

# LE DÉSORDRE HYPERSEXUEL NE FIGURERA PAS DANS LE DSM V : analyse contextuelle

I. TOUSSAINT (1), W. PITCHOT (2)

**Résumé :** Le désordre hypersexuel n'a pas été retenu dans la liste de la dernière version du «manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM V) dont la sortie est prévue en mai 2013. L'évolution du concept de désordre hypersexuel et la succession des différents modèles nous amènent à considérer le contexte de la polémique qui a entouré la question de son intégration dans le DSM V. Une brève analyse contextuelle montre que la création de ce concept suit les normes morales et les valeurs psychosociales. Sa construction en tant qu'entité diagnostique repose sur la confrontation de différentes forces sociales présentes dans le processus de développement. Cet article propose de jeter les bases d'une réflexion sur la manière dont se construisent ces entités en santé mentale.

**MOTS-CLÉS :** *Désordre hypersexuel - DSM V - Processus sociaux*

**HYPERSEXUAL DISORDER WILL NOT BE INCLUDED IN THE DSM V :**

**A CONTEXTUAL ANALYSIS**

**SUMMARY :** Hypersexuality disorder has not been added to the list of psychiatric disorders for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V, to be published in May 2013. The evolution of the concept of hypersexuality disorder and its series of different models call into question the controversial context within which its inclusion is considered for the DSM V. A brief contextual analysis makes clear that the creation of this concept follows moral norms and psychosocial values. The construction of hypersexuality disorder in terms of a diagnostic entity rests on the clash of social forces at play in the development process. This article lays the foundation to contemplate the manner in which entities for psychiatric disorders are constructed.

**KEYWORDS :** *Hypersexuality disorder - DSM V - Social processes*

## INTRODUCTION

Ces dernières années, le désordre hypersexuel a été à l'étude pour son inclusion dans la cinquième version du «manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM V). Il s'agissait d'une proposition pour un nouveau diagnostic (voir tableau I). En effet, le DSM IV (1) ne mentionnait ni le désordre hypersexuel, ni la dépendance sexuelle dans la liste des dysfonctions.

Le processus et les enjeux qui ont entouré cette possible intégration dépassent le champ de la psychiatrie. Cet article propose de résumer l'évolution du concept de désordre sexuel et jette les bases d'une réflexion sur la manière dont se construisent les entités diagnostiques en santé mentale.

## EVOLUTION DES MODÈLES ET DES CONCEPTIONS POUR L'INCLUSION DU DÉSORDRE HYPERSEXUEL

### LES MODÈLES

Ces dernières années, quatre grands modèles de conceptualisation ont vu le jour dans le paysage scientifique. Il s'agit de l'addiction sexuelle, la compulsivité sexuelle, l'impulsivité sexuelle (trouble du contrôle de l'impulsion) et le trouble hypersexuel.

L'intérêt pour le concept d'addiction sexuelle a, tout d'abord, été suscité par Carnes en 1983 avec la publication de «Out of the shadows : understanding sexual addiction» (2). Carnes considère l'addiction sexuelle, provenant d'une basse estime de soi, comme une forme progressive de la folie (les individus devenant de plus en plus aliénés) pouvant mener vers des comportements paraphiliques. Carnes a été le premier à établir une liste de vingt-cinq questions permettant de dépister la dépendance sexuelle (Out of the shadows, 1983). Treize réponses positives révéleraient une dépendance sexuelle dans 96% des cas. Goodman (3), quant à lui, définit l'addiction sexuelle comme un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur, et se caractérise par l'échec répété des tentatives de contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives.

Certains auteurs ont préféré le terme de compulsion sexuelle. Bancroft et Vukadinovic (2004) préféraient la dénomination «out of control» qui donne une importance particulière à l'échec d'autorégulation, accordant une place à l'influence des normes (4).

En raison des similitudes rencontrées entre les désordres paraphiliques et non paraphiliques, Kafka, et Hennen, (5) ont défendu la dénomination «paraphilia-related disorders» caractérisant un trouble par une augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'impulsion sexuelle chez l'individu vers des objets «culturellement acceptés» tels que la masturbation, la pornographie, le sexe sur Internet et les rela-

(1) Anthropologue, Sexologue, Doctorante, Ecole de Santé publique, Faculté de Médecine, Université de Liège.

(2) Chef de Service Associé, Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie, CHU de Liège.

TABLEAU I. ENSEMBLE DE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES PROPOSÉS POUR LE DÉSORDRE HYPERSEXUEL (3)

|   |
|---|
| <p>A. Pour une période de plus de 6 mois, existence de fantasmes sexuels, pulsions sexuelles, ou comportements sexuels intenses et répétés associés à 3 ou plus des 5 critères suivants :</p> <p>A1. Un temps excessif consacré aux fantasmes, pulsions sexuelles ou aux comportements au détriment d'autres buts, activités ou obligations non sexuels (planification et accomplissement des activités sexuelles).</p> <p>A2. Se livrer de manière répétitive à des fantasmes, pulsions ou comportements sexuels en réponse à des états d'humeur dysphorique (ex. anxiété, dépression, ennui, irritabilité).</p> <p>A3. Se livrer de manière répétitive à des fantasmes, pulsions ou comportements sexuels en réponse à des événements stressants de la vie.</p> <p>A4. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler ou réduire de façon significative ces fantasmes, pulsions ou comportements sexuels.</p> <p>A5. Se livrer de manière répétitive à une activité sexuelle en ne tenant pas compte du risque de préjudice physique ou affectif pour soi ou pour autrui.</p> <p>B. Présence d'une détresse personnelle significative, ou d'une altération du fonctionnement social, occupationnel ou dans d'autres domaines importants, associée à la fréquence et à l'intensité de ces fantasmes, pulsions ou comportements sexuels.</p> <p>C. Ces fantasmes, pulsions ou comportements sexuels ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance exogène (ex. abus de drogue ou une médication).</p> <p>Spécifier si :</p> <p>Masturbation</p> <p>Pornographie</p> <p>Comportements sexuels avec adultes consentants</p> <p>Cybersexe</p> <p>Téléphone</p> <p>Club de striptease</p> <p>Clubs</p> <p>Autres :</p> |
|---|

tions sexuelles «accessoires». Kafka et Hennen ont suggéré de fixer à sept orgasmes sexuels par semaine (moyenne devant être évaluée sur douze semaines après l'âge de 15 ans et persistant durant une période d'au moins six mois), le seuil au-delà duquel il faut investiguer cliniquement (5). Mais Kafka mentionne dans son dernier article (6) que la seule mesure de la fréquence statistique ne peut pas définir un comportement pathologique.

#### CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉTIOLOGIE

Selon la littérature scientifique et non scientifique, le désordre hypersexuel peut prendre plusieurs formes : la masturbation compulsive (une des manifestations les plus fréquentes), la dépendance à la pornographie, la dépendance au cybersexe, la dépendance au téléphone rose, la dépendance aux relations sexuelles «sans lendemain» ou anonymes, l'incompatibilité du désir sexuel au sein du couple. Dernièrement, Kafka (6) a supprimé ce dernier type de désordre hypersexuel. Selon lui, le désordre hypersexuel est un état clinique sérieux et commun qui peut être associé aux morbidités spécifiques telles que la grossesse non planifiée, le dysfonctionnement d'union monogame, la séparation matrimoniale et le divorce, les infections sexuellement transmissibles comprenant le HIV.

En raison des avancées importantes réalisées en neurobiologie et en neuropharmaco-

logie, différents auteurs ont considéré que les changements neurochimiques provoqués par l'acte sexuel pourraient provoquer une intoxication et une tolérance, tout comme une substance. Levine et Troiden (7) ont déjà émis, à l'époque, une réserve par rapport à ce point en argumentant que le sexe est une expérience et non une substance. L'arrêt brutal du comportement sexuel ne mène pas à une détresse physiologique comparable à celle provoquée par les drogues.

Une variabilité des interprétations et des critères diagnostiques existe selon les auteurs. Sur base d'observations cliniques, les auteurs mettent l'accent sur différentes caractéristiques: l'échec d'autorégulation, l'aliénation mentale pour un, la progression de la maladie vers la déviance pour un autre, la fréquence, etc. Dans son étude, pour cinq addicts, la religion était importante. Selon lui, pour de tels individus, l'inadmissibilité morale incontestable de la plupart des types de sexualité est en contradiction avec leurs impulsions sexuelles minant n'importe quel ajustement ou régulation. Ainsi, pour une personne qui considère très négativement la masturbation et qui a une impulsion forte à se masturber sur Internet, une pratique régulée de masturbation n'est pas une alternative acceptable. Le traitement n'implique pas d'interrompre toute activité sexuelle, mais consiste parfois à l'intégrer simplement dans un contexte culturellement admis (le mariage, une relation extraconjugale, etc.). Par ailleurs,

nous ne pouvons pas affirmer que cette problématique suit l'individu toute sa vie, si elle est une automédication à un autre problème, une tentative de solution devenue elle-même le problème ou, encore, si elle constitue une expérience adaptative.

Encore à l'heure actuelle, peu d'études empiriques se sont penchées sur l'étiologie de manière globale. Il y a eu une prétention étiologique de beaucoup d'auteurs (Carnes, Kafka, etc.) à affirmer que le désordre hypersexuel peut être provoqué par l'abus sexuel dans l'enfance (c'est d'ailleurs une des questions de Carnes pour diagnostiquer l'addiction) (2).

Finalement, l'origine du trouble n'est pas encore clairement définie. Certaines données manquent également à la définition de sa nature. Ce que confirment Balon et Wise (8) : «Most of the proposed changes may seem reasonable. However, they often lack sufficient data to support them. (...) The most controversial is probably the addiction of hypersexual disorder and paraphilic-coercive disorder. Those entities still seem to be poorly defined (...)» (tableau I).

## ANALYSE CONTEXTUELLE

### *LA NORME, LE NORMAL, L'ANORMAL ET LE PATHOLOGIQUE*

La création et le retrait des maladies mentales dans le DSM ont suivi des jugements de valeurs psychosociales et la morale ambiante. A ce titre, la pensée sociologique a pertinemment envisagé l'étiquetage et la place des maladies mentales et des consommations de drogues dans un contexte social et culturel évolutif. Car, comme le dit Becker (9), le point de vue médical ne permet pas d'intégrer les jugements de valeur influençant le phénomène. En effet, si l'émergence de la notion de dépendance sexuelle ou de désordre hypersexuel est assez contemporaine, elle a d'abord trouvé sa place parmi les péchés, puis parmi les maladies (10).

De manière générale dans l'histoire et encore aujourd'hui, comme le dit Foucault, «les maladies nées d'une mauvaise distribution de l'activité sexuelle sont beaucoup plus souvent des maladies de l'excès» (11). Dans l'usage des plaisirs sexuels, on a plutôt eu à faire à une économie restrictive, une diététique. Le raisonnement statistique, largement utilisé dans le domaine médical, lorsqu'il fait référence à des comportements et plus particulièrement à des comportements sexuels, ne peut, à lui seul, définir le normal et le pathologique. A ce

sujet, Frances souligne, d'une part, qu'il y a un remarquable manque de recherche et de chercheurs dans ce domaine et que, d'autre part, il n'existe aucun consensus sur la normalité des comportements sexuels qui pourrait fournir une frontière utile à la distinction entre une maladie mentale et ce qui ne l'est pas (12).

Dans cette perspective, la tentation est forte d'appréhender le désordre hypersexuel sous l'angle du constructionnisme social. Selon cette approche, le désordre hypersexuel, la dépendance sexuelle ou la compulsion sexuelle seraient le produit d'une histoire, de forces sociales basées sur des valeurs visant une régulation, un meilleur contrôle des comportements sexuels. Une sorte de dispositif disciplinaire.

A la lecture de Ian Hacking (13), il semble également que les catégorisations réalisées par les communautés scientifiques (DSM notamment), la vulgarisation scientifique, la circulation de l'information etc. exercent aussi une influence sur les institutions de soins, les conceptions scientifiques, les représentations des scientifiques, ainsi que sur le vécu des personnes concernées par le trouble et la société, en général. Le phénomène est, en fait, excessivement dynamique. Alors pourquoi se fixer un modèle théorique des troubles et de la société en général.

### *LE PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DU DSM V*

Le développement du DSM V a été sujet à caution et a été critiqué par beaucoup de scientifiques. La première version du DSM V comportait beaucoup de modifications susceptibles de provoquer des conséquences fâcheuses dans les domaines de la pratique clinique, de la recherche et de la pratique médico-légale (12).

En 2011, Frances (12), «président» du DSM IV, apporte un éclairage intéressant en résumant l'histoire du DSM. Les premières statistiques sanitaires dans les hôpitaux psychiatriques au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle et la classification des troubles mentaux, qui représentèrent plus tard la principale raison pour les Américains de ne pas faire face aux obligations militaires, ont constitué la base du DSM. Le manque de fiabilité et d'utilité dans la pratique clinique des DSM I et II ont rendu possibles les innovations apportées au DSM III. Ensuite, la principale plus-value apportée par le DSM-IV est l'obligation de justifier des changements sur base d'évidences empiriques. Depuis, la notoriété du DSM a considérablement augmenté et son

champ d'influence touche tous les domaines liés, de près ou de loin, à la santé mentale.

Un autre problème important a alimenté la polémique autour de la révision V du DSM : l'unique responsabilité de l'APA (American Psychiatric Association) dans cet outil de classification.

De plus en plus de biais dans le processus de développement du DSM V sont venus soutenir la polémique actuelle, notamment des attentes irréalistes, un manque de transparence et des faiblesses méthodologiques (8, 12).

- Les critères de choix des experts formant les groupes de travail sont ambigus (8).
- Malgré l'argument, somme toute louable, du dépistage précoce, beaucoup de diagnostics sont excessivement communs dans la population générale. Selon Frances (12), «ces suggestions (et les pressions des laboratoires pharmaceutiques qui vont sans doute s'y ajouter) pourraient créer des dizaines de millions de patients «faux-positifs», qui seraient ensuite soumis à des traitements coûteux et non nécessaires, et éventuellement à des médications potentiellement dangereuses».
- Les méthodes d'identification n'ont pas une sensibilité et une spécificité acceptables.
- Les données actuellement disponibles sont insuffisantes à la création des différentes catégories.
- Etc.

Les changements proposés dans le DSM V se répercuteront dans les interprétations et dans les utilisations faites de ce manuel par les cliniciens, les avocats, les chercheurs, etc. Néanmoins, beaucoup de professionnels de la santé mentale apprécient l'utilité de cet outil diagnostique. Il permet un langage commun et donc les échanges de pratiques entre soignants, notamment. Il est aussi utile dans les processus de collecte des données de recherche et la compilation des résultats. Enfin, les membres du groupe de travail du DSM V soulignent la nécessité de préciser la compréhension scientifique des diagnostics pour un meilleur accès aux soins de santé mentale.

Il existe donc une demande et des attentes importantes des professionnels de la santé. Cependant, il semble nécessaire de faire une distinction entre outil diagnostique et prise en charge, qu'elle soit psychothérapeutique ou médicale. En effet, une intégration précoce du désordre hypersexuel dans le DSM V n'aurait pas augmenté le recours à des traitements

médicamenteux inutiles, coûteux, voire dangereux, dans l'état actuel des connaissances ?

Dans ce contexte, le remaniement du DSM s'apparente à un terrain sur lequel se joue la confrontation des «forces» concernées par la santé mentale. Ces forces peuvent être de différents types et ne concernent pas toujours la pratique clinique réelle.

#### LA NON-INTÉGRATION DU DÉSORDRE HYPERSEXUEL DANS LE DSM V

Le désordre hypersexuel n'intègre donc pas le DSM V. Certains, notamment Halpern (14) et Mozer (15), diront que c'est une bonne chose au vu de l'insuffisance des fondements scientifiques. Selon Halpern (14), les personnes qui présentent un comportement hypersexuel ne constituent pas un groupe singulier requérant des soins cliniques spécifiques. Le trouble hypersexuel n'est pas suffisamment distinct d'autres catégories diagnostiques pour mériter d'être considéré à part entière. Il ne contribue pas non plus à une meilleure conceptualisation, ou à une meilleure évaluation et un meilleur traitement (14).

D'autres le regrettent, le plus souvent «au nom des personnes en souffrance». La reconnaissance de ce trouble par une association telle que l'APA aurait favorisé, notamment, en fonction du pays, le développement des ressources pour la recherche, une prise en charge de la sécurité sociale, etc. Elle aurait aussi permis une reconnaissance sociale du vécu des personnes concernées par ce trouble. Cependant, le risque était énorme de considérer comme pathologique une proportion non négligeable de la population mondiale.

Aussi, le champ d'action du DSM dans une société telle que la nôtre dépasse largement le secteur de la santé mentale. Il existe déjà, à l'heure actuelle, des confusions entre psychiatrisation et judiciarisation. L'intégration d'un tel trouble allait sans nul doute avoir des conséquences médico-légales imprévues. Bien d'autres champs d'action sont souvent sous-estimés. Même s'il n'est pas connu par la population, le DSM V exerce une influence jusque dans le domaine privé. Par exemple, le fait de considérer «l'incompatibilité du désir sexuel au sein du couple» comme forme du désordre hypersexuel (comme cela a été le cas durant quelques années (6), laisse penser qu'il s'agit d'un problème systémique plus que d'un trouble mental qui repose sur des jugements de valeur et modifie les représentations des

individus. De même, comme Kafka et Hennen l'ont proposé tout un temps (5) (sept orgasmes par semaine), fixer une norme par définition abstraite et idéale, comme critère de santé peut entraîner à la fois une négation de certains problèmes subjectifs et un élargissement infini des catégories dites pathologiques (10).

En effet, les questions liées à la morale, notamment, ont une importance considérable dans le vécu du désordre hypersexuel, son interprétation, le parcours thérapeutique et le traitement qui lui est ou sera proposé. La dimension sociale et culturelle des normes participe à la création d'un ressenti inadéquat par rapport à des comportements sexuels. Et le risque est de créer des malades mentaux qui enfreignent simplement une norme sexuelle culturellement dominante.

Le désordre hypersexuel, comme la déviance, est-il une propriété du comportement lui-même ou est-il le fruit de l'interaction entre l'auteur de l'acte et ceux qui réagissent ? La stigmatisation se déplacerait du domaine social au domaine médical, beaucoup plus facile à assumer : je ne suis plus «un obsédé sexuel», «un homme qui trompe continuellement sa femme» mais «une personne souffrant de désordre hypersexuel». A ce niveau, l'exemple du célèbre golfeur américain Tiger Woods, qui est passé du statut de goujat au statut de malade après avoir entrepris une cure de désintoxication au sexe, est assez représentatif.

Les événements sociaux participent à la création du trouble, la médecine, quant à elle, l'officialise, l'institutionnalise et modifie sa perception sociale. En effet, l'excès de sexe ou le manque de contrôle ne tue pas en soi et n'entraîne pas des détresses physiologiques et psychologiques à lui seul, mais c'est la perception négativement connotée qui trouble. Les frontières entre vice, transgression, maladie, sont, dans ce domaine, extrêmement mouvantes.

La sortie du DSM V est prévue en mai 2013. Cependant, il y a un intérêt à ce que les polémiques se poursuivent. C'est notamment par l'échange des données, les questionnements méthodologiques, les controverses, les critiques et la recherche des différentes disciplines médicales et humaines (et non uniquement celle de la «médecine biotechnologique») que la prise en charge de la souffrance pourra s'améliorer de manière durable.

Il semble également intéressant de se pencher sur l'analyse des processus ayant conduit à la construction de la nouvelle mouture du

DSM. Toutes ces données, les personnes impliquées, les enjeux des uns et des autres, la façon dont les décisions se prennent, les différents poids des arguments et des discours, etc. sont indispensables pour comprendre comment les maladies, et notamment, les troubles mentaux se construisent.

## CONCLUSION

Depuis ces 10 dernières années, les représentations, la manière d'appréhender le désordre hypersexuel ont bien évolué. Différentes conceptions se sont succédées, croisées, etc. Aujourd'hui, un ensemble de critères diagnostiques n'a pas encore pu faire consensus. L'intégration des nouveaux troubles dans le DSM V va très certainement avoir des conséquences médico-légales, en termes de santé publique, sur l'accès aux soins de santé, notamment sur le recours aux traitements médicamenteux, et aussi sur le vécu des sujets, sur la prise en charge proposée par les soignants, sur les institutions de soins, sur la société et, certainement, sur le concept plus global de santé mentale. Ces répercussions doivent être identifiées, analysées par différentes disciplines afin d'améliorer les pratiques cliniques et la psychiatrie.

La problématique du désordre hypersexuel a participé à réinterroger la notion de maladie mentale, le processus de développement du DSM et la façon dont notre société souhaite appréhender la santé mentale.

Les études constructionnistes soulignent l'existence incontournable des processus sociaux dans l'émergence et l'évaluation des désordres mentaux dans des cadres organisationnels variés. Cependant, Weinberg (16) soutient également que les désordres mentaux, une fois rassemblés comme objets significatifs de discours et de pratiques, exercent leur propre influence causale sur ceux qui, dans un cadre social, souffrent de ces désordres et sur ceux qui les prennent en charge. La complexité de ce genre de troubles vécus ne réside pas uniquement dans un déterminisme social, mais se situe dans l'aspect dynamique, l'effet de boucle des catégorisations/classifications et des reclassifications. Les terminologies ne se succèdent pas uniquement sur base d'une meilleure connaissance biomédicale des individus souffrant de désordre hypersexuel, mais, comme le dit Hacking (13), aussi à la lumière de la manière dont ces individus ont changé par rapport à une classification antérieure et en raison des théories, des pratiques et des institutions associées à cette classification. Ces processus

dynamiques participent à la construction d'entités signifiantes que sont les entités diagnostiques et doivent être identifiés et étudiés par les disciplines des sciences humaines.

## BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association—DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 1996.
2. Carnes P.— Out of the shadows : understanding sexual addiction. Minneapolis, CompCare Publishers, 1983.
3. Goodman A.— *Sexual addiction : an integrated approach*. Madison, International Universities Press, 1998.
4. Bancroft J, Vukadinovic Z.— Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*, 2004, **41**, 225-234.
5. Kafka MP, Hennen JA.— Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders?. *Sexual Abuse*, 2003, **15**, 307-321.
6. Kafka MP.— Hypersexual Disorder : a proposal diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*, 2010, **39**, 377-400.
7. Levine MP, Troiden RR.— The myth of sexual compulsivity. *J Sex Res*, 1988, **25**, 347-363.
8. Balon R, Wise TN.— Update on diagnoses of sexual dysfonctions : controverses surrounding the proposed revisions of existing diagnostic entities and proposed new diagnoses. *Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, 2011, **31**, 1-15.
9. Becker H.— Outsiders. Etude de sociologie de la deviance. Paris, A.-M. Métailié, 1985.
10. Valleur M, Matysiak J-C.— Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Deuxième édition, Paris, Armand Colin, 2006.
11. Foucault M.— Histoire de la sexualité. Tome 2 : l'usage des plaisirs. Paris, Gallimard, 1984.
12. Frances A.— Evaluation critique de la première version du DSM V. *Rev Méd Suisse*, 2011, **7**, 398-400.
13. Hacking I.— *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*. Paris, La Découverte, 1999.
14. Halpern AL.— The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecessary and harmful. *Arch Sex Behav*, 2011, **40**, 487-488.
15. Mozer C.— Hypersexual Disorder : just more muddled thinking, *Arch Sex Behav*, 2011, **40**, 227-229.
16. Weinberg D.— The social construction of non-human agency : the case of mental disorder. *Social Problems*, 1997, **44**, 217-234.

Les demandes de tirés à part sont à adresser à Mme. I. Toussaint, Anthropologue, Université de Liège, Belgique.  
Email : isabelletoussaint@skynet.be