

## **Perception de la dangerosité des drogues dans le cadre des agressions sexuelles : influence de la conception du consentement et de l'adhésion aux mythes du viol**

**Auteur :** Lesoinne, Alix

**Promoteur(s) :** Quertemont, Etienne

**Faculté :** Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24544>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

# Université de Liège

*Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation*

Perception de la dangerosité des drogues dans le cadre des  
agressions sexuelles : influence de la conception du  
consentement et de l'adhésion aux mythes du viol

Mémoire présenté par **Alix Lesoinne** en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences Psychologiques

**Promoteur :** QUERTEMONT Etienne

**Superviseur :** GODEFROID Leelo

**Lecteurs :** FERRARA André

& LEONARD François

*Année académique 2024-2025*

## Remerciements

---

*Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long du parcours ayant conduit à la réalisation de ce mémoire. Leur soutien et leur aide m'ont permis de garder le cap, même dans les moments de découragement.*

*Je remercie sincèrement tous les participants qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire. Leur contribution a été essentielle à la concrétisation de cette étude.*

*Je tiens à adresser une reconnaissance particulière à Mme Godefroid, ma superviseuse, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son accompagnement constant au fil de ces deux dernières années. Sa présence attentive et ses conseils ont grandement nourri ma motivation et parfois même ma compréhension de ce projet.*

*Je remercie également le Professeur Quertemont, promoteur de ce mémoire, pour avoir soutenu ce projet, et pour l'attention qu'il accorde à la réussite des étudiants à travers ses enseignements.*

*Mes remerciements vont aussi au Professeur André Ferrara et à M. François Léonard, qui ont témoigné de l'intérêt pour ce travail en acceptant d'en être les lecteurs.*

*Un immense merci à tous mes amis et proches, pour leur appui constant tout au long de ces cinq années. Je pense tout particulièrement à Clara, Marianne, Inès, Zoé et Romain, avec qui j'ai partagé les doutes, les défis mais aussi les moments de joie qui ont marqué mon parcours universitaire. Merci aussi à Adrien, pour sa présence rassurante et le soutien qu'il m'apporte au quotidien, bien au-delà de ce mémoire.*

*Enfin, je dédie mes remerciements les plus sincères à mes parents, pour leur aide précieuse dans la relecture de ce mémoire, mais surtout pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et les valeurs qu'ils m'ont transmises. Leur présence bienveillante et la confiance qu'ils m'ont toujours accordée ont constitué des repères essentiels, qui m'ont accompagnée tout au long de ma vie.*

## Table des matières

A. Introduction.....	3
B. Revue de la littérature .....	5
1. <i>Agressions sexuelles</i> .....	5
1.1. <i>Cadre législatif</i> .....	5
1.2. <i>Agressions sexuelles et substances</i> .....	5
1.3. <i>Statistiques et épidémiologie</i> .....	7
1.4. <i>Substances impliquées</i> .....	8
2. <i>Les drogues</i> .....	9
2.1. <i>L'alcool</i> .....	10
2.2. <i>Le cannabis</i> .....	10
2.3. <i>Autres sédatifs</i> .....	11
2.4. <i>Les stimulants</i> .....	11
2.5. <i>Les entactogènes ou drogues récréatives</i> .....	11
2.6. <i>Tendances de consommation</i> .....	12
3. <i>Dangerosité des drogues</i> .....	12
3.1. <i>Dangerosité basée sur des données épidémiologiques</i> .....	12
3.2. <i>Dangerosité évaluée par des experts</i> .....	13
3.3. <i>Dangerosité évaluée par la population</i> .....	14
4. <i>Consentement et mythes du viol</i> .....	15
4.1. <i>Le consentement</i> .....	15
4.2. <i>Les mythes du viol</i> .....	17
C. Hypothèses.....	18
D. Méthodologie .....	21
1. <i>Population visée</i> .....	21
1.1. <i>Échantillon</i> .....	21
2. <i>Méthodes et instruments</i> .....	22
2.1. <i>Procédure</i> .....	22
2.2. <i>Outils et échelles</i> .....	22
3. <i>Substances considérées</i> .....	24
4. <i>Analyses statistiques</i> .....	24
E. Présentation des résultats.....	25
1. <i>Statistiques descriptives</i> .....	25
2. <i>Analyses statistiques – hypothèses principales</i> .....	27
2.1. <i>Influence du type de substance sur la perception de la dangerosité</i> .....	27
2.2. <i>Influence du genre sur la perception de la dangerosité</i> .....	32
2.3. <i>Effet d'interaction du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité</i> ..	33

2.4. Influence de l'adhésion aux mythes du viol sur la dangerosité perçue des substances .....	34
2.5. Influence de la fréquence de consommation sur l'adhésion aux mythes du viol .....	38
2.6. Influence du genre sur l'adhésion aux mythes du viol .....	39
<b>F. Interprétation et discussion.....</b>	<b>41</b>
<b>1. Interprétation des résultats .....</b>	<b>41</b>
1.1. Influence du type de substance sur la perception de la dangerosité.....	42
1.2. Influence du genre sur la perception de la dangerosité.....	46
1.3. Effet d'interaction du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité ..	48
1.4. Influence de l'adhésion aux mythes du viol sur la dangerosité perçue des substances .....	49
1.5. Influence de la fréquence de consommation sur l'adhésion aux mythes du viol .....	49
1.6. Influence du genre sur l'adhésion aux mythes du viol .....	50
<b>2. Conclusion générale .....</b>	<b>51</b>
<b>3. Limites de l'étude .....</b>	<b>53</b>
<b>G. Références bibliographiques .....</b>	<b>54</b>

## Introduction

Dans notre société actuelle, les agressions sexuelles constituent un enjeu majeur de santé publique et suscitent un intérêt croissant dans la recherche et la prévention. Parmi les nombreux facteurs qui interviennent dans la survenue de ces violences, l'usage de substances psychoactives joue un rôle central, notamment en facilitant certaines situations d'agressions sexuelles (agressions sexuelles facilitées par une substance [ASFS], (Nations Unies, 2012)). Bien que soit étudiée la perception que le grand public a de la dangerosité de ces substances, elle est moins approfondie dans ce contexte particulier ; alors même qu'elle peut impacter les attitudes liées à ces violences.

Dans ce cadre, ce mémoire s'intéresse spécifiquement à la perception de la dangerosité de différentes substances dans le contexte des agressions sexuelles. Cette perception est analysée en lien avec deux concepts clés dans les attitudes associées aux agressions sexuelles : l'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement. Les mythes du viol renvoient à des croyances biaisées concernant le viol, les victimes et les agresseurs (Burt, 1980). Ils visent généralement à minimiser la responsabilité de l'agresseur et/ou à accroître celle attribuée à la victime (Lonsway & Fitzgerald, 1994).

Plus précisément, ce travail analyse l'influence de plusieurs variables sur la perception de la dangerosité : le type de substance, la consommation personnelle des participants, ainsi que leur genre. L'impact de l'adhésion aux mythes du viol sur cette perception est également étudié. Enfin, le lien entre le genre, l'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool fait l'objet d'une exploration approfondie.

Pour ce faire, un questionnaire en ligne auto-administré a été élaboré. Il portait sur sept substances identifiées, d'après la littérature scientifique, comme étant les plus fréquemment impliquées dans les agressions sexuelles facilitées par les drogues (à savoir : l'alcool, les benzodiazépines, le cannabis, le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDA/MDMA). Une distinction a été faite entre la perception de danger en général, en contexte opportuniste (consommation volontaire par la victime dont l'agresseur profite) et en contexte proactif (administration volontaire de la substance par l'agresseur) (Grela et al., 2018).

Les résultats confirment la plupart des hypothèses formulées. La seule exception concerne l'absence de lien entre l'adhésion aux mythes du viol et la perception de la dangerosité des substances ; ce qui pourrait s'expliquer par la faible adhésion à ces mythes observée dans notre échantillon. Ces résultats contribuent à une meilleure compréhension du

rôle des concepts étudiés dans la perception de la dangerosité des drogues, ainsi que des variables influençant la représentation des agressions sexuelles. Ils peuvent également alimenter les réflexions futures en matière de recherche à ce sujet.

Ce mémoire est constitué d'une première partie qui présente une revue de littérature détaillée sur les agressions sexuelles, les drogues, la dangerosité des substances, et enfin les mythes du viol et la notion de consentement. La deuxième partie expose la méthodologie employée dans cette étude. Pour terminer, la troisième partie détaille les résultats obtenus, suivie d'une discussion de leur portée et des limites de l'étude.

# Revue de la littérature

## 1. Les agressions sexuelles

### *1.1. Cadre législatif*

Les agressions sexuelles constituent un enjeu majeur de santé publique dans notre société actuelle. D'après la Direction de l'Égalité des Chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles (2020), une femme sur cinq serait victime d'agression sexuelle au cours de sa vie. Afin de mieux comprendre les implications juridiques de ce type de violences, il est pertinent de s'intéresser à l'évolution du droit pénal sexuel en Belgique.

Jusqu'en 2022, les infractions à caractère sexuel étaient encadrées par le Code Pénal du 8 juin 1867, qui les classait sous la catégorie des « crimes ou délits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique ». La réforme entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2022 (Code Pénal Belge), a permis une redéfinition de ces infractions ainsi que des précisions nécessaires à la protection des victimes. Désormais, ces infractions sont reprises sous la classification des « crimes et délits contre les personnes », plus spécifiquement dans le chapitre portant sur les « infractions portant à l'intégrité sexuelle, au droit à l'autodétermination sexuelle et aux bonnes mœurs ». Cette réforme du Code Pénal a également permis de mettre en avant la notion de consentement ainsi que de durcir les peines encourues.

L'atteinte à l'intégrité sexuelle est désormais définie comme « le fait d'accomplir un acte à caractère sexuel sur une personne qui n'y consent pas, avec ou sans l'aide d'un tiers qui n'y consent pas, ou à faire exécuter un acte à caractère sexuel par une personne qui n'y consent pas » (Article 417/7 du Code Pénal Belge). Le viol, quant à lui, est défini pénalement comme « tout acte qui consiste en ou se compose d'une pénétration sexuelle de quelque nature et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne ou avec l'aide d'une personne qui n'y consent pas » (Article 417/11 du Code Pénal Belge).

### *1.2. Agressions sexuelles et substances*

La soumission chimique consiste à administrer une substance psychoactive à une personne à son insu dans le but de commettre un acte délictuel ou criminel (Pépin, 2010). Parmi les sous-catégories de crimes facilités par la drogue, nous retrouvons l'agression



sexuelle facilitée par une substance (ASFS), désignant le fait de subir des actes sexuels alors que la personne est en incapacité ou inconsciente en raison de consommation de substances intoxicantes, la rendant donc incapable de résister ou de consentir à ces actes (Nations Unies, 2012). Les ASFS semblent représenter plus de la moitié (51%) des crimes impliquant une soumission chimique, suivies des vols et enfin des homicides (Djezzar et al., 2014). On distingue deux catégories d'agressions sexuelles facilitées par une substance : les agressions opportunistes, où la victime consomme volontairement et l'agresseur en profite ; et les agressions proactives, où l'agresseur administre intentionnellement la substance à la victime (Grela et al., 2018). En raison de méthodologies très variées employées dans les différentes études portant sur les agressions sexuelles facilitées par une substance et sur les agressions sexuelles de manière générale, il est difficile de déterminer une prévalence précise des cas d'ASFS (Recalde-Esnoz et al., 2023). Les taux d'ASFS parmi les agressions sexuelles varient donc fortement selon les études, se situant entre 1,5% et 78,5%. Cependant, il est certain que ce phénomène reste sous-estimé, en raison de plusieurs facteurs incitant les victimes à ne pas déposer plainte : la peur et la honte, la méconnaissance des procédures à entreprendre, la lenteur du système judiciaire et médical, etc. (De Souza Costa et al., 2020). Il est fréquent d'observer un délai important entre les faits et le dépôt de plainte, ce qui entraîne des difficultés dans les analyses toxicologiques. Effectivement, un délai de 12 heures peut déjà altérer les résultats des analyses dans le cas de substances rapidement métabolisées, comme l'alcool ou le GHB (Anderson et al., 2017).

Ce phénomène d'agression sexuelle facilitée par une substance doit être clairement distingué de celui de « chemsex », également connu sous le nom de « sexe sous substance » ou « PnP » (Party and Play) (Larabi et al., 2023). Contrairement aux situations d'agression, le chemsex désigne une consommation *volontaire* de substances psychoactives, dans le but d'amplifier ou d'altérer positivement l'expérience vécue lors d'un rapport sexuel consensuel. Cette pratique, particulièrement répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, implique le plus souvent l'usage de méphédron, d'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB), de gamma-butyrolactone (GBL) ou de métamphétamine cristallisée (communément appelée « crystal meth »). La consommation de ces substances s'explique par les effets qu'elles produisent : la métamphétamine cristallisée et le méphédron entraînent une augmentation du rythme cardiaque, ainsi qu'une sensation d'euphorie marquée et une augmentation de l'excitation sexuelle. Le GHB et le GBL, quant à eux, sont prisés pour leurs puissants effets désinhibants ainsi que pour leur action légèrement anesthésiante (McCall et

al., 2015). Une étude récente menée en France révèle une prévalence importante de polyconsommation dans ces situations, les substances les plus fréquemment retrouvées étant les nouveaux produits de synthèse (principalement les cathinones, dans 82% des cas), suivis de la cocaïne, des amphétamines et des médicaments de la fonction érectile (en particulier le Sildénafil) (Larabi et al., 2023).

### *1.3. Statistiques et épidémiologie*

Les victimes d'ASFS sont, dans la presque totalité des cas, des femmes, âgées en moyenne entre 22 et 26 ans ; le groupe d'âge le plus représenté étant les 18-24 ans (Recalde-Esnoz et al., 2023). Les personnes touchées présentent, dans 26,4% à 44% des cas, des problèmes de santé mentale ; les victimes d'agressions proactives semblant être trois fois plus touchées par des affections mentales (Du Mont et al., 2016).

Dans environ 80% des cas, les agressions sont perpétrées par une personne connue de la victime ; ce qui entraîne un sentiment profond de trahison pour la victime. Les caractéristiques particulières associées aux agressions sexuelles par une connaissance peuvent entraîner beaucoup de culpabilité : la victime remet en question ses propres jugements, se blâme de ne pas avoir pu prédire le danger, etc. Dans le cas des agressions sexuelles facilitées par une substance, les victimes rapportent un vécu d'impuissance d'autant plus important. À la suite d'une agression sexuelle, il est fréquent que la victime présente des symptômes psychosomatiques comme des nausées, des maux de tête, des douleurs musculaires et des douleurs chroniques. Elles présentent également un risque important de développer un syndrome de stress post-traumatique (Lebeau & Mozayani, 2001).

Concernant les assaillants, entre 98% et 100% sont des hommes, âgés dans 92,7% des cas de plus de 18 ans. Comme expliqué ci-dessus, dans la majorité des cas (entre 34 et 80%, selon les différentes études), l'agression a été perpétrée par un individu connu de la victime ; la relation la plus fréquente étant l'amitié, suivie de nouvelles connaissances (Recalde-Esnoz et al., 2023). La plupart de ces caractéristiques inhérentes aux auteurs et aux victimes sont confirmées par l'étude menée par Avegno et ses collaborateurs (2009). Certaines études portent également sur le contexte dans lequel les agressions sexuelles facilitées par une substance ont eu lieu. Deux types de lieux sont fréquemment rapportés par les victimes : les lieux privés (le plus souvent, la résidence de l'agresseur) ou des lieux de divertissement

nocturne. Ces agressions ont le plus souvent lieu la nuit et le weekend (Recalde-Esnoz et al., 2023).

#### *1.4. Substances impliquées*

Les drogues qui sont utilisées dans les ASFS présentent certaines propriétés particulières telles que : un effet sédatif, une amnésie antérograde, une dissolution rapide dans les boissons, une action rapide, généralement une efficacité à faible dose et un caractère inodore et insipide (Nations Unies, 2012).

Les substances les plus fréquemment retrouvées dans les cas d'ASFS varient légèrement selon les études. Dans la revue systématique réalisée par Grela et ses collègues en 2018, l'alcool et le cannabis sont les deux substances les plus fréquemment associées à des cas d'ASFS, suivies des benzodiazépines, des amphétamines et des opioïdes. Il est intéressant de noter que l'alcool et la cocaïne sont les deux substances les plus fréquemment employées dans les agressions opportunistes. Une autre revue systématique de la littérature constatait également que l'alcool était la substance la plus communément retrouvée dans les cas d'ASFS, bien qu'il soit rarement consommé seul. En effet, on observe une fréquence élevée de polyconsommation. Consécutivement à l'alcool, les benzodiazépines représentaient la deuxième substance la plus couramment identifiée (Anderson et al, 2017). L'étude menée par Bosman (2011) aux Pays-Bas valide ces conclusions, démontrant une fois de plus que l'alcool est la substance la plus fréquemment détectée dans les analyses toxicologiques, que ce soit de manière isolée ou en combinaison avec d'autres drogues. De nombreuses autres substances ont été détectées au cours de cette étude, les plus récurrentes étant des analgésiques non-opioïdes (paracétamol et ibuprofène) et les benzodiazépines. Les drogues illicites les plus retrouvées étaient la cocaïne, la MDMA (3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine), la THC (composant psychoactif du cannabis) et les amphétamines. Dans la revue de De Souza et son équipe (2020), portant spécifiquement sur les drogues retrouvées dans les cas d'ASFS, les substances les plus régulièrement retrouvées sont l'éthanol, les benzodiazépines et la kétamine. Au travers de ces différentes études, il est fréquemment explicité que le GHB, bien que substance communément associée à l'abus sexuel, n'est que très peu retrouvé dans les analyses toxicologiques. Il convient cependant de noter que la métabolisation de cette substance est extrêmement rapide, ce qui pourrait expliquer sa faible détection dans les

analyses toxicologiques et donc une sous-estimation de son implication dans ce type d'agression (Skov et al., 2022).

La consommation d'alcool étant très majoritairement retrouvée dans les cas d'agressions sexuelles, on peut s'interroger quant au lien qui existerait entre ces deux phénomènes. Divers facteurs semblent contribuer à expliquer comment l'alcool augmente les risques d'agressions sexuelles, le principal étant les effets psychologiques induits par cette substance (Abbey, 2011). En effet, les agresseurs développent des idées préconçues à propos des effets de la consommation d'alcool sur les victimes ; celle-ci les rendrait notamment plus réceptives aux avances sexuelles. Ainsi, tout comportement amical de la part de la femme peut alors être déformé et interprété comme un signe d'attirance sexuelle. Lorsqu'ils sont sous les effets de l'alcool, les individus ont davantage tendance à normaliser et accepter un comportement masculin violent et à considérer que la femme apprécie être forcée à avoir des relations sexuelles. De manière plus globale, l'alcool aurait donc tendance à exacerber la tendance des hommes à faussement interpréter certains comportements féminins comme traduisant du désir sexuel ; mais également à banaliser des comportements violents ou inappropriés.

Si l'alcool influence le jugement des individus et des agresseurs, il modifie également la perception des victimes. Lorsqu'elles consomment de l'alcool, leur capacité à identifier les situations de danger serait altérée, les rendant moins aptes à repérer des signaux pouvant indiquer un risque ou un danger (Abbey et al., 2004). Sous l'influence de l'alcool, elles auraient également tendance à adopter des comportements à risques qu'elles évitent en temps normal, tels qu'accepter d'être raccompagnées après une fête par quelqu'un qu'elles ne connaissent pas bien (Abbey et al., 2001).

## **2. Les drogues**

Selon l'OMS (Organisme Mondial de la Santé), le terme « drogue » désigne toute substance qui, lorsqu'elle est consommée, affecte divers aspects du fonctionnement du sujet tels que la perception, la conscience, les cognitions ou les humeurs et émotions. L'abus d'une substance désigne la souffrance ou les dysfonctionnements (problèmes sociaux, professionnels, scolaires, légaux) qui peuvent être amenés par une consommation ou un mode d'utilisation inadapté d'une drogue (Lacroix, 2004). Selon le DSM-V (2015), on parle de

dépendance lorsqu'une personne maintient sa consommation malgré les problèmes significatifs qui y sont liés. Cet ouvrage reprend diverses classes de substances associées à ce type de troubles : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs/hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants, tabac et substances autres ou inconnues.

## ***2.1. L'alcool***

L'éthanol ou alcool éthylique, plus communément appelé « alcool », est catégorisé dans la classe des sédatifs. Cette substance, licite en Belgique, entraîne de manière générale une excitation et une désinhibition, ainsi qu'une sédation lors d'une consommation plus importante (Lacroix, 2004). L'éthanol agit principalement sur les systèmes gabaergique et glutamatergique, mais également sur la libération de dopamine, de sérotonine et de noradrénaline (Stragier, 2014). Ces modifications dans les neurotransmissions expliqueraient les effets sur le comportement et la perception induits par l'alcool.

En Belgique, au cours de l'année 2018, 76,6% des 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool. 9,7% de la population déclaraient en boire quotidiennement et 40,6% disaient en boire au moins une fois par semaine (Gisle, 2018). La consommation d'alcool peut être classifiée en quatre niveaux : « anodine », qui, bien qu'elle puisse être occasionnelle comme quotidienne, n'atteint pas un seuil de risque et n'occasionne pas de conséquences ; « à risque », qui atteint le seuil à partir duquel des dommages latents risquent de survenir (calculé par l'OMS et correspondant à 21 verres par semaine pour l'homme et 14 pour la femme) ; « nocive », qui entraîne des dommages évidents mais pas de dépendance psychique ou physique ; et la consommation « nocive avec dépendance » qui entraîne donc une perte du contrôle du sujet sur sa consommation (Batel & Michaud, 2002).

## ***2.2. Le cannabis***

L'action psychoactive du cannabis, également appelé chanvre, repose dans une substance cannabinoïde contenue dans la plante : le tétrahydrocannabinol (THC) (Richard & Senon, 2010). L'effet le plus souvent recherché et rapporté lors de l'utilisation de cannabis est la relaxation ou l'euphorie (Lacroix, 2004). Selon Chen et al. (2005), environ 4% des consommateurs de cannabis développent une dépendance dans les 24 mois suivant la première consommation.

### ***2.3. Autres sédatifs***

Outre l'alcool, cette catégorie reprend les benzodiazépines, les barbituriques, les opiacés et leurs dérivés (tels que l'héroïne ou la méthadone). Toutes ces substances sont classifiées comme telles en raison des effets qu'elles produisent : somnolence, ralentissement moteur, amnésie, diminution de l'anxiété ou de la douleur, sensations de plaisir, etc. (Lacroix, 2004). Selon le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique ([CBIP], 2024), l'ensemble des substances psychoactives considérées dans cette catégorie sont uniquement accessibles sur ordonnance médicale et ne peuvent donc être consommées ou achetées sans celle-ci. Cet organisme incite à la prudence quant à leur prescription et leur consommation, en raison des risques élevés de survenue rapide d'une dépendance physique ou psychique, ainsi que d'une consommation abusive.

### ***2.4. Les stimulants***

La classe des stimulants reprend divers types de substances comme les amines psychostimulantes (amphétamines, méthamphétamines), la cocaïne et le crack (préparation à base de cocaïne, d'ammoniaque et d'eau). Elles sont considérées comme « stimulants » en raison des effets qui découlent de leur consommation : disparition du sentiment de fatigue, augmentation de la confiance en soi et de la vigilance, impression d'euphorie et de capacités meilleures, sensation comparable à l'orgasme, accroissement du plaisir, etc. Cependant, leur utilisation peut également entraîner des effets secondaires indésirables, notamment une phase d'abattement et d'irritabilité subséquente, une déshydratation, des insomnies, une irritation des muqueuses utilisées comme voies d'entrée, des inquiétudes et une agitation, de la méfiance pouvant aller jusqu'à de la paranoïa voire des idées délirantes (Lacroix, 2024). Il y a également un risque important de dépendance ; près de 21% des usagers de cocaïne deviennent dépendants dans les 5 ans suivant le début de leur consommation (Lopez-Quintro et al., 2011).

### ***2.5. Les entactogènes ou drogues récréatives***

Les substances entactogènes concernent notamment la MDMA et l'ecstasy, la MDA, le GHB et le 2-CB. Leur consommation entraîne chez les utilisateurs une altération légère de la conscience différente de celle induite par les hallucinogènes ou les amphétamines ; mais aussi une stimulation euphorique, un sentiment de proximité avec les autres et de la relaxation. Ces drogues comportent toutes le risque d'entraîner des effets secondaires : paranoïa, dépression,

« bad trip », insomnies, céphalées, vertiges, somnolence, incohérence verbale, confusion, etc. (Lacroix, 2004).

## ***2.6. Tendances de consommation***

En Belgique, en 2018, 4,3% de la population des 15 ans et plus ont consommé du cannabis dans le mois précédant l'enquête. Dans cette même population, 9% ont déjà essayé une autre substance psychoactive illicite au cours de la vie, et 2,9% en avaient consommé récemment (Gisle, 2018).

Selon l'enquête « Drug Vibes » menée par Damian en 2023, les drogues les plus fréquemment mentionnées par les consommateurs belges étaient le cannabis (78%) suivi de la cocaïne (26%), la kétamine (11%), les nouvelles substances psychoactives (8%) et les amphétamines (7%). Environ 80% des personnes consommant du cannabis en consomment quotidiennement ou hebdomadairement, les hommes étant les consommateurs les plus fréquents. 41% des personnes ayant consommé du cannabis au cours du mois précédent présentent un risque élevé de consommation problématique. Concernant la cocaïne, 68% des consommateurs en prennent sur base mensuelle ; tout comme l'ecstasy, pour laquelle 92% des consommateurs déclarent n'en consommer que quelques fois par mois. La kétamine est également consommée peu fréquemment, 75% des utilisateurs en consommant moins d'une fois par semaine. Les amphétamines, quant à elles, sont prises de manière plus régulière avec 16% des consommateurs en utilisant quotidiennement, 35% hebdomadairement et 49% mensuellement.

## **3. La dangerosité des drogues**

### ***3.1. Dangerosité basée sur des données épidémiologiques***

Un des indicateurs que l'on peut utiliser afin de déterminer la dangerosité ou les dommages liés à un comportement est le nombre de décès (ou mortalité), et le nombre de personnes malades en raison de leur consommation (ou morbidité). En 2015, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publie un rapport détaillant le coût social de différentes drogues, celui-ci reprenant les taux de mortalité et de morbidité associés aux substances. L'alcool provoquerait 13% des décès masculins et 5% des décès féminins. Il est aussi à noter que la consommation d'alcool était liée à 31% des accidents de la route survenus

en 2009, ainsi qu'à d'autres infractions telles que des comportements violents, des vols et des agressions sexuelles pour lesquelles il n'y a pas de quantification claire. La mortalité liée aux drogues illicites toucherait une population moindre : 373 décès causés par une overdose ont été enregistrés en 2015 (OFDT, 2019). Les opioïdes resteraient le groupe de drogues le plus létal, étant responsable de deux tiers des décès directement liés aux drogues. Le cannabis reste la substance illicite la plus répandue et la plus susceptible de provoquer des dépendances, cependant il ne semble pas responsable de décès directement liés à son utilisation (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023).

### ***3.2. Dangerosité évaluée par des experts***

La dangerosité des drogues peut également être évaluée par des groupes d'experts. Cela a notamment été fait dans l'étude de Nutt (2010), dans laquelle 16 critères ont été développés par un groupe de spécialistes afin d'être utilisés comme base pour évaluer le niveau de dangerosité de diverses substances. Ils se répartissent en deux grandes catégories (risques pour le consommateur et risques pour les autres) se subdivisant chacune en sous-catégories de risques physiques, psychologiques et sociaux (*Figure 1*). Une vingtaine de drogues courantes ont été évaluées par ce groupe d'experts. Celles comportant le plus de risque pour l'utilisateur étaient l'héroïne, la cocaïne et les méthamphétamines ; celles entraînant plus de danger pour autrui étaient l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. En combinant les scores sur ces deux axes de dangerosité, l'alcool se révélait être la substance la plus à risque. Ces résultats corroborent avec ceux déjà obtenus par Nutt et son équipe en 2007, étude dans laquelle l'alcool, l'héroïne et la cocaïne se trouvaient déjà dans les cinq drogues évaluées comme les plus dangereuses par deux groupes d'experts indépendants. Il convient de préciser que le cadre des ASFS étudié au sein de ce travail renvoie à un aspect spécifique de la dangerosité des drogues évaluée par Nutt, à savoir leur lien avec la criminalité (catégorie « crime » de la dangerosité sociale). Les travaux de Nutt, quant à eux, proposent une évaluation plus globale de la dangerosité des substances, en prenant en compte une variété de risques, tant individuels que sociétaux.

Ces résultats sont également soutenu par ceux obtenus par Crossin et al. (2023) en Nouvelle Zélande, l'alcool étant évalué comme la substance la plus dangereuse et les métamphétamines se trouvant en seconde position. En Europe, les résultats obtenus sont



également similaires, les cinq substances évaluées comme les plus dangereuses étant l'alcool, l'héroïne, le crack, la cocaïne et enfin les méthamphétamines (Van Amsterdam et al., 2015).

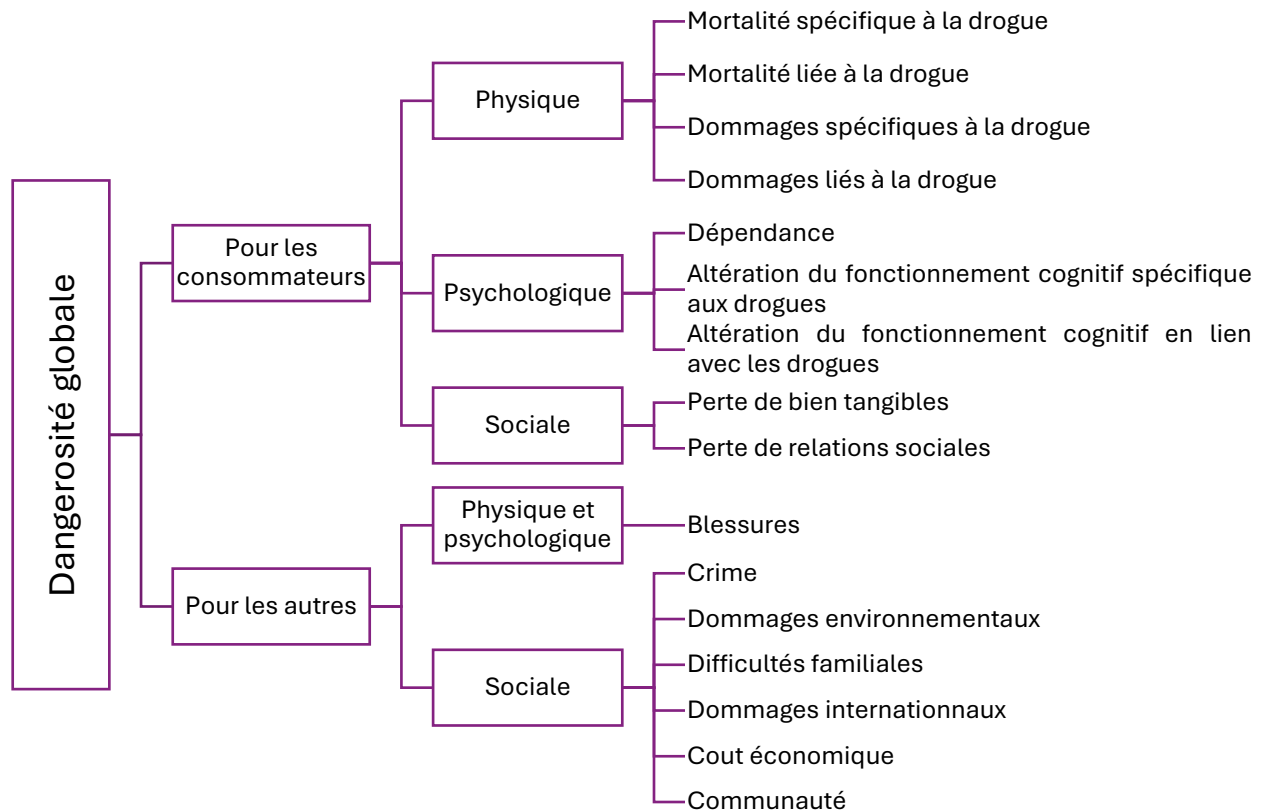


Figure 1 : Classification des critères d'évaluation de la dangerosité des drogues (Nutt et al., 2010)

### 3.3. Dangerosité évaluée par la population

Dans la perception de la dangerosité des drogues, on peut aussi s'interroger quant au regard que le public porte sur les différentes substances. Luce et Merrell (1995) ont étudié cette perception du public dans deux groupes distincts : un groupe de jeunes universitaires américains et un groupe d'infirmiers en hôpitaux. Les conclusions de l'étude démontrent une tendance à surestimer le danger associé aux drogues illicites telles que la cocaïne ou la marijuana. En 2009, Morgan et ses collègues ont étudié la corrélation entre la perception de la dangerosité des drogues par des consommateurs anglais, la classification de la dangerosité des drogues établie par la loi britannique « Misuse of Drugs Act » de 1971 et l'évaluation de la dangerosité des substances réalisée par des experts. Ils ont pu observer qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre la classification légale britannique et le classement de

dangerosité perçue par les consommateurs. Plus spécifiquement, les substances telles que l'alcool, le tabac et les solvants (qui ne sont actuellement pas repris dans cette loi) ont été évaluées comme faisant partie des substances les plus dangereuses par les utilisateurs. En revanche, l'évaluation donnée par les consommateurs au sujet de l'alcool, le LSD, l'héroïne et le cannabis corrélait fortement avec celle réalisée par des groupes d'experts. Une seconde recherche, dirigée par Morgan et ses coauteurs en 2013, visait à examiner les risques et les bénéfices attribués à différentes drogues par un échantillon international de consommateurs. Les résultats obtenus ont également révélé un écart entre les niveaux de dangerosité attribués aux substances par les sujets et les classifications établies par des textes législatifs tels que la "US Schedules Drugs List" ou la "UK Misuse of Drugs Act". Certaines substances, absentes de ces classifications, ont été évaluées comme étant parmi les plus dangereuses, notamment l'alcool et le tabac. Une étude menée par Cheeta et ses collaborateurs en 2018 visait à examiner comment la perception de la dangerosité des drogues évolue en fonction de l'âge. Le groupe de 45 ans et plus semblait avoir une vision plus conservatrice des drogues, ayant évalué huit des 11 substances incluses dans l'étude comme plus dangereuses que le groupe des 18-24 ans. Cependant, ces deux groupes s'accordaient sur l'évaluation de trois différentes drogues : l'héroïne et la cocaïne étaient désignées comme fortement dangereuses par les deux groupes, et l'alcool comme une des substances les moins dangereuses. Dans cette étude, les classements établis par les deux groupes d'âge ne corrôlaient pas avec les classifications établies par des experts. Dans d'autres études, il semblait exister une corrélation négative entre l'âge et le degré de dangerosité perçu, les participants les plus jeunes surestimant les dangers associés à la consommation (Lundborg & Lindgren., 2004 ; Viscusi, 1991).

#### **4. Le consentement et les mythes du viol**

##### ***4.1. Le consentement***

Le consentement fait partie du Code Pénal belge depuis 2022. Il y est défini par l'article 417/5 :

*Le consentement suppose que celui-ci a été donné librement. Ceci est apprécié au regard des circonstances de l'affaire. Le consentement ne peut pas être déduit de la simple absence de résistance de la victime. Le consentement peut être retiré à tout moment avant ou pendant l'acte à caractère sexuel. Il n'y a pas de consentement lorsque l'acte à caractère sexuel a été commis en profitant de la situation de vulnérabilité de la victime due notamment à un état de peur, à l'influence de l'alcool,*

*de stupéfiants, de substances psychotropes ou de toute autre substance ayant un effet similaire, à une maladie ou à une situation de handicap, altérant le libre arbitre. En tout état de cause, il n'y a pas de consentement si l'acte à caractère sexuel résulte d'une menace, de violences physiques ou psychologiques, d'une contrainte, d'une surprise, d'une ruse ou de tout autre comportement punissable. En tout état de cause, il n'y a pas de consentement lorsque l'acte à caractère sexuel a été commis au préjudice d'une victime inconsciente ou endormie.*

Bien que le consentement soit souvent perçu comme devant être exprimé verbalement, il existerait en réalité cinq façons différentes de le donner : par communication verbale directe ou indirecte, par communication non-verbale directe ou indirecte, ainsi que par l'absence de réponse (Ward et al., 2012). Cependant, cette conception entraîne énormément de confusion et d'ambiguïté, d'autant plus lorsqu'une substance comme de l'alcool est impliquée. Diverses mesures existent pour mesurer les attitudes envers le consentement : la Sexual Consent Attitudes Scales (Humphreys & Herold, 2007), la Sexual Consent Behaviors Scale, la Same-Sex Consent Scale (Beres et al., 2004), etc. Néanmoins, Ward et ses collaborateurs ont été les premiers à développer une échelle évaluant l'influence d'un contexte d'alcoolisation sur le consentement sexuel. Cette échelle est d'autant plus pertinente en regard des résultats obtenus par Hunt et al. (2022), qui révèlent qu'un contexte d'intoxication peut accroître l'ambiguïté entourant ce qui constitue un consentement valide. S'il est aisé pour les individus de déterminer le niveau d'intoxication de quelqu'un lorsque son état est critique, il est beaucoup plus difficile de le faire lorsque celui-ci est modéré ; d'où la difficulté dès lors à déterminer si son consentement peut être considéré comme valide ou non.

D'autres différences entre les genres sont constatées : la plupart des femmes estiment qu'il est inacceptable d'avoir des rapports avec une personne fortement intoxiquée, tandis que de nombreux hommes estiment que cela est acceptable dès lors que la personne a donné son consentement. Ces éléments concernant la conception du consentement dans un contexte qui implique de l'alcool ou une forme d'intoxication semblent essentiels, notamment en matière de prévention d'agressions sexuelles impliquant de l'alcool. Outre son impact sur la conception du consentement, l'alcool (ou, de manière plus globale, l'intoxication) peut également influencer la décision d'une personne à consentir à un rapport sexuel (Jozkowski & Wiersma, 2015).

## 4.2. Les mythes du viol

Le concept de « mythes du viol » a été introduit par M. Burt dans les années 80 comme « *les préjugés, stéréotypes et fausses croyances sur le viol, les victimes de viol et les violeurs* ». Plus tard, cette définition sera approfondie par Lonsway & Fitzgerald (1994), indiquant que ces croyances et préjugés ont pour but de nier et de justifier les agressions sexuelles masculines envers les femmes. Quatre catégories de mythes sur le viol sont généralement admises : ceux qui responsabilisent la victime, ceux qui remettent en question les accusations de viol, ceux qui disculpent et déresponsabilisent les agresseurs et ceux qui suggèrent que seules certaines femmes sont susceptibles d'être violées (Bohner et al., 2013).

Dans la littérature, on retrouve principalement deux échelles mesurant l'adhésion aux mythes du viol : la Rape Myth Acceptance Scale – RMAS – (Burt, 1980) et la Illinois Rape Myth Acceptance Scale – IRMA – (Payne et al., 1999). Il existe néanmoins d'autres échelles, répondant aux critiques formulées à l'encontre de ces deux premières mesures, telles que la « Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale » (AMMSA) qui intègre des facteurs cruciaux tels que la désirabilité sociale et possède des qualités psychométriques solides, démontrées dans plusieurs langues (Gerger et al., 2007 ; Schlegel & Courtois, 2019). Une version française de l'AMMSA a été développée, témoignant une bonne validité et une robustesse, validée par Courtois et ses collaborateurs (2021).

Environ 25 à 35% de la population générale, comprenant hommes et femmes, semblent adhérer à la plupart des mythes les plus répandus sur le viol ; les hommes étant plus enclins que les femmes à soutenir ces croyances (Edwards et al., 2011). Il semblerait toutefois que la participation à des programmes éducatifs et de sensibilisation sur le viol réduise cette adhésion. De plus, des différences ethniques dans l'acceptation des mythes du viol ont été observées (Johnson et al., 1997). Celles-ci seraient fortement influencées par des facteurs culturels et sociaux tels que les traditions religieuses, les attentes en matière de rôles liés au genre et les normes sexuelles. Par ailleurs, les hommes qui ont tendance à associer sexe et pouvoir (de manière implicite ou explicite) sont plus enclins à accepter et croire différents mythes du viol, ceux-ci étant par ailleurs associés à un risque plus élevé de commettre un viol (Chapleau & Oswald, 2010 ; Jozkowski & Wiersma, 2015).

L'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool sont par conséquent deux éléments étroitement liés car ils façonnent tous deux la façon dont les individus perçoivent les agressions sexuelles. Des mythes tels que « un mari ne peut pas

commettre un viol sur son épouse », ou encore « si une femme porte des vêtements provocants, elle demande à être violée » (Burt, 1980 ; Edwards et al., 2011) suggèrent que des circonstances telles que le mariage ou encore la tenue d'une victime peuvent impliquer un consentement automatique. Ces croyances biaisées peuvent influencer la manière dont un potentiel non-consentement serait perçu. D'autres mythes du viol concernent directement la conception du consentement, tel que « si une fille ne résiste pas physiquement au sexe, cela ne peut pas être considéré comme un viol » ou encore « si une fille ne dit pas 'non' elle ne peut pas prétendre avoir été violée » (Payne et al., 1999). En somme, la plupart des mythes du viol influencent la perception du consentement en véhiculant des idées fausses sur sa définition et la manière dont il peut être exprimé. Ces croyances erronées peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la manière dont les individus interagissent dans des situations à connotation sexuelle et, par conséquent, favoriser la perpétration d'agressions sexuelles.

## Hypothèses

La revue de littérature effectuée a permis de synthétiser les connaissances théoriques actuellement disponibles concernant divers thèmes pertinents dans le cadre de ce mémoire. Tout d'abord, la question des agressions sexuelles a été abordée au travers du cadre pénal qui entoure ces dernières, mais aussi l'évolution et les différenciations de ce-dit cadre. Parmi ces violences, les agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) occupent une place importante, bien que sous-estimée. Celles-ci constituent plus de la moitié des crimes facilités par les drogues (Djezzar et al., 2014), malgré la difficulté à établir une prévalence exacte pour ce type d'infraction. La majorité des victimes sont des femmes âgées de 18 à 24 ans (Recalde-Esnoz et al., 2023), agressées par des personnes qu'elles connaissaient. Lors de ces agressions, certaines drogues sont particulièrement fréquemment détectées au sein des analyses toxicologiques ; l'alcool, les benzodiazépines, et de manière moins courante : la cocaïne, les amphétamines et la kétamine (Anderson et al., 2017 ; Bosman, 2011 ; De Souza et al., 2020 ; Grela et al., 2018). On observe donc des divergences entre les substances les plus utilisées dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance et la consommation habituelle du public ou encore les substances qu'il évalue comme étant les plus dangereuses. Les ASFS ont également été différenciées du concept de chemsex, qui désigne une pratique

volontaire de consommation de substances en vue d'altérer positivement les relations sexuelles (Larabi et al., 2023 ; McCall et al., 2015).

Ensuite, dans un cadre plus général, les substances psychoactives les plus fréquemment consommées dans un but récréatif ont été décrites, tout comme leurs principaux effets recherchés et effets secondaires indésirables. La question de leur consommation en Belgique a également été abordée. Nous nous sommes ensuite intéressés à la dangerosité de ces substances sous trois angles : des études épidémiologiques permettant de déceler les risques de morbidité et de mortalité associés à la consommation, une classification de leur dangerosité par des groupes indépendants d'experts et enfin la dangerosité perçue par le public. Ces différents axes révèlent certaines divergences : les groupes d'experts évaluent dans la majorité des cas l'alcool, la cocaïne, l'héroïne et les métamphétamines (Crossin et al., 2023 ; Nutt et al., 2007 ; Nutt, 2010 ; Van Amsterdam et al., 2015) ; tandis que la perception de la dangerosité par le public varie fortement d'une étude à l'autre. Dans certaines études, les participants semblent sous-estimer la dangerosité des drogues licites telles que l'alcool (Cheeta et al., 2018 ; Luce & Merrell, 1995) ; tandis que dans d'autres, les sujets obtenaient une classification de dangerosité relativement similaires aux experts, reprenant l'alcool, l'héroïne, la cocaïne ou encore le cannabis comme faisant partie des substances entraînant le plus de danger (Morgan et al., 2009 ; Morgan et al., 2013).

Enfin, deux concepts essentiels en matière d'agressions sexuelles que sont la conception du consentement et l'adhésion aux mythes du viol ont été développés. En effet, ils modulent tous deux la façon dont nous percevons les agressions. Ils sont particulièrement pertinents dans les agressions sexuelles impliquant l'utilisation de drogues, car les attitudes des individus à l'égard de ces notions peuvent varier en fonction de leur niveau d'intoxication. L'alcool semble être corrélé avec une difficulté à juger de la validité d'un consentement, une influence sur la tendance à donner son consentement, ainsi qu'à une adhésion plus importante aux mythes du viol (Hunt et al., 2022 ; Jozkowski & Wiersma, 2015 ; Hayes et al., 2016).

Étant donné les diverses implications entre la perception de la dangerosité des drogues, les agressions sexuelles facilitées par leur usage, la conception du consentement et l'adhésion aux mythes du viol, on peut supposer qu'il existe un lien entre ces grandes problématiques. Certaines caractéristiques démographiques telles que l'âge, le genre ou encore la consommation de substances semblent jouer un rôle dans la perception ou l'adhésion à certaines des notions évoquées ci-dessus. Il paraît dès lors intéressant de

déterminer si ces facteurs exercent une influence sur l'ensemble de ces variables abordées, et si cette influence se manifeste de la même manière pour chacune d'elles.

Comme cela a été mentionné au cours de ce travail, la dangerosité des drogues évaluée dans la population générale tend généralement à être biaisée par différents facteurs, comme le statut légal ou non des substances (Luce & Merrell, 1995). Il serait donc intéressant d'étudier les différentes dangerosités perçues (dangerosité générale, dangerosité en tant que victime et dangerosité en tant qu'auteur) pour les diverses substances évaluées dans notre questionnaire.

Ensuite, il serait possible que les sujets adhérant davantage aux mythes du viol perçoivent les drogues comme moins dangereuses. En effet, les mythes du viol véhiculent souvent une idée de minimisation de la responsabilisation et des risques liés aux agressions sexuelles. Cela pourrait donc entraîner une banalisation du rôle joué par les substances dans ce type de situation.

Enfin, on pourrait supposer une perception de la dangerosité moins importante chez des participants présentant une consommation élevée.

De manière secondaire, nous pouvons également nous intéresser à d'autres influences possibles entre les variables. Premièrement, on pourrait supposer un effet du genre sur la perception de la dangerosité des drogues, particulièrement dans le cadre des agressions sexuelles. En effet, les hommes, qui sont de plus gros consommateurs de drogues que les femmes (Damian, 2023), constituent la majorité des agresseurs dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance (Recalde-Esnoz et al., 2023) et ont davantage tendance à adhérer aux mythes du viol (Edwards et al., 2011). Sur base de ces données, on peut supposer que les hommes auraient tendance à attribuer des scores de dangerosité des drogues plus faibles que les femmes. Dans cette même idée, il nous semble pertinent d'également tester dans quelle mesure le genre influence réellement les scores d'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool.

## Méthodologie

### 1. Population visée

Les critères d'inclusion exigeaient que les participants soient âgés d'au moins 18 ans en raison de la thématique de l'étude abordant la consommation de substances illicites. Il était également requis que le français soit leur langue maternelle, afin de garantir une bonne compréhension des items du questionnaire. Les hypothèses ne nécessitaient pas d'employer des critères d'inclusion ou d'exclusion plus stricts, ce qui nous a permis d'obtenir un échantillon diversifié et d'améliorer ainsi sa représentativité par rapport à la population générale.

Cette étude étant à visée exploratoire, il nous semblait plus pertinent de ne pas restreindre l'échantillon, afin de mieux cerner les tendances et variations des variables qu'il était difficile d'anticiper avec exactitude.

#### *1.1. Échantillon*

Le nombre minimum de participants requis pour cette étude était de 125 afin de garantir une puissance statistique  $(1-\beta) = 0,80$  avec un  $\alpha = 0,05$  et une petite taille d'effet attendue ( $r$ ) de 0,25 (calculé avec le logiciel G-Power *V3.1.9.7*). Au terme de la diffusion du questionnaire, 348 personnes avaient répondu à l'ensemble des questions. Parmi ces participants, 24 ont été exclus de la base de données finale en raison de leur langue maternelle qui n'était pas le français, ce qui aurait pu entraîner une mauvaise compréhension du questionnaire et donc biaiser les résultats. Un participant ayant indiqué comme identification de genre « autre » a également été exclu ; étant la seule personne ayant sélectionné cette option, ces données étaient inexploitablement statistiquement. L'échantillon final se composait donc de 323 participants, ce qui nous permet d'obtenir une puissance statistique  $(1-\beta) = 0.94$  avec  $\alpha = 0,05$  et  $r = 0,25$  (calculé avec le logiciel G-Power *V3.1.9.7*).



## 2. Méthodes et instruments

### 2.1. *Procédure*

Cette étude ainsi que le questionnaire développé par les étudiantes sous l'encadrement du promoteur responsable des travaux a été approuvé par le comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège. Le questionnaire a ensuite été diffusé sous forme de lien internet. Ce lien a été partagé sur les réseaux sociaux (Instagram, Facebook etc.) par les différentes étudiantes impliquées dans son développement. L'annonce comportait une brève description de l'objectif de l'étude (« La dangerosité perçue des drogues consommées dans un cadre festif ») ainsi que l'indication du critère d'inclusion selon lequel les personnes participant à la recherche devaient être âgées d'au moins 18 ans. La forme de l'étude (bref questionnaire en ligne), sa durée estimée (20 minutes) et une personne de contact étaient également mentionnées. Enfin, la libre participation à ce questionnaire était explicitement indiquée.

### 2.2. *Outils et échelles*

L'outil utilisé pour la collecte de données dans cette étude était un questionnaire auto-administré par les participants. Celui-ci a été conçu en collaboration avec Clara Kerdraon et Julie Huybregts. Une partie des items retrouvés dans ce questionnaire ont été tirés d'échelles déjà reconnues et validées dans la littérature scientifique, assurant ainsi la fiabilité et la validité des données obtenues. Ci-dessous sont présentées les différentes sections de ce questionnaire ainsi que les échelles validées employées pour certains concepts pertinents dans le cadre de ce mémoire.

**Données démographiques :** des questions visant à recueillir des données démographiques sur les participants (âge, genre, langue maternelle, statut professionnel et domaine de profession si applicable, le fait d'avoir des enfants ainsi que leur âge et genre si applicable, etc.).

**Consommation d'alcool et autres substances :** le questionnaire *Alcohol Use Disorder Identification Test version Courte (AUDIT-C)*, développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (*Annexe I*), était inclus afin de connaître la consommation d'alcool des participants au cours des 12 derniers mois. Ce questionnaire se compose de 3 items, pour

lesquels les réponses se distribuent sur une échelle de Likert allant de 0 à 4. Ensuite, les 11 items de la *Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)* étaient présentés ; les réponses se distribuant sur une échelle de Likert allant également de 0 à 4. Cette échelle permet de compléter l'*AUDIT-C* en abordant les tendances de consommation de substances des participants.

**Perception de la dangerosité des drogues :** sur base des travaux de Nutt, auteur de référence utilisé dans ce mémoire, la perception de la dangerosité des différentes substances était évaluée par une cotation de 0 à 100, présentée sous forme de curseur à déplacer par le participant au sein du questionnaire. Cette évaluation était réalisée dans le contexte d'un danger évalué de manière générale, le risque qu'une personne ayant consommé soit victime d'une agression sexuelle (contexte opportuniste) et le risque qu'une personne ayant consommé soit auteure d'une agression sexuelle (contexte proactif).

**Évaluation de chaque substance :** au fil du questionnaire, le participant devait également répondre pour chaque substance à des questions portant sur sa connaissance de la substance, la connaissance de ses effets, le fait de l'avoir déjà consommée ou non et, si oui, la fréquence et le contexte de cette consommation.

**Adhésion aux mythes du viol :** l'AMMSA (*Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale*), mentionnée précédemment, possède une version validée en français incluse dans ce questionnaire (Courtois et al., 2021). Les réponses aux 30 items de cette échelle sont cotées sur une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout d'accord ») à 7 (« tout à fait d'accord »).

**Conception du consentement :** dans le cadre de cette étude, l'échelle de Ward (2012) – *Alcohol and Sexual Consent Scale* – semble particulièrement pertinente pour évaluer ce concept car elle prend en considération l'influence des contextes d'intoxication sur la représentation du consentement. Cet outil se compose de 12 items auxquels les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à 7 niveaux (« pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Une version de cette échelle traduite en français non-validée officiellement a donc été intégrée au questionnaire (*Annexe 2*).

### **3. Substances considérées**

Au regard de la revue de littérature, il nous a semblé pertinent d'inclure les diverses substances suivantes dans les questionnaires : l'alcool, les benzodiazépines, le cannabis, le GHB, la kétamine, les opioïdes, la MDA (3,4-méthylènedioxyamphétamine) et MDMA (3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine). Cela nous a permis d'étudier les effets attendus sur des drogues fréquemment consommées par le public général mais aussi couramment retrouvées dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance.

Il convient de préciser que, pour chacune des substances, le questionnaire contenait une première question concernant la connaissance préalable du participant à leur égard. Cette question était suivie d'une brève description de la substance, afin d'assurer que le participant comprenne bien ce à quoi nous faisons référence, y compris s'il ne connaissait pas nécessairement l'appellation officielle de la drogue concernée.

### **4. Analyses statistiques**

Pour analyser l'effet du type de substance sur la perception de la dangerosité générale, la dangerosité dans un contexte proactif et la dangerosité dans un contexte opportuniste ; une ANOVA mixte (type de substance x genre) a été réalisée. Les résultats de ce test statistique nous ont permis d'analyser simultanément l'effet supposé du genre sur la perception de la dangerosité des drogues.

Une corrélation a ensuite été réalisée afin de tester le lien entre l'adhésion aux mythes du viol, la représentation du consentement et la dangerosité perçue des drogues. Pour ce faire, deux variables ont été créées : une reprenant le score total de chaque participant à l'échelle d'*AMMSA*, et une seconde reprenant le score total de chaque participant à l'échelle de Ward.

Nous avons également réalisé une matrice de corrélation entre la perception de la dangerosité (générale, opportuniste et proactive) et la consommation des participants (basée sur les variables reprenant la fréquence de consommation pour chaque participant) afin de tester notre troisième hypothèse principale.

Enfin, pour la dernière hypothèse secondaire, nous avons réalisé un test t pour échantillons indépendants afin de tester l'idée selon laquelle le genre influencerait les scores d'adhésion aux mythes du viol et la perception du consentement.

L'ensemble des analyses statistiques mentionnées ci-dessus a été réalisé à l'aide du logiciel Jamovi (version 2.3.28).

# Présentation des résultats

## 1. Statistiques descriptives

Différentes données à propos des participants ont été recueillies en début de questionnaire concernant leur âge, statut socio-professionnel et autres. Ces données sont présentées dans le *Tableau 1* ci-dessous.

*Tableau 1 : Données démographiques de l'échantillon*

Variable	Modalité	Fréquence	Pourcentage
Genre	Homme	91	28.17%
	Femme	232	71.83%
Statut socio-professionnel	Étudiant	147	45.51%
	Travailleur	162	50.15%
	Autre	14	4.33%
Domaine de profession	Sécurité	10	6.17%
	Médical et paramédical	31	19.14%
	Scientifique	7	4.32%
	Enseignement	33	20.37%
	Aide Sociale	26	16.05%
	Autre	55	33.95%
Enfants	Oui	80	24.77%
	Non	243	75.23%
Pratique chemsex	Oui	36	11.5%
	Non	287	88.85%
Expérience blackout	Oui	181	56.04%
	Non	141	43.65%
	Ne souhaite pas répondre	1	0.31%
Fréquence de sorties	Jamais	23	7.12%
	Rarement (<1x/mois)	128	39.63%
	Parfois (1-3x/mois)	107	33.13%
	Régulièrement	49	15.17%

(1x/semaine)		
Fréquemment (plus d'1x/semaine)	16	4.95%

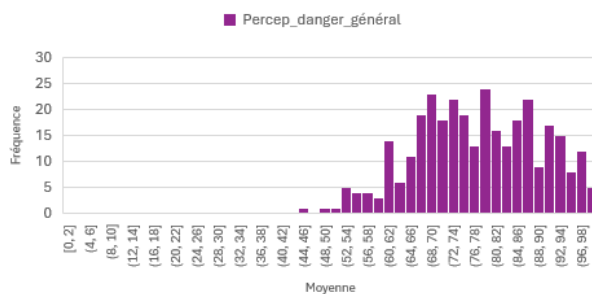
Nous retrouvons également l'âge, ainsi que les scores obtenus à différentes variables du questionnaire dans le *Tableau 2*.

**Tableau 2 : Données démographiques (suite) et statistiques descriptives**

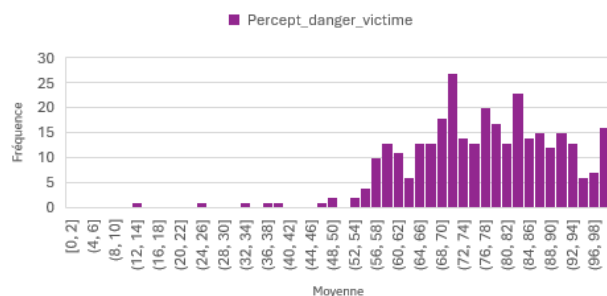
Variable	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
Âge	29.66	25	12.77	18	70
Score total à l'AUDIT-C	5.11	5	2.75	0	12
Score total à la DUDIT	1.76	0	4.12	0	27
Score total à l'échelle AMMSA	78.79	29	24.04	31	133
Score total à l'échelle de Ward	29.47	77	7.48	15	53

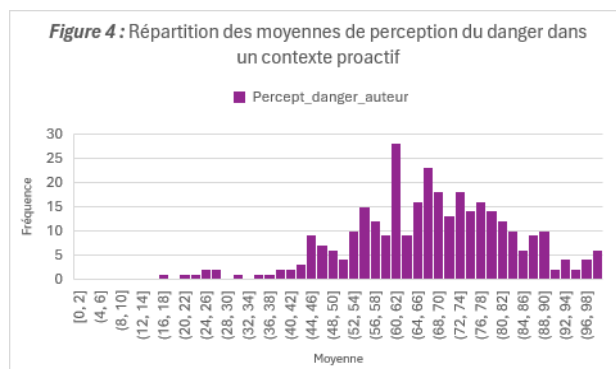
Ci-dessous, différents graphes permettent une représentation de la répartition des scores moyens des participants en termes de perception du danger (général, contexte opportuniste et proactif) ainsi que la répartition des scores obtenus par les participants à la version traduite de l'échelle de Ward et l'échelle d'AMMSA.

**Figure 2 : Répartition des moyennes de perception du danger général**

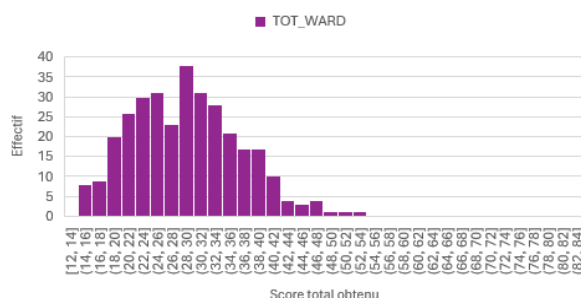


**Figure 3 : Répartition des moyennes de perception du danger dans un contexte opportuniste**

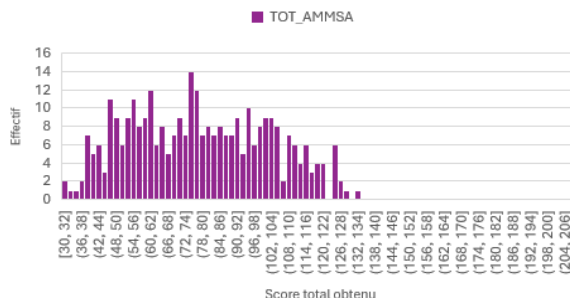




**Figure 5 : Score totaux obtenus à l'échelle de Ward**



**Figure 6 : Scores totaux obtenus à l'échelle d'AMMSA**



1

## 2. Analyses statistiques – hypothèses principales

### 2.1. Influence du type de substance sur la perception de la dangerosité (générale, opportuniste, proactive)

#### 2.1.1. Dangerosité générale perçue

**Tableau 3 : Test de normalité des variables de perception de dangerosité générale et du genre**

Donnée Variable	Moyenne	Ecart-type	W de Shapiro- Wilk	Valeur p de Shapiro-Wilk
<b>Genre</b>	1.72	0.45	.56	<.001
<b>Danger alcool</b>	75.09	17.64	.95	<.001
<b>Danger benzodiazépines</b>	71.01	19.84	.97	<.001
<b>Danger cannabis</b>	64.48	23.68	.96	<.001
<b>Danger GHB</b>	83.94	16.40	.88	<.001
<b>Danger kétamine</b>	84.51	15.38	.88	<.001
<b>Danger opioïdes</b>	80.89	20.19	.86	<.001
<b>Danger MDA/MDMA</b>	82.92	17.72	.86	<.001

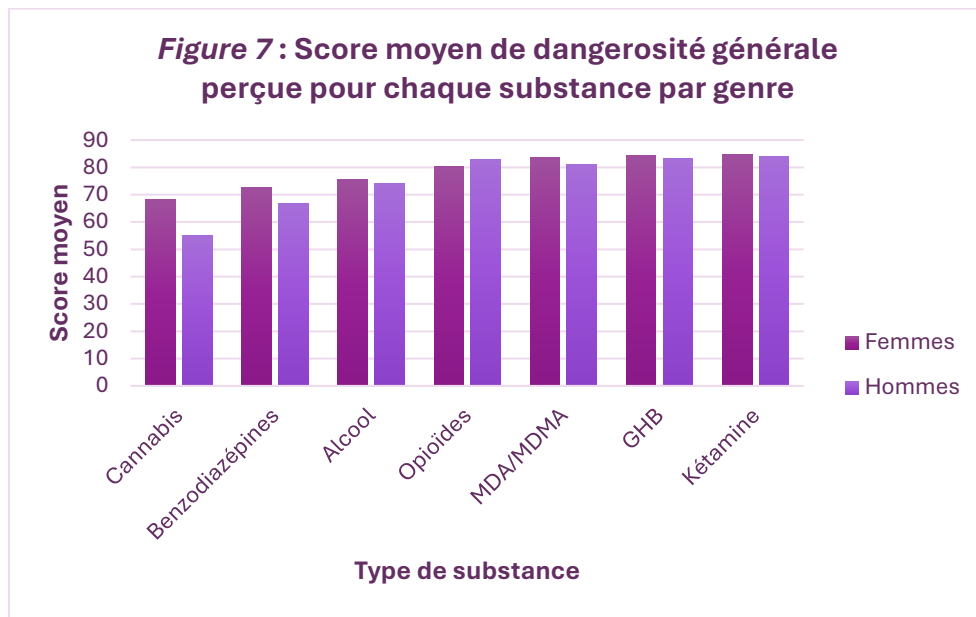
<sup>1</sup> Les axes des graphiques concernant les scores à l'échelle de Ward et l'AMMSA s'étendent du score minimal au score maximal qu'il est possible d'obtenir à ces échelles

Bien que la normalité des variables ne soit pas respectée (*Tableau 3*), cette condition peut être négligée en raison du grand effectif observé ainsi que la robustesse des tests de type ANOVA. Une correction de Greenhouse-Geisser a été appliquée en raison de la violation de la condition de sphéricité. L'ANOVA mixte montre un effet principal significatif du type de substance sur la perception de la dangerosité générale [ $F(4.99, 1603.41) = 75.75, p = < .001, \eta^2p = .19$ ] (*Tableau 4*).

**Tableau 4 :** Résultats de l'ANOVA mixte – effet du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité en contexte général

Effets intra-sujets					
	Correction de la sphéricité	ddl	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2p$
<i>Mesures répétées – type de substance</i>	Aucune	6	75.7455	<.001	0.1909
	Greenhouse-Geisser	4.9950	75.7455	<.001	0.1909
<i>Mesures répétées – type de substance * genre (interaction)</i>	Aucune	6	6.7837	<.001	0.0207
	Greenhouse-Geisser	4.9950	6.7837	<.001	0.0207
<i>Résidu</i>	Aucune	1926			
	Greenhouse-Geisser	1603.4107			
Effets inter-sujets					
	ddl	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2p$	
<i>Genre</i>	1	5.1260	0.024	0.0157	
<i>Résidu</i>	321				

### 2.1.1.1 *Test Post-Hoc de Holm*<sup>2</sup>



On observe des différences significatives de la perception de la dangerosité générale entre l'ensemble des substances hormis certaines exceptions. En effet, la différence de perception n'est pas significative entre le GHB et la kétamine, les opioïdes et la MDA/MDMA ; entre la kétamine et les opioïdes, ou encore entre la kétamine et la MDA/MDMA ; et enfin entre les opioïdes et la MDA/MDMA (*Résultats complets en Annexe 3*).

### 2.1.2. *Dangerosité perçue en contexte opportuniste*

À nouveau, la normalité, bien que non respectée (*Annexe 4*), a été négligée ; et une correction de Greenhouse-Geisser a été appliquée en raison de la violation de la sphéricité. L'ANOVA mixte démontre également un effet principal significatif du type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste [ $F(5.19, 619.87) = 4.89, p = < .001, \eta^2p = .0151$ ] (*Tableau 5*).

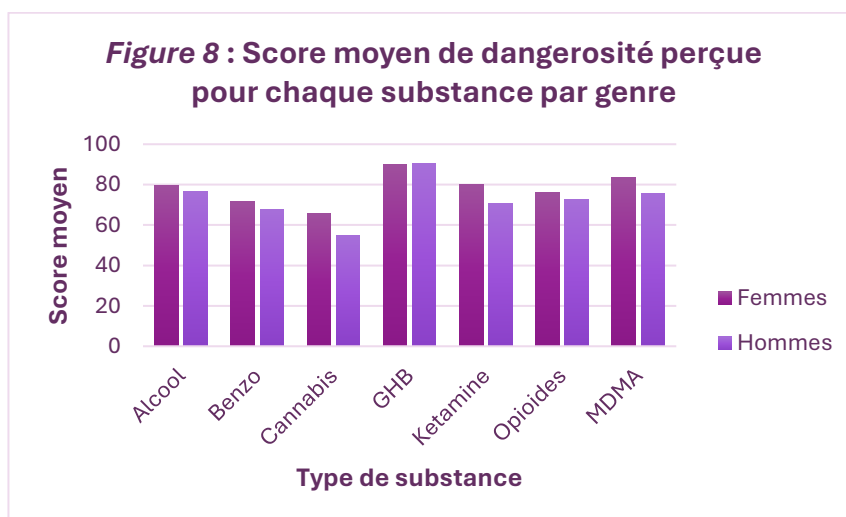
<sup>2</sup> Au sein des figures 7, 8 et 9, les substances sont triées du score le plus faible au score le plus élevé (de gauche à droite).



**Tableau 5 : Résultats de l'ANOVA mixte – effet du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste**

<b>Effets intra-sujets</b>					
	<b>Correction de la sphéricité</b>	<b>ddl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2p</math></b>
<i>Mesures répétées – type de substance</i>	Aucune	6	84.6433	<.001	0.2087
	Greenhouse-Geisser	5.1901	84.6433	<.001	0.2087
<i>Mesures répétées – type de substance * genre (interaction)</i>	Aucune	6	4.1137	<.001	0.0127
	Greenhouse-Geisser	5.1901	4.1137	<.001	0.0127
<i>Résidu</i>	Aucune	1926			
	Greenhouse-Geisser	1666.0364			
<b>Effets inter-sujets</b>					
	<b>ddl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2p</math></b>	
<i>Genre</i>	1	10.6292	0.001	0.0321	
<i>Résidu</i>	321				

### 2.1.2.1 Test post-hoc de Holm



Le test post-hoc de Holm nous a permis d’observer des différences significatives de la perception de la dangerosité en contexte opportuniste entre toutes les substances hormis certaines exceptions. En effet, la différence de perception n’est pas significative entre l’alcool et la kétamine, et l’alcool et la MDA/MDMA ; ainsi qu’entre la kétamine et les opioïdes (*Résultats complets en Annexe 5*).

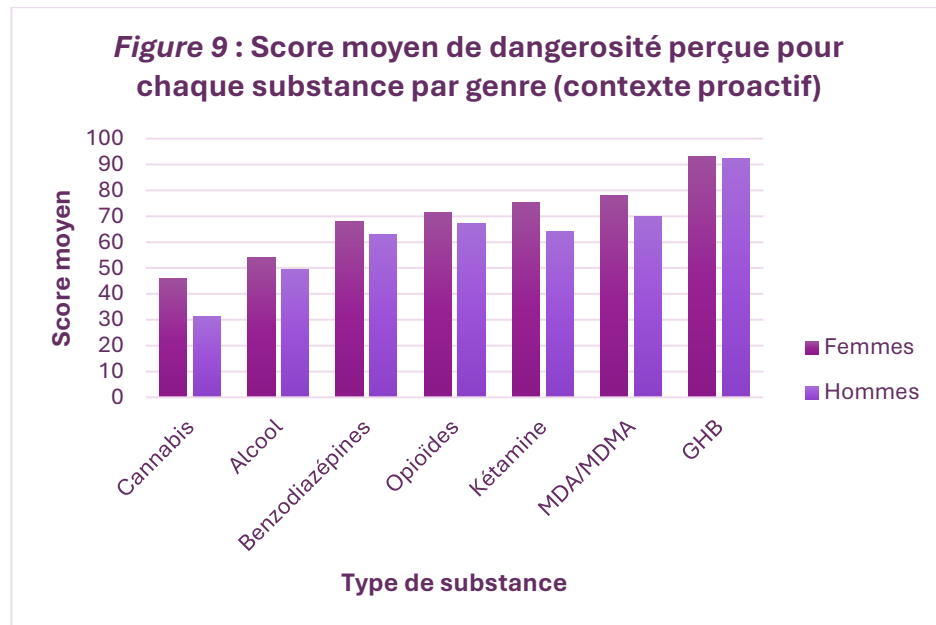
### 2.1.3. *Dangerosité perçue en contexte proactif*

La condition de normalité, bien que non respectée (*Annexe 6*), a été négligée pour les mêmes raisons que celles citées précédemment, et la correction de Greenhouse-Geisser a été appliquée dans ce cas également. Un effet principal significatif du type de substance sur la perception du risque d’être auteur d’ASFS est démontré dans l’ANOVA mixte [ $F(4.67, 298.39) = 159.71, p = < .001, \eta^2p = .33$ ] (*Tableau 6*).

**Tableau 6 :** Résultats de l’ANOVA mixte – effet du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité en contexte proactif

Effets intra-sujets					
	Correction de la sphéricité	ddl	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2p$
<i>Mesures répétées – type de substance</i>	Aucune	6	159.7077	<.001	0.3322
	Greenhouse-Geisser	4.6733	159.7077	<.001	0.3322
<i>Mesures répétées – type de substance * genre (interaction)</i>	Aucune	6	2.9577	0.007	0.0091
	Greenhouse-Geisser	4.6733	2.9577	0.014	0.0091
<i>Résidu</i>	Aucune	1926			
	Greenhouse-Geisser	1500.1134			
Effets inter-sujets					
		ddl	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2p$
<i>Genre</i>		1	14.3968	<.001	0.0429
<i>Résidu</i>		321			

### 2.1.3.1. Test post-hoc de Holm



L'analyse effectuée démontre des différences significatives entre la perception de la dangerosité en contexte proactif pour toutes les substances deux à deux, hormis entre la kétamine et les opioïdes (*Résultats complets en Annexe 7*).

## 2.2. *Influence du genre sur la perception de la dangerosité (générale, opportuniste, proactive)*

### 2.2.1. Dangerosité générale perçue

L'ANOVA mixte montre un effet principal significatif du genre sur la perception du danger général des substances [ $F(1,321) = 5.13$ ,  $p = .024$ ,  $\eta^2p = .016$ ] (*Tableau 4*). Un test post-hoc de Holm a été réalisé afin d'examiner plus précisément l'effet du genre. Les résultats obtenus indiquent que les hommes perçoivent les substances comme significativement moins dangereuses que les femmes [Différence moyenne = -3.21, Erreur standard = 1.42,  $t = -2.26$ ,  $p_{holm} = .024$ ] (*Annexe II*).

### 2.2.2. Dangersité perçue en contexte opportuniste

L'ANOVA mixte montre un effet principal significatif du genre sur la perception du risque d'être victime d'ASFS [ $F(1,321) = 10.63$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2p = .032$ ] (Tableau 5). Le test post-hoc de Holm effectué nous permet d'affirmer une différence significative, avec les hommes ayant tendance à attribuer un score de dangersité en contexte proactif plus faible que les femmes [Différence moyenne = -5.41, Erreur standard = 1.66,  $t = -3.26$ ,  $p_{holm} = .001$ ] (Annexe 12).

### 2.2.3. Dangersité perçue en contexte proactif

L'ANOVA mixte montre un effet principal significatif du genre sur la perception du risque d'être auteur d'ASFS [ $F(1,321) = 14.4$ ,  $p = < .001$ ,  $\eta^2p = .043$ ] (Tableau 6). Les résultats du test post-hoc de Holm effectué indiquent que le groupe 1 (Hommes) a une moyenne de score de dangersité perçue en contexte opportuniste plus faible que le groupe 2 (Femmes) [Différence moyenne = -6.99, Erreur standard = 1.84,  $t = -3.79$ ,  $p_{holm} = < .001$ ] (Annexe 13).

## ***2.3. Effet d'interaction du type de substance et du genre sur la perception de la dangersité (générale, opportuniste, proactive)***

Les ANOVA mixtes réalisées ci-dessus mettent en évidence un effet d'interaction significatif entre le genre et le type de substance sur la perception de la dangersité, tant dans un contexte général ( $p = < .001$ ), opportuniste ( $p = < .001$ ) que proactif ( $p = .014$ ) (Tableaux 4, 5 et 6).

Afin d'explorer cet effet d'interaction significatif, des comparaisons post hoc avec correction de Holm ont été menées pour l'ensemble de ces variables. Cependant, étant donné le nombre élevé de comparaisons, et afin de conserver une bonne lisibilité du travail, l'ensemble des résultats de ces tests sont présentés en annexe (Annexes 8, 9 et 10). Des tableaux récapitulatifs sont également présentés en Annexes 15, 16 et 17, afin de synthétiser l'ensemble des comparaisons qui sont significatives et non significatives ; mettant ainsi en évidence cet effet d'interaction dans les trois contextes de dangersité étudiés.

## 2.4. Influence de l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement sur la dangerosité perçue des substances

La normalité des trois variables impliquées a d'abord été vérifiée par un test de Shapiro-Wilk. Aucune des variables impliquées dans les corrélations présentées ci-dessous ne correspondait à une distribution normale (*Tableau 7, Figures 6 et 7*). En effet, la variable TOT\_AMMSA, correspondant aux scores totaux des participants à l'échelle d'AMMSA, ne permet pas d'affirmer l'hypothèse de normalité [ $W = .97, p = < .001$ ]. La variable TOT\_WARD ne respecte pas non plus cette condition [ $W = .98, p = .012, p = < .001$ ]. La variable « Moyenne\_danger\_général », correspondant à la moyenne de chaque participant sur la perception de la dangerosité générale des différentes substances, ne respecte pas non plus cette condition [ $W = .99, p = .003$ ]. La variable « Moyenne\_victime », reprenant les moyennes des scores de la perception de dangerosité en contexte opportuniste pour chaque participant, ne suit également pas une distribution normale [ $W = .97, p = < .001$ ]. Enfin, la variable « Moyenne\_auteur », reprenant les moyennes des scores de la perception de dangerosité en contexte proactif pour chaque participant, ne suit pas une distribution normale [ $W = .99, p = .008$ ].

**Tableau 7 :** Test de normalité des variables reprenant les scores totaux à l'AMMSA, à l'échelle de Ward ainsi que les scores moyens de dangerosité (générale, contexte opportuniste et proactif)

Donnée Variable	Moyenne	Ecart-type	W de Shapiro-Wilk	Valeur p de Shapiro-Wilk
<i>Score total - WARD</i>	29.4737	7.4789	0.9831	<.001
<i>Score total - AMMSA</i>	78.7895	24.0387	0.9746	<.001
<i>Moyenne danger général</i>	77.5484	11.5252	0.9859	0.003
<i>Moyenne danger opportuniste</i>	76.5471	13.6050	0.9677	<.001
<i>Moyenne danger proactif</i>	67.5100	15.2180	0.9878	0.008

Cependant, comme mentionné précédemment, la taille importante de l'échantillon permet de relativiser la violation de l'hypothèse de normalité. Ainsi, des corrélations de

Pearson ont été utilisées ci-après ; les tests paramétriques étant réputés robustes malgré des petits écarts à la normalité lorsque l'effectif est élevé.

#### 2.4.1. Dangerosité générale perçue

Aucun effet significatif [ $r = .0061, p = .54$  ;  $r = -0.07, p = .10$ ,  $r = .54, p = 1.00$ ] n'a été démontré au sein de cette analyse (Tableau 8). Nous ne pouvons donc pas affirmer qu'il existe un lien entre ces variables.

**Tableau 8 :** Matrice de corrélations de Pearson – lien entre l'adhérence aux mythes du viol et le score moyen de dangerosité générale perçue

		Moyenne danger général	Total AMMSA	Total WARD
Moyenne danger général	<i>r de Pearson</i>	-		
	<i>ddl</i>	-		
	<i>Valeur p</i>	-		
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	-		
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-		
Total AMMSA	<i>r de Pearson</i>	0.0061	-	
	<i>ddl</i>	321	-	
	<i>Valeur p</i>	0.543	-	
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.0977	-	
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-	
Total WARD	<i>r de Pearson</i>	-0.0713	0.5372	-
	<i>ddl</i>	321	321	-
	<i>Valeur p</i>	0.101	1.000	-
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.205	0.5993	-
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-1.0000	-

Note. H<sub>a</sub> est une corrélation négative

Il est important de noter que le sens de la négatif de la corrélation explique l'absence de lien apparent entre l'AMMSA et l'échelle de Ward. Ces deux outils sont pourtant fortement corrélés ( $r = 0.54$ ,  $p = < .001$ ), puisqu'ils explorent des thématiques proches. À titre complémentaire, la matrice de corrélation entre leurs scores est présentée en *Annexe 14*.

#### 2.4.2. Dangerosité perçue en contexte opportuniste

Aucun effet significatif [ $r = -0.06$ ,  $p = .13$  ;  $r = -0.06$ ,  $p = .14$  ;  $r = .54$ ,  $p = 1.00$ ] n'a été démontré au sein de cette analyse (*Tableau 9*). Nous ne pouvons donc pas affirmer qu'il existe un lien entre ces variables.

**Tableau 9 :** Matrice de corrélations de Pearson – lien entre l'adhérence aux mythes du viol et le score moyen de dangerosité perçue en contexte opportuniste

	Moyenne danger (opportuniste)	Total AMMSA	Total WARD
<b>Moyenne danger (opportuniste)</b>	<i>r de Pearson</i>	-	
	<i>ddl</i>	-	
	<i>Valeur p</i>	-	
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	-	
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-	
<b>Total AMMSA</b>	<i>r de Pearson</i>	-0.0636	-
	<i>ddl</i>	321	-
	<i>Valeur p</i>	0.127	-
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.0282	-
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-
<b>Total WARD</b>	<i>r de Pearson</i>	-0.0617	0.5372
	<i>ddl</i>	321	321
	<i>Valeur p</i>	0.135	1.000
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.0302	0.5993
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-1.0000

Note. H<sub>a</sub> est une corrélation négative

### 2.4.3. *Dangerosité perçue en contexte proactif*

Aucun effet significatif [ $r = .04, p = .76$  ;  $r = .007, p = .55$  ;  $r = .54, p = 1.00$ ] n'a été démontré au sein de cette analyse (Tableau 10). Nous ne pouvons donc pas affirmer qu'il existe un lien entre ces variables.

**Tableau 10 :** Matrice de corrélations de Pearson – lien entre l'adhérence aux mythes du viol et le score moyen de dangerosité perçue en contexte proactif

		<b>Moyenne danger (proactif)</b>	<b>Total AMMSA</b>	<b>Total WARD</b>
<b>Moyenne danger (proactif)</b>	<i>r de Pearson</i>	-		
	<i>ddl</i>	-		
	<i>Valeur p</i>	-		
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	-		
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-		
<b>Total AMMSA</b>	<i>r de Pearson</i>	0.0389	-	
	<i>ddl</i>	321	-	
	<i>Valeur p</i>	0.757	-	
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.1301	-	
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-	
<b>Total WARD</b>	<i>r de Pearson</i>	0.0074	0.5372	-
	<i>ddl</i>	321	321	-
	<i>Valeur p</i>	0.552	1.000	-
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.0990	0.5993	-
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-1.0000	-1.0000	-

Note. H<sub>a</sub> est une corrélation négative



## 2.5. *Influence de la fréquence de consommation sur l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement*

Dans le cadre de cette hypothèse, nous avons choisi de nous concentrer sur l'analyse du lien potentiel entre le score obtenu à l'échelle de Ward et la fréquence de consommation d'alcool. En effet, cette substance est directement impliquée dans les items de l'échelle en tant que facteur influençant la représentation du consentement. Il apparaît donc pertinent d'examiner la relation entre cette perception et la consommation réelle d'alcool déclarée par les participants au sein de notre questionnaire.

**Tableau 11 :** *Test de normalité des variables de fréquence de consommation d'alcool et du score total obtenu à l'échelle de Ward.*

<b>Donnée</b> <b>Variable</b>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>W de Shapiro-Wilk</i>	<i>Valeur p de Shapiro-Wilk</i>
<i>Fréquence de consommation d'alcool</i>	2.9489	0.8937	0.8787	<.001
<i>Score total Ward</i>	29.4737	7.4789	0.9831	<.001

La distribution non normale des données (*Tableau 11*) peut être négligée en raison du grand effectif observé, nous avons donc utilisé un test paramétrique, à savoir une corrélation de Pearson. Le test de corrélation effectué nous permet de mettre en évidence un effet de corrélation significatif entre la fréquence de consommation d'alcool et les scores à l'échelle de Ward. [ $r = .16$ ,  $p = .005$ ] (*Tableau 12*).

**Tableau 12 :** Matrice de corrélations de Pearson – lien entre la fréquence de consommation d'alcool et le score total obtenu à l'échelle de Ward

		Fréquence consommation alcool	Total WARD
Fréquence consommation alcool	<i>r de Pearson</i>	-	
	<i>ddl</i>	-	
	<i>Valeur p</i>	-	
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	-	
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	-	
Total WARD	<i>r de Pearson</i>	0.1573	-
	<i>ddl</i>	311	-
	<i>Valeur p</i>	0.005	-
	<i>Borne sup. de l'IC95%</i>	0.2636	-
	<i>Borne inf. de l'IC95%</i>	0.0473	-

## 2.6. Influence du genre sur l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement

Le test de Shapiro-Wilk nous indique que les variables « TOT\_AMMSA » et « TOT\_WARD » ne suivent pas une distribution normale [ $W = .98, p = < .001$  ;  $W = .98, p = .001$ ] (Tableau 13). Ces résultats justifient le recours à un test non paramétrique, à savoir un test de Mann-Whitney.

**Tableau 13 :** Test de Shapiro-Wilk et de Levene pour les variables des scores totaux à l'échelle d'AMMSA et l'échelle de Ward

Test d'Homogénéité des Variances					
		F	df	df2	p
Total AMMSA	<i>Levene's</i>	0.1950	1	321	0.659
	<i>Variance ratio</i>	1.0723	90	231	0.671
Total WARD	<i>Levene's</i>	4.4799	1	321	0.035
	<i>Variance ratio</i>	1.4966	90	231	0.017

Test de Normalité			
		Statistique	p
<b>Total AMMSA</b>	<i>Shapiro-Wilk</i>	0.9792	<.001
<b>Total WARD</b>	<i>Shapiro-Wilk</i>	0.9841	0.001

Une différence significative est observée entre les scores obtenus par les hommes et les femmes sur les échelles de l'AMMSA et de Ward [ $U = 6650.5$ ,  $p = < .001$ ,  $r_{rb} = .37$  ;  $U = 8581.00$ ,  $p = .009$ ,  $r_{rb} = .19$ ] (*Tableau 14*). Pour les deux échelles, les hommes (groupe 1) présentent une moyenne plus élevée que les femmes (groupe 2), avec une différence moyenne de 17.00 pour l'AMMSA, et de 3.00 pour l'échelle de Ward.

**Tableau 14 :** Résultats du test *t* pour échantillons indépendants – variation de l'adhésion aux mythes du viol selon le genre

		Statistique	ddl	p		Taille de l'effet
<b>Total AMMSA</b>	<i>t de Student</i>	5.5158	321	<.001	d de Cohen	0.6823
	<i>U de Mann-Whitney</i>	6650.50		<.001	Corrélation entre rangs bisériés	0.3700
<b>Total WARD</b>	<i>t de Student</i>	3.2022	321	0.002	d de Cohen	0.3961
	<i>U de Mann-Whitney</i>	8581.00		0.009	Corrélation entre rangs bisériés	0.1871

Note.  $H_a \mu_1 \neq \mu_2$

## **Interprétation et discussion**

L'objectif de ce mémoire est d'examiner la perception de la dangerosité des drogues, à la fois de manière générale et dans le cadre de deux types spécifiques de situations d'agression sexuelle. Il paraissait en effet pertinent de distinguer la dangerosité perçue dans des contextes d'agressions opportunistes de celle perçue dans des contextes d'agressions proactives. Nous avons également exploré le lien entre cette perception de dangerosité et des concepts tels que l'adhésion aux mythes du viol ainsi que la représentation du consentement, en particulier lorsque celui-ci s'exerce sous l'influence de substances.

À cette fin, un questionnaire a été élaboré en collaboration avec deux mémorantes travaillant sur le même sujet. Ce questionnaire, diffusé en ligne et complété de manière autonome par les participants, comprenait plusieurs sections : des questions démographiques, des questions portant sur la connaissance, la consommation et la perception de la dangerosité de sept substances (à savoir l'alcool, les benzodiazépines, le cannabis, le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDMA/MDA), les items de l'échelle AMMSA relatifs aux mythes du viol, ainsi qu'une version française (non-validée) de l'échelle de Ward portant sur la conception du consentement en contexte de consommation d'alcool.

Cinq hypothèses ont été formulées pour étayer notre investigation. Nous avons tout d'abord souhaité analyser dans quelle mesure le type de substance influençait la perception de dangerosité rapportée par les participants. Ensuite, nous avons supposé l'existence d'un lien entre, d'une part, le degré d'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool, et d'autre part, la perception de la dangerosité des drogues dans les trois contextes examinés (général, opportuniste et proactif). Par ailleurs, nous avons étudié l'éventuel impact des habitudes de consommation sur les scores de dangerosité attribués aux substances. De manière plus exploratoire, nous avons enfin interrogé la potentielle influence du genre des participants, tant sur leur perception des différentes substances que sur leur adhésion aux mythes du viol et leur conception du consentement.

### **1. Interprétation des résultats**

Afin faciliter la compréhension et la lecture de ce travail, la section suivante présentera une interprétation des résultats obtenus pour chacune des hypothèses formulées, en respectant l'ordre d'apparition utilisé dans la section « Résultats » ci-dessus.

## ***1.1. Influence du type de substance sur la perception de la dangerosité (générale, opportuniste, proactive)***

### ***1.1.1. Dangerosité générale perçue***

L'analyse réalisée met en évidence un effet principal du type de substance sur la perception de la dangerosité générale. Autrement dit, le score de dangerosité générale attribué par les participants varie significativement en fonction de la substance évaluée, confirmant ainsi notre hypothèse selon laquelle les représentations entre substances ne sont pas homogènes. La taille d'effet observée ( $\eta^2p = .19$  ; voir *Tableau 4*) correspond, selon les normes statistiques, à un effet de grande ampleur.

Des analyses complémentaires ont permis de mettre en lumière des différences significatives entre la grande majorité des substances. Comme mentionné dans la section « Résultats » (voir page 29), l'ensemble des comparaisons deux à deux s'est révélé significatif, à l'exception de cinq paires de substances déjà détaillées. Nous pouvons notamment souligner que l'alcool est perçu comme moins dangereux que l'ensemble des substances illicites, à l'exception du cannabis ; ce qui peut s'expliquer par le statut particulier que ce dernier détient, tant sur le plan légal que dans les représentations sociales (Hogge & Stévenot, 2020).

Les résultats de la présente étude rejoignent ceux de recherches antérieures montrant que la perception de la dangerosité n'est pas homogène pour toutes les drogues illicites (Cheeta et al., 2018 ; Herruzo et al., 2019). Par exemple, Savonen et al. (2021) montrent que, bien que la majorité de la population perçoive l'usage de drogues illicites comme risqué, certains profils spécifiques peuvent être identifiés. Parmi eux, un groupe dit « cannabis OK » se distingue par une perception atténuée du risque lié à cette substance, la considérant systématiquement comme moins dangereuse que les autres drogues illicites. Ces données confirment donc l'idée, perceptible dans nos résultats, selon laquelle le cannabis occupe une position intermédiaire et bénéficie d'une image plus « acceptable » dans les représentations sociales. Cette observation illustre la notion de normalisation différenciée, selon laquelle certaines substances, telles que le cannabis, sont socialement plus tolérées que d'autres.

Néanmoins, il reste essentiel de souligner que, malgré cette normalisation relative, l'usage du cannabis demeure stigmatisé et réprimandé par une partie de la population. Ainsi, les consommateurs doivent souvent adopter une certaine prudence sociale, dissimulant leur consommation afin d'éviter l'exclusion ou le rejet. La normalisation du cannabis n'est donc ni totale, ni dépourvue de risques sociaux, et elle ne correspond pas au degré de banalisation

observé pour des substances légales comme l'alcool ou le café (Hathaway et al., 2011 ; Savonen et al., 2021). Ce constat se révèle clairement dans nos résultats : bien que le cannabis soit jugé moins sévèrement que d'autres drogues illicites en raison de son statut particulier, il reste associé à un risque non négligeable. À l'inverse, l'alcool apparaît comme fortement banalisé, ce qui s'explique en partie par son ancrage culturel et social, notamment le fait que sa consommation est fréquemment associée à des activités positives et socialement valorisées (Room, 2005 ; Amar et al., 2010 ; Wilhelm, 2012).

Ces éléments illustrent donc la complexité des représentations sociales liées aux substances psychoactives et soulignent l'importance de considérer la spécificité de chaque drogue dans notre étude de la perception de la dangerosité.

### *1.1.2. Dangerosité perçue en contexte opportuniste*

Dans la continuité de nos observations sur la perception générale de la dangerosité des substances, les résultats montrent également que le type de substance influence significativement l'évaluation du risque dans le cadre spécifique des ASFS opportunistes. L'effet principal significatif observé est important ( $\eta^2p = .21$  ; voir *Tableau 5*). Les analyses comparatives révèlent qu'en contexte opportuniste, l'alcool est perçu comme associé à un risque plus élevé d'être victime d'une agression ; ce qui contraste avec la perception observée en contexte général. Ce risque est jugé supérieur à celui lié à la majorité des autres substances étudiées, à l'exception notable du GHB. Ce dernier se démarque d'ailleurs comme semblant être la substance la plus dangereuse dans ce contexte, toutes comparaisons confondues.

Cette perception s'ancre dans la représentation sociale du GHB, souvent médiatisé comme « drogue du viol » (Bégin et al., 2005), bien qu'il soit en réalité peu détecté dans les analyses toxicologiques des victimes (Skov et al., 2022). Cette désignation renvoie aux caractéristiques spécifiques du GHB, et d'autres substances regroupées sous cette catégorie telles que les benzodiazépines, le Rohypnol ou la kétamine. Ces substances provoquent des effets hypnotiques, une amnésie antérograde et une forte sédation (Hindmarch & Brinkmann, 1999). Le GHB, en particulier, est une substance incolore, hautement soluble, à action rapide, et bien qu'elle ait un léger goût amer, elle peut facilement être ingérée par une victime sans qu'elle en ait conscience (Németh et al., 2010). Cependant, certaines études suggèrent que les dangers associés à cette substance seraient largement surestimés. Deveaux et al. (2002), ne retrouvent que 3 cas positifs sur 300 recherches de GHB en un an, et avancent plusieurs explications possibles : une faible présence de cette substance sur le marché des drogues

festives, des doses consommées trop faibles, ou encore des prélèvements réalisés trop tardivement, rendant la détection difficile. D'autres études confirment toutefois cette faible prévalence du GHB dans les cas d'agressions sexuelles ; bien que celle-ci puisse être expliquée par la métabolisation rapide de la substance ainsi que par un faible taux de dénonciation de la part des victimes (Németh et al., 2010). Les résultats de ces études sont donc à considérer avec prudence, dans la mesure où il reste difficile de déterminer quelle explication rend le mieux compte de l'implication réelle du GHB dans les agressions.

Girard & Senn (2008) énoncent que le rôle attribué au GHB dans les situations d'agressions pourrait être renforcé par une stigmatisation sociale différenciée selon que la consommation de la victime soit volontaire ou non. En effet, l'ingestion involontaire modifie fortement le jugement social quant à la responsabilité des victimes : les femmes agressées sous l'effet du GHB sont généralement déchargées de toute responsabilité, les protégeant ainsi d'une injuste stigmatisation sociale. Ce phénomène pourrait expliquer le fait que certaines victimes suspectent plus facilement un recours au GHB, contribuant ainsi à une surévaluation apparente de la prévalence des agressions sexuelles impliquant cette substance (Németh et al., 2010).

Concernant l'alcool, il reste difficile de déterminer pourquoi la perception du danger est plus faible dans un contexte général que dans un contexte opportuniste. Une hypothèse plausible est que, bien que l'alcool soit généralement banalisé et socialement accepté, il est évalué plus négativement dans des contextes plus spécifiques où ses impacts néfastes sont mieux connus. Comme nous l'avons mentionné précédemment, dans un cadre festif ou de consommation courante, ses risques sont souvent minimisés en raison de sa normalisation culturelle ; en revanche, dans le contexte d'une agression sexuelle, ses effets délétères sont plus saillants et connus. En effet, plusieurs études ont montré que la consommation d'alcool est étroitement liée à un risque accru d'agression sexuelle : près de la moitié des victimes rapportent avoir consommé de l'alcool au moment des faits (Abbey et al., 2001 ; Greene & Navarro, 1998 ; Hall & Moore, 2008 ; Harrington & Leitenberg, 1994). La substance entraîne un temps de réaction diminué, réduit la capacité de résistance, altère le jugement et accroît la désinhibition, ce qui peut faciliter la survenue de violences sexuelles. (Harrington & Leitenberg, 1994). Ainsi, la perception ambivalente de l'alcool observée dans nos résultats pourrait s'expliquer par un décalage entre sa banalisation dans la vie quotidienne et la reconnaissance de ses effets délétères dans des contextes spécifiques comme les agressions sexuelles. Autrement dit, si l'alcool est souvent considéré comme moins dangereux lorsqu'il est évalué de manière générale, il devient un facteur de risque dès lors que l'attention se porte

sur des situations où ses effets cognitifs et comportementaux favorisent la vulnérabilité de la victime.

### *1.1.3. Dangersité perçue en contexte proactif*

En contexte proactif, l'effet du type de substance s'avère également significatif, avec une taille d'effet particulièrement importante ( $\eta^2p = .33$  ; voir Tableau 6). L'analyse complémentaire met en évidence que toutes les comparaisons entre substances sont significatives, hormis celle opposant la kétamine et les opioïdes. Contrairement à la perception de la dangersité en contexte opportuniste, l'alcool est ici perçu comme présentant un risque moindre d'entraîner une agression proactive, comparativement à l'ensemble des autres substances, à l'exception du cannabis. Cette observation rejoint celles précédemment réalisées concernant l'éventuelle banalisation du cannabis et de l'alcool (Room, 2005 ; Savonen et al., 2021). En effet, comme nous l'avons expliqué pour la dangersité générale perçue, l'alcool bénéficie d'un haut degré de banalisation, soutenu et expliqué par son ancrage légal, culturel et social. Le cannabis, bien qu'il demeure illégal et stigmatisé par une partie de la population, est également banalisé et mieux toléré que les autres substances illicites.

Il reste difficile, sur base de nos résultats, de déterminer précisément pourquoi la perception de la dangersité de l'alcool diffère tant en comparaison aux autres substances entre les contextes opportuniste et proactif. Toutefois, nous avons avancé l'hypothèse qu'en contexte opportuniste, l'attention se porte davantage sur la vulnérabilité de la victime, en particulier sur les effets de l'alcool tels que la somnolence, les troubles de la mémoire ou la désorientation. Ces conséquences, perçues comme des risques spécifiques à la victime, pourraient expliquer que l'alcool soit jugé plus dangereux dans ce contexte, car il facilite l'exploitation de cette vulnérabilité. En contexte proactif, le public semble moins associer ces effets de l'alcool à une influence directe sur les agissements de l'agresseur. Il s'agit cependant d'une hypothèse explicative de la perception différenciée entre les contextes opportuniste et proactif, car plusieurs études démontrent la présence fréquente d'alcool chez les auteurs d'agressions sexuelles. En effet, environ 50% des agresseurs étaient sous influence de l'alcool au moment des faits. De plus, un historique de consommation problématique d'alcool est souvent corrélé à la perpétration d'agressions sexuelles. Deux mécanismes principaux expliqueraient le rôle causal de l'alcool dans l'augmentation du risque : d'une part, ses effets pharmacologiques, qui réduisent le champ d'attention et induisent une focalisation sur les stimuli immédiats et gratifiants, au détriment des conséquences négatives à long terme, tout



en augmentant l'impulsivité ; d'autre part ses effets psychologiques, qui peuvent entraîner une interprétation erronée des signaux sociaux, en biaisant la perception des intentions d'autrui. Comme évoqué précédemment au sein de ce travail, les hommes sous influence d'alcool tendent davantage à interpréter des comportements amicaux de femmes également alcoolisées comme des signes d'intérêt sexuel (Abbey, 2008).

En conclusion, nos résultats confirment que la perception de la dangerosité des substances psychoactives varie significativement selon le type de drogue, mais aussi le contexte d'agression sexuelle envisagé (général, opportuniste ou proactif). L'alcool, substance socialement banalisée, est perçu comme moins dangereux en situation générale et en contexte proactif, contrairement à une perception plus négative en contexte opportuniste, où ses effets sur la vulnérabilité de la victime semblent davantage pris en compte par notre échantillon. Bien que l'alcool semble perçu comme un facteur moins pertinent dans le rôle de l'agresseur, de nombreuses études attestent de sa fréquence et de son implication dans le passage à l'acte. Ces résultats mettent ainsi en lumière la variabilité des représentations sociales liées aux différentes substances et à leurs effets dans différents contextes d'agression.

### ***1.2. Influence du genre sur la perception de la dangerosité (générale, opportuniste, proactive)***

Les trois contextes de dangerosité seront abordés conjointement dans cette section, afin de permettre une analyse plus cohérente au regard des résultats obtenus. L'analyse effectuée met en évidence des résultats allant dans le sens de l'hypothèse formulée, selon laquelle le genre influence la perception de la dangerosité des différentes substances. En effet, tous contextes confondus, un effet principal du genre est observé, et celui-ci s'avère significatif avec des tailles d'effet notables ( $\eta^2p = .16, .32$  et  $.43$  pour respectivement les contextes général, opportuniste et proactif ; voir *Tableau 4, 5 et 6*). Ces résultats suggèrent que le genre des participants joue un rôle important dans la manière dont ils perçoivent les différentes drogues en termes de dangerosité en lien avec le risque d'agression sexuelle. Les analyses complémentaires ont mis en évidence que, dans les trois contextes de dangerosité, les hommes attribuent des scores significativement plus faibles que les femmes. Cette différence entre les genres est d'autant plus marquée dans le contexte opportuniste, et s'accroît encore davantage en contexte proactif.

Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec les données issues de la littérature (Hachtel & Armstrong, 2019 ; Hitchcock, 2001). Par exemple, Lundborg & Linderger (2004) ainsi que Slovic (1997) mettent en évidence des différences marquées entre les hommes et les femmes dans la perception du risque, et ce, au-delà du contexte étudié ici. De manière générale, les hommes ont tendance à estimer les risques, notamment pour la santé, comme moins élevés que les femmes. Plusieurs explications à ce phénomène sont possibles. Certains facteurs biologiques et évolutifs pourraient entrer en jeu : les femmes sont socialisées dans une idée de responsabilité à entretenir et maintenir la vie ; et peuvent être physiquement plus vulnérables à certains dangers, comme le viol, ce qui les rendrait plus sensibles à l'évaluation des risques de manière générale. Sur le plan social et culturel, les femmes sont également éduquées à adopter des comportements jugés plus adéquats et prudents par rapport aux normes sociétales, et à percevoir qu'elles ont moins de pouvoir et de contrôle face à certaines situations (Kim et al., 2018).

Slovic (1997) souligne par ailleurs un effet combiné du genre et de l'appartenance ethnique : les hommes blancs ont tendance à présenter une perception du risque particulièrement faible, davantage encore que les hommes non blancs et les femmes, quel que soit leur groupe ethnique. L'effet de la culture est également soulevé par Johnson et ses collaborateurs (2004) : les Allemands semblent évaluer les risques en matière de santé et d'éthique comme moins élevés que les Américains, et adoptent en conséquence des comportements plus risqués dans ces domaines. De plus, la perception du risque est modulée par les bénéfices perçus : plus un comportement est associé à des avantages personnels, plus le risque lié à ce comportement a tendance à être minimisé.

Cette tendance à sous-estimer les risques a des implications importantes, car elle est associée à une plus grande propension à adopter des comportements à risque. L'une des explications avancées repose sur ce que Johnson et son équipe (2004) qualifient d'effet « égocentrique » : les individus ont tendance à se percevoir comme relativement immunisés ou invulnérables face aux dangers habituellement attribués à certains comportements. Cette tendance s'apparente aussi au biais cognitif « d'optimisme irréaliste », étudié par Shepperd et al. (2013), où les individus sous-estiment leur probabilité d'être affectés par un danger comparativement aux autres. Cela peut donc contribuer à une plus grande prise de risque, en particulier chez certains groupes comme les hommes.

En somme, ces résultats confirment que le genre est un facteur déterminant dans la perception de la dangerosité des substances, avec une tendance significative des hommes à

évaluer ces risques comme moins élevés que les femmes, quel que soit le contexte. Cette différence s'intensifie dans les contextes où le risque d'agression sexuelle est plus explicite, soit en contexte opportuniste et proactif. Ces constats s'alignent avec les travaux antérieurs qui montrent que les perceptions du risque sont globalement plus faibles chez les hommes, bien qu'elles soient influencées par des facteurs biologiques, sociaux et culturels.

### ***1.3. Effet d'interaction du type de substance et du genre sur la perception de la dangerosité (générale, opportuniste, proactive)***

L'effet d'interaction entre le type de substance et le genre sur la perception de la dangerosité s'est révélé significatif dans les trois contextes étudiés. Toutefois, les tailles d'effet observées restent faibles à modérées ( $\eta^2p = .02, .13$  et  $.01$  pour les contextes général, opportuniste et proactif respectivement ; voir *Tableau 4, 5 et 6*). Cela indique donc que des écarts de perception existent entre les genres, mais que ces différences varient selon les substances, tout en restant globalement modérées. En d'autres termes, différentes substances sont perçues comme plus dangereuses par un genre plutôt que l'autre, bien que cette modulation reste relativement limitée.

À titre d'exemple, les résultats de l'analyse complémentaire nous indiquent qu'en contexte général, la perception de la dangerosité des benzodiazépines ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes. En revanche, pour le cannabis, une différence significative entre les genres est observée (*Annexe 8*). Comme détaillé dans les tableaux récapitulatifs (*Annexes 15, 16 et 17*), le fait que certaines substances présentent des écarts significatifs entre hommes et femmes, tandis que d'autres n'en révèlent pas, met en évidence l'effet d'interaction. Cette distinction illustre que la dangerosité perçue n'est pas uniquement influencée par le genre, mais qu'elle varie également en fonction du type de substance considéré. Ces différences pourraient s'expliquer en partie par des mécanismes déjà évoqués, où les facteurs biologiques (vulnérabilité physique (Kim et al., 2018)), sociaux (socialisation genrée à la prudence (Kim et al., 2018)) et culturels (normes et représentations différenciées selon les substances (Johnson et al., 2004 ; Room, 2005 ; Savonen et al., 2021 ; Slovic, 1997)) influencent la manière dont chaque genre évalue le risque associé à différentes substances. Ainsi, les perceptions plus faibles des risques chez les hommes, déjà observées, peuvent varier selon la nature de la substance, notamment en fonction de son usage social et / ou des attentes ou croyances associées à ces effets (Abbey, 2008).

#### ***1.4. Influence de l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement sur la dangerosité perçue des substances***

Les résultats obtenus dans les trois contextes de dangerosité perçue ne vont pas dans le sens de notre hypothèse. En effet, aucun effet significatif n'a été mis en évidence par les analyses. Par ailleurs, les intervalles de confiance associés (*voir tableaux 8, 9 et 10*) incluent systématiquement la valeur zéro et présentent une amplitude étendue ; suggérant soit l'absence d'un effet réel, soit une incertitude marquée quant à la direction et à la force de cette association. Il semblerait donc que, au sein de notre échantillon, le degré d'adhésion aux mythes du viol n'ait pas influencé la perception des risques associés aux différentes drogues.

Ces résultats contrastent avec les données issues de la littérature, qui suggèrent généralement que l'adhésion aux mythes du viol est liée à une banalisation des dangers associés aux agressions sexuelles (Burn, 2009 ; Hetzel-Riggin et al., 2021, Rinehart et al. 2023). Selon Burn (2009), les individus adhérant davantage à ces croyances tendent à minimiser la gravité des comportements liés aux agressions sexuelles, ce qui pourrait se traduire par une vigilance réduite face aux signaux de danger. De même, Hetzel-Riggin et son groupe de recherche (2021) montrent cette adhésion peut altérer l'évaluation des risques, en diminuant aussi la perception de la menace dans certaines situations. La divergence constatée avec nos résultats pourrait éventuellement s'expliquer par le type de questions incluses dans notre étude, moins ancrées dans des scénarios concrets et moins explicites quant à l'usage intentionnel de la substance dans un contexte d'agression sexuelle. Une autre hypothèse pourrait être la composition de notre échantillon, qui présente des niveaux globalement faibles d'adhésion aux mythes du viol (*voir figures 5 et 6*), limitant ainsi la variabilité nécessaire pour mettre en évidence un effet significatif lié à des niveaux élevés d'adhésion.

#### ***1.5. Influence de la fréquence de consommation sur l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement***

Les résultats obtenus concernant cette hypothèse révèlent une corrélation significative entre la fréquence de consommation d'alcool et les scores obtenus à l'échelle de Ward, bien que celle-ci reste faible ( $r = .16$ ). Cette association suggère que plus les participants consomment fréquemment de l'alcool, plus ils ont tendance à percevoir le consentement de manière permissive dans des situations impliquant cette substance.

Ce résultat est en cohérence avec de nombreuses études antérieures menées à ce sujet. George & Stoner (2000), notamment, mettent en évidence le rôle de l'alcool, tant sur le plan comportemental qu'émotionnel, en particulier dans des contextes à connotation sexuelle. Par ailleurs, certains travaux relèvent que les hommes tendent à considérer l'ivresse comme une circonstance atténuante, voire comme une justification possible à des comportements qui seraient en d'autres circonstances perçus comme socialement inacceptables. Sous l'influence de l'alcool, les individus interprètent davantage les comportements d'autrui comme sexualisés et désinhibés ; tout en étant moins aptes à détecter les signaux d'un refus ou d'une potentielle agression. D'autres recherches, comme celle menée par Briddell et al. (1978), ont observé que des hommes ayant consommé de l'alcool (ou pensant en avoir consommé) manifestent une excitation physique accrue face à des scènes représentant des agressions sexuelles. De manière plus générale, la littérature scientifique converge vers l'idée que l'alcool semble influencer tant le comportement de la victime que celui de l'agresseur dans des contextes d'agression. Abbey et al. (2009), notamment, confirment cette tendance en montrant que certains hommes, présentant des caractéristiques spécifiques, se sentent davantage légitimes de recourir à la coercition pour obtenir des relations sexuelles non protégées.

Les données issues de notre étude s'insèrent donc dans une dynamique bien documentée dans la littérature, mettant en lumière le rôle central de l'alcool dans la représentation du consentement sexuel. Bien que la corrélation observée soit modeste, elle témoigne tout de même d'un lien significatif entre les comportements de consommation d'alcool des participants et des représentations altérées du consentement. Ces résultats, mis en perspective avec les données issues de la littérature, permettent d'émettre l'hypothèse que les substances psychoactives, et en particulier l'alcool, pourraient altérer les représentations cognitives et sociales associées aux normes sexuelles.

### ***1.6. Influence du genre sur l'adhésion aux mythes du viol et de la conception du consentement***

Nos analyses mettent en évidence une différence significative entre les hommes et les femmes quant à l'adhésion aux mythes du viol, mesurée à la fois par l'AMMSA et l'échelle de Ward. Les hommes obtiennent en moyenne des scores significativement plus élevés que les femmes sur ces deux échelles, avec des tailles d'effet d'importance faible à modérée ( $r_{rb} = .37$  pour l'AMMSA,  $r_{rb} = .19$  pour l'échelle de Ward). Ces résultats sont cohérents avec de

nombreuses études antérieures rapportant une adhésion aux mythes du viol plus importante chez les hommes (Bridges, 1991 ; Giacomassi & Dull, 1986). Johnson et al. (1997) soulignent que cette tendance se retrouve tant dans des populations universitaires que non universitaires. Ils indiquent également qu'aucune des études recensées dans leur article n'a mis en évidence une adhésion à ces mythes plus forte chez les femmes que chez les hommes. Cependant, des variations en termes de culture et d'âge sont observées : les populations noires tendent à davantage adhérer à ces mythes que les blancs, ce qui s'expliquerait par des facteurs sociaux tels que les croyances religieuses et les rôles de genre ; tandis que les jeunes semblent moins enclins à présenter de telles croyances, bien que cette variation semble inconstante selon les études. La propension à adhérer aux mythes du viol semble s'expliquer par des croyances sexuelles dysfonctionnelles, c'est-à-dire des convictions erronées concernant la sexualité et les rôles de genre, associées à des troubles sexuels (Barnett et al., 2017).

En somme, nos résultats confirment que l'adhésion aux mythes du viol diffère significativement selon le genre, avec des scores moyens plus élevés chez les hommes, conformément aux données antérieures (Bridges, 1991 ; Giacomassi & Dull, 1986 ; Johnson et al., 1997). Cette distinction souligne l'importance de prendre en compte le genre dans l'analyse des croyances liées aux agressions sexuelles, tout en tenant compte des éventuelles influences culturelles et démographiques sur ce phénomène.

## **2. Conclusion générale**

Cette étude visait à analyser différents facteurs influençant la perception de la dangerosité des substances psychoactives dans le contexte du risque d'agression sexuelle, en s'intéressant particulièrement au type de substance, au genre, à l'adhésion aux mythes du viol et à la conception du consentement sous alcool ainsi qu'à la fréquence de consommation de certaines drogues.

Les résultats confirment tout d'abord l'importance du type de substance dans la perception du risque. Certaines drogues, comme le GHB, l'alcool ou encore le cannabis, se distinguent clairement des autres. Ces différences s'expliquent par des différences dans les représentations sociales, les effets pharmacologiques induits et les usages associés à ces substances. Le genre apparaît ensuite comme facteur déterminant dans la perception du risque, tous contextes et substances confondus. Les femmes perçoivent systématiquement les

drogues comme plus dangereuses que les hommes, avec une intensification de cet écart dans les contextes où le risque d'agression est plus explicite (opportuniste et proactif). Cette tendance semble également trouver son origine dans des facteurs sociaux tels que la socialisation genrée à la prudence, mais aussi des facteurs biologiques. De plus, l'interaction significative entre le genre et le type de substance montre que les substances sont donc perçues différemment selon le genre mais que cette différence dépend également du type de substance considéré.

Contrairement à nos attentes, l'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool n'ont pas montré d'effet significatif sur la dangerosité perçue dans notre échantillon. Différentes pistes, telles que la représentativité de notre échantillon ou encore la nature de notre questionnaire, ont été avancées comme explications possibles de ce manque d'association entre les concepts. En revanche, un lien significatif entre le genre et l'adhésion aux mythes du viol a été confirmé, les hommes présentant des scores plus élevés que les femmes. Ce résultat souligne d'autant plus l'importance de prendre en considération la variable genre dans les questions touchant aux agressions sexuelles et à la perception des risques associés à ces situations, en ce compris les risques relatifs aux substances.

Enfin, concernant le rôle de la consommation d'alcool, une corrélation significative a été mise en évidence avec une perception plus permissive du consentement ; soulignant le rôle central de l'alcool dans la modulation des normes sociales et cognitives relatives à la sexualité.

Notre étude révèle donc que les différentes dimensions considérées, soit la perception de la dangerosité des drogues, le contexte d'agression sexuelle, l'adhésion aux mythes du viol et la perception du consentement, ne peuvent être envisagées isolément. Elles interagissent de manière complexe et dynamique pour façonner la perception globale des agressions sexuelles et des phénomènes qui y sont liés. D'autres facteurs, tels que le genre, les représentations sociales, la culture ou encore la consommation de substances, sont à considérer dans ce contexte car ils semblent tous influencer ces variables, bien que de manière différente. Ces interactions suggèrent que des recherches futures pourraient approfondir la compréhension de ces relations dans divers contextes socioculturels, en incluant éventuellement d'autres variables comme l'éducation, l'expérience personnelle de victimisation ou l'évolution des normes sociales. Des investigations plus poussées permettraient de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à ces interactions, et ainsi contribuer au développement d'actions préventives et éducatives plus ciblées.

### **3. Limites de l'étude**

Cette étude présente plusieurs limites, notamment liées à l'échantillon ayant répondu au questionnaire. Tout d'abord, celui-ci est déséquilibré en termes de genre, avec une nette prédominance féminine (232 femmes contre 92 hommes), ce qui peut affecter la représentativité et limiter la généralisation des résultats, notamment dans ce domaine où l'effet potentiel du genre constitue précisément un objet d'étude. Par ailleurs, l'observation d'une faible adhésion aux mythes du viol a restreint la variabilité nécessaire pour étudier pleinement l'effet de ce phénomène sur la perception de la dangerosité des drogues.

Les méthodes de recrutement, principalement basées sur une diffusion via les réseaux sociaux, ont pu induire certains biais d'échantillonnage. Cette modalité a également pu limiter la visibilité et l'accessibilité du questionnaire à une certaine tranche de la population, ce qui se reflète notamment dans l'âge moyen relativement bas (29,66 ans ; médiane de 25 ans).

La construction même du questionnaire a pu engendrer des difficultés : sa longueur a entraîné des abandons et possiblement un désengagement des participants ; d'autant plus que les questions étaient répétitives d'une substance à l'autre.

Les concepts étudiés présentent par ailleurs une certaine complexité ce qui, combiné au caractère auto-rapporté des données, peut questionner la bonne compréhension des items par les participants. Bien que les échelles utilisées soient pertinentes et validées, elles peuvent néanmoins être insuffisantes pour saisir en profondeur les opinions des participants. Étant donné le caractère sensible et controversé des notions abordées, un biais de désirabilité sociale est également envisageable.

Enfin, la nature transversale de l'étude limite l'interprétation des résultats aux seules associations entre concepts, sans permettre de déterminer une certaine causalité. Ainsi, les conclusions de ce mémoire doivent être envisagées dans ce cadre méthodologique.



## Références bibliographiques

- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. M., & McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research & Health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25(1), 43–51.
- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P., Clinton, A., & McAuslan, P. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: What do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 271–303. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(03\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(03)00011-9)
- Abbey, A., & Ortiz, L. G. (2008). *Alcohol and sexual violence perpetration*. VAWnet, National Resource Center on Domestic Violence. Consulté sur [http://wondercatdesign.com/mecasa/images/pdfs/alcohol\\_svperp.pdf](http://wondercatdesign.com/mecasa/images/pdfs/alcohol_svperp.pdf)
- Abbey, A., Jacques-Tiura, A., Parkhill, M. & Saenz, C. (2009). Alcohol's role in men's use of coercion to obtain unprotected sex. *Substance Use & Misuse*, 44(9–10), 1329–1348. <https://doi.org/10.1080/10826080902961419>
- Abbey, A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration: Theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 30(5), 481–489. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00296.x>
- Amar, M., Caldagues, E., Caquard, M., Dreno, L., Pernel, A., Picherot, G., & Urbain, J. (2010). L'alcoolisation des adolescents : une précocité inquiétante ? *Archives de Pédiatrie*, 17(5), 583–587. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.12.007>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd, M.-A. Crocq & J.D. Guelfi, trad.). Elsevier Masson.
- Anderson, L., Flynn, A., & Pilgrim, J. (2017). A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 47, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.02.005>
- Avegno, J., Mills, T., & Mills, L. (2009). Sexual assault victims in the emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *The Journal of Emergency Medicine*, 37(3), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.025>
- Barnett, D., Hale, M., & Sligar, B. (2017). Masculinity, femininity, sexual dysfunctional beliefs, and rape myth acceptance among heterosexual college men and women. *Sexuality & Culture*, 21, 741–753. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9420-3>
- Batel, P., & Michaud, P. (2002). Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 26, B158–B162.

- Bégin, H., Denoncourt, I., Michaud, J., & Perreault, N. (2005). Drogues du viol et agression sexuelle : perception des jeunes en milieu collégial 1. *Drogues, Santé et Société*, 4(2), 177–209. <https://doi.org/10.7202/012603ar>
- Beres, M., Herold, E. & Maitland, S. (2004). Sexual consent behaviors in same-sex relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 475–486. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.00000037428.41757.10>
- Bohner, G., Eyssel, F., Pina, A., Siebler, F., & Viki, G. (2013). *Rape: Challenging contemporary thinking*. Willan. <https://doi.org/10.4324/9781843927129>
- Bosman, I., Verschraagen, M., & Lusthof, J. (2011). Toxicological findings in cases of sexual assault in the Netherlands. *Journal of Forensic Sciences*, 56(6), 1562–1568. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01888.x>
- Briddell, D., Rimm, D., Caddy, G., Krawitz, G., Sholis, D., & Wunderlin, R. (1978). Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(4), 418–430. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.4.418>
- Bridges, J.S. (1991). Perceptions of date and stranger rape: A difference in sex role expectations and rape-supportive beliefs. *Sex Roles*, 24, 291–307. <https://doi.org/10.1007/BF00288303>
- Burn, S. (2009) A situational model of sexual assault prevention through bystander intervention. *Sex Roles*, 60, 779–792. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9581-5>
- Burt, M. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 217–230. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.217>
- Centre Belge d'Information Psychothérapeutique. (2024). *Répertoire commenté des médicaments 2024*. [https://www.cbip.be/PDFREP/GGRCM/GGR\\_FR\\_2023.pdf](https://www.cbip.be/PDFREP/GGRCM/GGR_FR_2023.pdf)
- Chapleau, K., & Oswald, D. (2010). Power, sex, and rape myth acceptance: testing two models of rape proclivity. *The Journal of Sex Research*, 47(1), 66–78. <https://doi.org/10.1080/00224490902954323>
- Cheeta, S., Halil, A., Kenny, M., Sheehan, E., Zamyadi, R., Williams, A., & Webb, L. (2018). Does perception of drug-related harm change with age? A cross-sectional online survey of young and older people. *BMJ Open*, 8(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021109>
- Chen, C., O'Brien, M., & Anthony, J. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.11.014>

- Code pénal, 8 juin 1867. *Moniteur belge*, 9 juin 1967, n° 1867060850. [https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bel/1867/code\\_penal\\_1867\\_html/Belgium\\_Code\\_Penal\\_1867\\_as\\_amended\\_2014.pdf](https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bel/1867/code_penal_1867_html/Belgium_Code_Penal_1867_as_amended_2014.pdf)
- Courtois, R., Schlegel, A., Bonhomme, J., Doineau, E., Bertsch, I., Potard, C., & Pham, T. (2021). Validation française de l'échelle de l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) et attachement au partenaire auprès d'étudiants et d'auteurs de violence conjugale. *L'Encéphale*, 47(6), 554–563. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.11.010>
- Crossin, R., Cleland, L., Wilkins, C., Rychert, M., Adamson, S., Potiki, T., Pomerleau, A., MacDonald, B., Faletano, D., Hutton, F., Noller, G., Lambie, I., Sheridan, J., George, J., Mercier, K., Maynard, K., Leonard, L., Walsh, P., Ponton, R., ... Boden, J. (2023). The New Zealand drug harms ranking study: A multi-criteria decision analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 37(9), 891–903. <https://doi.org/10.1177/02698811231182012>
- Damian, E. (2023). *La consommation de drogues en Belgique : les principaux résultats de Drug Vibes - L'enquête belge sur les drogues*. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/drug\\_vibes\\_report\\_fr\\_2023.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/drug_vibes_report_fr_2023.pdf)
- De Souza Costa, Y., Lavorato, S., & de Campos, J. (2020). Violence against women and drug-facilitated sexual assault (DFSA): a review of the main drugs. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 74, 102020. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.102020>
- Deveaux, M., Renet, S., Renet, V., Gaulier, J., Kintz, P., Verstraete, A., & Gosset, D. (2002). Utilisation de l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) dans les rave-parties et pour la soumission chimique en France : mythe ou réalité ? *Acta Clinica Belgica*, 57(suppl. 1), 37–40. <https://doi.org/10.1179/acb.2002.075>
- Djezzar, S., Richard, N., & Deveaux, M. (2014). Epidemiology of drug-facilitated crimes and drug-facilitated sexual assaults. *Toxicological aspects of drug-facilitated crimes*, 11–46. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416748-3.00002-5>
- Du Mont, J., Macdonald, S., & Kosa, D. (2016). An examination of victim, assailant, and assault characteristics among cases classified as predatory drug-facilitated sexual assault. *Women's Health Issues*, 26(4), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.05.010>
- Edwards, K., Turchik, J., Dardis, C., Reynolds, N., & Gidycz, C. (2011). Rape myths: history, individual and institutional-level presence, and implications for change. *Sex Roles*, 65, 761–773. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9943-2>

- Fédération Wallonie-Bruxelles, Direction de l'Égalité des chances. (2020). *Les violences sexuelles en Belgique : état des lieux*. <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=15979>
- George, W., & Stoner, S. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 11(1), 92–124. <https://doi.org/10.1080/10532528.2000.10559785>
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G., & Siebler, F. (2007). The acceptance of modern myths about sexual aggression scale: development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33, 422–440. <https://doi.org/10.1002/ab.20195>
- Giacopassi, D., & Dull, R. (1986). Gender and racial differences in the acceptance of rape myths within a college population. *Sex Roles*, 15, 63–75. <https://doi.org/10.1007/BF00287532>
- Girard, A., & Senn, C. (2008). The role of the new “date rape drugs” in attributions about date rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/0886260507307648>
- Gisle, L. (2018). Enquête de santé 2018 : consommation d'alcool. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/al\\_report\\_2018\\_fr\\_v4.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf)
- Greene, D., & Navarro, L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women: A prospective path analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 589–604. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00179.x>
- Grela, A., Gautam, L., & Cole, M. (2018). A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. *Forensic Science International*, 292, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.08.034>
- Hachtel, J. C., & Armstrong, K. J. (2019). Illicit use of prescription stimulants: gender differences in perceptions of risk. *Substance Use & Misuse*, 54(10), 1654–1662. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1608246>
- Hall, J., & Moore, C. (2008). Drug facilitated sexual assault—a review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 15(5), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2007.12.005>
- Harrington, N., & Leitenberg, H. (1994). Relationship between alcohol consumption and victim behaviors immediately preceding sexual aggression by an acquaintance. *Violence and Victims*, 9(4), 315–24. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.9.4.315>

- Hathaway, A., Comeau, C., & Erickson, G. (2011). Cannabis normalization and stigma: Contemporary practices of moral regulation. *Criminology & Criminal Justice*, 11(5), 451–469. <https://doi.org/10.1177/1748895811415345>
- Hayes, R., Abbott, R., & Cook, S. (2016). It's her fault: student acceptance of rape myths on two college campuses. *Violence Against Women*, 22(13), 1540–1555. <https://doi.org/10.1177/1077801216630147>
- Herruzo, C., Pino, M., Lucena, V., & Herruzo, J. (2019). Perceptual styles and cannabis consumption prediction in young people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 288. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010288>
- Hetzel-Riggin, M., James, S., Roby, R., & Buczek, T. (2021). Gender, myths, and assumptions: correlates of risk perception in sexual assault scenarios. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(19-20), NP18085–NP18103. <https://doi.org/10.1177/08862605211035867>
- Hindmarch, I., & Brinkmann, R. (1999). Trends in the use of alcohol and other drugs in cases of sexual assault. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14(4), 225–231. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1077\(199906\)14:4<225::AID-HUP92>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1077(199906)14:4<225::AID-HUP92>3.0.CO;2-3)
- Hitchcock, J. (2001). Gender differences in risk perception: broadening the contexts. *Risk*, 12, 179. [https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/risk12&div=18&g\\_sent=1&casa\\_token=&collection=journals](https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/risk12&div=18&g_sent=1&casa_token=&collection=journals)
- Hogge, M., & Stévenot, N. (2020). *L'usage de cannabis en Belgique : une hausse aux explications et aux conséquences multiples*. Eurotox. [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Le-cannabis-en-Belgique-en-2018\\_Eurotox.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Le-cannabis-en-Belgique-en-2018_Eurotox.pdf)
- Humphreys, T., & Herold, E. (2007). Sexual consent in heterosexual relationships: development of a new measure. *Sex Roles*, 57, 305–315. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9264-7>
- Hunt, G., Sanders, E., Petersen, M., & Bogren, A. (2022). “Blurring the line”: intoxication, gender, consent, and sexual encounters among young adults. *Contemporary Drug Problems*, 49(1), 84–105. <https://doi.org/10.1177/00914509211058900>
- Johnson, B., Kuck, D., & Schander, P. (1997). Rape myth acceptance and sociodemographic characteristics: a multidimensional analysis. *Sex Roles*, 36, 693–707. <https://doi.org/10.1023/A:1025671021697>

- Johnson, J., Wilke, A., & Weber, E. (2004). Beyond a trait view of risk taking: A domain-specific scale measuring risk perceptions, expected benefits, and perceived-risk attitudes in German-speaking populations. *Polish Psychological Bulletin*, 35, 153–172.
- Jozkowski, K., & Wiersma, J. (2015). Does drinking alcohol prior to sexual activity influence college students' consent? *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 156–174. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.951505>
- Kim, Y., Park, I., & Kang, S. (2018). Age and gender differences in health risk perception. *Central European Journal of Public Health*, 26(1). <https://doi.org/10.21101/cejph.a4920>
- Kopp, P. (2015). *Le coût social des drogues en France*. Saint-Denis : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies [OFDT]. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
- Lacroix, S. (2004). *Drogues licites et illicites : descriptions, usages et risques*. Réseau Alto. <https://www.reseaualto.be/upload/Image/Publication-alto/Drogues-licites-et-illicites-descriptions-usages-et-risques-%E2%80%93-S.-Lacroix-2004.pdf>
- Larabi, I. A., Ghish, A., Kintz, P., Marillier, M., Fabresse, N., Pelletier, R., Knapp, A., Ameline, A., Willeman, T., Barguil, Y., Aknouche, F., Mathieu, O., Chèze, M., Lelong-Boulouard, V., Matheux, A., Le Carpentier, E., Brunet, B., Gambier, N., Edel, Y., ... Pélissier, A.-L. (2023). Étude nationale du phénomène du chemsex en France : une collaboration interlaboratoire sous l'égide de la Société française de toxicologie analytique (SFTA). *Current Research in Toxicology*, 4, 100318. <https://doi.org/10.1016/j.crttox.2023.100318>
- Lebeau, M., Mozayani, A. (2001). *Drug-facilitated sexual assault: a forensic handbook*. Elsevier. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/15248380231195877>
- Loi du 21 mars 2022, Modification du Code pénal concernant le droit pénal sexuel, *Moniteur belge* (COL-05-2022). <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2022/03/21/2022031330/justel>  
(<https://dbbdefenso.be/fr/article/le-nouveau-code-penal-sexuel/>)
- Lonsway, K., & Fitzgerald, L. (1994). Rape myths: in review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133–164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Lopez-Quintero, C., de los Cobos, J., Hasin, D., Okuda, M., Wang, S., Grant, B., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the national epidemiologic survey

- on alcohol and related conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1-2), 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>
- Luce, T., & Merrell, J. (1995). Perceived dangerousness of recreational drugs. *Journal of Drug education*, 25(4), 297–306. <https://doi.org/10.2190/K52X-4Q8M-H7UT-84AA>
- Lundborg, P., Lindgren, B. (2004). Do they know what they are doing? risk perceptions and smoking behaviour among Swedish teenagers. *Journal of Risk and Uncertainty*, 28, 261–286. <https://doi.org/10.1023/B:RISK.0000026098.84109.62>
- McCall, H., Adams, N., Mason, D., & Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5790>
- Morgan, C., Muetzelfeldt, L., Muetzelfeldt, M., Nutt, D., & Curran, H. (2009). Harms associated with psychoactive substances: findings of the UK National Drug Survey. *Journal of Psychopharmacology*, 24(2), 147–153. <https://doi.org/10.1177/0269881109106915>
- Morgan, C., Noronha, L., Muetzelfeldt, M., Fielding, A., & Curran, H. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users. *Journal Of Psychopharmacology*, 27(6), 497–506. <https://doi.org/10.1177/0269881113477744>
- Németh, Z., Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Review: The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9), 1281–1287. <https://doi.org/10.1177/0269881110363315>
- Nutt, D., King, L., & Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61462-6)
- Nutt, D., King, L., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60464-4)
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. (2019). *Drogues et addictions, données essentielles*. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>
- Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime. (2012). *Lignes directrices sur l'analyse criminalistique des drogues facilitant l'agression sexuelle et d'autres actes criminels*. [https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape\\_Drugs\\_F\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Rape_Drugs_F_ebook.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé : OMS. (2019). *Drugs and psychoactive substances*. [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1)

- Payne, D., Lonsway, K., & Fitzgerald, L. (1999). Rape myth acceptance: Exploration of its structure and its measurement using the Illinois rape myth acceptance scale. *Journal of Research in Personality*, 33(1), 27–68. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1998.2238>
- Pépin, G. (2010). Aspects analytique, toxicologique, judiciaire de la soumission chimique : dix ans d'expérience. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 68(2), 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2010.01.002>
- PEPra. (n.d.). AUDIT-C (version française) [PDF]. PEPra. <https://www.pepra.ch/application/files/4916/5165/2385/Audit-C-fr.pdf> - *Annexe I*
- Recalde-Esnoz, I., Prego-Meleiro, P., Montalvo, G., & del Castillo, H. (2023). Drug-facilitated sexual assault: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3). <https://doi.org/10.1177/15248380231195877>
- Richard, D. & Senon, J. (2010). *Le cannabis* (5<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France.
- Rinehart, J., Nason, E., Yeater, E., Ross, R., & Vitek, K. (2023). Alcohol use, rape myth acceptance, rape empathy, and sexual assault history influence the believability of a hypothetical victim's report of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(23-24), 12046–12066. <https://doi.org/10.1177/08862605231190345>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Savonen, J., Hakkarainen, P., & Karjalainen, K. (2021). The perceived risk of illicit drug use and views on drug policy in the general population. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30(2), 164–172. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1970114>
- Schlegel, A., & Courtois, R. (2019). Scales for evaluating the acceptance of the rape myth: benefits and limitations. *International Journal of Risk and Recovery*, 2(1), 23–26. <https://doi.org/10.15173/ijrr.v2i1.3587>
- Shepperd, J., Klein, W., Waters, E., & Weinstein, N. (2013). Taking stock of unrealistic optimism. *Perspectives on Psychological Science*, 8(4), 395–411. <https://doi.org/10.1177/1745691613485247>
- Skov, K., Johansen, S., Linnet, K., & Nielsen, M. (2022). A review on the forensic toxicology of global drug-facilitated sexual assaults. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 26(1), 183–197. <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/183-197.pdf>
- Slovic, P. (1997). Trust, emotion, sex, politics, and science: Surveying the risk assessment battlefield. *The University of Chicago Legal Forum*, 59–100. <https://doi.org/10.1023/A:1007041821623>



- Stragier, E. (2014). *Ethanol et épigénétique : conséquence neuroplastiques et fonctionnelles chez la souris*. [Thèse de doctorat, Université de Paris Descartes]. Thèses.fr. <https://www.theses.fr/2014PA05P604/abes#page=34>
- United Nations Office on Drugs and Crimes. (2023). *The World Drug Report 2023*. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210028233/read>
- Van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & Van den Brink, W. (2015) European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*. 29(6), 655–660. <https://doi.org/10.1177/0269881115581980>
- Viscusi, W. (1991). Age variations in risk perceptions and smoking decisions. *The Review of Economics and Statistics*, 73(4), 577–588. <https://doi.org/10.2307/2109396>
- Ward, R., Matthews, M., Weiner, J., Hogan, K., & Popson, H. (2012). Alcohol and sexual consent scale: Development and validation. *American Journal of Health Behavior*, 36(6), 746–756. <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.6.3>
- Wilhelm, C. (2012). *Jeunes, alcool et espaces publics : un concept interprofessionnel d'intervention*. Radix. [https://www.radix.ch/media/pxphbkjt/20120628\\_concept\\_dintervention\\_interprofessionnel.pdf](https://www.radix.ch/media/pxphbkjt/20120628_concept_dintervention_interprofessionnel.pdf)

## Annexes

### ❖ Annexe 1 : AUDIT-C (PEPra, n.d.).

#### **AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool des douze derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines.

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

(0) jamais (1) une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

(0) un ou deux (1) trois ou quatre (2) cinq ou six (3) sept à neuf (4) dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

(0) jamais (1) une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine

Total score : \_\_\_\_\_

### ❖ Annexe 2 : Version française de l'échelle de Ward (2012)

1. Une femme qui a beaucoup bu peut toujours donner son consentement légal pour une activité sexuelle.
2. Une personne qui est agressée sexuellement après avoir bu de l'alcool ne devrait blâmer qu'elle-même.
3. Les rapports sexuels consentis sous l'influence de l'alcool sont une partie normale et inoffensive de la vie étudiante.
4. L'alcool est la drogue (ou substance) la plus couramment utilisée pour les agressions sexuelles. \*
5. Lorsqu'une personne boit de l'alcool, elle laisse entendre qu'elle est intéressée à s'engager dans des relations sexuelles.
6. Si les deux partenaires sont en état d'ivresse et ont des rapports sexuels, l'homme ne peut être accusé d'agression sexuelle ou de viol.
7. Plus une personne a consommé d'alcool, moins elle est capable de consentir à une activité sexuelle. \*
8. Pour les hommes, l'état d'ivresse n'est pas un argument de défense contre une accusation d'agression sexuelle ou de viol. \*
9. Si une personne qui a bu devient somnolente ou inconsciente, elle ne peut pas donner son consentement à une activité sexuelle. \*
10. Lorsque l'alcool est impliqué dans une situation sexuelle, les signaux de communication sont facilement mal interprétés. \*
11. En règle générale, l'alcool rend les situations sexuelles plus faciles et plus agréables pour les hommes et les femmes.
12. La consommation d'alcool rend une personne plus vulnérable aux agressions sexuelles. \*

\* = item inversé

❖ **Annexe 3 : test post-hoc de Holm sur l'effet du type de substance sur la perception de la dangerosité générale.**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1					
danger général alcool	- danger général benzos	5.0922	1.2611	321.0000	4.0380	< .001
	- danger général cannabis	13.1838	1.6433	321.0000	8.0227	< .001
	- danger général ghb	-8.9712	1.2642	321.0000	-7.0965	< .001
	- danger général kétamine	-9.6349	1.3499	321.0000	-7.1373	< .001
	- danger général opioïdes	-6.7014	1.4953	321.0000	-4.4817	< .001
	- danger général mdma	-7.5821	1.5257	321.0000	-4.9697	< .001
danger général benzos	- danger général cannabis	8.0916	1.5999	321.0000	5.0576	< .001
	- danger général ghb	-14.0634	1.3767	321.0000	-10.2150	< .001
	- danger général kétamine	-14.7271	1.3290	321.0000	-11.0809	< .001
	- danger général opioïdes	-11.7936	1.4091	321.0000	-8.3698	< .001
	- danger général mdma	-12.6743	1.5166	321.0000	-8.3569	< .001
danger général cannabis	- danger général ghb	-22.1550	1.4254	321.0000	-15.5430	< .001
	- danger général kétamine	-22.8187	1.5727	321.0000	-14.5093	< .001
	- danger général opioïdes	-19.8853	1.7200	321.0000	-11.5613	< .001
	- danger général mdma	-20.7659	1.4013	321.0000	-14.8189	< .001
danger général ghb	- danger général kétamine	-0.6637	1.0672	321.0000	-0.6219	1.000
	- danger général opioïdes	2.2698	1.3030	321.0000	1.7419	0.330
	- danger général mdma	1.3891	1.2713	321.0000	1.0926	0.826
danger général kétamine	- danger général opioïdes	2.9335	1.1937	321.0000	2.4574	0.087
	- danger général mdma	2.0528	1.0535	321.0000	1.9486	0.261
danger général opioïdes	- danger général mdma	-0.8807	1.3867	321.0000	-0.6351	1.000

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 4 : Résultats du test de normalité des variables pour l'ANOVA mixte : substance x danger victime x genre**

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
genre	1.7222	0.4554	0.5812	< .001
Alcool_dfsa_victime	78.8704	16.0959	0.9360	< .001
Benzo_DFSA_victime	70.5309	22.2537	0.9486	< .001
Cannabis_DFSA_victime	62.7716	24.9843	0.9531	< .001
GHB_DFSA_victime	90.2284	16.1628	0.6697	< .001
Ketamine_DFSA_victime	77.2963	20.2671	0.9058	< .001
Opioïdes_DFSA_victime	75.0216	21.9644	0.9102	< .001
MDMA_DFSA_victime	81.1173	18.2159	0.8802	< .001

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 5 : test post-hoc de Holm sur l'effet du type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste.**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1					
danger victime alcool	- danger victime benzos	8.5005	1.3408	321.0000	6.3398	< .001
	- danger victime cannabis	17.8746	1.5964	321.0000	11.1967	< .001
	- danger victime ghb	-12.0743	1.1498	321.0000	-10.5011	< .001
	- danger victime kétamine	2.8804	1.3249	321.0000	2.1740	0.091
	- danger victime opioïdes	3.9046	1.4199	321.0000	2.7500	0.025
	- danger victime mdma	-1.1514	1.1715	321.0000	-0.9829	0.653
danger victime benzos	- danger victime cannabis	9.3740	1.6330	321.0000	5.7403	< .001
	- danger victime ghb	-20.5748	1.5025	321.0000	-13.6940	< .001
	- danger victime kétamine	-5.6201	1.3245	321.0000	-4.2432	< .001
	- danger victime opioïdes	-4.5959	1.3737	321.0000	-3.3456	0.005
	- danger victime mdma	-9.6520	1.3709	321.0000	-7.0405	< .001
danger victime cannabis	- danger victime ghb	-29.9488	1.6409	321.0000	-18.2518	< .001
	- danger victime kétamine	-14.9942	1.6670	321.0000	-8.9948	< .001
	- danger victime opioïdes	-13.9699	1.7242	321.0000	-8.1022	< .001
	- danger victime mdma	-19.0260	1.4448	321.0000	-13.1689	< .001
danger victime ghb	- danger victime kétamine	14.9547	1.3019	321.0000	11.4867	< .001
	- danger victime opioïdes	15.9789	1.4115	321.0000	11.3205	< .001
	- danger victime mdma	10.9228	1.3003	321.0000	8.4004	< .001
danger victime kétamine	- danger victime opioïdes	1.0242	1.2633	321.0000	0.8107	0.653
	- danger victime mdma	-4.0318	1.1384	321.0000	-3.5417	0.003
danger victime opioïdes	- danger victime mdma	-5.0561	1.3260	321.0000	-3.8131	0.001

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 6 : Résultats du test de normalité des variables pour l'ANOVA mixte : substance x danger auteur x genre.**

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
genre	1.7222	0.4554	0.5812	< .001
alcool_DFSA_auteur	52.8796	30.1287	0.9432	< .001
benzo_DFSA_auteur	66.4784	25.2890	0.9453	< .001
cannabis_DFSA_auteur	41.6975	29.2032	0.9433	< .001
ghb_DFSA_auteur	93.0463	13.6264	0.5854	< .001
ketamine_DFSA_auteur	72.2747	25.2008	0.9025	< .001
opioïdes_DFSA_auteur	70.2284	26.5798	0.9076	< .001
MDMA_DFSA_auteur	75.9259	24.4414	0.8667	< .001

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 7 : test post-hoc de Holm sur l'effet du type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte proactif.**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1					
danger auteur alcool	- danger auteur benzos	-13.6970	2.3237	321.0000	-5.8944	< .001
	- danger auteur cannabis	13.2526	1.8747	321.0000	7.0693	< .001
	- danger auteur ghb	-41.0535	2.0301	321.0000	-20.2224	< .001
	- danger auteur ketamine	-18.0098	2.3264	321.0000	-7.7416	< .001
	- danger auteur opioïdes	-17.5713	2.3492	321.0000	-7.4798	< .001
	- danger auteur mdma	-22.3850	2.1955	321.0000	-10.1957	< .001
danger auteur benzos	- danger auteur cannabis	26.9496	2.1379	321.0000	12.6057	< .001
	- danger auteur ghb	-27.3565	1.7238	321.0000	-15.8696	< .001
	- danger auteur ketamine	-4.3128	1.6308	321.0000	-2.6445	0.026
	- danger auteur opioïdes	-3.8743	1.6920	321.0000	-2.2897	0.045
	- danger auteur mdma	-8.6880	1.7631	321.0000	-4.9278	< .001
danger auteur cannabis	- danger auteur ghb	-54.3061	2.0042	321.0000	-27.0966	< .001
	- danger auteur ketamine	-31.2624	2.0293	321.0000	-15.4054	< .001
	- danger auteur opioïdes	-30.8239	2.1099	321.0000	-14.6093	< .001
	- danger auteur mdma	-35.6376	1.9257	321.0000	-18.5059	< .001
danger auteur ghb	- danger auteur ketamine	23.0437	1.6787	321.0000	13.7275	< .001
	- danger auteur opioïdes	23.4822	1.8079	321.0000	12.9888	< .001
	- danger auteur mdma	18.6685	1.6649	321.0000	11.2131	< .001
danger auteur ketamine	- danger auteur opioïdes	0.4385	1.5212	321.0000	0.2882	0.773
	- danger auteur mdma	-4.3752	1.5003	321.0000	-2.9163	0.019
danger auteur opioïdes	- danger auteur mdma	-4.8137	1.6972	321.0000	-2.8362	0.019

*Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)*

❖ **Annexe 8 – Résultats des tests post hoc de l'interaction Genre × Substance sur la perception de la dangerosité générale (avec correction de Holm)**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Alcool général	1	- Danger Alcool général	2	-1.5216	2.1841	321.0000	-0.6966	1.000
		- Danger Benzodiadépines général	1	7.3956	2.1375	321.0000	3.4599	0.025
		- Danger Benzodiadépines général	2	1.2672	2.2575	321.0000	0.5614	1.000
		- Danger Cannabis général	1	19.0659	2.7854	321.0000	6.8449	< .001
		- Danger Cannabis général	2	5.7802	2.3865	321.0000	2.4221	0.496
		- Danger GHB général	1	-9.2527	2.1428	321.0000	-4.3181	0.001
		- Danger GHB général	2	-10.2112	2.1422	321.0000	-4.7667	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-10.1319	2.2882	321.0000	-4.4280	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-10.6595	2.1094	321.0000	-5.0533	< .001
		- Danger Opioïdes général	1	-8.7692	2.5345	321.0000	-3.4599	0.025
		- Danger Opioïdes général	2	-6.1552	2.2766	321.0000	-2.7037	0.253
		- Danger MDA/MDMA général	1	-7.0220	2.5860	321.0000	-2.7154	0.251
		- Danger MDA/MDMA général	2	-9.6638	2.1860	321.0000	-4.4208	< .001
	2	- Danger Benzodiadépines général	1	8.9172	2.3666	321.0000	3.7679	0.009
		- Danger Benzodiadépines général	2	2.7888	1.3387	321.0000	2.0832	1.000
		- Danger Cannabis général	1	20.5875	2.6699	321.0000	7.7110	< .001
		- Danger Cannabis général	2	7.3017	1.7445	321.0000	4.1856	0.002
		- Danger GHB général	1	-7.7312	2.0756	321.0000	-3.7248	0.010
		- Danger GHB général	2	-8.6897	1.3420	321.0000	-6.4751	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-8.6103	1.9881	321.0000	-4.3310	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-9.1379	1.4330	321.0000	-6.3766	< .001
		- Danger Opioïdes général	1	-7.2477	2.4129	321.0000	-3.0037	0.112

## Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Benzodiadépines général	1	- Danger Opioïdes général	2	-4.6336	1.5874	321.0000	-2.9191	0.139
		- Danger MDA/MDMA général	1	-5.5004	2.1889	321.0000	-2.5129	0.406
		- Danger MDA/MDMA général	2	-8.1422	1.6196	321.0000	-5.0273	< .001
		- Danger Benzodiadépines général	2	-6.1284	2.4345	321.0000	-2.5173	0.406
		- Danger Cannabis général	1	11.6703	2.7118	321.0000	4.3035	0.001
		- Danger Cannabis général	2	-1.6154	2.5545	321.0000	-0.6324	1.000
		- Danger GHB général	1	-16.6484	2.3336	321.0000	-7.1342	< .001
		- Danger GHB général	2	-17.6068	2.3280	321.0000	-7.5631	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-17.5275	2.2528	321.0000	-7.7805	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-18.0551	2.2978	321.0000	-7.8575	< .001
	2	- Danger Opioïdes général	1	-16.1648	2.3884	321.0000	-6.7681	< .001
		- Danger Opioïdes général	2	-13.5508	2.4522	321.0000	-5.5259	< .001
		- Danger MDA/MDMA général	1	-14.4176	2.5707	321.0000	-5.6085	< .001
		- Danger MDA/MDMA général	2	-17.0594	2.3683	321.0000	-7.2031	< .001
		- Danger Cannabis général	1	17.7987	2.7302	321.0000	6.5192	< .001
		- Danger Cannabis général	2	4.5129	1.6984	321.0000	2.6572	0.281
		- Danger GHB général	1	-10.5200	2.1526	321.0000	-4.8870	< .001
		- Danger GHB général	2	-11.4784	1.4615	321.0000	-7.8538	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-11.3991	2.0684	321.0000	-5.5111	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-11.9267	1.4109	321.0000	-8.4534	< .001
		- Danger Opioïdes général	1	-10.0365	2.4795	321.0000	-4.0478	0.003
		- Danger Opioïdes général	2	-7.4224	1.4958	321.0000	-4.9621	< .001
		- Danger MDA/MDMA général	1	-8.2892	2.2621	321.0000	-3.6645	0.012

## Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison								
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger Cannabis général	1	- Danger MDA/MDMA général	2	-10.9310	1.6100	321.0000	-6.7895	< .001
		- Danger Cannabis général	2	-13.2858	2.8378	321.0000	-4.6817	< .001
		- Danger GHB général	1	-28.3187	2.4161	321.0000	-11.7209	< .001
		- Danger GHB général	2	-29.2771	2.6357	321.0000	-11.1079	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-29.1978	2.6657	321.0000	-10.9530	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-29.7254	2.6091	321.0000	-11.3929	< .001
		- Danger Opioïdes général	1	-27.8352	2.9154	321.0000	-9.5476	< .001
		- Danger Opioïdes général	2	-25.2211	2.7461	321.0000	-9.1845	< .001
	2	- Danger MDA/MDMA général	1	-26.0879	2.3752	321.0000	-10.9832	< .001
		- Danger MDA/MDMA général	2	-28.7297	2.6714	321.0000	-10.7545	< .001
		- Danger GHB général	1	-15.0329	2.2876	321.0000	-6.5716	< .001
		- Danger GHB général	2	-15.9914	1.5132	321.0000	-10.5681	< .001
		- Danger Kétamine général	1	-15.9120	2.2085	321.0000	-7.2050	< .001
		- Danger Kétamine général	2	-16.4397	1.6695	321.0000	-9.8469	< .001
		- Danger Opioïdes général	1	-14.5494	2.5975	321.0000	-5.6013	< .001
		- Danger Opioïdes général	2	-11.9353	1.8259	321.0000	-6.5367	< .001
Danger GHB général	1	- Danger MDA/MDMA général	1	-12.8022	2.3908	321.0000	-5.3547	< .001
		- Danger MDA/MDMA général	2	-15.4440	1.4876	321.0000	-10.3818	< .001
		- Danger GHB général	2	-0.9585	2.0314	321.0000	-0.4718	1.000
		- Danger Kétamine général	1	-0.8791	1.8089	321.0000	-0.4860	1.000
		- Danger Kétamine général	2	-1.4067	1.9968	321.0000	-0.7045	1.000
		- Danger Opioïdes général	1	0.4835	2.2087	321.0000	0.2189	1.000
		- Danger Opioïdes général	2	3.0976	2.1727	321.0000	1.4257	1.000



Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison								
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger Kétamine général	2	- Danger MDA/MDMA général	1	2.2308	2.1549	321.0000	1.0352	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	2	-0.4110	2.0775	321.0000	-0.1979	1.000
		- Danger Kétamine général	1	0.0793	1.9419	321.0000	0.0409	1.000
		- Danger Kétamine général	2	-0.4483	1.1329	321.0000	-0.3957	1.000
		- Danger Opioïdes général	1	1.4420	2.3750	321.0000	0.6071	1.000
		- Danger Opioïdes général	2	4.0560	1.3833	321.0000	2.9322	0.137
		- Danger MDA/MDMA général	1	3.1892	2.1470	321.0000	1.4854	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	2	0.5474	1.3496	321.0000	0.4056	1.000
	1	- Danger Kétamine général	2	-0.5276	1.9057	321.0000	-0.2769	1.000
		- Danger Opioïdes général	1	1.3626	2.0234	321.0000	0.6735	1.000
		- Danger Opioïdes général	2	3.9767	2.0893	321.0000	1.9034	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	1	3.1099	1.7857	321.0000	1.7416	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	2	0.4681	1.9901	321.0000	0.2352	1.000
		- Danger Opioïdes général	1	1.8903	2.3455	321.0000	0.8059	1.000
		- Danger Opioïdes général	2	4.5043	1.2672	321.0000	3.5545	0.018
		- Danger MDA/MDMA général	1	3.6375	2.1143	321.0000	1.7204	1.000
Danger Opioïdes général	1	- Danger MDA/MDMA général	2	0.9957	1.1183	321.0000	0.8903	1.000
		- Danger Opioïdes général	2	2.6141	2.4969	321.0000	1.0469	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	1	1.7473	2.3504	321.0000	0.7434	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	2	-0.8946	2.4146	321.0000	-0.3705	1.000

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison								
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger MDA/MDMA général	2	- Danger MDA/MDMA général	1	-0.8668	2.2812	321.0000	-0.3800	1.000
		- Danger MDA/MDMA général	2	-3.5086	1.4720	321.0000	-2.3835	0.532
	1	- Danger MDA/MDMA général	2	-2.6418	2.1907	321.0000	-1.2059	1.000

Tableaux générés avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 9 – Résultats des tests post hoc de l'interaction Genre × Substance sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste (avec correction de Holm)**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison		Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Alcool opportuniste	1	- Danger Alcool opportuniste	2	-3.0012	1.9901	321.0000	-1.5081	1.000
		- Danger Benzodiadépines opportuniste	1	8.9451	2.2727	321.0000	3.9358	0.004
		- Danger Benzodiadépines opportuniste	2	5.0548	2.2311	321.0000	2.2656	0.555
		- Danger Cannabis opportuniste	1	21.9560	2.7059	321.0000	8.1140	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	2	10.7919	2.3329	321.0000	4.6259	< .001
		- Danger GHB opportuniste	1	-13.7692	1.9489	321.0000	-7.0650	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-13.3805	1.9942	321.0000	-6.7098	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	5.8901	2.2458	321.0000	2.6228	0.247
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-3.1305	2.1342	321.0000	-1.4669	1.000
		- Danger Opioïdes opportuniste	1	4.0549	2.4067	321.0000	1.6849	1.000
		- Danger Opioïdes opportuniste	2	0.7531	2.2198	321.0000	0.3393	1.000
	2	- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	1.2747	1.9857	321.0000	0.6420	1.000
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-6.5788	2.0561	321.0000	-3.1996	0.053
		- Danger Benzodiadépines opportuniste	1	11.9463	2.5601	321.0000	4.6663	< .001
		- Danger Benzodiadépines opportuniste	2	8.0560	1.4234	321.0000	5.6598	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	1	24.9573	2.7819	321.0000	8.9713	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	2	13.7931	1.6947	321.0000	8.1389	< .001
		- Danger GHB opportuniste	1	-10.7680	2.0005	321.0000	-5.3827	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-10.3793	1.2206	321.0000	-8.5034	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	8.8913	2.3400	321.0000	3.7998	0.007
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-0.1293	1.4065	321.0000	-0.0919	1.000
		- Danger Opioïdes opportuniste	1	7.0562	2.5349	321.0000	2.7836	0.165

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	P <sub>holm</sub>
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Benzodiadépines opportuniste	1	- Danger Opioides opportuniste	2	3.7543	1.5073	321.0000	2.4908	0.345
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	4.2760	2.1545	321.0000	1.9846	0.961
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-3.5776	1.2436	321.0000	-2.8768	0.133
		- Danger Benzodiadépines opportuniste	2	-3.8903	2.7516	321.0000	-1.4138	1.000
		- Danger Cannabis opportuniste	1	13.0110	2.7680	321.0000	4.7005	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	2	1.8468	2.8348	321.0000	0.6515	1.000
		- Danger GHB opportuniste	1	-22.7143	2.5467	321.0000	-8.9191	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-22.3256	2.5633	321.0000	-8.7098	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	-3.0549	2.2451	321.0000	-1.3607	1.000
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-12.0756	2.6736	321.0000	-4.5165	< .001
	2	- Danger Opioides opportuniste	1	-4.8901	2.3285	321.0000	-2.1001	0.803
		- Danger Opioides opportuniste	2	-8.1920	2.7425	321.0000	-2.9871	0.103
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-7.6703	2.3237	321.0000	-3.3009	0.039
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-15.5239	2.6118	321.0000	-5.9438	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	1	16.9012	2.9591	321.0000	5.7116	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	2	5.7371	1.7336	321.0000	3.3094	0.039
		- Danger GHB opportuniste	1	-18.8240	2.2404	321.0000	-8.4021	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-18.4353	1.5950	321.0000	-11.5584	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	0.8353	2.5481	321.0000	0.3278	1.000
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-8.1853	1.4061	321.0000	-5.8214	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	1	-0.9999	2.7282	321.0000	-0.3665	1.000
		- Danger Opioides opportuniste	2	-4.3017	1.4583	321.0000	-2.9498	0.113
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-3.7801	2.3789	321.0000	-1.5890	1.000
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-11.5239	2.6118	321.0000	-4.4138	< .001

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	P <sub>holm</sub>
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Cannabis opportuniste	1	- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-11.6336	1.4553	321.0000	-7.9938	< .001
		- Danger Cannabis opportuniste	2	-11.1642	3.0366	321.0000	-3.6765	0.011
		- Danger GHB opportuniste	1	-35.7253	2.7813	321.0000	-12.8448	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-35.3366	2.7848	321.0000	-12.6889	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	-16.0659	2.8256	321.0000	-5.6859	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-25.0866	2.8867	321.0000	-8.6903	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	1	-17.9011	2.9226	321.0000	-6.1251	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	2	-21.2030	2.9506	321.0000	-7.1860	< .001
	2	- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-20.6813	2.4489	321.0000	-8.4451	< .001
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-28.5349	2.8296	321.0000	-10.0846	< .001
		- Danger GHB opportuniste	1	-24.5611	2.3418	321.0000	-10.4881	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	-24.1724	1.7419	321.0000	-13.8770	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	1	-4.9018	2.6377	321.0000	-1.8583	1.000
		- Danger Kétamine opportuniste	2	-13.9224	1.7696	321.0000	-7.8674	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	1	-6.7369	2.8121	321.0000	-2.3957	0.429
		- Danger Opioides opportuniste	2	-10.0388	1.8304	321.0000	-5.4845	< .001
Danger GHB opportuniste	1	- Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-9.5171	2.4747	321.0000	-3.8458	0.006
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-17.3707	1.5337	321.0000	-11.3258	< .001
		- Danger GHB opportuniste	2	0.3887	2.0046	321.0000	0.1939	1.000
		- Danger Kétamine opportuniste	1	19.6593	2.2068	321.0000	8.9087	< .001
		- Danger Kétamine opportuniste	2	10.6387	2.1439	321.0000	4.9623	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	1	17.8242	2.3925	321.0000	7.4500	< .001
		- Danger Opioides opportuniste	2	14.5223	2.2291	321.0000	6.5149	< .001

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison		Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger Kétamine opportuniste	2	-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	15.0440	2.2040	321.0000	6.8258	< .001
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	2	7.1904	2.0662	321.0000	3.4800	0.022
		-		Danger Kétamine opportuniste	1	19.2707	2.3434	321.0000	8.2232	< .001
		-		Danger Kétamine opportuniste	2	10.2500	1.3821	321.0000	7.4164	< .001
		-		Danger Opioides opportuniste	1	17.4355	2.5381	321.0000	6.8695	< .001
		-		Danger Opioides opportuniste	2	14.1336	1.4984	321.0000	9.4324	< .001
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	14.6553	2.1583	321.0000	6.7902	< .001
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	2	6.8017	1.3803	321.0000	4.9276	< .001
	1	-		Danger Kétamine opportuniste	2	-9.0207	2.4637	321.0000	-3.6615	0.012
		-		Danger Opioides opportuniste	1	-1.8352	2.1414	321.0000	-0.8570	1.000
		-		Danger Opioides opportuniste	2	-5.1370	2.5382	321.0000	-2.0239	0.920
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-4.6154	1.9296	321.0000	-2.3919	0.429
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-12.4689	2.3964	321.0000	-5.2032	< .001
		-		Danger Opioides opportuniste	1	7.1855	2.6495	321.0000	2.7120	0.197
		-		Danger Opioides opportuniste	2	3.8836	1.3411	321.0000	2.8958	0.129
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	4.4053	2.2883	321.0000	1.9251	1.000
Danger Opioides opportuniste	1	-		Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-3.4483	1.2085	321.0000	-2.8534	0.138
		-		Danger Opioides opportuniste	2	-3.3019	2.7189	321.0000	-1.2144	1.000
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	-2.7802	2.2475	321.0000	-1.2370	1.000
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-10.6338	2.5871	321.0000	-4.1103	0.002
	2	-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	0.5216	2.3683	321.0000	0.2203	1.000
		-		Danger MDA/MDMA opportuniste	1	0.5216	2.3683	321.0000	0.2203	1.000

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	P <sub>holm</sub>
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger MDA/MDMA opportuniste	1	- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-7.3319	1.4076	321.0000	-5.2088	< .001
		- Danger MDA/MDMA opportuniste	2	-7.8535	2.2157	321.0000	-3.5445	0.018

*Tableaux générés avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)*

❖ **Annexe 10 – Résultats des tests post hoc de l'interaction Genre × Substance sur la perception de la dangerosité en contexte proactif (avec correction de Holm)**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Alcool proactif	1	- Danger Alcool proactif	2	-4.9533	3.7276	321.0000	-1.3288	1.000
		- Danger Benzodiazépines proactif	1	-13.6484	3.9388	321.0000	-3.4651	0.016
		- Danger Benzodiazépines proactif	2	-18.6990	3.5664	321.0000	-5.2431	< .001
		- Danger Cannabis proactif	1	18.0440	3.1776	321.0000	5.6785	< .001
		- Danger Cannabis proactif	2	3.5079	3.6734	321.0000	0.9550	1.000
		- Danger GHB proactif	1	-43.0769	3.4410	321.0000	-12.5186	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-43.9835	3.2839	321.0000	-13.3936	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	-14.7912	3.9432	321.0000	-3.7510	0.006
		- Danger Kétamine proactif	2	-26.1817	3.5526	321.0000	-7.3698	< .001
		- Danger Opioides proactif	1	-18.0220	3.9819	321.0000	-4.5260	< .001
		- Danger Opioides proactif	2	-22.0740	3.6097	321.0000	-6.1152	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	-20.8132	3.7215	321.0000	-5.5927	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-28.9102	3.5375	321.0000	-8.1726	< .001
	2	- Danger Benzodiazépines proactif	1	-8.6951	3.3011	321.0000	-2.6340	0.195
		- Danger Benzodiazépines proactif	2	-13.7457	2.4668	321.0000	-5.5722	< .001
		- Danger Cannabis proactif	1	22.9973	3.5877	321.0000	6.4100	< .001
		- Danger Cannabis proactif	2	8.4612	1.9901	321.0000	4.2516	< .001
		- Danger GHB proactif	1	-38.1236	2.4422	321.0000	-15.6104	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-39.0302	2.1551	321.0000	-18.1106	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	-9.8379	3.2629	321.0000	-3.0151	0.069
		- Danger Kétamine proactif	2	-21.2284	2.4696	321.0000	-8.5958	< .001
		- Danger Opioides proactif	1	-13.0687	3.4190	321.0000	-3.8223	0.005



## Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison								
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger Benzodiazépines proactif	1	- Danger Opioides proactif	2	-17.1207	2.4938	321.0000	-6.8653	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	-15.8599	3.2208	321.0000	-4.9242	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-23.9569	2.3307	321.0000	-10.2787	< .001
		- Danger Benzodiazépines proactif	2	-5.0506	3.1179	321.0000	-1.6199	1.000
		- Danger Cannabis proactif	1	31.6923	3.6237	321.0000	8.7458	< .001
		- Danger Cannabis proactif	2	17.1563	3.2398	321.0000	5.2955	< .001
		- Danger GHB proactif	1	-29.4286	2.9219	321.0000	-10.0717	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-30.3351	2.7904	321.0000	-10.8711	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	-1.1429	2.7643	321.0000	-0.4134	1.000
		- Danger Kétamine proactif	2	-12.5334	3.1021	321.0000	-4.0403	0.002
		- Danger Opioides proactif	1	-4.3736	2.8680	321.0000	-1.5250	1.000
		- Danger Opioides proactif	2	-8.4256	3.1674	321.0000	-2.6601	0.189
	2	- Danger MDA/MDMA proactif	1	-7.1648	2.9884	321.0000	-2.3975	0.324
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-15.2618	3.0848	321.0000	-4.9474	< .001
		- Danger Cannabis proactif	1	36.7429	3.4200	321.0000	10.7437	< .001
		- Danger Cannabis proactif	2	22.2069	2.2695	321.0000	9.7849	< .001
		- Danger GHB proactif	1	-24.3779	2.1883	321.0000	-11.1403	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-25.2845	1.8300	321.0000	-13.8169	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	3.9078	3.0775	321.0000	1.2698	1.000
		- Danger Kétamine proactif	2	-7.4828	1.7312	321.0000	-4.3222	< .001
		- Danger Opioides proactif	1	0.6770	3.2425	321.0000	0.2088	1.000
		- Danger Opioides proactif	2	-3.3750	1.7962	321.0000	-1.8790	0.979
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	-2.1142	3.0328	321.0000	-0.6971	1.000

## Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison								
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Danger Cannabis proactif	1	- Danger MDA/MDMA proactif	2	-10.2112	1.8716	321.0000	-5.4558	< .001
		- Danger Cannabis proactif	2	-14.5360	3.5314	321.0000	-4.1163	0.002
		- Danger GHB proactif	1	-61.1209	3.3971	321.0000	-17.9921	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-62.0274	3.1243	321.0000	-19.8533	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	-32.8352	3.4397	321.0000	-9.5459	< .001
		- Danger Kétamine proactif	2	-44.2257	3.4056	321.0000	-12.9864	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	1	-36.0659	3.5763	321.0000	-10.0848	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	2	-40.1179	3.4651	321.0000	-11.5777	< .001
	2	- Danger MDA/MDMA proactif	1	-38.8571	3.2642	321.0000	-11.9042	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-46.9541	3.3898	321.0000	-13.8517	< .001
		- Danger GHB proactif	1	-46.5848	2.3586	321.0000	-19.7510	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-47.4914	2.1276	321.0000	-22.3219	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	-18.2991	3.2008	321.0000	-5.7170	< .001
		- Danger Kétamine proactif	2	-29.6897	2.1543	321.0000	-13.7818	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	1	-21.5299	3.3599	321.0000	-6.4080	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	2	-25.5819	2.2398	321.0000	-11.4216	< .001
Danger GHB proactif	1	- Danger MDA/MDMA proactif	1	-24.3211	3.1579	321.0000	-7.7017	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-32.4181	2.0443	321.0000	-15.8577	< .001
		- Danger GHB proactif	2	-0.9065	1.6893	321.0000	-0.5367	1.000
		- Danger Kétamine proactif	1	28.2857	2.8453	321.0000	9.9411	< .001
		- Danger Kétamine proactif	2	16.8952	2.1657	321.0000	7.8013	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	1	25.0549	3.0644	321.0000	8.1762	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	2	21.0029	2.2582	321.0000	9.3008	< .001

## Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Mesures répétées - facteur 1		Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger Kétamine proactif	2	- Danger MDA/MDMA proactif	1	22.2637	2.8220	321.0000	7.8893	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	14.1667	2.1408	321.0000	6.6175	< .001
		- Danger Kétamine proactif	1	29.1923	2.7452	321.0000	10.6341	< .001
		- Danger Kétamine proactif	2	17.8017	1.7820	321.0000	9.9897	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	1	25.9615	2.9290	321.0000	8.8635	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	2	21.9095	1.9192	321.0000	11.4160	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	23.1703	2.6950	321.0000	8.5976	< .001
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	15.0733	1.7674	321.0000	8.5285	< .001
	1	- Danger Kétamine proactif	2	-11.3905	3.0615	321.0000	-3.7206	0.007
		- Danger Opioïdes proactif	1	-3.2308	2.5785	321.0000	-1.2530	1.000
		- Danger Opioïdes proactif	2	-7.2828	3.1276	321.0000	-2.3286	0.349
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	-6.0220	2.5430	321.0000	-2.3681	0.333
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-14.1190	3.0439	321.0000	-4.6384	< .001
		- Danger Opioïdes proactif	1	8.1598	3.2273	321.0000	2.5283	0.240
		- Danger Opioïdes proactif	2	4.1078	1.6149	321.0000	2.5436	0.240
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	5.3686	3.0165	321.0000	1.7797	1.000
Danger Opioïdes proactif	1	- Danger MDA/MDMA proactif	2	-2.7284	1.5927	321.0000	-1.7131	1.000
		- Danger Opioïdes proactif	2	-4.0520	3.2901	321.0000	-1.2316	1.000
		- Danger MDA/MDMA proactif	1	-2.7912	2.8768	321.0000	-0.9702	1.000
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-10.8882	3.2107	321.0000	-3.3912	0.020
		- Danger Opioïdes proactif						

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1 \* genre

Comparaison				Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
Mesures répétées - facteur 1	genre	Mesures répétées - facteur 1	genre					
Danger MDA/MDMA proactif	2	- Danger MDA/MDMA proactif	1	1.2608	3.0836	321.0000	0.4089	1.000
		- Danger MDA/MDMA proactif	2	-6.8362	1.8017	321.0000	-3.7942	0.005
	1	- Danger MDA/MDMA proactif	2	-8.0970	2.9987	321.0000	-2.7002	0.175

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 11 : test post-hoc de Holm sur l'effet du genre sur la perception de la dangerosité générale.**

Comparaisons post hoc - genre

Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
genre	genre					
1	- 2	-3.2071	1.4165	321.0000	-2.2641	0.024

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 12 : test post-hoc de Holm sur l'effet du genre sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste.**

Comparaisons post hoc - genre

Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
genre	genre					
1	- 2	-5.4061	1.6582	321.0000	-3.2603	0.001

Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)

❖ **Annexe 13 : test post-hoc de Holm sur l'effet du genre sur la perception de la dangerosité en contexte proactif.**

Comparaisons post hoc - genre						
Comparaison		Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Pholm
genre	genre					
1	- 2	-6.9980	1.8443	321.0000	-3.7943	< .001

*Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)*

❖ **Annexe 14 : matrice de corrélation positive entre l'AMMSA et l'échelle de Ward.**

Matrice de corrélation			
		TOT_WARD	TOT_AMMSA
TOT_WARD	r de Pearson	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
	Borne sup de l'IC95%	—	
	Borne inf de l'IC95%	—	
TOT_AMMSA	r de Pearson	0.5372	—
	ddl	321	—
	valeur p	< .001	—
	Borne sup de l'IC95%	1.0000	—
	Borne inf de l'IC95%	0.4685	—

Note.  $H_a$  est une corrélation positive

*Tableau généré avec le logiciel Jamovi (version 2.3.28)*

❖ **Annexe 15 : Tableau récapitulatif des résultats post hoc pertinents concernant l'effet d'interaction entre le genre et le type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte général**

Substance	Différence moyenne H/F	Erreur standard	<i>t</i>	<i>p<sub>holm</sub></i>	Significativité
<i>Alcool</i>	-1.5216	2.1841	-0.6966	1.000	Non
<i>Benzodiazépines</i>	-6.1284	2.4345	-2.5173	0.406	Non
<i>Cannabis</i>	-13.2858	2.8378	-4.6817	< .001	Oui
<i>GHB</i>	-0.9585	2.0314	-0.4718	1.000	Non
<i>Kétamine</i>	-0.5276	1.9057	-0.2769	1.000	Non
<i>Opioides</i>	2.6141	2.4969	1.0469	1.000	Non
<i>MDA/MDMA</i>	-2.6418	2.1907	-1.2059	1.000	Non

❖ **Annexe 16 : Tableau récapitulatif des résultats post hoc pertinents concernant l'effet d'interaction entre le genre et le type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte opportuniste**

Substance	Différence moyenne H/F	Erreur standard	<i>t</i>	<i>p<sub>holm</sub></i>	Significativité
<i>Alcool</i>	-3.0012	1.9901	-1.5081	1.000	Non
<i>Benzodiazépines</i>	-3.8903	2.7516	-1.4138	1.000	Non
<i>Cannabis</i>	-11.1642	3.0366	-3.6765	.011	Oui
<i>GHB</i>	0.3887	2.0046	0.1939	1.000	Non
<i>Kétamine</i>	-9.0207	2.4637	-3.6615	.012	Oui
<i>Opioides</i>	-3.3019	2.7189	-1.2144	1.000	Non
<i>MDA/MDMA</i>	-7.8538	2.2157	-3.5445	.018	Oui

❖ **Annexe 17 : Tableau récapitulatif des résultats post hoc pertinents concernant l'effet d'interaction entre le genre et le type de substance sur la perception de la dangerosité en contexte proactif**

Substance	Différence moyenne H/F	Erreur standard	<i>t</i>	<i>p<sub>holm</sub></i>	Significativité
<i>Alcool</i>	-4.9533	3.7276	-1.3288	1.000	Non
<i>Benzodiazépines</i>	-5.0506	3.1179	-1.6199	1.000	Non
<i>Cannabis</i>	-14.5360	3.5314	-4.1163	.002	Oui
<i>GHB</i>	-0.9065	1.6893	-0.4367	1.000	Non
<i>Kétamine</i>	-11.3905	3.0615	-3.7206	.007	Oui
<i>Opioides</i>	-4.0520	3.2901	-1.2316	1.000	Non
<i>MDA/MDMA</i>	-8.0970	2.9987	-2.7002	0.175	Non

## Résumé

L'objectif de ce mémoire est d'explorer la perception de la dangerosité de différentes substances, spécifiquement dans le cadre des agressions sexuelles. Cette perception est étudiée en lien avec l'adhésion aux mythes du viol et la représentation du consentement sous alcool. Les mythes du viol renvoient à des croyances biaisées concernant le viol, les victimes et les agresseurs (Burt, 1980). Ils visent généralement à minimiser la responsabilité de l'agresseur et/ou à accroître celle attribuée à la victime (Lonsway & Fitzgerald, 1994).

Plus précisément, ce travail analyse l'influence de plusieurs variables sur la perception de la dangerosité : le type de substance, la consommation personnelle des participants, et leur genre. L'impact de l'adhésion aux mythes du viol sur cette perception est également étudié. Enfin, nous examinons le lien entre le genre, l'adhésion aux mythes du viol et la conception du consentement sous alcool.

Pour ce faire, un questionnaire en ligne auto-administré a été élaboré. Il portait sur sept substances identifiées, d'après la littérature scientifique, comme étant les plus fréquemment impliquées dans les agressions sexuelles facilitées par les drogues (à savoir : l'alcool, les benzodiazépines, le cannabis, le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDA/MDMA). Une distinction a été faite entre la perception de danger en général, en contexte opportuniste (consommation volontaire par la victime dont l'agresseur profite) et en contexte proactif (administration volontaire de la substance par l'agresseur) (Grela et al., 2018).

Les résultats confirment la plupart des hypothèses formulées. La seule exception concerne l'absence de lien entre l'adhésion aux mythes du viol et la perception de la dangerosité des substances ; ce qui pourrait s'expliquer par la faible adhésion à ces mythes observée dans notre échantillon. Ces résultats contribuent à une meilleure compréhension du rôle des concepts étudiés dans la perception de la dangerosité des drogues, ainsi que des variables influençant la représentation des agressions sexuelles. Ils peuvent également alimenter les réflexions futures en matière de recherche à ce sujet.