptisé, était protecteur pour la santé, notamment en ce qui concerne les pathologies impliquant le système immunitaire.

¹⁵ Coulangeon P., *Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie : le modèle de la distinction est-il (vraiment) obsolète ?*. Sociologie et sociétés, vol. 36, n°1, 2004, pp 59-85

2. UNE ENFANCE ET UNE JEUNESSE « STIMULANTES » AU PLAN IMMUNITAIRE : L'HYPOTHESE HYGIENE NON CONFIRMEE ?

L'enseignement principal de cette étude exploratoire est que le fait d'avoir eu une enfance et une adolescence « stimulantes » voire, « sur-stimulantes » au niveau immunitaire n'a pas protégé les personnes interviewées par rapport à l'apparition d'une hémopathie lymphoïde après 50 ans.

En revanche, aucune des personnes interviewées ne souffrait, ou n'avait souffert, d'allergies alimentaires, dermatologiques ou respiratoires au cours de son existence.

Une très large partie des personnes que nous avons interviewées pour cette étude ont ainsi passé leur enfance à la campagne, souvent au contact direct d'animaux domestiques. Qui plus est, ces personnes ont souvent consommé des aliments cultivés par leurs parents, dans le potager familial, avec au menu force légumes, fruits et aussi lait cru, fromages au lait cru, issus de l'exploitation familiale ou des fermes alentours.

Ceux qui ont vécu leur enfance et leur adolescence en ville, passaient le plus souvent leurs vacances à la campagne et consommaient alors aussi des produits de la ferme. Enfin, tous ceux qui avaient plus de 40 ans au moment de l'entretien ont déclaré avoir « mangé de tout » pendant toute leur vie y compris des fromages au lait cru.

Par ailleurs, les personnes qui avaient plus de 50 ans au moment de l'entretien (c'est-à-dire la majorité des interviewés) ont eu des pratiques d'hygiène corporelle d'une grande sobriété pendant leur enfance et leur adolescence. L'accès à l'eau, souvent compliqué, favorisait la toilette partielle « à l'évier » et limitait les lessives et donc le changement de linge : la « lessiveuse » qui permettait de faire bouillir le linge, était bien souvent lourde et difficile à manipuler une fois pleine, et son usage nécessitait donc une véritable organisation dans la cuisine, où elle chauffait sur la gazinière... Quant aux produits d'hygiène corporelle et de nettoyage du linge, ils se résumaient bien souvent au savon de Marseille, produit de nettoyage à tout faire, qui n'a vraiment commencé à être supplanté que vers la fin des années 60, au moins en ce qui concerne les personnes interviewées.

Ces interviewés ont ainsi vécu une enfance relativement distante par rapport à la « révolution pasteurienne » : une enfance où l'on combattait calmement la saleté visible, loin de toute crainte obsessionnelle de la saleté invisible. Les enfants jouaient souvent dehors et avaient une grande liberté dans leurs jeux : « traîner dans la terre » et « grimper aux arbres » étaient monnaie courante... C'était l'époque où le bain complet du corps était surtout réservé aux enfants qu'on lavait alors dans les « baquets », une fois à deux fois par semaine. Vers 7 ans, les baquets devenant trop petits, on passait à la « toilette à l'évier », dans la cuisine, qui se transformait alors en salle de bain, quelques instants en soirée ou tôt le matin. Utilisée à tour de rôle, la cuisine était le lieu de la toilette quotidienne partielle et d'une toilette plus complète, mais toujours « à l'évier » aussi bien pour le corps que pour les cheveux et ce, une fois par semaine généralement.

On notera que la toilette partielle des femmes semblait plus régulière et concerner davantage de « parties » que chez les hommes, qui se contentaient plus facilement du visage, voire qui lavaient moins souvent leur visage. En effet, de nombreux interviewés ont rapidement adopté le rasage électrique à la fin de l'adolescence et ils n'avaient alors plus besoin d'eau pour le rituel du rasage, qui résumait alors parfois le rituel de la toilette...

Reste le lavage des mains : autre grand geste de toilette régulier, qui avait essentiellement pour objectif, pendant l'enfance et l'adolescence des interviewés, d'enlever la saleté visible, mais qui ne constituait aucunement un rituel obligatoire avant de passer à table ou après être allé aux toilettes, par exemple...

Ainsi, pendant les années 40, 50 et même 60, les microbes n'étaient pas encore devenus les acteurs du quotidien qu'ils sont aujourd'hui, et nos interviewés en entendaient beaucoup moins parler...

Pour autant, l'eau de Javel était bien présente dans certaines familles, qui avait quelquefois la double fonction de nettoyer et de « blanchir » certaines surfaces. Il y avait peut-être de la part des mères de familles qui l'utilisaient le souhait d'aseptiser les surfaces ou objets ainsi nettoyés, mais cela ne fut pas suffisamment verbalisé pour que les interviewés s'en souviennent clairement aujourd'hui. Reste le sentiment que l'eau de Javel permettait d'atteindre un très bon niveau de propreté...

Précisons que pour les plus jeunes interviewés de notre échantillon, les « moins de 50 ans », même si la douche et le lavage complet du corps, au quotidien, étaient déjà présents pendant l'enfance, le lavage des mains se faisait apparemment au même rythme que pour leurs aînés, et on ne repère pas dans le souvenir de ces personnes de craintes exprimées ou transmises par les parents à propos d'une saleté menaçante pour la santé, que celle-ci soit visible ou invisible.

Ainsi, loin de ce qui peut être décrit dans certaines études nord-américaines sur les pratiques d'hygiène des individus, les personnes que nous avons interviewées pour cette étude n'ont pas été concernées par « le sur-lavage » ou par des stratégies particulières d'évitement ou de protection par rapport aux microbes du quotidien. A l'inverse, la plupart se sont lavés pendant des années au savon de Marseille, mais pas forcément tous les jours et pas tout le corps. De même au plan alimentaire, on observe que les personnes interviewées ont, pour la plupart, consommé « de tout » pendant leur enfance y compris du lait et des fromages crus.

On observe donc une relative homogénéité des « modes de vie » en ce qui concerne l'hygiène chez les personnes que nous avons interviewées, notamment pendant les périodes de l'enfance et de l'adolescence.

On peut donc en conclure, dans le cadre de cette étude, qu'en ce qui concerne les personnes interviewées, le fait d'avoir eu une enfance et une adolescence « stimulantes » pour leur système immunitaire n'a pas été protecteur par rapport à la survenue d'une hémopathie lymphoïde après 50 ans.

3. DES PRATIQUES D'HYGIENE CORPORELLE ET DOMESTIQUE ACCRUES A PARTIR DES ANNEES 70

Ces pratiques d'hygiène corporelle et domestique se sont progressivement modifiées vers la fin des Trente Glorieuses et, peu à peu, une grande partie des interviewés est passée - grâce à la généralisation des salles de bains, à l'accès facile à l'eau courante et à l'eau chaude - de la toilette partielle quotidienne « à l'évier », à la douche bi-hebdomadaire puis à la douche quotidienne, voire au bain quotidien. Le savon de Marseille a été remplacé par les savonnettes parfumées dans les années 70, puis par les savons parfumés liquides. Quant à la lessiveuse, elle a disparu au profit de la machine à laver, ce qui a donc facilité et favorisé les changements de linge plus fréquents.

Par ailleurs, les produits d'hygiène corporelle et les produits d'entretien se sont multipliés... Pour les interviewés de plus de 60 ans, la mise en couple ou du moins la « fondation » de la famille s'est produite au moment de l'explosion des biens de consommations, parmi lesquels les biens d'hygiène. C'est donc, pour les personnes nées dans les années 40 et 50, une fois entrées dans l'âge adulte, que leurs pratiques d'hygiène ont véritablement évolué. A l'inverse, chez les plus jeunes de notre échantillon la mise en

couple à été l'occasion d'un ajustement mutuel plus ou moins réussi, plus ou moins négocié avec le partenaire, autour de l'hygiène (comme le décrit par ailleurs très bien J.-C. Kaufmann dans son ouvrage *La trame conjugale*), mais celle-ci n'a pas coïncidé, ou beaucoup moins, avec l'apparition de nombreux nouveaux produits, avec l'accès à une salle de bains, etc.

En tout état de cause, c'est véritablement à partir des années 70 que les moyens d'une hygiène éventuellement « excessive » sont devenus disponibles, et c'est donc seulement à partir de l'âge adulte que certains de nos interviewés auraient pu risquer de « trop se laver » et ainsi de fragiliser leur système immunitaire, ou encore qu'ils ont pu commencer à se laver avec des produits comportant des risques de micro-expositions, puisque parabens, sels d'aluminium et autres substances chimiques sont aujourd'hui sur la sellette, suspectés de favoriser, lorsqu'ils sont utilisés régulièrement, sur une longue durée, l'apparition de certaines pathologies dont des cancers...

Ceci pose alors l'hypothèse hygiène sous un autre jour : serait-il possible que le système immunitaire - même suffisamment stimulé pendant l'enfance et devenu mature - soit néanmoins ensuite fragilisé, à l'âge adulte, par des pratiques d'hygiène intenses, ou réalisées avec des produits trop « décapants », voire « empoisonnants » ?

Reste que, globalement, nous n'avons pas rencontré d'interviewé qui se décrive comme particulièrement « consommateur » de produits, au plan de l'hygiène corporelle ou domestique : pas de produits multiples pour le bain, ou en matière de cosmétiques et pas de pratiques particulièrement élaborées en matière de nettoyage du corps chez les plus de 60 ans (gommages, masques, ...). Il en va de même en matière de produits ménagers : malgré la sous-estimation possible du « déclaratif », la plupart des interviewés disent ne pas utiliser plus de 3 ou 4 produits, au total, pour le nettoyage de la maison (en incluant le produit vaisselle)...

Cependant, le temps nous a manqué pour bien explorer les pratiques et représentations de la période de vie la plus récente des interviewés en matière d'hygiène. Si nous avons pu constater un accroissement certain des pratiques d'hygiène dans la période adulte par rapport à l'enfance et l'adolescence chez la plupart des interviewés, nous n'avons pas pu examiner, dans le détail, ce que les interviewés font réellement, concrètement aujourd'hui.

4. DES PRATIQUES ACTUELLES D'HYGIENE QUI RESTENT A AFFINER

L'entretien par histoire de vie, auprès de personnes ayant majoritairement plus de 60 ans, nous a ainsi permis de bien explorer l'enfance et l'adolescence, puis les premières étapes de la vie d'adulte...

Rappelons que l'enfance constituait une période qui nous intéressait tout particulièrement en termes de « préparation » du système immunitaire (encore immature pendant l'enfance). L'étude a souligné les très grandes évolutions qui sont intervenues dans le domaine de l'hygiène, durant les cinquante dernières années, qui font que les personnes sont passées progressivement d'un monde de contraintes en ce qui concerne l'accès à l'eau, l'accès à un espace intime pour se laver, à un monde où les salles de bains sont la norme dans les logements, où l'accès à l'eau est aussi obligatoire dans les logements et où il y a pléthore de produits pour se laver, nettoyer l'espace domestique...

Le manque de temps nous a cependant empêchés d'explorer complètement les pratiques des périodes de vie plus récentes en matière d'hygiène. Deux à trois heures d'entretien sont ainsi insuffisantes pour

creuser 50 ou 60 ans d'une existence et ce, malgré les « trous de mémoire » des interviewés... Deux heures de plus auraient été nécessaires pour travailler sur les représentations et pratiques des 10 ou 15 dernières années...

L'exploration des pratiques actuelles et récentes en matière d'hygiène nécessiterait donc un temps d'entretien complet, avec également, idéalement, une observation « *in situ* » des produits réellement présents au domicile, sous les évier, dans les placards, aussi bien en ce qui concerne l'hygiène domestique que l'hygiène corporelle et les cosmétiques.

En effet, même si les interviewés ont le sentiment de ne pas être de grands utilisateurs de produits d'hygiène et qu'ils affirment utiliser trois ou quatre produits pour le ménage (« *le minimum* ») et aussi peu de produits pour l'hygiène corporelle, on sait qu'un examen détaillé des étagères et des placards révèle souvent des pratiques tellement « incorporées » qu'elles en deviennent invisibles pour les personnes...

Par ailleurs, et afin d'éliminer le plus possible l'effet générationnel qui a un peu brouillé les cartes dans la présente étude, puisque la majorité des interviewés avait plus de 60 ans au moment de l'entretien, il serait fortement souhaitable de pouvoir mener une exploration sur les pratiques actuelles auprès de personnes plus jeunes, ayant entre 25 et 50 ans... Une tranche d'âge néanmoins peu concernée par les hémopathies lymphoïdes, ce qui interroge la pertinence de mener une étude qualitative, non pas auprès de malades, mais en population générale, afin de clarifier véritablement la question des pratiques d'hygiène et des appartenances sociales, avant de mener des investigations épidémiologiques par le biais d'études cas-témoins, qui permettront alors de mieux identifier d'éventuels « groupes à risques » ou « groupes protégés » du fait de leurs pratiques d'hygiène.

Enfin, l'exploration des pratiques et représentations autour de l'hygiène par rapport aux appartenances sociales nécessite d'avoir accès à des individus différents, au plan de la profession exercée et du niveau d'étude, mais aussi au plan du statut familial. Le territoire d'habitation peut être un critère conservé, en plus des autres critères, en incluant de préférence des espaces encore plus différenciés : par exemple le centre-ville de Lyon et zone rurale dans l'Ain ou l'Ardèche...

Le fait d'interroger des personnes de moins de 50 ans permettrait enfin, en réduisant l'effet générationnel, d'explorer plus en profondeur les divergences ou convergences de pratiques au sein d'une même CSP, et de repérer d'éventuelles convergences entre CSP différentes, ou divergences au sein d'une même CSP.

Afin d'éliminer toutes les modifications de pratiques qui ont été provoquées par l'apparition et le vécu d'une pathologie, et notamment d'un cancer, il serait préférable de ne pas mener une exploration des pratiques actuelles auprès de malades. En effet, la maladie, qu'elle ait, ou non, été surmontée, entraîne inévitablement des changements profonds dans les pratiques comme dans les représentations. Or il ne s'agit pas ici de connaître quelles sont les pratiques d'hygiène des personnes depuis qu'elles sont concernées par un cancer, mais de connaître les pratiques d'hygiène des personnes aujourd'hui, dans différentes CSP, afin de savoir quels sont les groupes de population qui sont éventuellement dans des formes de « sur-nettoyage » du corps comme de l'espace domestique, ou de « sous nettoyage », les épidémies de grippe ayant donné lieu à de multiples études qui montrent que les Français ne se lavent pas forcément les mains aussi souvent qu'il le faudrait pour éviter les contaminations en période d'épidémie...

Les histoires de vie ayant permis de mettre en exergue un certain nombre d'éléments sur les premières étapes de l'existence des interviewés, il serait aujourd'hui souhaitable de mener des entretiens centrés sur la période actuelle et ce, même si l'exploration des représentations peut amener à faire des retours dans le passé et dans les valeurs transmises par les familles et par tous les acteurs présents autour de l'individu pendant son enfance.

5. UNE THEMATIQUE QUI DEVRAIT DAVANTAGE ETRE EXPLOREE : LES HEMOPATHIES LYMPHOÏDES SELON LES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Si le « sur-lavage » et les micro-expositions environnementales domestiques semblent faible en ce qui concerne les personnes que nous avons interviewées dans le cadre de cette étude, il semble en revanche évident que la moitié de ces personnes a été, plus ou moins, exposée à des substances nocives dans le cadre de l'activité professionnelle.

Plusieurs des substances auxquelles les interviewés ont été exposés sont ainsi aujourd'hui interdites en France, c'est notamment le cas du trichloréthylène, qui a été manipulé par de nombreux interviewés, parfois pendant plusieurs années.

Cela nous amène à souligner que si les pratiques d'hygiène *de soi* et du *chez soi* doivent encore être explorées plus finement afin de repérer quels sont les groupes sociaux qui s'exposent le plus ou se protègent éventuellement le mieux en matière de renforcement ou d'affaiblissement du système immunitaire, les expositions professionnelles ont aussi un impact sur le système immunitaire, à l'âge adulte, qui interfère peut-être avec les protections construites pendant l'enfance.

Les histoires de vie nous ainsi permis de repérer qu'en dehors de la sphère domestique, les interviewés ont parfois été en contact prolongé avec des substances nocives pour la santé, dont certaines sont suspectées de jouer un rôle dans l'apparition des hémopathies lymphoïdes

L'objectif de cette étude n'était pas d'explorer les expositions hors cadre domestique. Pourtant, les interviewés nous ont spontanément parlé d'expositions qui leur semblent pouvoir être reliées à leur pathologie.

En premier lieu, soulignons que de nombreux interviewés ont tenu à nous faire part de souffrances psychologiques intenses qu'ils ont pu vivre récemment ou dans des périodes de vie plus anciennes, suite à des deuils, des ruptures affectives. Ces informations nous ont souvent été données à la fin des entretiens, parfois lorsque le magnétophone était éteint, comme s'il était important que nous intégrions à notre réflexion cette douleur vécue par les interviewés. Une douleur qui aurait pu les fragiliser au point de favoriser l'apparition du cancer. La thématique n'est pas nouvelle, et les liens entre état du système immunitaire et stress ou dépression sont déjà établis, mais il est important de souligner ce ressenti des malades qui pensent avoir peut-être été davantage mis en danger par cette souffrance que par leurs pratiques quotidiennes, qu'ils ressentent au contraire comme étant plutôt protectrices, beaucoup ayant le sentiment d'avoir vécu une « *vie saine* », d'avoir eu une « *santé de fer* »...

Au-delà, beaucoup nous ont aussi parlé spontanément de leurs conditions de travail lorsqu'ils étaient encore en activité et nous avons découvert, avec surprise, qu'environ la moitié de notre échantillon avait été exposée, à l'âge adulte et dans le cadre professionnel, à des substances dangereuses qui nécessitent des protections particulières pendant leur manipulation ou qui ont été tout simplement interdites.

On peut dès lors se demander, concernant les hémopathies lymphoïdes, si une bonne stimulation du système immunitaire pendant l'enfance peut constituer une protection suffisante face à un usage répété du trichloréthylène, par exemple, à l'âge adulte...

On peut dès lors supposer que le système immunitaire des interviewés semble avoir parfaitement fonctionné pendant la première partie de leur existence, peut-être grâce à cette enfance « sur-

stimulante » où la lutte contre les microbes, bactéries n'était pas intense, loin s'en faut. ... Mais aussi que cette « protection » construite pendant l'enfance, qui les a semble-t-il protégé notamment des allergies, s'est effondrée suite à certaines expositions professionnelles...

Il ne faut pas non plus négliger certaines expositions qui ont pu avoir lieu hors espace domestique mais à proximité immédiate du lieu de vie, du fait de la présence de certaines usines ou encore du fait des traitements qui sont appliqués aux cultures dans les exploitations agricoles qui se trouvent parfois à quelques mètres des habitations.

Si plusieurs études épidémiologiques nord-américaines tendent à montrer que la stimulation du système immunitaire des enfants réduit le risque d'allergies alimentaires et respiratoires notamment, on ne sait pas si cette stimulation est protectrice sur la durée et à quel point.

Ainsi, le « lait bourru » face au « trichlo », c'est peut-être un peu le « pot de terre » contre le « pot de fer » en matière de santé, sur la longue durée...

6. DEUX PISTES D'ETUDE POUR APPROFONDIR L'EXPLORATION DE L'HYPOTHESE HYGIENE

Cette première étude sur les pratiques et représentations en matière d'hygiène selon les appartenances sociales et les modes de vie, nous a permis de mettre en exergue un très fort effet générationnel, lié au fait que les hémopathies lymphoïdes concernent surtout des personnes de plus de 60 ans, ce qui a quelque peu brouillé les cartes en ce qui concerne la compréhension des pratiques d'hygiène selon les appartenances sociales. En effet, compte-tenu des fortes contraintes matérielles qui conditionnaient les pratiques d'hygiène il y a 40 ou 50 ans, même chez les personnes appartenant à la « classe moyenne » ou à la « petite bourgeoisie », on repère une certaine homogénéité au sein de notre échantillon.

Par ailleurs, les ouvriers et employés étaient majoritaires dans notre échantillon et il a donc été malaisé d'aller au-delà de différences de sensibilités, de certaines « tendances », au sein de cet échantillon faute d'avoir pu davantage explorer les pratiques dans milieux sociaux aisés.

En revanche, il apparaît que, pour les personnes de notre échantillon, concernées par une hémopathie lymphoïde, une enfance très « stimulante » au plan immunitaire (où les pratiques d'hygiène étaient relativement sobres, du fait d'un accès limité à l'eau et aux produits d'hygiène) n'a pas « suffi » à les protéger à l'âge adulte, ou dans la vieillesse...

Il n'en reste pas moins que la plupart de ces personnes ont le sentiment d'avoir joui d'une très bonne santé tout au long de leur existence, jusqu'à l'apparition du cancer.

Deux études complémentaires pourraient dès lors être réalisées pour compléter et affiner les premières informations obtenues dans cette étude, et ce afin de pouvoir mieux se concentrer sur les pratiques actuelles des adultes nés à la fin des Trente Glorieuses, qui ont tous connu les salles de bains et un choix important de produits d'hygiène corporelle et domestique dans les grandes surfaces.

Deux études possibles pour compléter et affiner les informations obtenues :

1/ Une étude qualitative centrée sur les pratiques actuelles d'un échantillon diversifié et équilibré de personnes de moins de 50 ans, ayant des professions et des niveaux de diplômes différents

Il apparaît aujourd'hui important, après cette première étape, de pouvoir approfondir l'exploration des représentations et pratiques d'hygiène (en termes d'expositions ou de protection) en se centrant désormais sur les pratiques actuelles des personnes (période récente), sans passer par des histoires de vie.

Il serait ainsi nécessaire de mener une étude qualitative auprès de personnes ayant moins de 50 ans, appartenant à des catégories socioprofessionnelles différenciées (cadres, employés, ouvriers, professions intermédiaires, ayant des niveaux de diplômes distincts), et ce afin d'avoir accès à un échantillon diversifié et équilibré dans cette diversité.

Par ailleurs, pour bien explorer les pratiques actuelles sans avoir le biais des transformations de pratiques et de représentations provoquées par la maladie, et notamment par le cancer, il est maintenant souhaitable de resserrer l'exploration sur des personnes plus jeunes qui soient également des non-malades.

25 à 30 entretiens menés auprès d'un échantillon socialement diversifié, équilibré, de non malades, ayant entre 25 et 50 ans, sur les pratiques et représentations actuelles autour de l'hygiène corporelle et domestique nous permettraient ainsi de creuser davantage le poids des appartenances sociales actuelles. Ces personnes, outre leur diversité en termes de CSP, auraient des statuts familiaux différents et des habitats très différents (centre-ville d'une grande ville, zone rurale, ...)

2/ Une étude épidémiologique cas-témoins, auprès de malades et de non-malades, pour vérifier et tester les informations obtenues concernant les pratiques d'hygiène dans l'enfance, les pratiques actuelles, et pour explorer le poids des pratiques de stimulation du système immunitaire face à d'autres expositions (professionnelles notamment)

Dans un deuxième temps, il serait nécessaire de pouvoir réaliser une étude épidémiologique cas-témoins, auprès de malades et de non malades, d'âges et de CSP différenciés pour explorer plus avant plusieurs éléments :

- les pratiques d'hygiène corporelle et domestique dans l'enfance (notamment à partir des informations obtenues dans la présente étude qualitative)
- les pratiques d'hygiène corporelle et domestique actuelles, selon l'appartenance sociale des personnes (à partir des informations obtenues dans le cadre d'une étude qualitative centrée sur les pratiques d'hygiène actuelles)
- les expositions professionnelles ou environnementales subies au cours de l'existence (au travail, et sur le lieu de vie, en dehors et autour de l'espace domestique).

En effet, dans un objectif ultérieur de développement d'un discours de prévention autour de certaines pratiques d'hygiène corporelle ou domestique (excessives ou insuffisantes), il est nécessaire de progresser dans la connaissance des groupes de population les plus à risques et aussi dans l'estimation que l'on peut faire concernant le poids des expositions qui dépendent des pratiques individuelles, par rapport au poids des pratiques imposées par un lieu de vie, un contexte professionnel.

ANNEXES

- **Bibliographie**

- **Guide d'entretien**

Références sur les hémopathies lymphoïdes et « l'hypothèse hygiène »

Polycopié national du collège des enseignants en hématologie

[Disponible sur : <http://www.fascicules.fr/polycopies-hematologie-7.html>]

Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008 juin;56(3):159–75.

La situation du cancer en France en 2009. InCA, *Collection Rapports & synthèses*. Octobre 2009, 208 p.

La situation du cancer en France en 2010. InCA, *Collection Rapports & synthèses*. Novembre 2010, 286 p.

La situation du cancer en France en 2011. InCA, *Collection Rapports & synthèses*. Octobre 2011, 320 p.

Cancer Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national du cancer (INCa). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: InVS, 2011, 78 p. [Disponible sur :

http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport_mortalite_cancer.pdf]

Colonna M, Danzon A, Delafosse P, Mitton N, Bara S, Bouvier A-M, et al. Cancer prevalence in France: time trend, situation in 2002 and extrapolation to 2012. *Eur. J. Cancer*. 2008 janv;44(1):115–22.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. [Disponible sur : <http://globocan.iarc.fr>]

Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013.

[Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-des-cancers-en-France-entre-1980-et-2012>]

Morton LM, Wang SS, Cozen W, Linet MS, Chatterjee N, Davis S, et al. Etiologic heterogeneity among non-Hodgkin lymphoma subtypes. *Blood*. 2008 Dec;112(13):5150-60.

Navaranjan G, Hohenadel K, Blair A, Demers PA, Spinelli JJ, Pahwa P, et al. Exposures to multiple pesticides and the risk of Hodgkin lymphoma in Canadian men. *Cancer Causes Control*. 2013 Sep;24(9):1661-73.

Marri P, Ansell S. Progress in the initial management of Hodgkin's Lymphoma. *Transfusion and Apheresis Science*. 2013 Aug;(49):12–18.

Vuitton DA, Dalphin JC. Hygiène et allergie : les micro-organismes des fermes sont-ils protecteurs? *Hygiene and allergy : are farm organisms protective?* 2006, vol. 16, n°4, pp. 220-238

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la santé. Base de données SCORE-santé. [Disponible sur : <http://www.fnors.org>]

Hägi M, Griffond-Boitier A, Grandjean S, Danzon A. Incidence des hémopathies lymphoïdes. Intérêt de l'utilisation de typologies territoriales pour l'étude des déterminants sociaux. Rapport final, août 2008.

Références substances contenues dans les produits d'hygiène corporelle et d'hygiène de l'espace domestique

- Alavanja MCR, Bonner MR. 2005. Pesticides and human cancers. *Cancer Invest* ; 23 : 700-11
- American Chemical Society. Testing for Endocrine Disruption. Public Policy Statement 2009–2012, 2009
- Ames BN, Gold LS. Animals cancer tests and cancer prevention. 1992. *J Natl Cancer Inst Monogr* ; 72 : 125-32
- Anderson RC et Anderson JH, 1998. Acute toxic effects of fragrance products, *Archives of Environmental Health* 53, no 2 : 138-46.
- Andrew Clayton C, Pellizzari ED, Whitmore RW, Quackenboss JJ, Adgate J, Sefton K. 2003. Distributions, associations, and partial aggregate exposure of pesticides and polynuclear aromatic hydrocarbons in the Minnesota Children's Pesticide Exposure Study (MNCPEs). *J Expo Anal Environ Epidemiol*, 13 : 100-111
- Association of Occupational and Environmental Clinics. 2010. AOEC Exposure Code System. [Disponible sur: <http://www.aoecdata.org>]
- Bauer AK, Dwyer-Nield LD, Hankin JA, Murphy RC, Malkinson AM. The lung tumor promoter, butylated hydroxytoluene (BHT), causes chronic inflammation in promotion-sensitive BALB/cByJ mice but not in promotion-resistant CXB4 mice. *Toxicology*. 2001 Dec 1;169(1):1-15.
- Becker K, Seiwert M, Angerer J, Kolossa-Gehring M, Hoppe HW, Ball M, Schulz C, Thumulla J, Seifert B. GerES IV pilot study: assessment of the exposure of German children to organophosphorus and pyrethroid pesticides. *Int J Hyg Environ Health*. 2006 May; 209(3):221-33
- Bickers DR, Calow P, Greim HA, Hanifin JM, Rogers AE, Saurat JH, et al. The safety assessment of fragrance materials. *Regul Toxicol Pharmacol*, 2003, 37(2):218-273.
- Bitsch N, Dudas C, Korner W, Failing K, Biselli S, Rimkus G, et al. Estrogenic activity of musk fragrances detected by the E-Screen assay using human MCF-7 cells. *Arch Environ Contam Toxicol*, 2002; 43:257-264.
- Bonfeld-Jorgensen EC, Long MH, Hofmeister MV, Vinggaard AM. 2007. Endocrine- Disrupting Potential of Bisphenol A, Bisphenol A Dimethacrylate, 4-n-Nonylphenol, and 4-n-Octylphenol in Vitro: New Data and a Brief Review. *Environ Health Perspect*, 2007; 115:69-76.
- Black RE1, Hurley FJ, Havery DC. Occurrence of 1,4-dioxane in cosmetic raw materials and finished cosmetic products. *Journal of AOAC INTERNATIONAL*, 2001 May-Jun; 84(3):666-70.
- Bornehag CG, Sundell J, Weschler CJ, Sigsgaard T, Lundgren B, Hasselgren M, et al. The association between asthma and allergic symptoms in children and phthalates in house dust: A nested case-control study. *Environ Health Perspect*, 2004; 112(14):1393-1397.
- Bornehag CG, Nanberg E. Phthalate exposure and asthma in children. *Int J Androl*, 2010; 33:333- 345.
- Bridges B. 2002. Fragrance: emerging health and environmental concerns. *Flavour Fragr J*
- Cherry N, Moore H, McNamee R, Pacey A, Burgess G, Clyma JA, et al. 2008. Occupation and male infertility: glycol ethers and other exposures. *Occup Environ Med* 65(10):708-714.

- Choi H, Schmidbauer N, Sundell J, Hasselgren M, Spengler JD, Bornehag CG. 2010. Common household chemicals and the allergy risks in pre-school age children. *PLoS ONE* 5(10):e13423.
- Colborn T, vomSaal F, Soto A. 1993. Developmental effects of endocrine-disrupting chemicals in wildlife and humans. *Environ Health Perspect* 101(5):378-385.
- Darbre PD et PW Harvey. 2008. Paraben esters: review of recent studies of endocrine toxicity, absorption, esterase and human exposure, and discussion of potential human health risks *J Appl Toxicol*. Jul;28(5):561-78.
- De Groot, A et al., 2010. Formaldehyde-releasers in cosmetics: Relationship to formaldehyde contact allergy, *Contact Dermatitis* 62, no. 1: 2-17.)
- Dich J, Zahm SH, Hanberg A, Adami HO. 1997. Pesticides and cancer. *Cancer Causes Control* ; 8 : 420-43
- Dodson RE, Nishioka M, Standley LJ, Perovich LJ, Brody JG, Rudel RA. 2012. Endocrine Disruptors and Asthma Associated Chemicals in Consumer Products. *Environ Health Perspect*
<http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1104052>
- Engel SM, Miodovnik A, Canfield RL, Zhu C, Silva MJ, Calafat AM, et al. 2010. Prenatal phthalate exposure is associated with childhood behavior and executive functioning. *Environ Health Perspect* 118(4):565-571.
- Epstein, Samuel S, *Toxic Beauty* (Dallas: BenBella Books, 2009)
- European Commission on Endocrine Disruption (ECED). 2000. Towards the establishment of a priority list of substances for further evaluation of their role in endocrine disruption.
- European Commission , 2009. Chemicals CLP legislation, guidance and archives.
<http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/chemicals/documents/classification/>
- Fondation David Suzuki. 2010. Ce qui importe le plus c'est le contenu. Sondage sur les ingrédients toxiques contenus dans nos produits cosmétiques.
<http://www.davidsuzuki.org/fr/publications/telechargements/2010/Ce%20qui%20importe%20le%20plus%20%28FDS%202010%29.pdf>
- Grandjean P et PJ Landrigan, 2006. Developmental neurotoxicity of industrial chemicals», *Lancet* 368, no. 9553 : 2167-8.)
- Hauser R, Calafat AM. 2005. Phthalates and human health. *Occup Environ Med* 62:806-818.
- Hauser R, Meeker JD, Duty S, Silva MJ, Calafat AM. 2006. Altered semen quality in relation to urinary concentrations of phthalate monoester and oxidative metabolites. *Epidemiology* 17(6):682-691.
- Heydorn S, Johansen JD, Andersen KE, Bruze M, Svedman C, White IR, et al. 2003. Fragrance allergy in patients with hand eczema - a clinical study. *Contact Dermatitis* 48(6):317-323.
- Hotchkiss AK *et al*, « Fifteen years after 'Wingspread' – environmental endocrine disrupters and human and wildlife health: where we are today and where we need to go », *Toxicological Sciences* 105, no 2 (octobre 2008) : 235-59.
- Howdeshell KL, Wilson VS, Furr J, Lambright CR, Rider CV, Blystone CR, et al. 2008. A mixture of five phthalate esters inhibits fetal testicular testosterone production in the sprague-dawley rat in a cumulative, dose additive manner. *Toxicol Sci* 105(1):153-165.

IARC. 1999. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Some chemicals that cause tumours of the kidney of urinary bladder in rodents and some other substances Lyon, France:International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.

IARC, 2006. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic Risks to Humans vol. 88. International Fragrance Association. 2010. Ingredients.

INSERM, 2011. Reproduction et environnement. Expertise collective. Editions Inserm.

Kamijo Y, Hayashi I, Ide A, Yoshimura K, Soma K, Majima M. 2009. Effects of inhaled monoethanolamine on bronchoconstriction. *J Appl Toxicol* 29(1):15-19.

Kang KS, Che JH, Ryu DY, Kim TW, Li GX, Lee YS. 2002. Decreased sperm number and motile activity on the F1 offspring maternally exposed to butyl p-hydroxybenzoic acid (butyl paraben). *J Vet Med Sci* 64(3):227-235.

Kimber I, Dearmna RJ. 2010. An assessment of the ability of phthalates to influence immune and allergic responses. *Toxicology* 271:73-82.

Koniecki D, Wang R, Moody RP, Zhu J. 2011. Phthalates in cosmetic and personal care products: Concentrations and possible dermal exposure. *Environ Res* 111(3):329-336.

Kumar P, Caradonna-Graham VM, Gupta S, Cai X, Rao PN, Thompson J. 1995. Inhalation challenge effects of perfume scent strips in patients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 75:429-433.

Lecomte J, Auburtin G. 2006. Residential exposure assessment to households pesticides based on usage analysis. Conférence internationale d'épidémiologie et d'exposition environnementale, Paris.

Lecomte J, Moreau J, Auburtin G. 2006. Health/environmental risks perception and attitude towards households pesticides products. Conférence internationale d'épidémiologie et d'exposition environnementale, Paris.

Makela R, Kauppi P, Suuronen K, Tuppurainen M, Hannu T. 2011. Occupational asthma in professional cleaning work: a clinical study. *Occup Med (Lond)* 61(2):121-126.

Meeker JD, Calafat AM, Hauser R. 2009a. Urinary metabolites of di(2-ethylhexyl) phthalate are associated with decreased steroid hormone levels in adult men. *J Androl* 30(3):287-297.

Meeker JD, Sathyanarayana S, Swan SH. 2009b. Phthalates and other additives in plastics: human exposure and associated health outcomes. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 364(1526):2097-2113.

Mendiola J, Meeker JD, Jørgensen N, Andersson AM, Liu F, Calafat AM, et al. 2011. Urinary concentrations of di(2-ethylhexyl) phthalate metabolites and serum reproductive hormones: Pooled analysis of fertile and infertile men. *J Androl*. May 19.

National Toxicology Program. 2000. NTP toxicology and carcinogenesis studies of methyleugenol (CA S no 93-15- 2) in F344/N rats and B6C3F1 mice (Gavage Studies).

National Toxicology Program. 2003. NTP toxicology and carcinogenesis Studies of 2,4-hexadienal (89% trans,trans isomer, CAS no 142-83-6; 11% cis,trans isomer) (Gavage Studies),

Nazaroff WW, Weschler CJ. 2004. Cleaning products and air fresheners: exposure to primary and secondary air pollutants. *Atmos Environ* 38(18):2841-2865.

- Pairon JC, Brochard P, Le Bourgeois JP, Ruffié P, eds. 2001. Les Cancers professionnels. Tome II. Aspects spécifiques selon les groupes professionnels. Paris : Edition Margaux Orange.
- Paul KB, Hedge JM, DeVito MJ, Crofton KM. 2010. Short-term exposure to triclosan decreases thyroxine in vivo via upregulation of hepatic catabolism in Young Long-Evans rats. *Toxicol Sci* 113(2):367-379.
- Piipari R, Tuppurainen M, Tuomi T, Mantyla L, Henriks-Eckerman ML, Keskinen H, et al. 1998. Diethanolamine induced occupational asthma, a case report. *Clin Exp Allergy* 28(3):358- 362.
- Quinn AL, Regan JM, Tobin JM, Marinik BJ, McMahon JM, McNett DA, et al. 2007. In vitro and in vivo evaluation of the estrogenic, androgenic, and progestagenic potential of two cyclic siloxanes. *Toxicol Sci* 96(1):145-153.
- Rodriguez PE, Sanchez MS. 2010. Maternal exposure to triclosan impairs thyroid homeostasis and female pubertal development in Wistar rat offspring. *J Toxicol Environ Health A* 73(24):1678-1688.
- Romero-Franco M, Hernández-Ramírez RU, Calafat AM, Cebrián ME, Needham LL, Teitelbaum S, Wolff MS, López-Carrillo L. Personal care product use and urinary levels of phthalate metabolites in Mexican women. *Environ Int.* 2011 Mar 21.
- Routledge EJ, Parker J, Odum J, Ashby J, Sumpter JP. 1998. Some alkyl hydroxy benzoate preservatives (parabens) are estrogenic. *Toxicol Appl Pharmacol* 153(1):12-19.
- Sanchez-Prado L, Llompart M, Lamas JP, Garcia-Jares C, Lores M. Multicomponent analytical methodology to control phthalates, synthetic musks, fragrance allergens and preservatives in perfumes. *Talanta.* 2011 Jul 15;85(1):370-9.
- Savonius B, Keskinen H, Tuppurainen M, Kanerva L. 1994. Occupational asthma caused by ethanolamines. *Allergy* 49(10):877-881.
- Schlumpf M, Schmid P, Durrer S, Conscience M, Maerkel K, Henseler M, et al. 2004. Endocrine activity and developmental toxicity of cosmetic UV filters - an update. *Toxicology* 205(1-2):113- 122.
- Schrader, TJ et GM Cooke. 2000. Examination of selected food additives and organochlorine food contaminants for androgenic activity in vitro, *Toxicological Sciences* 53, no 2 : 278-88.
- Schreurs RH, Sonneveld E, Jansen JH, Seinen W, van der Burg B. 2005. Interaction of polycyclic musks and UV filters with the estrogen receptor (ER), androgen receptor (AR), and progesterone receptor (PR) in reporter gene bioassays. *Toxicol Sci* 83(2):264-272.
- Seinen W, Lemmen JG, Pieters RHH, Verbruggen EMJ, van der Burg B. 1999. AHTN and HHCb show weak estrogenic - but not uterotrophic activity. *Toxicol Lett* 111:161-168.
- Singer B.C., Destailats H., Hodgson A.T., Nazaroff W.W. (2006a) Cleaning products and air fresheners: emissions and resulting concentrations of glycol ethers and terpenoids. *Indoor Air.*, Vol. 16, Issue 3, pp. 179-191.
- Singer BC, Coleman BK, Destailats H, Hodgson AT, Lunden MM, Weschler CJ, et al. 2006b. Indoor secondary pollutants from cleaning product and air freshener use in the presence of ozone. *Atmos Environ* 40(35):6696-6710.
- Steinemann AC. 2009. Fragranced consumer products and undisclosed ingredients. *Environ Impact Assess Rev* 29(1):32-38.

- Stoker TE, Gibson EK, Zorrilla LM. 2010. Triclosan exposure modulates estrogen-dependent responses in the female wistar rat. *Toxicol Sci* 117(1):45-53.
- Swan SH, Main KM, Liu F, Stewart SL, Kruse RL, Calafat AM, et al. 2005. Decrease in anogenital distance among male infants with prenatal phthalate exposure. *Environ Health Perspect* 113(8):1056-1061.
- Swan SH. 2008. Environmental phthalate exposure in relation to reproductive outcomes and other health endpoints in humans. *Environ Res* 108(2):177-184.
- Tonning K, Jacobsen E, Pedersen E, Strange M, Poulsen PB, Moller L and Boyd HB. 2009. Survey and health assessment of the exposure of 2 year-olds to chemical substances in consumer products. Danish Ministry of the Environment. Report n° 102.
- U.S. Agency for Toxic Substances & Disease Registry. 1996. Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAHs). ToxFAQs™ [<http://www.atsdr.cdc.gov/toxfaqs/tf.asp?id=121&tid=25>]
- U.S. Food and Drug Administration, Parabens, *Cosmetics > Product and Ingredient Safety*, le 31 octobre 2007 [<http://www.fda.gov/cosmetics/productsingredients/ingredients/ucm128042.htm>]
- Van der Burg B, Schreurs R, van der Linden S, Seinen W, Brouwer A, Sonneveld E. 2008. Endocrine effects of polycyclic musks: do we smell a rat? *Int J Androl* 31(2):188-193.
- Wada H. et al. 2004. In vitro estrogenicity of resin composites, *Journal of Dental Research* 83, no 3 : 222-6.
- Wang R, Moody RP, Koniacki D, Zhu J. 2009. Low molecular weight cyclic volatile methylsiloxanes in cosmetic products sold in Canada: Implications for dermal exposure. *Environ Int* 35:900-904.
- Washington Environmental Working Group, 2009. Pollution in People: Cord Blood Contaminants in Minority Newborns Report [<http://www.ewg.org/research/minority-cord-blood-report>]
- Winter R. *A Consumer's Dictionary of Cosmetic Ingredients*, 7e éd. (New York : Three Rivers Press, 2009)
- World Health Organization and United Nations Environment Programme (WHO and UNEP). 1990 Public health impact of pesticides used in agriculture. Geneva : WHO

Références sciences humaines

Bourdieu P. *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Edition de Minuit. Le sens commun. 1979

Corbin A, *Le miasme et la jonquille*, Paris, Flammarion, 1982

Coulangeon P, *Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie: le modèle de la distinction est-il (vraiment) obsolète ?* Sociologie et sociétés, vol. 36, n°1, 2004, pp 59-85

Denèfle S., *Tant qu'il y aura du linge à laver. De la division sexuelle du linge domestique*. Arléat-Corlet, coll Panoramiques, 1995

Douglas M, *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Maspero, 1971

Elias N, *La civilisation des mœurs*, Pocket Agora, 1973

Guerrand R.-H., *Les lieux. Histoire des commodités*, La Découverte Poche/Essais, 2009

Herpin, N, *Sociologie de la Consommation*, Edition la découverte, 2004

Hoggart R, *La culture du pauvre*, Editions De Minuit, 1970

Kaufmann J.-C., *La Trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Nathan, 1992

Marche H., *La saleté corporelle et l'« amour propre » : mémoire sociale et figures de l'intime, Face à face* [En ligne], 5 | 2003, URL : <http://faceaface.revues.org/420>

Pinçon M, Pinçon-Charlot M, *Dans les beaux quartiers*, le Seuil, 1989

Valette-Florence P, *Les styles de vie. Bilan critique et perspectives : du mythe à la réalité*, Edition, Fernand Nathan, 1994

Vigarello G, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Point Histoire 1999

Vigarello G, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Age*, Point, 2004

Etude Modes de vie, hygiène et hémopathies lymphoïdes - MOLHY
CLARA / Région Rhône-Alpes

Introduction

Présentation de l'ORS Rhône-Alpes

Présentation des objectifs de l'étude, menée par entretiens semi-directifs, par histoires de vie

Indications : liberté des réponses, garantie du respect de l'anonymat des interviewés dans le traitement des réponses

1/ Eléments signalétiques

- Sexe
- Age et niveau de diplôme
- Situation familiale
- Lieu de résidence
- Profession (s) exercée(s)
- Profession du conjoint
- Profession et niveau de diplôme des parents
- Pathologie

Nous allons remonter dans vos souvenirs, aussi loin que possible, depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui, et tenter de retrouver les principaux éléments de votre vie quotidienne qui étaient en lien avec les pratiques d'hygiène, à la fois personnelle et de la sphère domestique

2/ L'enfance

2.1 Comment était votre environnement lorsque vous étiez enfant (petite fille/petit garçon) ?

* Où habitez-vous ? Décrivez-moi comment était la maison ou l'appartement et l'environnement alentour : plutôt urbain ? plutôt rural ?...

* Y avait-il des animaux, de la végétation dans votre environnement : comment était-ce ?...

2.2 Comment était composée votre famille ? Comment pourriez-vous me décrire votre famille à cette époque ?

* Citez-moi quelques habitudes, ou rituels qui caractérisaient votre famille à l'époque...

* Votre famille avait un mode de vie plutôt urbain, plutôt rural ? Pourquoi ?

2.3 Lorsque vous étiez petit(e), qu'est-ce qui était associé au propre ? Qu'est-ce qui était associé au sale ? Pourquoi ?

* A la maison ?

- * Hors de la maison ?
- * A l'école, dans les temps de loisirs ?
- * Au niveau de l'alimentation ?
- * Au niveau des personnes ?

2.4 Dans vos plus lointains souvenirs, vous souvenez-vous de la façon dont on faisait le ménage à la maison, ce que l'on faisait, ce que l'on utilisait ?

- * Qui, quand, quoi comment, à quel rythme, avec quels produits ? Qu'est-ce que l'on nettoyait souvent ? Qu'est-ce que l'on nettoyait moins souvent ? Pourquoi ?
 - o les meubles, les sols,
 - o la cuisine,
 - o les sanitaires,
 - o le linge,
 - o la vaisselle,
 - o les vitres
 - o autre...
- * Est-ce qu'il y avait des choses qu'il ne fallait pas faire dans le ménage ? Des choses qu'il ne fallait pas nettoyer ? Pourquoi ?
- * Est-ce qu'il y avait des habitudes de parfumage ou de désodorisation dans la maison ? Pourquoi et si oui lesquelles ?
- * Finalement, qu'est-ce qui était important au niveau du ménage et qu'est-ce qui ne l'était pas ?

2.5 Lorsque vous étiez petit(e), qu'est-ce qu'il était habituel de faire au niveau de l'hygiène personnelle ?

- * Quels étaient les produits d'hygiène habituellement utilisés pour les enfants, pour les adultes ? Dans quel but ? A quelle fréquence ? Comment ?
 - o nettoyage de la peau,
 - o nettoyage des cheveux,
 - o nettoyage des dents,
 - o nettoyage des mains,
 - o hydratation et soins de la peau,
 - o parfumage du corps, des cheveux, des vêtements...
 - o autre...

2.6 En matière d'hygiène personnelle, est-ce qu'il y avait des produits qui semblaient particulièrement,

- * efficaces, agréables, peu efficaces ou désagréables... Pourquoi ?

2.7 A partir de quel moment avez-vous commencé à être autonome au niveau de l'hygiène personnelle et comment cela s'est-il traduit ?

2.8 A partir de quel moment avez-vous participé, d'une manière ou d'une autre, au ménage de la maison et comment cela s'est-il traduit ?

3/ L'adolescence / Même questionnaire

3.1 La prise d'autonomie : avec quels produits et quelles pratiques ?

3.2 L'influence des pairs : pratiques intégrées, pratiques abandonnées ?

3.3 Qu'est-ce qui a éventuellement changé au niveau de ce qui était considéré par vous comme propre ? Comme sale ? Pourquoi ?

4/ L'âge adulte : à partir de 20 ans / Même questionnaire

4.1 Où viviez-vous et avec qui ? Dans quel environnement ?

4.2 A l'âge adulte, qu'est-ce qui a éventuellement changé ou pas changé au niveau du ménage ?

* Les pratiques... ?

* Les produits... ?

4.3 A l'âge adulte, qu'est-ce qui a éventuellement changé ou pas changé au niveau de l'hygiène corporelle ?

* Les pratiques... ?

* Les produits... ?

4.4 Qu'est-ce qui a éventuellement changé au niveau de ce qui était considéré par vous comme propre ? Comme sale ? Pourquoi ?

5/ L'âge adulte : à partir de 20 ans / Même questionnaire

5.1 Les différentes étapes de la vie adulte

- * le parcours professionnel
- * le parcours familial (enfants, conjoint)
- * le parcours résidentiel

5.2 A ces différentes étapes de votre vie, qu'est-ce qui caractérisait,

- * les pratiques de ménage ?
- * les pratiques d'hygiène corporelle ?

5.4 Qu'est-ce qui a éventuellement changé au niveau de ce qui était considéré par vous comme propre ? Comme sale ? Pourquoi ?

-----Remerciements-----

Fin de l'entretien