



Les masculinités dans le domaine de la santé. Vers de nouveaux horizons empiriques et théoriques pour les sciences sociales francophones

Meoïn Hagège, Arthur Vuattoux, Hélène Bretin

► To cite this version:

Meoïn Hagège, Arthur Vuattoux, Hélène Bretin. Les masculinités dans le domaine de la santé. Vers de nouveaux horizons empiriques et théoriques pour les sciences sociales francophones. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 2017, 48 (1). <hal-02140320>

HAL Id: hal-02140320

<https://hal.science/hal-02140320v1>

Submitted on 27 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Les masculinités dans le domaine de la santé. Vers de nouveaux horizons empiriques et théoriques pour les sciences sociales francophones.

(Meoïn Hagège, Arthur Vuattoux, Hélène Bretin).

1. Introduction

La recherche sur les masculinités¹ est un domaine désormais bien balisé des sciences sociales contemporaines, et plus spécifiquement en anthropologie, sociologie et histoire.

Ces travaux ont surtout émergé dans le monde anglo-saxon, notamment en Australie et aux États-Unis, au début des années 1980 (Carrigan *et al.* 1985), au moment même où l'on commençait à prendre conscience de l'immense potentiel scientifique des *gender studies*. Car, disons-le d'emblée, les recherches sur les masculinités sont un sous-champ des études de genre – certes relativement autonome, mais qui lui doit tout son appareillage critique et qui lui garantit de ne pas tomber dans les facilités argumentatives consistant notamment à faire des mauvais indicateurs de santé masculins (la plus forte mortalité des hommes,) une « preuve » de prétendus privilèges féminins. Par extension, cette filiation garantit également, aux recherches sur les masculinités de ne pas jouer à contre-emploi face aux féminismes, auxquels ces recherches doivent rester arrimées.

En effet, si le masculinisme² n'est pas parvenu à investir (ou très peu) les recherches sur le genre et la santé, il constitue toujours un risque dont il faut se prémunir : celui de la mise en concurrence des situations des hommes et des femmes et d'une critique de la trop grande focalisation des études de genre sur ces dernières. Ce serait bien sûr oublier que les rapports de genre doivent d'abord être définis par leur asymétrie, par l'existence de rapports de pouvoir qui privilégient structurellement les hommes et désavantagent les femmes (Scott, 1988). Dans le domaine de la santé, ce serait oublier aussi que si les femmes vivent globalement plus longtemps que les hommes, elles vivent des problématiques sanitaires spécifiques, liées à la santé sexuelle par exemple, et sont assignées à la plupart des tâches de *care* (attention accordée à un proche malade, emplois de service ou emplois dans le système de soin : infirmières, aides soignantes, etc.). Il n'est d'ailleurs pas envisageable de traiter de la santé masculine sans prendre en compte la situation des femmes, dans une approche relationnelle du genre et de la santé : « l'approche relationnelle du genre soutient que les interactions entre hommes et femmes, et les circonstances de ces interactions influent

¹ Nous utilisons le plus souvent, dans ce dossier, « masculinités » au pluriel, afin de marquer l'ancrage de ce concept dans une réflexion en termes de pluralité des configurations de genre et, donc, de masculinités (Connell, 2014 [1995]). Cependant, à titre de concept, il est tout à fait possible d'utiliser ce terme au singulier.

² C'est-à-dire l'idée selon laquelle les hommes sont désormais victimes d'une société dans laquelle les femmes se sont trop émancipées, et celle selon laquelle les hommes doivent par conséquent agir afin de « rééquilibrer » des rapports de pouvoir qui leur sont défavorables. Il va sans dire que ces deux idées vont à rebours de tous les résultats de recherche sur les rapports de pouvoir et le genre, concluant à la domination structurelle des hommes sur les femmes dans l'histoire comme dans le monde contemporain.

considérablement sur leurs opportunités et sur leurs contraintes en termes de santé » (Butland *et al.*, 2014 [2000] : 223). Autrement dit, au-delà du corps et du sexe biologique, les interactions et le contexte social déterminent un rapport genré à la santé, et c'est à ce titre qu'envisager la santé à l'aune des masculinités devient pertinent.

2. La santé et le genre, du biologique au social

Les principaux indicateurs sanitaires tendent à affirmer une situation dégradée des hommes : ils meurent globalement plus tôt que les femmes, sont plus fréquemment concernés par les morts brutales (accidents cardio-vasculaires, morts violentes – homicides, accidents routiers, etc.)³. Ce constat est d'autant plus étonnant, de prime abord, que les femmes sont globalement plus nombreuses à déclarer des maladies (on parle de surmorbidity féminine, à mettre en relation, ici, à la surmortalité masculine, voir Cousteaux, 2016 et Gelly, 2016, p. 109-110). Si les femmes vivent plus longtemps, elles vivent par conséquent « moins bien » du point de vue sanitaire (Hamel, Rault, 2014). Ainsi, la mise en parallèle de la santé des femmes et de la santé des hommes, sans autre considération, montre rapidement ses limites. Les explications biologiques peinent à expliquer les différences observées entre état de santé des hommes et état de santé des femmes, et la plupart des recherches menées dans ce sens concluent à l'impossibilité d'attribuer l'origine de ces différences à la seule biologie (Butland *et al.*, 2014 [2000], p. 217-218).

Des explications comportementales sont parfois avancées, et semblent mieux rendre compte du phénomène. Elles portent notamment sur le meilleur recours au soin des femmes, qui sont généralement plus nombreuses que les hommes à consulter des professionnels de santé ou tout autre acteur du secteur médico-social susceptible d'influer sur leur état de santé (Bertakis *et al.*, 2000). Là encore, la prudence est de rigueur et le contexte, notamment les conditions d'accès aux soins, est une donnée fondamentale. Des recherches (Bajos, Bozon, 2008, Courtenay, 2011) se sont attachées à décrire les comportements les plus quotidiens des hommes et des femmes en matière de prévention et montrent par exemple que ces dernières sont plus nombreuses à prévoir des moyens de protection (crème solaire, contraception, etc.), qu'elles prennent moins de risques (notamment en matière d'alcoolisation et de tabagisme), et qu'elles sont plus nombreuses à faire adopter ces comportements prudents à leur entourage (notamment aux enfants).

Cependant, là encore, les comportements n'expliquent pas tout et ils ne parviennent pas à rendre compte de l'écart structurel, traversant quasiment toutes les pathologies, entre les hommes et les femmes. C'est qu'en matière d'inégalités sociales de santé, les enjeux de genre sont à analyser à l'aune des rapports de classe, de race⁴, mais aussi à l'aune de la division du

³ Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les hommes auraient, en moyenne et à l'échelle mondiale, cinq années d'espérance de vie en moins par rapport aux femmes, du fait notamment, mais pas seulement, des morts accidentelles (Baker, Shand, 2017).

⁴ Entendue ici au sens sociologique, en tant que construction sociale de hiérarchies des individus et des groupes par des mécanismes sociaux de racialisation (stigmatisation des minorités ethno-raciales, discriminations dans le système de soins, etc.).

travail, de l'accès aux études, du cadre de vie. Ainsi, si P. Aïach, réfléchissant au paradoxe qui associe la mortalité la plus tardive au groupe de sexe structurellement dominé, souligne l'effet potentiellement protecteur de la socialisation sexuée, il questionne également l'avantage très relatif pour les femmes consistant à vivre plus longtemps en mauvaise santé, dans des conditions socioéconomiques souvent plus défavorables (Aïach, 2001). Les éléments précités concourent à déterminer l'état de santé au-delà des simples groupes de sexe. D'ailleurs, les différences au sein des groupes de sexe sont considérables, par exemple entre ouvriers et cadres (Cambois, Laborde, Robine, 2008) ou entre blancs et racisés (Spatler-Roth, Lowenthal, Rubio, 2005). Ces variations sont évidemment liées aux contextes sociaux ou géographiques – les groupes et leurs structurations internes varient d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre – et elles doivent être prises en compte en complément de l'approche par la seule différence entre les sexes ou par les comportements liés au genre.

Afin de comprendre les ressorts genrés de la santé, et plus spécifiquement dans ce dossier, les ressorts de la santé au masculin, on aura compris qu'il est nécessaire de s'écarter d'une approche biomédicale ou comportementale stricte qui tend à homogénéiser le groupe des hommes et le groupe des femmes sans prise en compte sérieuse des conditions de vie, des conditions de travail, de l'assignation différentielle aux tâches de *care* et des effets différentiels des politiques publiques de santé sur les hommes et sur les femmes. Ancrer la réflexion sur la santé et les masculinités à partir d'une approche sociologique et anthropologique est un bon moyen de sortir des débats parfois inextricables entre la part du biologique, la part du comportement, et la part de la société, qui concluent trop souvent à l'idée d'une intrication de ces dimensions (Whitehead, Dahlgren, 1991), sans réelle analyse des mécanismes à l'œuvre et de leurs spécificités.

3. Différentes manières d'investiguer le lien entre masculinités et santé

C'est sur les bases théoriques qui viennent d'être évoquées que nous avons envisagé de rassembler, dans ce numéro, des contributions novatrices sur les masculinités et la santé, prenant ainsi acte du récent engouement francophone autour de ces questions. Les publications qui traitent explicitement du rapport entre masculinité et santé restant toutefois rares, nous avons fait le choix d'y consacrer un dossier relativement ouvert en termes de thématiques, sans restreindre le questionnement à une pathologie, ni à une définition trop étroite de la santé, afin d'ébaucher un premier tour d'horizon des matériaux mobilisables et des concepts pertinents pour ce domaine d'étude encore en devenir.

Ce dossier présente des articles qui constituent autant de manières d'investiguer le lien entre masculinité et santé. Dans son article, Régis Schlagdenhauffen s'intéresse par exemple, non pas, comme c'est le plus souvent le cas dans les recherches sur la santé masculine, à une pathologie spécifique, mais à la « bonne santé » d'hommes vieillissants, homosexuels, dont le parcours de vie a toutefois été marqué, pour la plupart, par l'expérience de l'épidémie de VIH/Sida. Comprendre leurs expériences passe notamment par l'analyse des rapports sociaux

de domination liés à l'âge, au genre et à l'orientation sexuelle. Cet article contribue à champ d'études peu investi, à la croisée des études sur la santé des hommes et du vieillissement.

Deux autres articles, ceux de Louis Braverman et d'Alexandre Baril interrogent plus spécifiquement les enjeux d'identité auxquels se confrontent des individus diversement situés dans les rapports de genre.

Louis Braverman aborde un problème de santé rattaché aux corps des hommes : le cancer de la prostate et son dépistage par la technique de l'examen par toucher rectal. L'angle d'entrée adopté pour l'analyse des résistances masculines au toucher rectal, celui de la sociologie des émotions, permet de renouveler le débat sur les masculinités. En ancrant l'acte médical et le geste dans l'expérience sociale des patients et en l'abordant comme une pratique relationnelle au sens de Goffman (1974) et Hochschild (2003, 2017), les pratiques qui font le genre sont décrites à la fois en contexte et en lien avec les normes de genre et les enjeux de l'intervention de santé publique qui les produit.

Alexandre Baril aborde les pratiques de santé des personnes trans⁵, un objet d'études construit à la croisée des *trans studies* et des études sur les masculinités. Traitant plus particulièrement du *bodybuilding* chez les personnes trans, il propose une analyse intersectionnelle⁶ du travail sur les corps et des attentes de genre qui le contraignent. Cette contribution met en lumière le postulat de cisnormativité⁷ au fondement de la notion de masculinité hégémonique de Connell (2014 [1995]). C'est ce même postulat qui éclaire l'absence des cas de personnes trans dans les études sur la santé, et dans les recherches sur les masculinités. L'auteur argue ainsi que les jugements cisnormatifs relèguent les personnes trans à la marge de la définition même de la santé, de même qu'elles sont généralement marginalisées au sein des études de genre.

Enfin, deux articles interrogent à nouveaux frais la question des déterminants sociaux de la santé en partant de deux contextes sanitaires et géographiques différents : celui des agriculteurs français et de leur état de santé (Gregory Beltran), et celui des interventions menées contre le VIH/Sida en Afrique du Sud (Christopher Colvin).

Gregory Beltran déploie sa réflexion à partir de la situation d'hommes agriculteurs repérés par la mutualité sociale agricole comme renonçant à des soins. L'auteur met en évidence le lien fort entre les modèles de masculinités qui orientent leurs pratiques et le renoncement. Accordant une place centrale aux situations sociales de ces individus, l'analyse prend notamment en compte l'âge, l'invalidité et la situation matrimoniale et éclaire les rapports aux normes de genre, dans leurs contextes spécifiques. Elle saisit ainsi la notion de masculinités dans sa pluralité et les divers positionnements des hommes étudiés dans les rapports de genre, en incluant hommes et femmes, mais aussi les rapports sociaux de domination liés à l'âge et à la classe sociale. L'auteur évite ainsi l'écueil de l'association hâtive entre risque et « virilité »,

⁵ L'auteur désigne par « personnes trans » les personnes s'identifiant comme transsexuelles, transgenres, non binaires, bigenrées, agenrées, etc.

⁶ On parle d'intersectionnalité pour désigner l'imbrication des rapports de pouvoir, notamment de genre, de race, de classe (Crenshaw, 1989).

⁷ La cisnormativité désigne ici, de manière générale, une réflexion (sur les masculinités, sur la santé, etc.) établie exclusivement à partir du point de vue des personnes ayant décidé de ne pas faire de transition de sexe ou de genre et réduisant l'identité de genre au sexe assigné à la naissance.

et pose la question du point de vue des hommes – la thématique du renoncement aux soins étant habituellement pensée à partir de la situation des femmes.

L'article de Christopher Colvin, enfin, explore l'articulation des débats sur le genre en Afrique du Sud à partir d'interventions de santé publique visant le changement social (et notamment la transformation des rapports de genre). À travers des études de cas, il saisit les tensions entre le vécu des normes de genre au masculin et des interventions de lutte contre le VIH/Sida qui visent à les transformer, pour réduire la transmission du virus et améliorer le soin des individus affectés. L'auteur contribue à une analyse située des interventions de santé publique en étudiant les pratiques de genre en contexte et en débat. Cette analyse lui permet de décrire non pas les interventions sous l'angle de leur efficacité réelle ou supposée, mais plutôt les manières dont celles-ci ambitionnent d'opérer le changement social dans ce contexte. L'article ouvrir ainsi le débat sur les recherches visant la transformation des masculinités, centrales dans les travaux sur le genre et le développement, mais encore peu présentes dans la littérature francophone.

4. Structuration d'un domaine de recherche, nouveaux enjeux scientifiques et politiques

S'il présente plusieurs contributions originales qui se répondent et forment une certaine cohérence, ce numéro ne doit pas être envisagé comme un état des lieux de la recherche sur les masculinités et la santé. Il ne s'agit en rien d'une synthèse de recherches en cours ou d'un aboutissement. Il s'agit bien davantage d'un point de départ, pour un domaine de recherche émergeant dans les sciences sociales francophones – malgré l'avance qu'ont pu prendre certaines équipes de recherche, au Québec notamment⁸. De manière générale, les travaux sont rares qui, écrits en langue française, reprennent à leur compte la notion de masculinité telle qu'elle s'est développée au sein des études de genre.

De plus, si des recherches existent bel et bien depuis quelques années, peu ont été menées dans une optique de transformation sociale, au sens de recherches menées soit au sein de programmes de développement ou de santé publique, soit sous forme de recherches-actions. Ce type de recherche est néanmoins bien installé dans d'autres contextes scientifiques : l'un des articles de ce dossier, celui de Christopher Colvin, visant justement à en donner un aperçu. L'absence de travaux à visée de transformation sociale immédiate dans les recherches francophones s'explique en partie par la culture scientifique et l'absence de légitimité de ces recherches dites « embarquées ». C'est pourtant, si l'on suit Connell (2014 [1995]), par ces recherches que l'on peut espérer voir les inégalités de genre (et notamment les inégalités de genre devant la santé) se réduire à court ou moyen terme (ce qui ne signifie pas que des recherches plus « fondamentales », sans visée de transformation immédiate des pratiques, soient pour autant inutiles).

⁸ Sans y être entièrement consacrée, l'équipe de recherche interuniversitaire « Masculinités et société », au Québec, voit certains de ses membres travailler sur la santé des hommes.

Ce dossier visait aussi à élargir le champ des possibles en termes d'objets de recherche, mais de nombreux terrains, de nombreuses réalités, restent à explorer.

Par exemple, alors que l'industrie pharmaceutique s'est progressivement installée au cœur des préoccupations sanitaires, nécessitant pour certains objets, de quitter le vocabulaire bien balisé de la « médicalisation » pour parler de « pharmaceuticalisation » (Abraham, 2010), beaucoup reste à faire dans ce domaine. L'industrie pharmaceutique et ses productions, induisant une mise sous traitement de plus en plus massive des individus, pourraient être abordées à l'aune des masculinités et de leur intrication aux autres rapports de pouvoir⁹.

La nécessité de travailler sur les masculinités à partir du point de vue des femmes est un autre exemple impliquant également une redéfinition des objets d'étude. D'importants travaux ont été réalisés sur la reconfiguration de la sexualité à partir de la mise sur le marché du citrate de sildénafil¹⁰, envisagée du point de vue des femmes (Potts *et al.*, 2003), et ce cas typique pourrait être élargi à d'autres pathologies, traitements ou comportements de santé. En effet, en prenant pour point de départ le caractère intrinsèquement relationnel du genre, il paraît compliqué, sinon ascientifique, d'exclure les femmes de la recherche y compris lorsque celle-ci porte sur les hommes et leur santé individuelle.

Nous souhaitons que ce dossier soit l'occasion de réfléchir à ces différentes pistes, tout en prenant connaissance des travaux existants, qui se réfèrent souvent à d'autres recherches, menés dans d'autres contextes (notamment nord-américain et australien, mais pas seulement) où elles sont plus ancrés et éprouvés. Si les sciences sociales se construisent bien par cumulativité, gageons que ce numéro encouragera une nouvelle étape stimulante dans les recherches sur les masculinités et la santé.

Nous terminerons avec deux remarques. La première est qu'il ne faut pas être dupes : la nouveauté des perspectives pointées ici est relative et située. Nous ne pouvons finir cette introduction sans souligner que l'approche scientifique féministe et « embarquée » sur les masculinités, caractérise les travaux foisonnants menés depuis plusieurs dizaines d'années dans différents pays d'Amérique latine. Un ouvrage de M. Viveros viendra, dans quelques mois, combler en partie cette importante lacune de nos espaces scientifiques francophones, et, nous l'espérons, inspirer de nouveaux travaux¹¹.

La seconde est que notre choix de proposer ce dossier à la revue n'est pas anodin. Le dossier coordonné par M. Buscato et B. Fusulier en 2013 sur le thème des hommes dans des métiers dits féminins – dont certains du champ socio- sanitaire, d'ailleurs - proposait déjà un débat scientifique sur « les masculinités ». Il montrait aussi ce que la position minoritaire nous dit, nous révèle de l'ordre de genre dominant, et comment ce dernier est travaillé, consolidé, subverti en retour. Ce nouveau dossier poursuit en quelque sorte la réflexion sur le terrain de

⁹ On pense notamment, mais bien d'autres terrains seraient légitimes, à la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) du VIH, testée depuis quelques années chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui constitue une pharmaceuticalisation de la sexualité (la PrEP consistant en la prise d'antirétroviraux en prévention de l'infection à VIH).

¹⁰ Plus communément appelé, sous son nom commercial, Viagra, et commercialisé par la multinationale du médicament Pfizer.

¹¹ L'ouvrage de M. Viveros, *Les couleurs de la masculinité. L'intersectionnalité dans notre Amérique*, traduit par H. Bretin, paraîtra aux éditions La Découverte, en décembre 2017.

la santé, avec la conviction que la recherche scientifique et féministe sur les masculinités peut et doit nous éclairer sur les transformations potentielles des rapports sociaux de sexes, et que ces transformations sont un enjeu central pour les questions de santé. Nous remercions RS&A d'avoir décidé de l'accueillir.

Bibliographie :

Abraham J., 2010, « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology*, vol. 4, n° 44, p. 603-622.

Aïach P., 2001, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., Eds, Hommes et femmes dans le champ de la santé, Rennes, Eds. de l'ENSP, pp. 117-148.

Bajos N., Bozon M. (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Baker P., Shand T., 2017, « Men's health: time for a new approach to policy and practice », *Journal of Global Health*, vol. 7, n° 1.

Bertakis K.D., Azari R., Helms L.J., Callahan E.J., Robbins J.A., 2000, « Gender differences in the utilization of health care services », *The Journal of Family Practice*, vol. 2, n° 49, p. 147-152.

Butland D., Connell R., Schofield T., Walker L., Wood Julian F., 2014 [2000], « Comprendre la santé des hommes. Pour une approche relationnelle du genre dans les politiques, la recherche et la pratique », in Connell R., 2014, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie* (ouvrage dirigé par M. Hagège et A. Vuattoux, traduit par M. Cervulle, M. Duval, C. Garrot, C. Richard, F. Vörös), Paris, Ed. Amsterdam.

Cambois E., Laborde C., Robine J.M., 2008, « La 'double peine' des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population & Sociétés*, n° 441.

Carrigan T., Connell B., Le, J., 1985, « Toward a new sociology of masculinity », *Theory and Society*, n° 14, 1985.

Connell, R., 2014 [1995], *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie* (ouvrage dirigé par M. Hagège et A. Vuattoux, traduit par M. Cervulle, M. Duval, C. Garrot, C. Richard, F. Vörös), Paris, Amsterdam.

Courtenay, W. H., 2011, *Dying to Be Men. Psychosocial, Environmental, and Biobehavioral Directions in Promoting the Health of Men and Boys*, New-York, Routledge.

Cousteaux A.-S., 2016, « Santé », in J. Rennes J., Ed., 2016, *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte.

Crenshaw, K., 1989, « Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics ». *University of Chicago Legal Forum*, pp. 139-168.

Gelly, M., 2016, *Classer pour soigner? Savoirs d'État, idéologie préventive, raisons pratiques. Enquête sociologique sur le dépistage du sida*, Thèse de doctorat, Université Paris VIII.

Goffman E., 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Hamel C., Rault W. et al., 2014, « Les inégalités de genre sous l'œil des démographes », *Populations & Sociétés*, n° 517.

Hochschild A. R., 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n°9, pp. 19-49.

Hochschild A. R., 2017, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte (traduit par S. Fournet-Fayas et C. Thomé).

Potts A., Gavey N., Grace V.M., Vares T., 2003, « The downside of Viagra: women's experiences and concerns », *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, n° 7, p. 697-719.

Scott J. W., 1998, « Le genre: une catégorie utile d'analyse historique », *Cahiers du GRIF*, n°37-38, pp. 125-153.

Spalter-Roth R., Lowenthal T.A., Rubio M., 2005, « Race, Ethnicity, and the Health of Americans », *ASA series on how race and ethnicity matter*.

Viveros M., 2017, *Les couleurs de la masculinité. L'intersectionnalité dans notre Amérique*. Paris, La Découverte – Institut Emilie du Chatelet (traduit par Hélène Bretin), à paraître.

Whitehead M, Dahlgren G., 1991, « What can be done about inequalities in health? », *The Lancet*, vol. 338, n° 8774, pp. 1059-1063.