

Étude sur la perception de la dangerosité des drogues dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance chez les personnes de 25 ans et plus

Auteur : Huybregts, Julie

Promoteur(s) : Quertemont, Etienne

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24577>

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'œuvre 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.

Étude sur la perception de la dangerosité des drogues dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance chez les personnes de 25 ans et plus

Mémoire présenté par **Julie Huybregts** en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques, à finalité psychologie clinique

Promoteur : Étienne QUERTEMONT
Doctorante : Leeloo GODEFROID
Lectrices : Jessica SIMON & Fanny KREUSCH

Année académique 2024-2025

Remerciements

Avant de vous présenter mon mémoire, je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui m'ont aidée à le réaliser, mais aussi envers celles qui m'ont soutenue tout au long de mes études. Sans leur présence et leur appui, ce parcours aurait été bien plus difficile.

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Monsieur Étienne Quertemont, mon promoteur, pour sa bienveillance et son accompagnement tout au long de l'élaboration de mon pré-mémoire et de mon mémoire. Je le remercie également de m'avoir permis de réaliser ce travail au sein de son service, en me permettant de réaliser le projet qui m'intéressait le plus.

Un immense merci également à Leeloo Godefroid, notre doctorante, pour sa patience, sa disponibilité et sa bienveillance. Elle a pris le temps de nous écouter, nous guider et répondre avec grande réactivité à toutes les questions que je me suis posées au fil de ce mémoire.

Je remercie sincèrement mes lectrices, Fanny Kreusch et Jessica Simon, pour le temps qu'elles ont consacré à la lecture de mon mémoire et pour l'intérêt qu'elles ont porté à mon sujet.

Ma reconnaissance se porte aussi à toutes les personnes du centre où j'ai effectué mon stage. Cette expérience a été incroyablement formatrice et enrichissante, et m'a permis de grandir tant personnellement que professionnellement. Merci pour votre accueil et votre confiance.

Je souhaite également adresser un mot de reconnaissance à toutes les personnes qui ont accepté de participer à mon étude. Merci d'avoir pris le temps de répondre avec sincérité, parfois sur des sujets sensibles ou personnels. Votre contribution a été précieuse, non seulement pour la réalisation de ce mémoire, mais aussi pour faire avancer la réflexion sur une problématique importante. Sans votre implication, ce travail n'aurait tout simplement pas été possible.

Je tiens à remercier aussi mes amis, ainsi que toutes celles et ceux qui ont, d'une manière ou d'une autre, marqué mon parcours. Ces personnes qui ont cru en moi, parfois même bien plus que je n'y croyais moi-même. Merci pour vos encouragements, vos mots justes au bon moment, votre présence, qui ont été de véritables piliers.

Je souhaite exprimer ma plus grande reconnaissance, envers ma famille, et tout particulièrement ma marraine, ma sœur et ma grand-mère. Par votre amour, votre patience et votre force, vous m'avez toujours soutenue tout au long de ces années d'études. Vous avez toujours été présentes, dans les bons moments comme dans les plus difficiles, avec votre écoute, vos encouragements et vos conseils. Vous m'avez donné la force de continuer, de me relever et de persévirer, même quand le chemin semblait trop long. Grâce à vous, je n'ai jamais été seule face aux difficultés. Vous êtes les racines de ma ténacité. Et une pensée à mon papy qui aurait été très fier de mon parcours.

Et puis, il y a ma maman. Il est difficile de trouver les mots justes tant elle a été essentielle dans chaque étape de ce parcours. Elle a été mon ancrage, mon moteur et mon refuge. Sa confiance en moi, sa patience infinie, son écoute, ses bras toujours ouverts face à mes doutes et ses mots réconfortants ont constitué les fondations invisibles de ce mémoire. C'est à elle

que je dois la possibilité d'avoir mené ces études jusqu'au bout. Ce mémoire n'est donc pas uniquement le fruit de mon travail, il est aussi le reflet de son amour inconditionnel et de la force qu'elle m'a transmise, jour après jour. Je lui adresse ma gratitude la plus profonde.

Merci.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
<i>Table des matières</i>	4
<i>Liste des tableaux</i>	6
<i>Liste des annexes</i>	6
<i>Liste des figures</i>	8
<i>Liste des abréviations</i>	9
1. Introduction : problématique générale	12
2. Revue de la littérature :	14
2.1) Agressions sexuelles	14
2.2) Agressions sexuelles facilitées par les drogues :	15
2.2.1) Législation des drogues	17
2.2.2) Analyse toxicologique	18
2.3) Drogues utilisées dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) :	19
2.3.1) Éthanol	20
2.3.2) Cannabis	21
2.3.3) Opioïdes	22
2.3.4) Kétamine	23
2.3.5) Benzodiazépines	25
2.3.6) GHB (<i>gamma-hydroxybutyrate</i>)	26
2.3.7) MDMA (<i>ecstasy</i>)	27
2.4) Perception de la dangerosité des drogues en général	28
2.5) Perception de la dangerosité des drogues dans les ASFS	30
3. Hypothèses	31
3.1) Objectif de l'étude	31
3.2) Hypothèses principales	33
3.3) Hypothèses exploratoires	34
4. Méthodologie : Conception de la recherche	34
4.1) Population participante et échantillon	34
4.2) Recrutement, procédure, consentements et éthique	35
4.3) Questionnaire détaillé	36
4.3.1) Données sociodémographiques	36
4.3.2) Questions supplémentaires	36
4.4) Traitement des données	37
4.5) Analyses statistiques	38
5. Résultats	39
5.1) Statistiques descriptives	39
5.1.1) Tests de normalité	39

5.1.2) Statistiques descriptives	41
5.1.3) Scores moyens par type de dangerosité	42
5.1.4) Histogrammes de distribution	43
5.2. Analyses principales	44
5.2.1) Dangerosité perçue en fonction de la parentalité	44
5.2.2) Dangerosité perçue en fonction du domaine professionnel	48
5.3. Analyses exploratoires	53
6. Discussion	54
6.1) Retour sur les analyses descriptives	54
6.2) Retour sur les hypothèses principales	55
6.2.1) <i>La parentalité influence la perception de dangerosité des drogues</i>	55
6.2.2) <i>Les catégories professionnelles influencent la perception de dangerosité des drogues</i>	60
6.3) Retour sur les analyses exploratoires	63
6.4) Biais et limites de l'étude	65
6.5) Perspectives futures	66
7. Conclusion	68
8. Résumé	71
9. Bibliographie :	73
10. Annexes :	84

Liste des tableaux

Tableau 1 – Résultats du test de Shapiro-Wilk des variables de la dangerosité perçue en général par substance.

Tableau 2 – Résultats du test de Shapiro-Wilk des variables de la dangerosité perçue en contexte opportuniste par substance.

Tableau 3 – Résultats du test de Shapiro-Wilk des variables de la dangerosité perçue en contexte proactif par substance.

Tableau 4 – Résultats du test de Shapiro-Wilk des moyennes de toutes les substances pour chaque contexte.

Tableau 5 – Table des fréquences des variables démographiques.

Tableau 6 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance sur la dangerosité générale.

Tableau 7 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'interaction entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de risque des ASFS opportunistes.

Tableau 8 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque des ASFS proactives.

Tableau 9 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de dangerosité générale.

Tableau 10 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque ASFS opportunistes.

Tableau 11 – Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque des ASFS proactives.

Liste des annexes

Annexe 1 – Message publié via les réseaux sociaux pour la participation à l'étude (Instagram, Facebook, Messenger, WhatsApp)

Annexe 2 – Lettre de consentement présentée aux participants à l'étude

Annexe 3 – Exemples de questions posées dans le questionnaire

Annexe 4 – Résultats de l'ANOVA mixte : perception de dangerosité générale et la parentalité (Tb 12)

Annexe 5 – Résultats de l’ANOVA mixte : perception de dangerosité dans le contexte opportuniste et la parentalité (Tb 13)

Annexe 6 – Résultats de l’ANOVA mixte : perception de dangerosité dans le contexte proactif et la parentalité (Tb 14)

Annexe 7 – Résultats de l’ANOVA mixte de la perception de dangerosité générale et les catégories professionnelles (Tb 15)

Annexe 8 – Résultats de l’ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte opportuniste et les catégories professionnelles (Tb 16)

Annexe 9 – Résultats de l’ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte proactif et les catégories professionnelles (Tb 17)

Annexe 10 – Matrice de corrélation complète de Spearman pour les dangersités générale perçues par substance en fonction de l’âge (Tb 18)

Annexe 11 – Matrice de corrélation complète de Spearman pour les dangersités perçues par substance dans le contexte des ASFS opportunistes en fonction de l’âge (Tb 19)

Annexe 12 – Matrice de corrélation complète de Spearman des dangersités perçues par substance dans le contexte des ASFS proactives en fonction de l’âge (Tb 20)

Annexe 13 – Test Post-Hoc complet HSD de Tukey du type de substance de la perception de la dangerosité générale pour l’ANOVA mixte avec la parentalité (Tb 21)

Annexe 14 – Test post-hoc HSD de Tukey de l’effet principal du type de substance des ASFS opportunistes (Tb 22) et Graphique du test post-hoc HSD de Tukey (Fig 7)

Annexe 15 – Test post-hoc HSD de Tukey complet : effet principal de la variable « enfants » dans le contexte des ASFS opportunistes (Tb 23)

Annexe 16 – Test post-hoc HSD de Tukey complet de l’effet principal du type de substance dans les ASFS opportunistes (Tb 24)

Annexe 17 – Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l’interaction entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de danger des ASFS opportunistes (Tb 25)

Annexe 18 – Test post-hoc HSD de Tukey complet de l’effet principal du type de substance dans les ASFS proactives (Tb 26)

Annexe 19 – Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l’effet principal du type de substance de la dangerosité générale. (Tb 27)

Annexe 20 – Test post-hoc HSD de Tukey complet : effet principal du type de substance dans les ASFS opportunistes. (Tb 28)

Annexe 21. Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance dans les ASFS proactives. (Tb 29)

Annexe 22. Diagramme en barres et graphique représentant le test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de la dangerosité générale (Fig 8 et 9).

Annexe 23. Résultats du test post-hoc de Tukey de l'effet principal de la variable « enfants » sur la perception de dangerosité des ASFS opportunistes. (Fig 10)

Annexe 24. Graphique de l'interaction entre le type de substance et la parentalité sur la perception des ASFS opportunistes (Fig 11)

Annexe 25. Diagramme en barres du test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance dans la perception de dangerosité des ASFS proactives (Fig 12)

Annexe 26. Résultats du test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité générale (Fig 13)

Annexe 27. Résultats du test post-hoc de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité en contexte opportuniste. (Fig 14)

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme en barres de chaque substance sur la perception de dangerosité générale

Figure 2 : Diagrammes en barre de chaque substance sur la perception du risque d'agression opportuniste

Figure 3 : Diagramme en barres de chaque substance sur la perception du risque d'agression proactive

Figure 4 : Histogramme de la variable moyenne danger général

Figure 5 : Histogramme de la variable moyenne danger dans le cas des ASFS opportunistes

Figure 6 : Histogramme de la variable moyenne danger dans le cas des ASFS proactives.

Figure 7 : Graphique du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des ASFS opportunistes.

Figures 8 et 9 : Diagramme en barres et graphique représentant le test post-hoc de l'effet principal du type de substance de la dangerosité générale en lien avec la parentalité.

Figure 10 : Test post-hoc de l'effet principal de la variable « enfants » sur la perception de dangerosité des ASFS opportunistes.

Figure 11 : Graphique de l'interaction entre le type de substance et la parentalité sur la perception des ASFS opportunistes.

Figure 12 : Diagramme en barres du test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance dans la perception de danger des ASFS proactives en lien avec la parentalité.

Figure 13 : Test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité générale.

Figure 14 : Test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité en contexte opportuniste.

Liste des abréviations

ANOVA : analyse de variance

AS : Agression sexuelle

ASFS : Agression sexuelle facilitée par une substance

ASFD : Agression sexuelle facilitée par la drogue

BZD : Benzodiazépines

CBD : cannabidiol

DFSA (Drug-Facilitated Sexual Assault) : Agression sexuelle facilitée par la drogue (terme anglophone)

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition

OMS : Organisation mondiale de la santé

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

ONUDC : Office de Nations Unies contre la drogue et le crime (en anglais UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime)

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (enquête française menée par l'OFDT – Observatoire français des drogues et des tendances addictives).

GHB : Gamma-hydroxybutyrate

GBL : Gamma-butyrolactone

MDMA : 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (ecstasy)

NIDA : National Institute of Justice

NISVS (National Intimate Partner and Sexual Violence Survey) : Enquête nationale sur la violence sexuelle et conjugale (États-Unis)

NSVRC : National Sexual Violence Resource Center

NSDUH (National Survey on Drug Use and Health) : Enquête nationale américaine sur l'usage des drogues et la santé

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) : Agence américaine pour l'abus de substances et la santé mentale

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres américains de contrôle et prévention des maladies)

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

UE : Union européenne

CNS : Système nerveux central

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

THC : Tétrahydrocannabinol

ULiège : Université de Liège

1. Introduction : problématique générale

La consommation de substances psychoactives est depuis longtemps au cœur des préoccupations de santé publique. Si leurs effets pharmacologiques sont aujourd’hui bien documentés, leur usage ne se limite pas à la recherche de plaisir ou à l’automédication. En effet, si ces substances sont parfois recherchées pour leurs effets récréatifs ou thérapeutiques, elles peuvent également être utilisées comme des instruments de domination et de violence. Parmi les formes de criminalité les plus insidieuses, les agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) soulèvent des enjeux médicaux, juridiques et sociaux majeurs. La violence sexuelle, reconnue depuis plusieurs décennies par l’Organisation mondiale de la santé comme un enjeu de santé publique majeur (Krug et al., 2002), se manifeste sous des formes variées touchant toutes les couches de la population, sans distinction d’âge, de genre ou de statut social (OMS, 2024). Dans le cas spécifique des ASFS, une drogue est utilisée, parfois à l’insu de la victime, parfois consommée volontairement par la victime puis exploitée par l’agresseur, pour altérer le discernement, la résistance ou la mémoire de la personne ciblée (Hall & Moore, 2008 ; García et al., 2021 ; Quertemont, 2024).

Les substances les plus fréquemment impliquées dans ces agressions sont diverses : alcool, benzodiazépines, GHB, kétamine, opioïdes... Toutes possèdent des propriétés sédatives, amnésiantes ou désinhibitrices. Pourtant, leur perception dans la société ne reflète pas toujours leur dangerosité réelle. L’alcool, bien qu’omniprésent dans les cas d’ASFS, continue d’être banalisé, tandis que d’autres substances, souvent moins utilisées, sont perçues comme plus menaçantes (Nutt et al., 2010 ; Anderson et al., 2017 ; Bertol et al., 2015). Cette dissonance entre danger réel et danger perçu soulève une question cruciale : dans quelle mesure ces représentations sociales influencent-elles la prévention, la reconnaissance ou la prise en charge des agressions sexuelles liées aux substances ?

Malgré l’accroissement des recherches sur les agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS), peu d’études se sont penchées sur la manière dont les individus, en fonction de leur domaine professionnel, de leur âge ou de leur statut parental évaluent la dangerosité de ces substances dans un tel contexte. Or, la perception que l’on a d’un produit psychoactif n’est pas uniquement fondée sur ses propriétés pharmacologiques. Elle peut être influencée par des facteurs sociaux, culturels ou expérientiels, et moduler ainsi la vigilance, le comportement préventif, la reconnaissance d’une situation de violence, voire la réaction judiciaire (Slovic, 2007 ; Dany & Apostolidis, 2002 ; Bernabeu-Martínez et al., 2021).

Certaines professions telles que celles de la santé, du social ou de la sécurité, pourraient, du fait de leur exposition fréquente à ces réalités, développer une perception plus avertie des risques. À l'inverse, une personne sans formation spécifique ou sans expérience directe pourrait sous-estimer le danger. De même, la parentalité pourrait accroître la sensibilité aux substances perçues comme menaçantes, notamment dans une logique de protection de l'environnement familial (van Dijk et al., 2018 ; Rutherford et al., 2022).

Le contexte dans lequel la substance est utilisée joue également un rôle important. Les études distinguent trois types de perception. Celle liée à la dangerosité générale d'une drogue (hors contexte criminel), celle perçue dans une ASFS opportuniste (où l'agresseur profite d'un état d'intoxication), et celle dans une ASFS proactive (où la drogue est administrée volontairement à des fins criminelles). Ces distinctions permettent de mieux comprendre les nuances de jugement que peuvent avoir les individus selon les circonstances (Anderson et al., 2017 ; Skov et al., 2022).

Le but de ce mémoire était d'examiner la perception de la dangerosité de différentes substances psychoactives selon ces trois contextes distincts. Cette étude visait également à évaluer l'influence de la parentalité, du domaine professionnel et de l'âge sur ces perceptions.

En adoptant une approche quantitative et rigoureuse (ANOVA mixte, tests post-hoc de Tukey), ce travail ambitionne de mieux comprendre les représentations sociales liées aux drogues dans les agressions sexuelles, d'identifier les profils de population les plus sensibles au danger, et de mieux appréhender les représentations sociales en jeu afin d'éclairer les recherches futures et d'orienter plus finement les stratégies de prévention.

2. Revue de la littérature :

2.1) Agressions sexuelles

La violence sexuelle constitue une problématique majeure, touchant des individus de tout âge, genre, origine ou statut socioéconomique. Elle est aujourd’hui reconnue comme une priorité de santé publique en raison de ses nombreuses répercussions sur le bien-être physique et psychologique des victimes (de Souza Costa, dos Santos & Garcia, 2020). Ces conséquences incluent un risque accru de grossesses non désirées, la transmission d’infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que l’émergence de troubles psychiques tels que la dépression, le stress post-traumatique ou l’anxiété chronique (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024 ; Basile et al., 2015 ; Dworkin et al., 2017).

Face à la gravité de ces atteintes, la violence sexuelle a été définie dès 1993 comme un problème de santé publique mondial par l’Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l’OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), ainsi que par l’Assemblée générale des Nations Unies à travers la Convention sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes (Assemblée générale des Nations Unies, 1993). Cette reconnaissance institutionnelle visait à souligner l’ampleur du phénomène et à promouvoir des réponses coordonnées aux niveaux national et international.

Les données épidémiologiques issues d’enquêtes à grande échelle confirment l’extension de ce phénomène à l’échelle mondiale. Aux États-Unis, l’Enquête nationale sur la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle (*National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*, NISVS) révèle que près de 19.3 % des femmes, soit environ 23 millions, ont subi un viol au cours de leur vie (Breiding, Chen & Black, 2014). D’autres estimations de la même enquête indiquent que 18 à 21.3 % des femmes et 1 à 7.1 % des hommes ont été victimes d’une tentative de violence sexuelle ou d’un viol, tandis que 1.2 à 1.6 % des femmes et 0.7 % des hommes ont été agressés sexuellement au cours des 12 derniers mois (Breiding et al., 2014 ; Smith et al., 2018). En Europe, une étude de l’Agence des droits fondamentaux de l’Union européenne (2014) rapporte que 5 % des femmes, soit environ 9 millions, ont été violées depuis l’âge de 15 ans, avec des taux variant de 4 à 17 % selon les pays. Parmi elles, 0.8 % ont été victimes d’un viol au cours de l’année précédente.

Par ailleurs, de nombreuses recherches ont démontré un lien étroit entre la violence sexuelle et divers troubles de santé mentale. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression, les conduites addictives, les troubles psychotiques ainsi que les plaintes somatiques sont fréquemment rapportés chez les victimes (Weaver, 2009 ; Dworkin et al., 2017). De plus, une proportion importante de patients consultant les services de santé mentale déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur vie (Oram et al., 2017).

En résumé, la violence sexuelle regroupe différents types d'actes à caractère sexuel, allant des attouchements non consentis jusqu'au viol et se définit principalement par l'absence de consentement libre, volontaire et éclairé de la personne concernée. De plus, ce type de violence peut se manifester dans divers contextes. Qu'ils soient conjugaux, familiaux, professionnels, sociaux et concernant tant les femmes que les hommes (Breiding et al., 2015 ; OMS, 2024).

2.2) Agressions sexuelles facilitées par les drogues :

Les agressions sexuelles facilitées par une substance psychoactive (ASFS), désignées en anglais par le terme *Drug-Facilitated Sexual Assault* (DFSA), se caractérisent par des actes à caractère sexuel commis sur des personnes dont la capacité de consentement a été altérée ou supprimée à la suite de l'ingestion, volontaire ou non, de drogues. Elles représentent une sous-catégorie des crimes facilités par la drogue (Drug-Facilitated Crimes), qui englobent également des délits tels que les vols ou agressions physiques (García et al., 2021).

Les substances impliquées dans ces agressions peuvent être administrées de façon proactive, c'est-à-dire à l'insu de la victime, ou prises volontairement dans un cadre festif par exemple. Dans ce second cas, dit opportuniste, l'agresseur exploite l'état d'affaiblissement cognitif et physique induit par la consommation (Quertemont, 2024 ; Gee et al., 2006). Parmi les substances les plus couramment retrouvées figurent l'alcool, souvent combiné à d'autres produits comme les benzodiazépines, les amphétamines ou les cannabinoïdes (Anderson, Kim-Katz, & Blanc, 2017). Celles-ci peuvent provoquer une altération de la conscience, une perte de coordination motrice et dans de nombreux cas une amnésie ce qui limite considérablement la capacité de résistance et de jugement de la victime (De Souza Costa, dos Santos, & Garcia, 2020).

Sur le plan médico-légal, l'identification de ces substances constitue un enjeu majeur. Le métabolisme rapide de certains composés, comme le gamma-hydroxybutyrate (GHB) ou l'éthanol (alcool) entraîne leur détection difficile. Et ce, surtout en cas de retard dans la réalisation des prélèvements biologiques (Anderson et al., 2017). De plus, les discordances fréquentes entre les déclarations des victimes et les résultats des analyses toxicologiques complexifient l'interprétation des données (Skov, Johansen, & Linnet, 2022).

Les enquêtes empiriques soulignent l'importance quantitative du phénomène. À Barcelone, une étude portant sur 114 victimes a identifié 30.7 % de cas suspectés de DFSA, dont près de la moitié avaient de l'alcool dans le sang. La majorité des victimes étaient des femmes (91.4 %) âgées en moyenne de 27 ans (García et al., 2021). En Italie, Bertol et al. (2018) ont observé que 37.1 % des personnes examinées dans un centre spécialisé à Florence présentaient des traces de substances telles que l'alcool, le cannabis, la cocaïne ou les opiacés. Au Canada, une étude menée à l'hôpital de l'Ontario a révélé que sur 882 victimes, 20.9 % correspondaient aux critères de suspicion d'ASFS. Parmi elles, 44.9 % étaient positives à une ou plusieurs substances : 12.9 % uniquement à l'alcool, et 18 % à une combinaison d'alcool et de drogues. Un élément marquant de cette étude est que dans 64.4 % des cas il y avait des substances détectées qui étaient inattendues, telles que le cannabis (40.2 %), la cocaïne (32.2 %), le GHB (1.1%), la kétamine (2.3%) et la MDMA (9.2 %) (Du Mont et al., 2010).

Ces agressions surviennent fréquemment dans des environnements festifs ou sociaux. Bien que les ASFS de type proactif soient souvent perçues comme plus graves, la littérature indique que les formes opportunistes sont beaucoup plus répandues (Anderson et al., 2017). Dans une étude menée par Navarro Escayola et al. (2022), 95.4 % des victimes étaient des femmes (en moyenne âgées de 24 ans) ayant pour la plupart consommé de l'alcool ou des psychotropes peu avant les faits.

De nombreux obstacles entravent la dénonciation de ces agressions. Les facteurs psychosociaux tels que la honte, la peur du jugement ou le sentiment d'illégitimité contribuent à la sous-déclaration des victimes de ces agressions (de Souza Costa et al., 2020). À cela s'ajoutent des difficultés médico-légales, notamment liées aux délais de signalement et à l'accès limité aux analyses toxicologiques rapides. Les représentations sociales et les normes culturelles influencent aussi la manière dont ces situations sont perçues et traitées par les institutions (Stokbaek, Dalhoff, & Dalsgaard, 2021). Une illustration marquante des agressions sexuelles facilitées par substance (ASFS) dans leur forme proactive en France est

l'affaire Dominique Pelicot. Pendant plusieurs années, ce dernier a administré, à l'insu de son épouse, des substances psychoactives, ce qui correspond clairement à un cas d'ASFS proactive. Toutefois, cette situation comporte également une dimension opportuniste, plusieurs agresseurs ayant profité de l'état de vulnérabilité de la victime sans avoir eux-mêmes administré de substances. Ce procès pour viol collectif a marqué un tournant dans la reconnaissance judiciaire et médiatique des ASFS en France.

À la suite de cette affaire, l'association Solidarité Femmes, qui gère la ligne d'écoute nationale 3919, a rapporté une augmentation notable des appels de femmes signalant des suspicions de soumission chimique, plusieurs faisant explicitement référence au procès Pelicot. Par ailleurs, selon Leila Chaouachi, pharmacienne et fondatrice du Centre de ressources sur les agressions sexuelles facilitées par substance (CRAFS), ce procès a suscité un intérêt accru parmi les professionnels de santé, incitant médecins et infirmiers à renforcer leurs connaissances sur le phénomène (Jabkhiro, 2024).

Par ailleurs, les études convergent vers l'idée que l'approche opportuniste constitue la forme prédominante d'ASFS (Hurley, Parker, & Wells, 2006 ; Jones, Holmgren, & Kugelberg, 2012 ; Skov et al., 2022). La croissance constante du nombre de substances psychoactives, incluant de nouveaux médicaments aux effets sédatifs, renforce encore les risques d'agressions facilitées par les drogues (Dempsey et al., 2022). Ces situations sont également fréquemment associées à une amnésie partielle, qui a été identifiée comme un facteur majeur de retard dans le signalement des faits (Birkler, Rasmussen, & Torp, 2012).

En définitive, l'agression sexuelle facilitée par une substance psychoactive s'inscrit dans un processus multifactoriel complexe. Difficile à détecter et à documenter, elle nécessite une réponse coordonnée entre les domaines de la justice, de la santé et du social.

2.2.1) Législation des drogues

La législation relative aux substances psychoactives varie considérablement selon les pays et les contextes culturels. Certaines drogues sont strictement interdites et font l'objet de sanctions pénales sévères, tandis que d'autres sont tolérées, voire encadrées légalement dans un cadre spécifique (Quertemont & Simon, 2021). En Europe, par exemple, la consommation d'alcool et de nicotine est légale, bien que réglementée, alors que la production, la possession ou la vente de substances comme la cocaïne ou l'héroïne demeure prohibée et lourdement punie par la loi (Quertemont & Simon, 2021).

De manière générale, une drogue peut être définie comme toute substance psychotrope susceptible d'agir sur le système nerveux central, altérant la perception, l'humeur, la conscience, le comportement, la motivation ou encore le jugement (Quertermont & Simon, 2021). Ces substances peuvent engendrer des conséquences graves, tant physiques que psychologiques ou sociales. Par exemple, la consommation excessive d'alcool est associée à un risque accru d'accidents, parfois mortels, pouvant affecter tant l'usager que son entourage. Elle peut également détériorer les relations sociales ou favoriser des comportements à risque, comme des actes sexuels non consentis ou des agressions (Nutt, 2010).

Il convient toutefois de souligner que la légalité d'une substance ne reflète pas nécessairement son niveau réel de dangerosité (Luce, 1995). Le cannabis, bien qu'il soit une des drogues illicites les plus consommées, est parfois perçu comme moins dangereux que d'autres produits légaux. À l'inverse, des substances licites comme l'alcool ou le tabac présentent des risques importants pour la santé, mais sont souvent perçues comme socialement acceptables, ce qui tend à minimiser leur dangerosité perçue (La rédaction, 2024).

2.2.2) Analyse toxicologique

L'identification toxicologique des substances impliquées dans les agressions sexuelles facilitées par une drogue (ASFS) repose sur l'analyse de substrats biologiques variés tels que le sang, l'urine, la salive ou les cheveux. Toutefois, la détection de ces substances reste difficile en raison de plusieurs facteurs comme la faible quantité administrée, le métabolisme rapide, le délai fréquent entre les faits et le prélèvement biologique (De Souza Costa et al., 2020 ; Waltke et al., 2018). Le sang ne permet généralement la détection que dans les 24 à 48 heures suivant l'exposition. Lorsque le prélèvement est tardif, notamment en dehors d'un cadre hospitalier, la fiabilité des résultats diminue fortement. En effet, il arrive que les victimes se présentent d'abord auprès d'un commissariat, d'un médecin généraliste ou d'une autre structure où les protocoles médicaux de prélèvement ne sont pas toujours immédiatement accessibles. Ce laps de temps supplémentaire peut donc être suffisant pour que certaines substances ne soient plus détectables (De Souza Costa et al., 2020).

Les substances le plus souvent identifiées dans les cas suspectés d'ASFS sont l'alcool, les benzodiazépines, les cannabinoïdes, la cocaïne et les amphétamines. L'éthanol est fréquemment retrouvé seul ou en association avec d'autres substances psychoactives (Skov et al., 2022 ; Navarro Escayola et al., 2022). Par exemple, une étude espagnole a montré que

dans plus de 85 % des cas, les analyses étaient positives, avec la présence de plusieurs substances dans près de la moitié des situations (Navarro Escayola et al., 2022). Cette combinaison de substances complique l’interprétation des résultats et rend difficile la distinction entre ingestion volontaire et administration à l’insu de la victime (Anderson et al., 2017).

De plus, certaines substances comme le cannabis ou les benzodiazépines, représentent un métabolisme lent et donc peuvent persister dans l’organisme plusieurs jours. Ce qui rend difficile l’estimation de la temporalité des faits. Cela peut conduire à une surestimation de leur implication dans l’agression (Anderson et al., 2017). À l’inverse, d’autres substances comme le GHB ou l’alcool qui possèdent un métabolisme rapide, risquent de ne plus être détectables au moment du prélèvement surtout si la victime tarde à signaler les faits (Waltke et al., 2018).

Dans ce contexte, la fiabilité de la preuve repose sur un prélèvement précoce, une analyse adaptée et une interprétation rigoureuse des résultats, intégrant les caractéristiques pharmacocinétiques des substances en cause.

2.3) Drogues utilisées dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) :

Selon la Society of Forensic Toxicologists (2009), les substances les plus fréquemment détectées dans les cas d’ASFS sont l’éthanol (alcool), les benzodiazépines, le gamma-hydroxybutyrate (GHB) et la kétamine. À ces substances s’ajoutent d’autres classes de médicaments ou drogues détournées, telles que les opioïdes (fentanyl, tramadol, codéine), certains antidépresseurs (citalopram, fluoxétine, amitriptyline) et des antihistaminiques sédatifs (diphenhydramine, hydroxyzine) (Grela et al., 2018 ; Birkler et al., 2012).

Les lignes directrices de l’Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et les études toxicologiques récentes confirment la grande diversité des substances impliquées. Elles identifient comme particulièrement problématiques les classes suivantes : benzodiazépines, barbituriques, opioïdes, GHB, kétamine, alcool, cannabis, cocaïne et amphétamines (Grela et al., 2018). Ces substances sont choisies pour leur accessibilité, leur efficacité à faibles doses, leur capacité à provoquer une sédation, une désinhibition, une amnésie et leur facilité d’administration souvent orale, avec un goût et une odeur discrets, voire absents (García et al., 2021).

Leur pharmacocinétique, c'est-à-dire leur absorption rapide ainsi que leur métabolisme efficace et leur élimination rapide, constitue un autre facteur clé. Ces propriétés rendent les drogues difficiles à détecter dans les analyses toxicologiques, surtout si l'examen médical est retardé (Grela et al., 2018 ; Birkler et al., 2012).

Les données épidémiologiques confirment que la grande majorité des ASFS sont opportunistes et impliquent l'alcool comme seule ou principale substance (Poulsen et al., 2021). Dans les cas d'agressions proactives, les substances les plus fréquemment citées sont le GHB, la kétamine et les benzodiazépines telles que le flunitrazépam (Rohypnol), connu pour ses effets amnésiants puissants (de Souza Costa et al., 2020). Plusieurs critères permettent de définir une substance comme étant à haut risque de détournement dans les ASFS proactives : elle doit être soluble dans une boisson, avoir un goût neutre, produire rapidement une altération de la conscience (comme une sédation, confusion ou amnésie), et être éliminée en quelques heures ce qui rend donc son usage difficile à prouver (Grela et al., 2018).

Des recherches quantitatives, comme celle menée par Skov et al. (2022) sur 369 cas d'agressions sexuelles, indiquent que 86 % des victimes présentaient des traces d'alcool et/ou de drogues. Les substances les plus couramment détectées étaient l'alcool (45 %), les drogues récréatives (38 %), les analgésiques (30 %), les antidépresseurs (14 %), les antihistaminiques (12 %) et les benzodiazépines (11 %).

L'étude de Birkler et al. (2012) souligne un autre aspect crucial, le fait que les victimes suspectant une ASFS subissent généralement un examen médical plus tardif que d'autres victimes d'agression, ce qui réduit les chances de détecter des substances à demi-vie* courte. Dans cette étude, parmi les victimes testées, neuf présentaient des traces de drogues, dont six de benzodiazépines ou d'autres substances sédatives, et quatre étaient positives à l'alcool.

*demi-vie : durée qu'il faut à la substance pour être éliminée de moitié dans l'organisme

2.3.1) Éthanol

L'éthanol, plus communément appelé alcool, est une substance psychoactive légale et largement consommée dans le monde entier. Bien qu'il fasse partie des produits socialement acceptés, il est associé à des taux élevés de morbidité, de mortalité et à un impact considérable sur les systèmes de santé publique parfois supérieur à celui des drogues illicites. Il agit sur le

système nerveux central en modifiant plusieurs fonctions neurochimiques, ce qui entraîne des effets tels que la désinhibition, la diminution de la coordination motrice, l'altération de la mémoire, une perte de vigilance et à fortes doses, la confusion voire la perte de conscience. Ces caractéristiques en font une substance fréquemment impliquée dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une drogue (De Souza Costa et al., 2020).

En contexte médico-légal, l'alcool est systématiquement la substance la plus fréquemment retrouvée dans les analyses toxicologiques de victimes d'ASFS, souvent en combinaison avec d'autres drogues telles que le cannabis ou les benzodiazépines (García et al., 2021). Sa capacité à altérer la conscience, à diminuer les inhibitions et à provoquer des trous de mémoire en fait un outil particulièrement redoutable pour les agresseurs (Anderson et al., 2017). La littérature scientifique suggère que bien que l'alcool soit rarement le seul agent causal, il est très souvent présent dans les cas suspectés d'ASFS agissant en synergie avec d'autres substances dans un contexte de polyconsommation (Anderson et al., 2017).

Une intoxication alcoolique entraîne une altération significative des capacités cognitives, ce qui diminue la capacité de discernement et la faculté de consentement. Des niveaux élevés d'alcoolémie peuvent mener à une incapacité physique totale, voire à un état d'inconscience (Anderson et al., 2017 ; Schweizer et al., 2008). Sa demi-vie moyenne est de 4 heures, mais elle varie en fonction de plusieurs facteurs, notamment la tolérance, l'usage chronique ou encore la présence d'alcool déshydrogénase, une enzyme dont l'activité est plus faible chez les femmes, ce qui les rend plus vulnérables à ses effets (De Souza Costa et al., 2020).

Ainsi, l'éthanol reste la substance la plus utilisée et détectée dans les cas d'ASFS, non seulement pour ses effets pharmacologiques, mais aussi pour son accessibilité, sa banalisation sociale et la difficulté à distinguer un usage volontaire d'un usage détourné dans les contextes festifs ou sociaux (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2021 ; Poulsen et al., 2021 ; García et al., 2021).

2.3.2) Cannabis

Le cannabis constitue aujourd'hui la drogue illicite la plus consommée à l'échelle mondiale, avec une estimation de 192 millions de consommateurs (Office des Nations Unies contre la drogue et le travail (ONUDC), 2021). Cette substance psychoactive contient plus d'une centaine de cannabinoïdes, dont les plus connus sont le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD). Le THC est principalement responsable des effets psychotropes du

cannabis, en se liant aux récepteurs CB1 du système endocannabinoïde. Cela entraîne une modification de la perception, de l'humeur, du jugement, de la coordination motrice et de la mémoire à court terme. Ces effets peuvent réduire la vigilance et le discernement des usagers, augmentant ainsi leur vulnérabilité, notamment dans des contextes festifs ou d'exposition à un risque d'agression sexuelle (Santé Canada, 2023).

Dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une drogue (ASFS), le cannabis est rarement la seule substance impliquée. Il est toutefois fréquemment détecté en combinaison avec d'autres dépresseurs du système nerveux central, tels que l'alcool ou les benzodiazépines, ce qui augmente les effets de sédation, de confusion et d'altération cognitive. Cette synergie augmente la probabilité que la victime soit dans l'incapacité de consentir ou de résister à une agression (García et al., 2021).

Il peut être impliqué de deux manières dans les ASFS. Dans un premier cas, en tant qu'agent facilitateur afin d'amplifier les effets d'autres drogues, et deuxièmement comme substance consommée conjointement par la victime et l'agresseur afin qu'il profite sexuellement de la victime affaiblie (Brunet et al., 2014). Le THC induit une sensation de relaxation ou d'euphorie, mais peut aussi provoquer des effets indésirables tels que l'anxiété, les troubles visuels, la somnolence ou encore des « bad trips ». Ces manifestations altèrent fortement les capacités cognitives et physiques, favorisant l'exploitation sexuelle dans un contexte de désinhibition (Santé Canada, 2023 ; OFDT, 2023).

Enfin, malgré une image souvent perçue comme « douce », la consommation de cannabis comporte des risques réels. À court terme, elle peut affecter la coordination, l'attention et la mémoire. À long terme, elle peut être associée à des pathologies cardiovasculaires, à des troubles psychiatriques et à un risque accru d'accident de la route (OFDT, 2023). Ces effets confirment le rôle que cette substance peut jouer dans la vulnérabilité accrue des victimes d'ASFS, en particulier lorsqu'elle est combinée à d'autres substances psychoactives (García et al., 2021).

2.3.3) Opioïdes

Les opioïdes sont des substances psychoactives puissantes, principalement utilisées à des fins médicales pour leurs effets analgésiques. Cependant, leur implication dans les ASFS suscite une inquiétude croissante dans la littérature médico-légale. Bien que leur présence soit généralement moins fréquente que celle de l'alcool, des benzodiazépines ou du GHB dans les

cas documentés d'ASFS, leur rôle demeure significatif et préoccupant (Busardó et al., 2015; Negrusz et al., 2003).

Selon une étude réalisée à Florence, les opioïdes (notamment l'héroïne, la morphine et la méthadone) ont été détectés dans 12 des 256 cas suspectés d'ASFS proactives, les plaçant ainsi au second rang en termes de prévalence toxique après l'alcool (Bertol et al., 2018). De même, le rapport de l'Office of the Chief Medical Examiner de San Francisco indique que des opioïdes étaient détectés dans 21 % des cas d'ASFS, notamment le fentanyl, la codéine ou la morphine (Office of the Chief Medical Examiner, 2023).

La popularité croissante de certains opioïdes sur ordonnance, comme l'oxycodone ou l'hydrocodone, accroît les risques de détournement dans les contextes d'ASFS. En France, l'OFDT a rapporté qu'en 2015, 17.1 % des adultes avaient reçu un traitement d'opioïde et l'oxycodone était associée à une hausse notable des hospitalisations pour usage détourné. Le fentanyl, un opioïde synthétique 50 à 100 fois plus puissant que la morphine, est aujourd'hui l'une des principales causes de surdoses dans les pays occidentaux (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2025).

Pharmacologiquement, les opioïdes induisent une sédation profonde, une altération de la conscience, une amnésie partielle et une diminution de la vigilance, ce qui les rend propices à une utilisation malveillante dans des contextes d'ASFS (Jessell et al., 2015; Negrusz et al., 2003). Ces effets peuvent être exacerbés lorsqu'ils sont associés à d'autres dépresseurs du système nerveux central comme l'alcool ou les benzodiazépines (Busardó et al., 2015).

Les opioïdes ont également été détectés dans des échantillons biologiques recueillis de victimes d'ASFS dans divers pays, notamment aux États-Unis, au Danemark, en Italie, en Afrique du Sud et en France (Busardó et al., 2015; Skov et al., 2022). Toutefois, leur détection reste complexe en raison de leur métabolisme rapide et de le cours laps de temps durant lequel ils peuvent être repérés dans l'organisme (Skov et al., 2023; Negrusz et al., 2003).

2.3.4) Kétamine

La kétamine est un anesthésique dissociatif développé initialement à des fins médicales. Le terme « anesthésique dissociatif » désigne une substance qui provoque une anesthésie partielle ou complète, et un sentiment de détachement de l'esprit et du corps. Elle est encore

couramment utilisée en anesthésie humaine et vétérinaire, notamment dans les services d'urgence (De Souza Costa et al., 2020 ; Anderson et al., 2017 ; Santé Canada, 2023 ; Busardó et al., 2015). Sous sa forme médicale, la kétamine se présente comme un liquide incolore, inodore et insipide qui s'administre par voie intramusculaire ou intraveineuse. Elle possède une biodisponibilité élevée, c'est-à-dire une capacité importante à atteindre rapidement la circulation sanguine et à produire des effets notables (De Souza Costa et al., 2020).

Cependant, au-delà de son usage médical légitime, la kétamine est également utilisée de manière détournée. Dans ce contexte récréatif ou illégal, elle est souvent transformée en poudre blanche ou comprimés. Cette poudre peut être reniflée, fumée, mélangée à une boisson ou injectée, ce qui facilite donc son utilisation détournée et parfois à l'insu de la victime. Elle induit des effets puissants sur la conscience, notamment une dissociation marquée (sentiment de détachement du corps), une distorsion de la réalité, des hallucinations, une paralysie partielle ou complète, ainsi qu'une amnésie (Dinis-Oliveira et al., 2013 ; Santé Canada, 2023 ; Anderson et al., 2017 ; De Souza Costa et al., 2020). Ces effets peuvent provoquer une forme de conscience partielle chez la victime, qui perçoit son environnement mais est incapable de réagir ou de se défendre, ce qui rend l'expérience particulièrement traumatisante (Dinis-Oliveira et al., 2013).

Dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par substance (ASFS), la kétamine est redoutée pour sa capacité à neutraliser une personne sans violence physique visible. Elle agit comme un dépresseur du système nerveux central et produit des effets sédatifs, dissociatifs et amnésiants, ce qui peut altérer la perception, la capacité de résistance et la mémorisation de l'événement (Santé Canada, 2023).

Bien qu'elle soit moins fréquemment utilisée que l'alcool ou les benzodiazépines dans les ASFS, elle est régulièrement citée dans la littérature scientifique comme une drogue à haut risque en raison de ses effets dissociatifs et de sa difficulté de détection (Anderson et al., 2017 ; Santé Canada, 2023).

Enfin, les conséquences post-consommation peuvent inclure des épisodes d'anxiété, de confusion, ou de dépression, ainsi qu'une amnésie rétrograde, empêchant la victime de se souvenir de l'agression subie. Ces caractéristiques expliquent pourquoi la kétamine est souvent qualifiée de « drogue du viol » (Santé Canada, 2023).

2.3.5) Benzodiazépines

Les benzodiazépines constituent une classe de substances psychoactives prescrites à l'échelle mondiale pour traiter l'anxiété, l'insomnie, les crises convulsives ou certaines pathologies neurologiques. Ces dépresseurs du système nerveux central (SNC) agissent en ralentissant l'activité cérébrale par hyperpolarisation des neurones, produisant ainsi des effets sédatifs, anxiolytiques, myorelaxants et anticonvulsivants (De Souza Costa et al., 2020). Leur usage thérapeutique est strictement encadré, nécessitant une prescription médicale, et elles sont commercialisées sous diverses formes galéniques, principalement en comprimés, comme le diazépam (Valium®), l'alprazolam (Xanax®) ou le lorazépam (Temesta®) (Santé Canada, 2023).

Leur pharmacocinétique varie selon la molécule (p. ex. diazépam, flunitrazépam, alprazolam), ce qui influence la durée d'action et la détection dans l'organisme. En ralentissant l'activité cérébrale, elles induisent un effet relaxant pouvant aller jusqu'à la somnolence (Santé Canada, 2023). Dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS), leur usage détourné est bien documenté, notamment en raison de leur capacité à provoquer une amnésie antérograde, empêchant la victime de se souvenir des événements post-ingestion (Hall & Moore, 2008 ; Anderson et al., 2017). Souvent administrées à l'insu de la victime, le plus fréquemment dans une boisson, elles se distinguent par un goût discret et une action progressive qui rendent leur administration difficile à détecter (Anderson et al., 2017).

En toxicologie médico-légale, leur détection dépend du délai entre l'ingestion et le prélèvement. Certaines formes, au métabolisme relativement rapide, peuvent ne plus être détectables si l'agression est signalée tardivement (De Souza Costa et al., 2020). Les données issues de cas réels confirment leur présence fréquente après l'alcool dans les analyses toxicologiques d'ASFS, aux côtés du GHB, des amphétamines et de la kétamine (Bosman et al., 2011). Cette tendance est corroborée par plusieurs études internationales (Chèze et al., 2005 ; Hagemann et al., 2013 ; Wang et al., 2018 ; Xifró et al., 2015 ; Pan et al., 2017 ; Tiemensma et al., 2018 ; Poulsen et al., 2021 ; Pelletti et al., 2018). L'omniprésence de ces substances pourrait s'expliquer par leur large accessibilité — prescriptions fréquentes, parfois sans ordonnance, et disponibilité en ligne à faible coût. Lorsqu'elles sont combinées à de l'alcool ou à d'autres dépresseurs du SNC, elles accroissent considérablement la vulnérabilité des victimes potentielles (García et al., 2021).

Parmi elles, le flunitrazépam (Rohypnol®) se distingue par sa puissance, environ dix fois supérieure à celle du diazépam, et ses effets sédatifs marqués, d'où son surnom de « drogue du viol » dans le contexte médico-légal (Fondation pour un monde sans drogue, s. d. ; Busardó et al., 2015). Cette molécule provoque apathie profonde, inhibition motrice, perte de conscience et amnésie antérograde sévère (Negrusz et al., 2003). En raison de son usage détourné dans les ASFS, plusieurs pays, dont la France, la Belgique, le Canada et les États-Unis, ont restreint ou interdit sa commercialisation (Busardó et al., 2015 ; UNODC, 2022).

*2.3.6) GHB (*gamma-hydroxybutyrate*)*

Comme les benzodiazépines, le gamma-hydroxybutyrate (GHB) est un dépresseur du SNC. Mais, il est également un composé présent naturellement en faible quantité dans le système nerveux central humain. Structurellement proche du neurotransmetteur GABA (acide gamma-aminobutyrique), il agit comme un dépresseur du système nerveux central et possède des effets hypnotiques, sédatifs et amnésiants (Busardó et al., 2015 ; De Souza Costa et al., 2020). Initialement développé pour ses propriétés anesthésiques, son usage médical a rapidement été abandonné en raison d'effets secondaires imprévisibles, notamment des hallucinations, des troubles moteurs, des convulsions, voire des pertes de conscience ou des comas (Busardó et al., 2015).

Depuis les années 1990, le GHB est largement détourné à des fins récréatives, mais surtout dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une drogue. Il est considéré comme une des substances souvent impliquées dans les ASFS de type proactif, où l'agresseur administre intentionnellement la substance à la victime afin d'en faciliter l'agression (Hall & Moore, 2008 ; Canada, 2023 ; Busardó et al., 2015). Plusieurs caractéristiques du GHB expliquent sa dangerosité dans ce contexte : il est incolore, inodore, soluble dans les boissons, et présente un goût discret, ce qui permet une administration dissimulée. De plus, le fait que le GHB soit une substance endogène du corps humain rend sa détection compliquée dans le cas des ASFS (Busardó et al., 2015).

Les effets du GHB apparaissent rapidement, généralement entre 5 et 30 minutes après ingestion, et durent de 1 à 6 heures (Canada, 2023). À faibles doses, il peut induire une sensation d'euphorie ou de relaxation. Mais à doses plus élevées, il provoque une sédation profonde, une désorientation, des troubles de la mémoire, une perte de coordination, et dans

certains cas une amnésie totale ou une perte de conscience. Cette altération de l'état de conscience rend la victime incapable de consentir, de se défendre ou même de se souvenir de l'agression (Busardò et al., 2015 ; García et al., 2021).

Par ailleurs, la marge entre la dose récréative et la dose toxique de GHB est étroite, ce qui rend son usage particulièrement risqué (De Souza Costa et al., 2020). De plus, le GHB est éliminé très rapidement de l'organisme (souvent en moins de six heures), ce qui complique grandement sa détection dans les analyses toxicologiques, surtout si le prélèvement n'est pas effectué immédiatement après les faits (Hall & Moore, 2008).

Sur le plan légal, le GHB est inscrit à l'annexe I de la Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances, ce qui signifie que sa production, sa possession ou sa distribution sont illégales en dehors de certains contextes strictement médicaux, scientifiques ou industriels. En contexte festif, cette substance peut être présentée sous forme liquide, en poudre ou en gélules, souvent en association avec d'autres substances comme l'alcool, ce qui renforce ses effets dépresseurs et augmente les risques. (Santé Canada, 2023).

2.3.7) MDMA (ecstasy)

La MDMA (3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine), plus communément appelée « ecstasy » est une substance psychoactive de synthèse appartenant à la famille des amphétamines substituées. Elle se présente sous diverses formes : comprimés, cristaux ou poudre. En France, son usage s'est développé principalement dans les milieux festifs (OFDT, 2025). Sa consommation vise à induire des sensations d'euphorie, de bien-être, ainsi que des effets empathogènes (augmente l'empathie) et entactogènes (acceptation de soi). Elle est également recherchée pour ses propriétés stimulantes, permettant une résistance accrue à la fatigue et une intensification de l'expérience sensorielle (Kalant, 2001 ; OFDT, 2025 ; García et al., 2021).

Sur le plan pharmacologique, la MDMA agit en augmentant massivement la libération de sérotonine, de dopamine et de noradrénaline dans le cerveau. Ce qui entraîne des effets psychotropes marqués comme la désinhibition, un sentiment de proximité émotionnelle, et une altération de la perception du temps et des sensations corporelles (Liechti, 2014). À forte dose, elle peut induire des modifications sensorielles proches des hallucinations (Nutt et al., 2007). La substance est généralement ingérée (avalée sous forme de comprimé ou diluée dans une boisson), parfois sniffée, et plus rarement fumée ou injectée (OFDT, 2025).

La popularité de la MDMA est particulièrement accrue dans les contextes festifs nocturnes tels que les raves et les festivals. Elle est perçue à tort par de nombreux usagers, notamment les adolescents et jeunes adultes, comme une « drogue douce », peu dangereuse et socialement acceptable. Cette perception erronée contribue à sa banalisation et à une minimisation de ses risques, notamment dans les contextes de vulnérabilité sociale ou sexuelle (Kalant, 2001).

Dans le cadre des ASFS, la MDMA n'est que rarement utilisée intentionnellement dans un but de soumission chimique. Toutefois, elle est parfois impliquée dans des cas de polyconsommation, notamment avec de l'alcool ou du GHB. Cette combinaison peut exacerber ses effets désinhibiteurs et sensoriels, réduisant la capacité à consentir ou à reconnaître une situation à risque (García et al., 2021). Les états de relâchement, de confiance excessive et de confusion sensorielle qu'elle induit peuvent ainsi être exploités par des agresseurs dans des environnements festifs, où les repères sociaux et physiques sont affaiblis (Baylen & Rosenberg, 2006).

2.4) Perception de la dangerosité des drogues en général

La dangerosité des drogues constitue un sujet de recherche complexe, impliquant des dimensions culturelles, sociales, historiques et légales. Quertemont et Simon (2021) soulignent que la représentation sociale des substances psychoactives est largement façonnée par le contexte socioculturel, ce qui explique les variations dans la perception de leur dangerosité. Cette perception de la part de la population est également influencée par la différence entre drogues dites « douces » et « dures », une classification souvent dictée par le cadre légal plutôt que par des critères pharmacologiques ou médicaux (Quertemont & Simon, 2021).

Selon les données issues d'enquêtes nationales américaines telles que celles du National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2016), de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2016), ou encore du National Survey on Drug Use and Health (NSDUH, 2020), certaines substances sont unanimement perçues comme hautement dangereuses. L'héroïne, par exemple, est fréquemment citée comme l'une des drogues perçue les plus nocives en raison de son fort potentiel de dépendance, de ses effets neurotoxiques et du risque élevé de surdose. La méthamphétamine est elle aussi redoutée, notamment pour ses effets destructeurs sur la santé physique (perte dentaire, lésions cutanées) et mentale. La

cocaïne est également associée à des risques cardiovasculaires sévères et à des troubles neuropsychologiques durables (NIDA, 2016).

La législation en matière de drogues influence directement la manière dont les individus perçoivent leur dangerosité. L'accessibilité et la normalisation de certaines substances, notamment l'alcool et le tabac, contribuent à une banalisation de leurs risques. Quertemont & Simon (2021) rappellent que ces substances, bien que légales, figurent parmi les plus dangereuses sur le plan médical, mais leur statut juridique tend à en atténuer la perception sociale. Cette observation est appuyée par Khan (2022), qui explique que l'exposition précoce à l'alcool et au tabac peut fausser la perception des risques et faciliter l'escalade vers d'autres drogues.

L'influence des médias et de la culture populaire joue un rôle crucial dans cette perception. La consommation d'alcool, souvent valorisée ou banalisée dans les films et la publicité, est rarement perçue comme problématique (Quertemont & Simon, 2021). Pourtant, les données scientifiques contredisent cette vision. Une étude majeure menée au Royaume-Uni par Nutt et al. (2007) a classé l'alcool parmi les drogues les plus dangereuses, en quatrième position en termes de dommages totaux (incluant les effets sur l'utilisateur et sur la société). De même, une recherche menée par Luce (1995) auprès d'infirmières diplômées a identifié l'alcool, la cocaïne, l'héroïne et le tabac comme les principales causes de décès liés aux drogues.

En France, une enquête de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), à travers le dispositif EROPP (Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes) montre que la perception des risques liés aux substances psychoactives a évolué au cours des dernières décennies (Tovar et al., 2012). Malgré l'évolution des représentations sociales, les substances illicites continuent d'être perçues comme nettement plus dangereuses que les produits licites. Le cannabis occupait une position intermédiaire (47 %), tandis l'alcool (30 %) était considéré comme significativement moins risqué (Tovar et al., 2012). Ces résultats confirment que la perception de la dangerosité reste étroitement liée au cadre légal et aux normes sociales dominantes.

Enfin, l'expérience personnelle joue un rôle non négligeable. Les individus ayant déjà consommé certaines substances sont plus enclins à en minimiser les risques. Par exemple, selon la même enquête de l'OFDT, les usagers de cannabis étaient deux fois plus nombreux à

estimer qu'il est possible de mener une vie normale tout en consommant régulièrement cette substance, comparativement à ceux qui ne l'ont jamais expérimentée (Tovar et al., 2012).

2.5) Perception de la dangerosité des drogues dans les ASFS

La perception de la dangerosité des substances psychoactives dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) repose sur une combinaison de facteurs individuels, sociaux et médiatiques. Ces perceptions influencent les attitudes collectives, les orientations des politiques de santé publique, et la manière dont les victimes sont perçues et accompagnées (Queremont & Simon, 2021).

Les personnes ayant vécu une ASFS développent souvent une vigilance accrue à l'égard de certaines substances, en particulier celles associées à leur expérience traumatisante. Selon une enquête menée par France Victimes (FDSV, 2022–2023) les victimes identifient certains environnements festifs, notamment ceux où l'alcool est largement consommé, comme particulièrement risqués. Cette représentation du danger n'est pas uniquement liée à la substance en elle-même mais aussi au contexte de consommation.

Une discordance est souvent observée entre la perception sociale des drogues et leur implication réelle dans les ASFS. Luce (1995) souligne que des substances comme le GHB ou le flunitrazépam (Rohypnol), qualifiées de « drogues du viol », bénéficient d'une forte reconnaissance publique quant à leur dangerosité. En revanche, l'alcool, pourtant la substance la plus fréquemment impliquée dans les agressions sexuelles selon plusieurs rapports (Abbey et al., 2004 ; WHO, 2011), est largement banalisé. Cette différence de traitement alimente une stigmatisation des victimes ayant consommé de l'alcool, souvent perçues comme partiellement responsables de l'agression (Gravelin et al., 2019).

Les médias jouent un rôle central dans cette distorsion perceptive. Comme l'a noté Luce (1995), la couverture médiatique tend à mettre l'accent sur les cas spectaculaires impliquant des substances illégales et rares, au détriment des agressions beaucoup plus fréquentes liées à l'alcool. Cette focalisation biaisée oriente également les priorités politiques et les campagnes de prévention, souvent centrées sur les « drogues du viol » plutôt que sur les risques associés à l'alcool (Quinlan, 2015).

Sur le plan scientifique, Nutt et al. (2010, 2017) ont développé un indice de dangerosité des drogues qui prend en compte plusieurs dimensions : dommages physiques, potentiel de

dépendance et retentissement social. Leurs analyses positionnent l'alcool parmi les substances les plus nocives, dépassant des drogues illicites comme l'ecstasy ou le cannabis. Les benzodiazépines, également impliquées dans certaines ASFS, sont elles aussi classées comme dangereuses en raison de leurs effets sur la mémoire et le consentement.

Ce décalage entre la dangerosité réelle et la perception sociale est d'autant plus problématique qu'il peut détourner l'attention des principaux facteurs de risque. Nutt (2010) dénonce cette inadéquation, soulignant que la légalité d'une substance ne devrait pas occulter ses effets délétères. L'alcool, bien qu'ancré culturellement, constitue une menace majeure dans les contextes de violence sexuelle, notamment en altérant la capacité à consentir et à réagir (Testa & Livingston, 2009).

Les représentations sont également influencées par des variables sociodémographiques. D'après une enquête EROPP conduite par l'OFDT (Tovar et al., 2012), les femmes (29 %) se déclarent globalement plus inquiètes vis-à-vis des drogues que les hommes (21 %). Les individus âgés de 65 à 75 ans montrent un niveau d'inquiétude plus élevé (39 %) que les jeunes adultes de 25 à 34 ans (14 %). L'usage personnel d'une substance influence fortement sa perception car seuls 4 % des consommateurs de cannabis au cours des 12 derniers mois se disent préoccupés, contre 30 % parmi ceux n'en ayant jamais fait usage.

En somme, la perception de la dangerosité des drogues dans les ASFS est modelée par un ensemble complexe de variables : vécu individuel, cadres normatifs, récits médiatiques et caractéristiques sociodémographiques. Ces représentations peuvent alimenter des biais dans le traitement des victimes, mal orienter les politiques publiques, et occulter la dangerosité de substances licites comme l'alcool, pourtant massivement impliquées dans les agressions sexuelles facilitées par une substance (Berkowitz, 2005 ; GBD et al., 2020).

3. Hypothèses

3.1) Objectif de l'étude

Cette étude a été menée en réponse à un constat clair du fait que la littérature scientifique aborde encore trop peu les agressions sexuelles facilitées par les substances (ASFS) sous l'angle des représentations sociales. La majorité des travaux existants se concentrent soit sur la toxicité et les effets pharmacologiques des drogues, soit sur les agressions sexuelles elles-

mêmes, ou encore sur la perception des drogues à des fins récréatives. Toutefois, rares sont les recherches qui articulent ces trois dimensions au sein d'une même analyse. Plus particulièrement, la perception que les individus peuvent avoir des drogues de manière générale mais également dans le contexte spécifique des ASFS demeure largement sous-explorée, malgré son rôle potentiellement déterminant dans les comportements de prévention, de signalement ou de prise en charge.

La littérature existante offre néanmoins des points d'ancrage : certaines études ont examiné la perception des risques liés à l'usage de substances en population générale (Luce et al., 1995), d'autres ont classé les drogues selon leur niveau de dangerosité fondé sur des critères scientifiques (Nutt et al., 2010), ou encore recensé les substances les plus souvent retrouvées dans les cas d'ASFS (García et al., 2021). Cependant, très peu de recherches se sont penchées sur la manière dont les individus perçoivent le danger spécifique de certaines drogues lorsqu'elles sont impliquées dans des contextes d'agression sexuelle, qu'ils soient opportunistes (l'agresseur profite d'une consommation volontaire) ou proactifs (l'agresseur administre délibérément la substance).

Dans ce contexte, la présente étude a pour objectif de contribuer à combler cette lacune, en étudiant la perception de la dangerosité de différentes substances psychoactives dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance, au sein d'une population adulte âgée de plus de 25 ans. Plus spécifiquement, nous avons souhaité déterminer quelles substances étaient perçues comme les plus dangereuses, et si cette perception variait en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge, le domaine professionnel et le fait d'être parent ou non. Et ce dans trois types de contextes (général, opportuniste et proactif).

Nous avons ainsi élaboré un questionnaire diffusé en ligne, auquel 163 participants ont répondu. L'analyse visait à tester l'hypothèse selon laquelle les personnes plus âgées, les parents, ainsi que celles travaillant dans un domaine professionnel lié à la sécurité, au secteur médical, scientifique ou social, exprimeraient une perception plus élevée de la dangerosité des substances en général ainsi que celles utilisées dans les ASFS, comparativement aux autres. Ces hypothèses s'appuient sur l'idée que l'expérience de vie, les responsabilités parentales ou l'exposition professionnelle aux réalités de terrain pourraient accroître la sensibilité au risque et renforcer les représentations sociales de la dangerosité associée à certaines substances.

Les résultats de cette étude visent à enrichir la compréhension des facteurs qui influencent les représentations sociales liées aux ASFS, afin de contribuer à des stratégies de prévention mieux ciblées, et potentiellement plus efficaces, en s'appuyant sur les perceptions du public concerné.

3.2) Hypothèses principales

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle les personnes ayant des enfants percevraient les drogues comme plus dangereuses de manière générale mais également dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS), comparativement aux personnes n'ayant pas d'enfants. Cette anticipation repose sur l'idée que les parents, en raison de leur rôle protecteur et de leur responsabilité, seraient davantage sensibles aux menaces pouvant affecter la sécurité de leurs enfants. Cette sensibilité accrue pourrait ainsi également se traduire par une évaluation plus sévère du risque associé aux substances impliquées dans des contextes d'agression sexuelle.

Concernant la seconde hypothèse, nous avons postulé que les individus exerçant une profession dans un secteur susceptible d'impliquer une exposition directe ou indirecte aux problématiques liées aux drogues ou aux agressions sexuelles (ex. : sécurité, médical, sciences ou aide sociale) présenteraient une perception plus élevée de la dangerosité des drogues de manière générale et également celles impliquées dans les ASFS. En comparaison, les personnes issues de domaines tels que l'enseignement ou d'autres secteurs moins directement concernés étaient supposées percevoir ces substances comme relativement moins dangereuses. Cette hypothèse part du principe que le fait de côtoyer régulièrement des situations impliquant des consommateurs de substances, des victimes ou des auteurs d'agressions sexuelles pourrait accroître la vigilance et la sensibilité des professionnels à l'égard des risques associés à l'usage de drogues dans ce type de contexte.

Ces deux ont été testées pour les trois dimensions mesurées dans l'étude : la dangerosité générale, le risque d'ASFS opportuniste et le risque d'ASFS proactif. Cela représente donc un total de six hypothèses distinctes.

3.3) Hypothèses exploratoires

En complément, nous avons formulé une hypothèse exploratoire stipulant que l'âge des participants serait positivement corrélé à la perception moyenne de dangerosité des drogues. Cette hypothèse a également été testée trois fois pour les trois types de dangerosité (générale, ASFS opportuniste et proactives). Plus précisément, nous nous attendions à ce que les personnes plus âgées perçoivent les substances psychoactives comme plus dangereuses, quel que soit le type de dangerosité/risque évalué. Ce postulat s'appuie sur l'idée que l'accumulation d'expériences personnelles, sociales et professionnelles au fil du temps pourrait engendrer une forme de prudence accrue face à certains comportements à risque, notamment en lien avec les substances psychoactives.

Afin d'explorer encore plus cette dimension, des corrélations bilatérales ont été réalisées également pour chaque substance, permettant d'identifier d'éventuelles associations entre l'âge et la perception de dangerosité spécifique.

On a également réalisé des tests post-hoc de Tukey, que l'on a intégré directement dans nos premières hypothèses pour avoir un fil conducteur plus clair, afin d'examiner où se trouvaient les différences significatives au sein des effets principaux et interactions pour les hypothèses.

4. Méthodologie : Conception de la recherche

Pour bref rappel, le but de cette étude était d'évaluer la perception de dangerosité des drogues dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance chez une population adulte de 25 ans et plus.

4.1) Population participante et échantillon

Pour participer à l'étude, les répondants devaient être âgés d'au moins 18 ans. Seules les personnes ayant indiqué que leur langue maternelle était le français ont été retenues pour les analyses. Par ailleurs, dans le cadre spécifique de notre recherche, nous avons choisi de restreindre notre échantillon aux individus âgés de 25 ans ou plus, en cohérence avec notre objectif d'étude. Un total initial de 348 participants a été recruté.

Après l'exclusion des personnes de moins de 25 ans, de celles ne parlant pas le français comme langue maternelle, ainsi que d'un répondant ayant sélectionné « autre » à la question sur le genre (réponse unique ne permettant pas de comparaison statistique), notre échantillon final comptait 163 participants.

Ce nombre est conforme au calcul de taille d'échantillon effectué lors du pré-mémoire à l'aide du logiciel **G*Power** (www.gpower.hhu.de) Ce calcul estimait qu'un minimum de 159 participants était nécessaire pour garantir une puissance statistique de 0.80, avec un effet de taille moyen ($f = .25$), un seuil de signification de .05 et trois groupes d'âge distincts (20–40 ans, 40–60 ans, plus de 60 ans). Ce calcul assurait une puissance suffisante pour détecter des différences significatives.

Concernant l'analyse statistique impliquant la variable des catégories professionnelles, 28 participants ont été exclus car ils étaient étudiants et n'avaient pas répondu à cette question. Ainsi, l'échantillon utilisé pour cette analyse comprenait 135 participants.

4.2) Recrutement, procédure, consentements et éthique

Le questionnaire a été conçu sur la plateforme SURVEYS de l'Université de Liège et administré en ligne. Le temps de passation était estimé à environ 15 minutes. Le recueil des données a débuté en avril 2025, après obtention de l'approbation du comité d'éthique. Le recrutement des participants a été réalisé en collaboration avec Alix Lesoinne et Clara Kerdraon, également étudiantes en master de psychologie clinique, qui travaillaient sur des sujets de mémoire proches du nôtre. Bien que certaines thématiques spécifiques différaient entre nos études, nous avons utilisé un questionnaire commun, ce qui explique la présence de certains items qui ne seront pas pris en compte dans le cadre de cette recherche. Il convient de souligner que pour chaque question, plusieurs modalités de réponse étaient proposées, avec la possibilité pour les participants de ne pas répondre s'ils le souhaitaient.

Les participants ont été recrutés par le biais de publications diffusées sur les réseaux sociaux (Instagram, Facebook, WhatsApp) (*Annexe 1*), par le bouche-à-oreille ainsi que par la distribution d'affiches dans notre entourage. Lorsqu'un participant accédait au lien de l'étude, une lettre d'information et de consentement s'affichait (voir *Annexe 2*). En cliquant sur le

bouton « Je participe », le participant confirmait son consentement libre et éclairé. Leur participation étant totalement anonymisée, ceci était précisé.

Un message de prévention apparaissait également avant les items relatifs aux mythes du viol, afin de sensibiliser les répondants à la nature potentiellement sensible de certaines questions. Par ailleurs, des numéros d'aide comme celui du CPVS (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles) ou encore d'assistance en cas de crise suicidaire étaient indiqués, dans le but de protéger les participants et d'éviter toute forme de détresse psychologique liée à la participation à l'étude.

Ce projet de recherche a été validé le 23 Janvier 2025 par le comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

4.3) Questionnaire détaillé

4.3.1) *Données sociodémographiques*

Les participants ont été interrogés sur plusieurs aspects sociodémographiques, notamment leur âge (en nombre d'années), leur genre, leur statut socio-professionnel (étudiant, travailleur ou au chômage) ainsi que le secteur professionnel dans lequel ils exercent (sécurité, médical, scientifique, aide sociale, enseignement ou autre). Il leur a également été demandé si leur langue maternelle était le français. De plus, les répondants devaient indiquer s'ils avaient des enfants ou non.

4.3.2) *Questions supplémentaires*

Après l'explication brève de chaque substance (alcool, opioïdes, benzodiazépines, cannabis, GHB, kétamine et MDMA). Les participants devaient indiquer s'ils connaissaient la substance, s'ils connaissaient les effets induits, s'ils en avaient déjà consommé et le cas échéant, à quelle fréquence. Ils ont également été invités à évaluer la dangerosité perçue de chaque substance, grâce à un curseur allant de 0 à 100 (0 = il n'y a pas de danger ; 100 = la substance est très dangereuse). Pour certaines substances spécifiques (benzodiazépines, kétamine et opioïdes), des questions complémentaires portaient sur les contextes d'usage éventuel (Plusieurs réponses étant possibles entre : sous prescription médicale ; prescription médicale détournée ; usage récréatif).

Le questionnaire incluait également des items portant sur la perception du danger lié aux agressions sexuelles facilitées par substance, en distinguant les contextes dits « général », « opportunistes » et « proactifs ». Les participants devaient également estimer, pour chaque substance, les risques perçus d'être victime d'une agression sexuelle opportuniste ou proactive. Ces items allaient de 0 à 100 (0 = aucun risque ; 100 = risque très élevé) (cf. *Annexe 3*)

Le questionnaire comportait également les questionnaires Alcohol Use Disorder Identification Test- Consumption (AUDIT-C) qui évalue le niveau de consommation d'alcool, le Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) qui évalue les troubles liés à l'usage de drogue autre que l'alcool, l'échelle de Ward ainsi que celle d'AMMSA (qui mesure le degré d'adhésion aux mythes du viol). Cependant, ces derniers n'ont pas été exploités dans le cadre de cette présente étude.

4.4) Traitement des données

Les données ont été centralisées dans un fichier créé à l'aide du logiciel Excel, qui a également servi à leur traitement. Une première étape a consisté à vérifier la présence éventuelle d'items inversés. Lorsqu'un tel cas était identifié, un recodage a été effectué en générant de nouvelles colonnes contenant les scores corrigés. Par ailleurs, un codebook a été élaboré dans un document Word répertoriant l'ensemble des items, les modalités de réponse et les codes correspondants, dans le but de faciliter la navigation et l'interprétation des données.

Un nettoyage des données a également été effectué, où des participants ont donc été exclus de l'échantillon de base. Les participants dont la langue maternelle n'était pas le français ont été exclus. De même, les items relatifs aux mythes du viol, au chemsex, au blackout, DUDIT et AUDIT-C ont été supprimés, car ils ne relevaient pas du thème principal de notre étude. Les participants âgés de moins de 25 ans ont aussi été exclus, puisqu'on réalisait cette étude pour les adultes à partir de 25 ans. En ce qui concerne la variable genre, un participant ayant coché la catégorie « autre » a été retiré de l'analyse, car il s'agissait d'un cas isolé, rendant les comparaisons statistiques peu pertinentes.

Par la suite et dans le but des analyses plusieurs variables ont été créées, une nouvelle variable intitulée « cat_profession » a été créée à partir de la variable « domaine_professionnel », dans

le but de faciliter les analyses. Deux groupes de catégories professionnelles ont été constitués. La première catégorie regroupe les domaines de la sécurité, du médical, des sciences et de l'aide sociale tandis que la seconde regroupe les professions liées à l'enseignement et aux autres domaines non présents dans cette question. La constitution de catégories plus larges permet donc de contourner les limites liées à la faible puissance statistique, tout en assurant une meilleure stabilité des estimations.

En complément, trois variables ont été générées à partir des moyennes des scores relatifs à la perception de la dangerosité des substances. Il s'agit des moyennes de la dangerosité générale « Moy_danger_gén_tot », de la dangerosité perçue pour les ASFS opportunistes « Moy_DFSA_tot_victime » et de celle perçue dans les ASFS proactives « Moy_DFSA_tot_auteur ».

Enfin, il est important de souligner que, concernant les analyses en lien avec les catégories professionnelles, 28 données étaient manquantes. Cette absence est due au fait que les participants étudiants ayant répondu « étudiants » à la question principale sur le statut socio-professionnel n'ont pas eu accès à la question déroulante suivante concernant leur domaine professionnel. Donc lors de nos analyses statistiques l'effectif de l'échantillon a été réduit à 135.

4.5) Analyses statistiques

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel JAMOVI version 2.3.28.0. Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été effectuées afin d'examiner la distribution des variables. Le test de Shapiro-Wilk a permis d'évaluer la normalité, élément essentiel pour orienter le choix des tests statistiques ultérieurs.

Au sein de nos analyses inférentielles, six ANOVA mixtes ont ensuite été réalisées. Malgré la non-normalité observée pour certaines variables. Puisque l'ANOVA est un test relativement robuste aux écarts à la normalité.

La première ANOVA mixte visait à tester l'hypothèse selon laquelle les participants ayant des enfants auraient une perception plus élevée de la dangerosité des drogues de manière générale et du risque d'agressions sexuelles facilitées par substances (ASFS), en comparaison avec

ceux n'en ayant pas. Cette analyse a été menée pour trois types de contexte :général, opportuniste et proactif (ce qui équivaut à trois ANOVA).

La quatrième ANOVA mixte a évalué l'hypothèse selon laquelle les participants exerçant leur profession dans des domaines de sécurité, médical ou scientifique (catégorie 1) percevraient les substances de manière générale mais également celles utilisées dans les ASFS comme plus dangereuses que ceux travaillant dans d'autres secteurs (catégorie 2). Là encore, l'ANOVA a été réalisée pour les trois types de contextes.

De plus, des tests post-hoc ont été réalisés pour les ANOVA dans le but d'identifier où se situaient les différences, seulement lorsque les tests étaient statistiquement significatifs.

Enfin, des analyses exploratoires avec des corrélations ont été réalisées. Pour les scores moyens de dangerosité générale et de perception du risque d'ASFS opportunistes, les tests de normalité (Shapiro-Wilk) ayant révélé une non-normalité, des corrélations de Spearman (non paramétriques) ont été privilégiées. En revanche, pour la perception du risque d'ASFS proactives, une distribution normale ayant été observée, une corrélation de Pearson a été effectuée.

L'hypothèse était que l'âge serait positivement corrélé à la perception de la dangerosité (corrélation unilatérale positive) pour les scores moyens. Cependant, pour les corrélations substance par substance, une corrélation bilatérale a été adoptée, afin de ne pas exclure la possibilité de corrélations négatives. Cette décision repose sur la difficulté de prédire a priori le sens de la relation pour chaque substance spécifique.

5. Résultats

5.1) Statistiques descriptives

5.1.1) Tests de normalité

Avant toute chose, on a réalisé des tests de Shapiro-Wilk (W) permettant d'évaluer la normalité de chaque variable afin de pouvoir choisir au mieux les tests statistiques adéquats.

Chaque résultat indiquant $p < .05$ prouve la significativité d'une non-normalité de la variable. Un résultat indiquant un $p > .05$ indique donc une normalité de la variable correspondante.

Dangerosité générale perçue par substance	<i>W</i>	<i>p</i>
Alcool	0.92	< .001
Benzodiazépines	0.95	< .001
Cannabis	0.96	< .001
GHB	0.84	< .001
Kétamine	0.87	< .001
Opioïdes	0.84	< .001
MDMA	0.81	< .001

Tableau 1 : Résultats du test de Shapiro-Wilk des variables de la dangerosité perçue en général par substance.

Dangerosité perçue du risque d'ASFS opportunistes par substance	<i>W</i>	<i>p</i>
Alcool	0.91	< .001
Benzodiazépines	0.93	< .001
Cannabis	0.95	< .001
GHB	0.59	< .001
Kétamine	0.90	< .001
Opioïdes	0.91	< .001
MDMA	0.87	< .001

Tableau 2 : Résultats du test de Shapiro-Wilk des variables de la dangerosité perçue en contexte opportuniste par substance.

Dangerosité perçue du risque d'ASFS proactives par substance	<i>W</i>	<i>p</i>
Alcool	0.94	< .001
Benzodiazépines	0.93	< .001
Cannabis	0.93	< .001
GHB	0.57	< .001
Kétamine	0.90	< .001
Opioïdes	0.89	< .001
MDMDA	0.86	< .001

Tableau 3 : Résultats du test de Shapiro-Wilk variables de la dangerosité perçue en contexte proactif par substance.

Dangerosité perçue par moyenne	<i>W</i>	<i>p</i>
Moyenne dangerosité générale	0.98	0.005
Moyenne dangerosité en contexte opportuniste	0.95	< .001
Moyenne dangerosité en contexte proactif	0.99	0.13

Tableau 4 : Résultats du test de Shapiro-Wilk des moyennes de toutes les substances pour chaque contexte

5.1.2) Statistiques descriptives

Comme mentionné précédemment dans la méthodologie, un total de 163 participants a été recruté pour cette présente étude. Excepté pour la variable « catégorie_profession » ainsi que pour les analyses statistiques la concernant, où un total de 135 participants étaient inclus. Afin d'explorer plus en détails les variables démographiques, on a réalisé des statistiques descriptives en plus du test de normalité de Shapiro-Wilk.

Concernant la variable parentalité qui est en réalité nommée « enfants » dans le document Excel, elle est divisée en deux catégories. Le code « 1 » se réfère aux personnes avec enfants et le code « 2 » se réfère aux personnes sans enfants. Pour la variable « domaine professionnel » elle est en réalité divisé en six catégories reprenant les professions suivantes : sécurité, médical, aide sociale, scientifique, enseignement et autre. Cette variable a été regroupée en deux catégories au lieu de six afin de faciliter les analyses statistiques et plus particulièrement l'utilisation d'analyse de variance (ANOVA). En effet, cette distribution de domaines professionnels posait un problème d'un point de vue méthodologique, notamment parce que notre hypothèse de recherche impliquait une comparaison entre deux groupes. De plus, certains sous-groupes présentaient un effectif trop faible pour permettre des analyses robustes. La première catégorie reprend donc les professions de sécurité, du médical, des sciences et de l'aide sociale et la deuxième catégorie reprend l'enseignement et toute autre profession non proposée dans les réponses. Ces regroupements ont été établis selon des critères de proximité professionnelle et de pertinence théorique, en associant les professions liées à la santé, au social et à la sécurité. Ce choix se justifie par le fait que ces domaines d'activité sont plus susceptibles de confronter les professionnels à des problématiques telles que les violences, les conduites addictives, ou les interactions avec des auteurs et des victimes d'agressions.

Donnée	Variable	Fréquence	Pourcentage
Genre	Homme	64	39.3%
	Femme	99	60.7%
Parentalité	Enfants	80	49.1%
	Pas d'enfants	83	50.9%

Domaine professionnel	Sécurité	8	5.9%
	Médical	24	17.8%
	Scientifique	6	4.4%
	Aide sociale	23	17%
	Enseignement	32	23.7%
	Autre	42	31.1%
Catégorie professionnelle	Catégorie 1	61	45.2%
	Catégorie 2	74	54.8%

Tableau 5 : Table des fréquences des variables démographiques

La table des fréquences des variables démographiques représentée dans le *Tableau 5* reprend donc les variables « genre », « enfants », « domaine professionnel » et « catégorie professionnelle » ainsi que leurs catégories au sein de chacune d'elles et leurs nombres de sujets répondants correspondants au terme « fréquence » et enfin au pourcentage de répondants dans l'échantillon. A noter que, pour rappel, les deux variables concernant le domaine professionnel comptent seulement 135 participants.

5.1.3) Scores moyens par type de dangerosité

Pour chaque substance selon le contexte de dangerosité, des diagrammes ont été réalisés. En ordonnée, le type de substance et en abscisse, le score moyen de dangerosité perçue de 0 à 100. Chaque graphique reprend les diverses substances, leurs moyennes et leurs écarts-types.

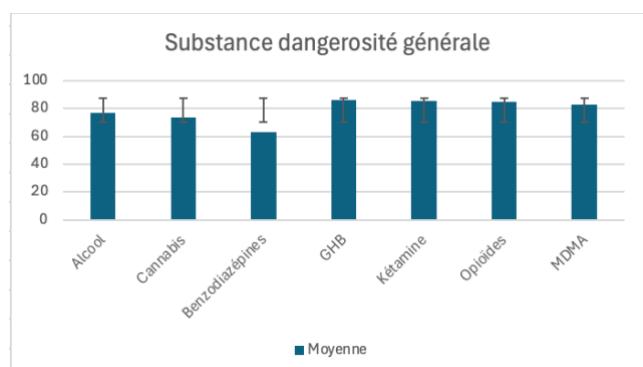


Figure 1 : Diagramme en barres de chaque substance sur la perception de dangerosité générale.

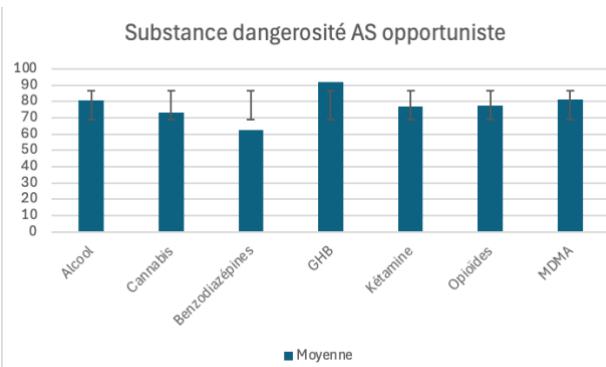


Figure 2 : Diagrammes en barre de chaque substance sur la perception du risque d'agression opportuniste

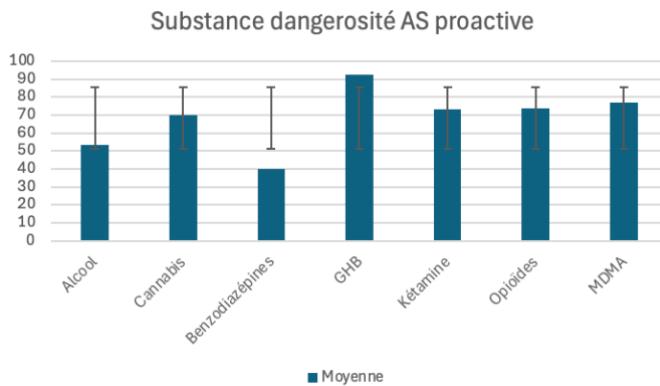


Figure 3 : Diagramme en barres de chaque substance sur la perception du risque d'agression proactive

5.1.4) Histogrammes de distribution

Ensuite, pour la dangerosité générale et pour chaque contexte d'ASFS (opportuniste et proactive) nous avons réalisé des histogrammes représentant la distribution des variables. À noter qu'il s'agit ici des moyennes de l'ensemble des substances.

a) Dangerosité générale :

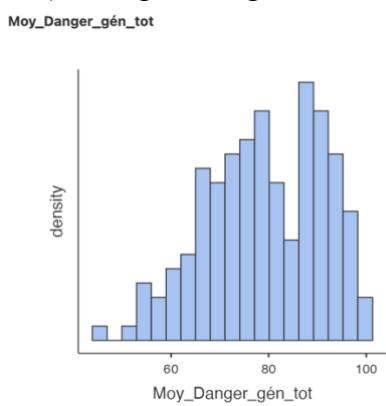


Figure 4 : Histogramme de la variable moyenne danger général

L'histogramme montre une distribution légèrement asymétrique vers la gauche (asymétrie négative). Les scores de perception du danger se concentrent principalement entre 70 et 95, avec un pic autour de 85. Bien que la distribution ne soit pas strictement normale, elle reste relativement symétrique avec une densité bien répartie.

b) Dangerosité dans le cas des ASFS opportunistes :

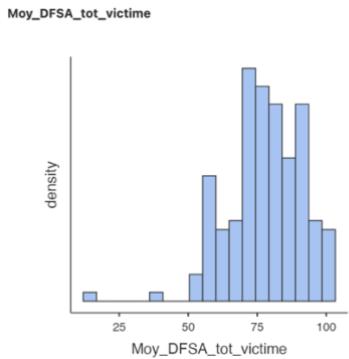


Figure 5: Histogramme de la variable moyenne danger dans le

cas des ASFS opportunistes

La distribution de cette variable est clairement asymétrique vers la gauche. Les scores sont majoritairement élevés, avec un regroupement entre 70 et 95. Quelques valeurs plus faibles (entre 25 et 50) apparaissent comme des cas isolés, suggérant une possible déviation de la normalité.

c) Dangerosité dans le cas des ASFS proactives :

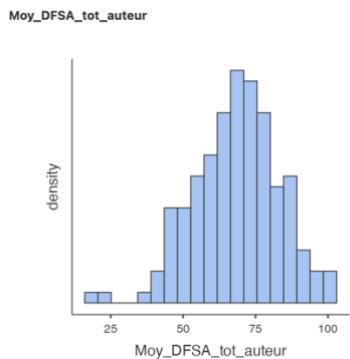


Figure 6: Histogramme de la variable moyenne danger dans le cas

des ASFS proactives.

Cette variable présente une distribution relativement symétrique, plus proche d'une courbe normale. Les scores s'étalent entre 25 et 100, avec une densité maximale autour de 70-75. La forme générale de l'histogramme est en cloche, indiquant une distribution presque normale.

5.2. Analyses principales

5.2.1) Dangerosité perçue en fonction de la parentalité

Hypothèse une : on s'attend à voir que les participants ayant des enfants présentent une perception plus élevée de la dangerosité de manière générale des drogues comparativement aux participants n'ayant pas d'enfants.

En dépit des écarts par rapport à la condition de normalité des variables de perception de la dangerosité générale (voir *Tableau 1*), une ANOVA mixte a été utilisée. Ce test est en effet robuste aux violations de la normalité, notamment dans le cadre d'un échantillon de taille importante ($N = 163$). Le test de Levene confirme l'homogénéité des variances ($p > .05$). En raison d'une violation de la sphéricité ($W = .35, p < .001$), la correction de Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = .73$) a été appliquée. (cf. Annexe 4)

L'ANOVA mixte indique un effet principal significatif du type de substance sur la perception de la dangerosité générale ($F(4.42, 710.96) = 48.35, p < .001, \eta^2p = .23$). En revanche, elle ne montre pas d'effet principal significatif de la variable « enfants » ($F(1,161) = 2.66, p = .11, \eta^2p = .016$) ni d'interaction significative entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de dangerosité des drogues dans les ASFS générales ($F(4.42, 710.96) = .64, p = .65, \eta^2p = .004$).

2.1.1.2) Test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance :

Des comparaisons post-hoc ont été réalisées afin d'examiner où se situaient les différences entre les substances, à la suite de l'effet principal significatif du facteur "type de substance".

Les résultats (voir *Annexe 13*) montrent plusieurs différences, dont certaines étant significatives reprises dans ce tableau qui suit ($p < .05$ étant significatif) :

Substance	Versus autre substance	Déférence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	Cannabis	14.06	161	6.52	< .001
	GHB	-8.86	161	-5.3	< .001
	Kétamine	-8.42	161	-4.82	< .001
	Opioïdes	-7.35	161	-3.93	0.002
Benzodiazépines	Cannabis	10.50	161	5.63	< .001
	GHB	-12.43	161	-8.37	< .001
	Kétamine	-11.99	161	-8.1	< .001
	Opioïdes	-10.91	161	-6.73	< .001
	MDMA	-9.56	161	-5.2	< .001
Cannabis	GHB	-22.92	161	-11.61	< .001
	Kétamine	-22.48	161	-11.41	< .001
	Opioïdes	-21.41	161	-10.16	< .001
	MDMA	-20.1	161	-11.81	< .001

Tableau 6 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance sur la dangerosité générale.

Hypothèse deux : on s'attend à voir que les participants ayant des enfants présentent une perception plus élevée du risque d'agressions sexuelles **opportunistes** facilitées par une substance, comparativement aux participants n'ayant pas d'enfants.

La normalité des données n'étant à nouveau pas respectée dans cette analyse, une ANOVA mixte (cf. Annexe 5) a néanmoins été réalisée, pour les mêmes raisons qu'expliqué précédemment. Le test de sphéricité de Mauchly étant significatif ($W = .60, p < .001$), indiquant une violation de la sphéricité, une correction de Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = .85$) a été appliquée.

L'analyse révèle un effet principal significatif du type de substance sur la perception du risque d'ASFS opportunistes ($F(5.10, 820.61) = 53.58, p < .001, \eta^2_p = .25$). Un effet principal de la variable « enfants » est également significatif ($F(1, 161) = 4.75, p = .031, \eta^2_p = .03$). Plus précisément, les participants ayant des enfants perçoivent les substances comme étant significativement plus dangereuses (différence de moyenne = 4.55). Enfin, une interaction significative entre le type de substance et la parentalité a été observée sur la perception de dangerosité des ASFS opportunistes ($F(5.10, 820.61) = 2.47, p = .030, \eta^2_p = .015$).

Le test d'homogénéité des variances de Levene n'a révélé aucune violation significative de l'hypothèse d'homogénéité pour les différentes substances ($p > .05$).

Les tests post-hoc HSD de Tukey concernant les effets principaux se trouvent en annexe (cf. Annexe 14, 15 et 16).

Test post-hoc HSD de Tukey de l'interaction entre la variable « enfants » et la variable type de substance :

On observe des différences significatives dans l'interaction entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de dangerosité dans les ASFS opportunistes (Résultats complets dans l'Annexe 17)

Substances	Groupe avec enfants	Groupe sans enfants	ddl	t	p Tukey
Alcool	81.1	80.6	161	0.22	1.000
Benzodiazépines	76.5	70.6	161	1.80	0.86

GHB	92.2	92.4	161	-0.06	1.000
Kétamine	79.7	74.7	161	1.56	0.954
Opioïdes	80.5	75.2	161	1.73	0.902
Cannabis	68.5	57.1	161	2.92	0.181
MDMA	83.1	79.2	161	1.31	0.99

Tableau 7 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'interaction entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de risque des ASFS opportunistes.

Bien que l'interaction soit significative, le test post-hoc de Tukey ne permet pas de voir qu'il y a des différences significatives au sein de celle-ci, en raison de la grande sévérité du test de Tukey. Cependant, la plus grande divergence de perception observée est pour le cannabis ($t = 2.92$), tandis que le GHB présente l'écart le plus faible en matière de dangerosité perçue ($t = -0.06$) entre les deux groupes (avec et sans enfants). Malgré tout, on peut remarquer qu'il existe bien des différences entre les perceptions des groupes avec et sans enfants pour les diverses drogues.

Hypothèse trois : on s'attend à voir que les participants ayant des enfants présentent une perception plus élevée du risque d'agressions sexuelles **proactives** facilitées par une substance, comparativement aux participants n'ayant pas d'enfants.

L'ANOVA mixte (cf. Annexe 6) indique un effet principal significatif du type de substance sur la perception de dangerosité des substances dans les agressions sexuelles proactives ($F(4.38, 705.6) = 106.53, p < .001, \eta^2p = .40$). Il ne montre aucun effet principal significatif de la variable « enfants » ($F(1,161) = 0.831, p = .363, \eta^2p = .005$). Ni aucune interaction significative entre le type de substance et la parentalité sur la perception de dangerosité des ASFS proactives ($F(4.38, 705.6) = 106.53, p = .16, \eta^2p = .01$).

Le test de sphéricité a révélé une violation de la sphéricité (W de Mauchly = .43, $p < .001$). Par conséquent nous avons utilisé la correction de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = .73$). Le test d'homogénéité des variances de Levene n'a révélé aucune violation significative de l'hypothèse d'homogénéité pour les différentes substances ($p > .05$), à l'exception de la kétamine ($p = .012$) et du GHB ($p = .047$) ce qui suggère une certaine prudence dans l'interprétation des résultats concernant ces substances.

Test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance :

Des comparaisons post-hoc, grâce au test HSD de Tukey (Voir *Annexe 18*), ont été réalisées afin d'examiner les différences entre les substances concernant la perception du risque d'ASFS de type proactive. Les résultats montrent de nombreuses différences significatives :

Données Substance	Versus autre substance	Différence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	Benzodiazépines	-16.55	161	-5.98	<.001
	Cannabis	13.49	161	5.77	<.001
	GHB	-39.33	161	-14.81	<.001
	Kétamine	-20.19	161	-6.99	<.001
	Opioïdes	-20.50	161	-6.97	<.001
	MDMA	-23.88	161	-8.64	<.001
Benzodiazépines	Cannabis	30.04	161	11.38	<.001
	GHB	-22.79	161	-11.42	<.001
	MDMA	-7.33	161	-3.52	<.001
Cannabis	GHB	-52.82	161	-21.19	<.001
	Kétamine	-33.67	161	-12.91	<.001
	Opioïdes	-33.98	161	-13.14	<.001
	MDMA	-37.37	161	-15.02	<.001
GHB	Kétamine	19.14	161	9.42	<.001
	Opioïdes	18.83	161	8.94	<.001
	MDMA	15.45	161	7.86	<.001

Tableau 8 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque des ASFS proactives.

5.2.2) Dangérosité perçue en fonction du domaine professionnel

Il convient de rappeler que, pour ces hypothèses, les participants ayant indiqué « étudiant » comme statut professionnel ont été exclus de l'analyse, car ils n'avaient pas accès à la question relative au domaine professionnel. L'échantillon a ainsi été réduit à 135 participants, 28 personnes n'ayant pas répondu à cette question. La nouvelle variable se compose des

catégories suivantes : « 1 » regroupant les domaines de la sécurité, du médical, du scientifique et de l'aide sociale et « 2 » regroupant l'enseignement et les autres domaines.

Hypothèse une : Les participants exerçant une profession dans les domaines de la sécurité, du médical ou des sciences (secteurs dans lesquels une exposition ou des connaissances relatives aux agressions sexuelles, comportements violents et/ou à l'usage de substances sont plus probables) présentent une perception plus élevée de la dangerosité **générale** des substances que ceux exerçant dans d'autres domaines professionnels.

Malgré la violation de l'hypothèse de normalité (*voir Tableau 1*), une ANOVA mixte a été réalisée(cf. Annexe 7). En effet, ce test est reconnu pour sa robustesse face aux écarts à la normalité, particulièrement dans le cas d'échantillons de taille suffisante, ce qui est le cas ici malgré certaines données manquantes.

Le test de sphéricité de Mauchly s'est révélé significatif ($W = 0.39, p < .001$), indiquant une violation de l'hypothèse de sphéricité. Par conséquent, la correction de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.76$) a été appliquée pour ajuster les degrés de liberté. Le test d'homogénéité des variances de Levene n'a révélé aucune violation significative de l'hypothèse d'homogénéité pour les différentes substances ($p > .05$).

L'analyse n'a pas mis en évidence d'effet principal significatif de la variable « catégorie de profession » sur la perception de la dangerosité générale des substances ($F(1, 133) = .14, p = .71, \eta^2_p = .001$). De même, l'interaction entre les catégories de profession et le type de substance ne s'est pas avérée significative ($F(4.54, 603.36) = 1.76, p = .127, \eta^2_p = .013$).

En revanche, un effet principal du type de substance a été observé ($F(4.54, 603.36) = 39.93, p < .001, \eta^2_p = .23$), confirmant que la perception de danger général varie significativement en fonction de la substance considérée.

Test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance :

Des comparaisons post-hoc, grâce au test HSD de Tukey (*voir Annexe 19*) ont été réalisées afin d'examiner les différences entre les substances concernant la perception de la dangerosité générale. Les résultats montrent de nombreuses différences significatives :

Données Substance	Versus autre substance	Différence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	Cannabis	-16.55	133	5.7	<.001
	GHB	13.49	133	-4.92	<.001
	Kétamine	-20.19	133	-4.63	<.001
	Opioïdes	-20.50	133	-3.24	0.02
	MDMA	-23.88	133	-3.15	0.03
Benzodiazépines	Cannabis	10.40	133	5.15	<.001
	GHB	-12.69	133	-7.36	<.001
	Kétamine	-12.29	133	-7.3	<.001
	Opioïdes	-10.26	133	-5.42	<.001
	MDMA	-10.25	133	-5.45	<.001
Cannabis	GHB	-23.10	133	-10.61	<.001
	Kétamine	-22.70	133	-10.24	<.001
	Opioïdes	-20.65	133	-8.77	<.001
	MDMA	-20.65	133	-11.22	<.001

Tableau 9 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de dangerosité générale.

Hypothèse deux : Les participants exerçant une profession dans les domaines de la sécurité, du médical ou des sciences (secteurs dans lesquels une exposition ou des connaissances relatives aux agressions sexuelles, comportements violents et/ou à l'usage de substances sont plus probables) présentent une perception plus élevée du risque d'agressions sexuelles **opportunistes** que ceux exerçant dans d'autres domaines professionnels.

Le test de Mauchly a révélé une violation de la sphéricité ($W = .60, p < .001$). Par conséquent, la correction de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0.89$) a été appliquée pour ajuster les degrés de liberté. Concernant l'homogénéité des variances, le test de Levene n'a révélé aucune violation significative pour l'ensemble des variables ($p > .05$). Cela suggère que l'hypothèse d'homogénéité est respectée pour les substances évaluées.

L'ANOVA mixte (cf. Annexe 8) a révélé un effet principal significatif du type de substance sur la perception du risque d'ASFS opportunistes ($F(5.10, 678.71) = 43.79, p < .001, \eta^2p = .25$).

En revanche, aucun effet principal de la catégorie professionnelle n'a été observé ($F(1,133) = .43, p = .84, \eta^2p = .00$). Aucune interaction significative n'a été révélée non plus entre le type de substance et la catégorie professionnelle sur la perception de danger sur les ASFS opportunistes ($F(5.10, 678.71) = 1.6, p = .16, \eta^2p = .012$).

Test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance :

Des analyses post hoc ont été menées (*Voir Annexe 20*) afin d'examiner plus en détails les différences de perception du risque d'ASFS opportunistes. Plusieurs différences significatives ont été observées :

Données Substance	Versus autre substance	Différence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	GHB	-16.55	161	-5.98	<.001
	Benzodiazépines	13.49	161	5.77	<.001
	Cannabis	-39.33	161	-14.81	<.001
Benzodiazépines	GHB	30.04	161	11.38	<.001
	Cannabis	-22.79	161	-11.42	<.001
	MDMA	-7.33	161	-3.52	<.001
Cannabis	GHB	-52.82	161	-21.19	<.001
	Kétamine	-33.67	161	-12.91	<.001
	Opioïdes	-33.98	161	-13.14	<.001
	MDMA	-37.37	161	-15.02	<.001
GHB	Kétamine	19.14	161	9.42	<.001
	Opioïdes	18.83	161	8.94	<.001
	MDMA	15.45	161	7.86	<.001

Tableau 10 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque ASFS opportunistes.

Hypothèse trois : Les participants exerçant une profession dans les domaines de la sécurité, du médical ou des sciences (secteurs dans lesquels une exposition ou des connaissances

relatives aux agressions sexuelles, comportements violents et/ou à l'usage de substances sont plus probables) présentent une perception plus élevée du risque d'agressions sexuelles **proactives** que ceux exerçant dans d'autres domaines professionnels.

Le test de sphéricité de Mauchly s'est révélé significatif ($W = .49, p < .001$), indiquant une violation de la sphéricité. Par conséquent, la correction de Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = .75$) a été appliquée afin d'ajuster les degrés de liberté. Concernant l'homogénéité des variances (test de Levene), les résultats montrent que pour la majorité des substances, l'hypothèse d'homogénéité est respectée ($p > .05$).

L'ANOVA mixte (cf. Annexe 9) a révélé un effet principal significatif du type de substance sur la perception du risque d'agressions sexuelles proactives ($F(4.49, 597.58) = 90.19, p < .001, \eta^2_p = .40$).

En revanche, aucun effet principal de la catégorie professionnelle n'a été observé ($F(1, 133) = .93, p = .34, \eta^2_p = .007$), ni d'interaction significative entre le type de substance et la catégorie professionnelle ($F(4.49, 597.58) = 2.2, p = .06, \eta^2_p = .02$).

Test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance :

Afin d'explorer l'effet principal significatif du type de substance sur la perception du risque d'agressions sexuelles proactives, des comparaisons post hoc ont été menées à l'aide du test HSD de Tukey (Annexe 21).

Les résultats révèlent plusieurs différences significatives entre les substances :

Données Substance	Versus autre substance	Déférence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	Benzodiazépines	-16.89	133	-5.5	<.001
	Cannabis	13.70	133	5.6	<.001
	GHB	-41.25	133	-14.06	<.001
	Kétamine	-20.02	133	-6.4	<.001
	Opioïdes	-19.99	133	-6.32	<.001
	MDMA	-23.77	133	-7.97	<.001
Benzodiazépines	Cannabis	30.60	133	10.27	<.001
	GHB	-24.35	133	-10.89	<.001

Cannabis	GHB	-54.95	133	-20.11	<.001
	Kétamine	-33.72	133	-11.50	<.001
	Opioïdes	-33.69	133	-11.57	<.001
	MDMA	-37.47	133	-13.16	<.001
GHB	Kétamine	21.23	133	9.11	<.001
	Opioïdes	21.26	133	8.97	<.001
	MDMA	17.48	133	7.81	<.001

Tableau 11 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des perceptions de risque des ASFS proactives.

5.3. Analyses exploratoires

Pour aller plus en profondeur, des corrélations ont été d'être réalisées afin d'observer la relation entre l'âge des sujets et leur perception de dangerosité générale des drogues et des risques d'ASFS de nature opportuniste et proactive. On s'attendait à observer des corrélations positives avec le fait que plus les sujets sont âgés, plus leur perception de dangerosité serait élevée. Au vu des problèmes de normalité, la corrélation de Spearman a donc été appliquée. Cependant, une corrélation de Pearson a été utilisée pour la variable concernant la perception du risque d'ASFS proactives qui, elle, respecte la normalité.

Hypothèse une : Plus les individus sont âgés, plus leur perception globale de la dangerosité **générale** des substances est élevée.

Un test de corrélation de Spearman a été réalisé afin d'évaluer la relation entre l'âge des participants et leur perception globale de la dangerosité des substances utilisées dans les agressions sexuelles. Les résultats révèlent une corrélation positive très faible et pas statistiquement significative ($r_s(161) = .11, p = .09$), indiquant qu'il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables dans cet échantillon.

Hypothèse deux : Plus les individus sont âgés, plus leur perception du risque d'agressions sexuelles opportunistes est élevée.

La corrélation de Spearman montre qu'il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et le score total de la perception du risque d'agressions sexuelles opportunistes.

Les résultats révèlent une corrélation positive significative mais de faible intensité ($r_s(161) = .20, p = .005$), indiquant que les individus plus âgés perçoivent légèrement les substances comme étant plus dangereuses dans ce contexte.

Hypothèse trois : Plus les individus sont âgés, plus leur perception du risque d'agressions sexuelles proactives est élevée.

Étant donné la normalité de la variable respectée dans ce cas, une corrélation de Pearson a été réalisée contrairement aux autres hypothèses. Les résultats ont révélé une corrélation positive très faible et non significative : $r(161) = .11, p = .08$.

Cela indique qu'il n'existe pas de preuves suffisantes pour conclure à un lien significatif entre l'âge et la perception de dangerosité dans le contexte des agressions sexuelles proactives.

6. Discussion

6.1) Retour sur les analyses descriptives

Les Figures 1,2 et 3 montrent que, de manière générale, toutes les substances étudiées présentent des moyennes élevées. Suggérant que les participants perçoivent l'ensemble de ces drogues comme relativement dangereuses. Toutefois, certaines différences notables apparaissent selon les substances. Le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDMA se distinguent par des moyennes particulièrement élevées, avoisinant et dépassant les 80. Appuyé par l'étude d'Anderson et al. (2017). Ce qui se traduit par une perception de dangerosité très marquée pour ces substances. A l'inverse, les benzodiazépines et le cannabis affichent des moyennes plus basses en comparaison, bien qu'elles demeurent globalement élevées. L'alcool, quant à lui, se situe dans une position intermédiaire car il est perçu comme relativement dangereux mais dans une moindre mesure que les drogues dites « dures », ce qui correspond aux analyses de Room et al. (2010) sur la normalisation culturelle de sa consommation.

En ce qui concerne la dispersion des données, les écarts-types sont relativement faibles pour l'ensemble des substances. Ce qui indique une certaine homogénéité des réponses entre les participants. Une exception notable concerne les benzodiazépines, pour lesquelles l'écart-type est le plus élevé ce qui signifie qu'il y a plus de différences de jugements de dangerosité concernant cette drogue. Cette variabilité pourrait refléter des divergences dans la perception

de cette substance, possiblement liées à l'expérience personnelle ou aux connaissances spécifiques des répondants.

6.2) Retour sur les hypothèses principales

6.2.1) La parentalité influence la perception de dangerosité des drogues

Pour la première hypothèse, il était envisagé que la parentalité conduise à une perception plus élevée de la dangerosité générale des substances, dans la mesure où les responsabilités parentales peuvent accentuer la vigilance vis-à-vis des risques sanitaires et sociaux notamment dans un contexte de protection (réelle ou imaginaire) des enfants ce qui pourrait donc renforcer la perception du danger des drogues. Les résultats ne confirment toutefois pas cette attente puisque l'ANOVA mixte ne révèle ni effet principal de la variable « enfants », ni interaction avec le type de substance. Ainsi, dans ce cadre, le fait d'être parent ne semble pas influencer significativement le jugement global sur la dangerosité des drogues.

Cette absence d'effet pourrait s'expliquer par la notion de dangerosité générale, qui pourrait être perçue comme abstraite ou globale et donc mobiliser davantage des schémas de perception collectifs que des préoccupations personnelles telles que la parentalité. Slovic (2000) souligne en effet que l'évaluation des risques repose souvent sur des suppositions et des images mentales partagées socialement, plutôt que sur l'expérience directe. Il est donc possible que les jugements soient façonnés par un ensemble de croyances et de représentations communes, homogènes entre parents et non-parents. Par ailleurs, Williams et al. (2003) rappellent que l'impact de la parentalité sur la perception du danger est plus marqué lorsqu'il existe une menace perçue directe pour les enfants (ex. consommation dans le foyer) plutôt que dans un contexte général et détaché comme ici.

L'analyse révèle cependant un effet principal significatif du type de substance, indiquant que les substances ne sont pas perçues de manière homogène par les répondants. Les tests post-hoc de Tukey (cf. Annexe 22) indiquent que les substances jugées les plus dangereuses sont le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDMA, suivies par l'alcool et les benzodiazépines, tandis que le cannabis se distingue par une perception nettement plus faible du danger. Cette hiérarchisation rejoint en partie la littérature toxicologique et médico-légale (Nutt et al., 2007, 2010 ; Room, 2005 ; Amar, 2010 ; Wilhelm, 2012 ; Savonen, 2021). Par exemple, le GHB,

bien que peu connu du grand public, est reconnu pour son potentiel sédatif et ses effets amnésiants (De Souza Costa et al., 2020) ce qui pourrait expliquer une perception plus élevée de sa dangerosité. De même, la kétamine et la MDMA, souvent associées à des contextes festifs, sont connues pour leurs effets dissociatifs ou stimulants pouvant entraîner des risques cardiovasculaires, neurologiques ou psychiatriques, ce qui peut contribuer à leur position élevée dans la hiérarchie perçue (Tovar et al., 2012 ; NIDA, 2016).

Alors que les substances associées à des usages festifs ou médicaux courants, comme le cannabis ou les benzodiazépines, bénéficient d'une image plus tolérante. La banalisation culturelle du cannabis (Hathaway, 2011 ; Herruzo et al., 2019) et dans une moindre mesure, la réputation plus "médicale" des benzodiazépines pourraient contribuer à cette perception atténuée (NIDA, 2016).

En résumé, contrairement à l'hypothèse émise, la parentalité ne semble pas moduler la perception générale du danger des substances, qui apparaît largement déterminée par des représentations sociales communes et le statut symbolique de chaque produit.

L'hypothèse deux postulait que les parents percevraient les substances comme plus dangereuses que les non-parents dans le contexte des ASFS opportunistes. Les résultats de l'ANOVA mixte révèlent un effet principal du type de substance, un effet principal de la variable « enfants » ainsi qu'une interaction significative entre ces deux facteurs.

L'effet principal du facteur intergroupe de la parentalité (cf. Annexe 15) montre que les parents attribuent des scores légèrement plus élevés de dangerosité que les non-parents dans les ASFS opportunistes. Ce résultat, bien que statistiquement significatif, reste modeste et doit être interprété avec prudence. Il s'accorde néanmoins avec les travaux de Chadi et al. (2020) et Dworkin et al. (2017), qui indiquent que la parentalité peut renforcer la vigilance face aux risques liés aux substances, par un rôle de protection vis-à-vis des enfants. Les parents, conscients des risques que ces environnements peuvent représenter pour leurs enfants ou leur entourage, peuvent être plus sensibles aux effets désinhibiteurs ou altérant la vigilance de certaines drogues, même lorsqu'elles ne sont pas administrées à l'insu.

L'effet principal et tests post-hoc du facteur répété (type de substance) (cf. Annexe 14 et 16) confirment que certaines substances sont perçues comme beaucoup plus dangereuses que d'autres, indépendamment de la parentalité. Ainsi, le GHB obtient les scores les plus élevés,

tandis que le cannabis ressort comme la substance perçue comme la moins dangereuse. L'alcool et les benzodiazépines occupent une position intermédiaire. Ces résultats rejoignent la littérature : le GHB est fréquemment associé aux agressions sexuelles en raison de ses effets sédatifs et amnésiants (De Souza Costa et al., 2020 ; Skov et al., 2022), même si sa prévalence réelle dans les cas confirmés reste faible, de 0,2 à 4,4 % aux Pays-Bas (Németh et al., 2010). Le cannabis, en revanche, bénéficie d'une banalisation sociale qui tend à réduire sa perception de dangerosité (Room et al., 2005) malgré des cas où il est détecté dans des agressions sexuelles (Bertol et al., 2015). Enfin, l'alcool, bien que perçu comme moins dangereux que le GHB, il est perçu plus dangereux que le cannabis et les benzodiazépines dans ce contexte. Dans la littérature, il est la substance la plus souvent impliquée dans les ASFS opportunistes (Poulsen et al., 2021 ; Navarro Escayola et al., 2022).

C'est toutefois l'interaction significative entre la parentalité et le type de substance qui retient le plus l'attention. Bien qu'elle soit significative, les analyses post-hoc (cf. Annexe 17) montrent que les écarts entre parents et non-parents ne sont pas très homogènes selon les drogues, même si aucun d'eux n'atteint la significativité statistique en raison de la grande sévérité du test de Tukey. Deux tendances méritent malgré tout d'être discutées. D'une part, le GHB présente une quasi-absence de différence entre groupes, traduisant une perception très homogène de sa dangerosité, perçu comme le plus dangereux. Cela confirme que certaines substances suscitent un consensus social fort, indépendamment de variables sociodémographiques comme la parentalité. Ce résultat rejoint les analyses de Van Amsterdam et al. (2012), qui qualifient le GHB de substance à dangerosité modérée à élevée et justifient son classement parmi les drogues dures, mais aussi la revue de Németh et al. (2010), qui relativise son rôle effectif dans les agressions sexuelles. Toutefois, plusieurs études soulignent que, d'un point de vue épidémiologique, le GHB est moins souvent détecté que d'autres substances comme l'alcool ou les benzodiazépines dans les cas confirmés d'ASFS (Mathon et al., 2022).

On peut en conclure que le GHB constitue un cas particulier où la perception sociale du risque est amplifiée par sa forte médiatisation comme « drogue du viol » (Skov et al., 2022), ce qui neutralise l'influence de facteurs comme la parentalité.

D'autre part, le cannabis illustre la tendance inverse. Bien que non significative, la différence descriptive entre les groupes dépasse 11 points, suggérant que les parents perçoivent cette substance comme plus dangereuse que les non-parents. Cette observation est cohérente avec

les travaux de Wisk et al. (2019) et Mariani et al. (2021), qui montrent que la parentalité renforce une vigilance spécifique vis-à-vis du cannabis, souvent en lien avec des préoccupations éducatives ou préventives. Ce contraste avec le GHB est intéressant : alors que certaines substances suscitent une perception de danger universelle, d'autres semblent modulées par des facteurs socioculturels tels que la parentalité, même si les différences restent non statistiquement significatives. Concernant l'alcool, bien qu'il soit la substance la plus fréquemment impliquée dans les ASFS opportunistes (Poulsen et al., 2021 ; Navarro Escayola et al., 2022) il est souvent perçu comme moins dangereux que des substances illégales ou stigmatisées, en raison de sa légalité, de sa disponibilité et de sa consommation normalisée (Quertemont & Simon, 2021 ; Nutt et al., 2010).

Ainsi, bien que l'hypothèse ne soit pas confirmée sur le plan statistique, l'interaction met en lumière un phénomène plus nuancé : la parentalité pourrait n'influencer la perception du danger que pour certaines substances spécifiques, en particulier celles dont l'image sociale est ambivalente (comme le cannabis ou les benzodiazépines). À l'inverse, les substances fortement médiatisées ou perçues comme unanimement risquées (ex. GHB) semblent échapper à cette modulation. Ces résultats invitent donc à envisager que la perception du danger repose moins sur l'expérience parentale en soi que sur des représentations sociales collectives (Apostolidis & Dany, 2002 ; Rutherford et al., 2022) et sur la médiatisation différenciée des drogues.

Pour l'hypothèse trois, il était attendu que les participants ayant des enfants perçoivent les substances utilisées dans les ASFS proactives comme plus dangereuses. Les résultats de l'ANOVA mixte montrent un effet principal marqué du type de substance, mais aucun effet significatif de la variable « enfants » ni d'interaction, indiquant que la parentalité n'influence pas la perception du danger dans ce contexte. Ces résultats contredisent l'hypothèse initiale, contrairement à ce qui a été observé partiellement pour les ASFS opportunistes.

Cette absence d'effet pourrait s'expliquer par la nature même des agressions proactives, perçues comme unanimement inacceptables, ce qui tend à homogénéiser les jugements, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques et plus précisément de la parentalité dans ce cas (Hall & Moore, 2008).

Les tests post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance (cf. Annexe 25) révèlent que le GHB est perçu comme la substance la plus dangereuse, nettement devant toutes les

autres. Ce résultat concorde avec la littérature qui souligne son implication fréquente dans les ASFS proactives, ses effets amnésiants rapides, sa saveur peu détectable et son élimination rapide, rendant la preuve médico-légale difficile (De Souza Costa et al., 2020 ; García et al., 2021 ; Skov et al., 2022). Cette forte proportion alimente probablement sa réputation médiatique de « drogue du viol » (Busardò et al., 2015). Dans l'étude de Skov et al. (2022), le GHB a été détecté dans 36 % des cas d'agressions sexuelles où des substances ont été identifiées, contre 5 % pour la kétamine et 4 % pour les benzodiazépines. En effet, il n'est pas rare d'entendre de l'opinion publique que le GHB est appelée « la drogue du viol » et quand on aborde les ASFS il est souvent la drogue la plus évoquée.

À l'opposé, le cannabis est perçu comme la moins dangereuse, ce qui peut être lié à sa banalisation culturelle, à sa réputation de produit « naturel » et à une législation plus souple dans certains pays, malgré sa présence documentée dans certains cas d'ASFS (Bertol et al., 2017 ; Hall & Moore, 2008 ; OFDT, 2023). De plus, le cannabis est une substance assez difficile à administrer à l'insu de victimes.

Les autres substances, comme les benzodiazépines, la MDMA, les opioïdes et la kétamine, occupent des positions intermédiaires. Bien que moins redoutées que le GHB, elles restent perçues comme relativement dangereuses lorsqu'elles sont administrées à l'insu d'une victime. Par exemple, la kétamine, anesthésique dissociatif, provoque amnésie et perte de conscience, ce qui la rend exploitable dans des contextes criminels (Richelly de Souza Costa & Lavorato, 2020). Les benzodiazépines, en raison de leur accessibilité, de leur absence de goût et de couleur, et de leur élimination rapide, pourraient être perçues adaptées à ce type d'agression (ex. dissous dans une boisson). Ce qui pourrait expliquer que les personnes les classent comme assez dangereuses dans ce type d'agression. Selon nos résultats, l'alcool, quant à lui, occupe une position intermédiaire : plus dangereux que le cannabis mais moins que les autres substances, probablement en raison de la difficulté à l'administrer à l'insu d'une victime, de sa légalité et de sa forte banalisation sociale.

En résumé, la parentalité ne semble pas moduler la perception du danger dans les ASFS proactives. Les jugements apparaissent davantage façonnés par les caractéristiques pharmacologiques et la notoriété médiatique des substances que par des variables démographiques, soulignant l'importance de prendre en compte le contexte d'usage dans les recherches futures.

6.2.2) Les catégories professionnelles influencent la perception de dangerosité des drogues

Pour l'hypothèse une, nous supposons que les participants issus de secteurs tels que la sécurité, le médical, les sciences ou l'aide sociale présenteraient une perception générale plus élevée de la dangerosité des substances, en raison d'une exposition professionnelle potentielle à des contextes liés à la consommation ou/et connaissances de drogues. Les résultats de l'ANOVA mixte n'ont toutefois révélé aucun effet principal significatif du domaine professionnel, ni d'interaction avec le type de substance. Ces données ne sont donc pas en accord avec l'hypothèse de départ et indique que, dans notre échantillon, la profession ne semble pas constituer un facteur déterminant dans la perception générale de dangerosité des drogues.

Cette absence d'effet peut s'expliquer par l'hétérogénéité interne des catégories professionnelles, par le manque de formation spécifique sur les substances psychoactives dans certains secteurs (Khan, 2022), mais aussi par le poids de facteurs extra-professionnels tels que les croyances, l'âge ou les expériences personnelles (Dany & Apostolidis, 2002 ; Salvador Amigó & Beleña, 2021). À ce titre, il semble que les représentations sociales et culturelles façonnent davantage les perceptions que l'exposition professionnelle, même dans les milieux supposés plus sensibilisés.

En revanche, un effet principal du type de substance a été observé. Des analyses post-hoc de Tukey (cf. Annexe 26) ont donc révélé que les participants perçoivent le GHB, la kétamine, les opioïdes et la MDMA comme les plus dangereux, suivis par l'alcool et les benzodiazépines, puis par le cannabis, perçu comme nettement moins dangereux. Les benzodiazépines se situent donc dans une position intermédiaire : plus nocives que le cannabis, mais moins dangereuses que les substances les plus redoutées. Ce classement est globalement cohérent avec la littérature médico-légale et toxicologique (Nutt et al., 2007, 2010 ; Room, 2005 ; Amar, 2010 ; Wilhelm, 2012 ; Savonen, 2021), qui souligne les risques sanitaires et sociaux élevés liés au GHB, à la kétamine et aux opioïdes, ainsi que le potentiel de dépendance et les effets amnésiants marqués des benzodiazépines (NIDA, 2016). À l'inverse, le cannabis bénéficie encore d'une image de « drogue douce » (Hathaway, 2011), renforcée par les politiques de dépénalisation et la normalisation culturelle (Herruzo et al., 2019). La MDMA et la kétamine, malgré leurs effets potentiellement délétères (Tovar et al., 2012), restent parfois perçues comme moins dangereuses dans la population générale,

probablement en raison de leur association à des contextes festifs et d'un discours social minimisant leurs risques.

Ces résultats suggèrent que la perception générale de dangerosité repose moins sur la profession que sur des représentations sociales et culturelles largement partagées.

Pour l'hypothèse deux, il était attendu que les personnes travaillant dans des domaines exposés aux violences, aux victimes, aux auteurs ou aux contextes de consommation présentent une perception plus élevée de la dangerosité des drogues dans les ASFS opportunistes. Des obstacles persistent par ailleurs dans la communication entre professionnels de santé sur ces situations, liés à des contraintes institutionnelles et organisationnelles (Amin, 2016).

Les résultats de l'ANOVA mixte ne confirment pas cette hypothèse car aucun effet principal significatif de la variable « catégorie professionnelle » ni interaction avec le type de substance n'a été observé. En revanche, un effet principal du type de substance a été mis en évidence, montrant que, quel que soit le domaine d'activité, les participants différencient clairement certaines drogues. Cette homogénéité des perceptions pourrait refléter le rôle prédominant des représentations collectives et médiatiques, souvent centrées sur l'alcool, les benzodiazépines et le GHB plutôt que celui de l'expérience professionnelle directe (Hall & Moore, 2008 ; García et al., 2021).

Les tests post hoc sur l'effet principal du type de substance réalisés (cf. Annexe 27) ont mis en évidence des différences significatives entre certaines substances, confirmant l'existence d'une hiérarchie perçue de leur dangerosité. Le GHB est ainsi perçu comme nettement plus dangereux que les autres substances. Cette perception s'accorde avec la littérature qui identifie le GHB comme l'une des substances les plus problématiques dans les cas d'ASFS opportunistes (Skov et al., 2023 ; Hall & Moore, 2008, Van Amsterdam et al., 2012). De même, l'alcool et les benzodiazépines apparaissent comme particulièrement dangereux, en ligne avec les résultats de Nutt et al. (2010), qui soulignent leur forte implication dans les contextes de violence sexuelle. Toutefois, nos résultats indiquent qu'ici, l'alcool est perçu comme plus dangereux que les benzodiazépines, ce qui contraste avec les analyses précédentes où leur perception était plutôt équivalente et intermédiaire. Ce résultat peut s'expliquer par la place centrale de l'alcool dans les ASFS opportunistes. Il s'agit de la substance la plus fréquemment rapportée dans ce contexte, du fait de sa grande accessibilité,

de sa consommation socialement acceptée, et de ses effets désinhibiteurs qui altèrent le jugement et augmentent la vulnérabilité des victimes (Abbey et al., 2004 ; Brecklin & Ullman, 2010). En effet, dans ce contexte opportuniste, les victimes consomment d'elles-mêmes et l'alcool semble être la substance la plus fréquemment impliquée. Cette visibilité accrue dans les médias, les campagnes de prévention et les discours publics pourrait contribuer à une perception de dangerosité assez élevée. En revanche, le cannabis et les benzodiazépines, bien que fréquemment consommés à titre personnel comme l'alcool, sont pourtant perçues moins dangereuses que d'autres substances dans ce contexte. Ce constat pourrait être expliqué par leur image de « drogues douces » ou médicales, non reliées à des contextes criminels (Room et al., 2010).

En résumé, les perceptions de dangerosité des substances dans les ASFS opportunistes apparaissent relativement homogènes, indépendamment du secteur professionnel. Ce constat souligne l'importance de renforcer la formation et la sensibilisation à ces problématiques dans tous les milieux, y compris ceux considérés comme moins exposés, afin d'uniformiser les connaissances et la vigilance face aux risques liés aux substances dans le contexte des violences sexuelles.

Pour l'hypothèse trois, qui postulait une perception accrue de la dangerosité des substances impliquées dans les ASFS proactives selon la catégorie professionnelle, l'ANOVA mixte n'a révélé ni effet principal significatif du domaine professionnel, ni interaction avec le type de substance. Autrement dit, les représentations liées à la dangerosité ne diffèrent pas significativement selon le secteur d'activité.

Cette attente s'appuyait notamment sur les constats de plusieurs professionnels de terrain qui, à la suite du procès Pelicot en France, ont souligné leur manque de préparation face aux cas de soumission chimique et exprimé le besoin d'une meilleure formation (Jabkhiro, 2024 ; Cannon et al., 2020). On peut voir, par exemple, que les médecins rencontrent divers obstacles dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, tels que des difficultés de communication entre collègues ou des freins institutionnels (Amin, 2016). De tels constats laissaient présager que les professionnels sensibilisés à ces problématiques adopteraient une perception accrue de la dangerosité des substances concernées.

En revanche, un effet principal du type de substance a été observé, soulignant que les participants différencient clairement certaines drogues en fonction de leur dangerosité perçue.

Les analyses post-hoc indiquent notamment que des substances comme le GHB, les benzodiazépines, l'alcool, la kétamine et les opioïdes sont perçus comme significativement plus dangereux que le cannabis ou la MDMA, avec un écart particulièrement marqué entre le GHB et le cannabis. Ces résultats rejoignent la littérature médico-légale, qui identifie le GHB et les benzodiazépines comme les substances les plus souvent impliquées dans les cas de soumission chimique (Hall & Moore, 2008 ; García et al., 2021).

Ces constats indiquent que, contrairement à nos attentes, le fait d'évoluer dans un secteur professionnel potentiellement sensibilisé à ces problématiques n'influence pas significativement la manière dont les individus perçoivent le danger associé à ces substances dans un contexte d'agression sexuelle proactive. L'absence d'effet du domaine professionnel pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité des catégories, rendant difficile la mise en évidence de différences nettes, mais aussi par une homogénéité des représentations collectives façonnées par les campagnes médiatiques et les discours publics (Nutt et al., 2010 ; Jorgensen et al., 2018). Bien que certains professionnels, notamment en services d'urgence, réclament une meilleure formation spécifique sur ces substances (Skov et al., 2023), cette conscience du risque ne semble pas se traduire par des différences perceptibles. Ce constat rejoint les travaux d'Attaway et collaborateurs (2021) et de Jorgensen et collaborateurs (2018), montrant que l'exposition professionnelle ne garantit pas une perception plus fine des risques. Enfin, les lacunes persistantes en matière de prévention spécifique aux ASFS proactives, y compris dans les milieux médico-légaux ou sécuritaires, soulignent l'intérêt de développer des formations ciblées. Les professionnels eux-mêmes reconnaissent parfois une méconnaissance des effets réels de substances comme le GHB, dont la réputation médiatique ne reflète pas toujours la compréhension scientifique précise (Quertemont & Simon, 2021 ; UNODC, 2022).

6.3) Retour sur les analyses exploratoires

Dans le cadre des analyses exploratoires, l'influence de l'âge sur la perception de la dangerosité des drogues a été examinée. Dans un premier temps, cette relation a été analysée pour les scores moyens de dangerosité générale, puis pour la dangerosité perçue dans les contextes opportuniste et proactif. Par la suite, l'analyse a été approfondie en étudiant cette influence pour chaque substance, séparément, et ce pour chacun des types de dangerosité. L'ensemble de ces relations a été évalué au moyen de corrélations.

Pour rappel, l'hypothèse formulée était la suivante : les participants plus âgés présenteraient une perception plus élevée de la dangerosité des drogues, et ce dans les trois types de dangerosité évalués (générale, ASFS opportunistes et ASFS proactives).

L'analyse des corrélations met en évidence des effets différenciés de l'âge selon le contexte étudié. Pour **l'hypothèse une**, qui postulait une relation positive entre l'âge et la perception générale de la dangerosité des substances, la corrélation de Spearman ($\rho = .11, p = .09$) apparaît positive mais très faible et non statistiquement significative. Cela suggère qu'au sein de notre échantillon, l'âge n'exerce pas d'influence notable sur l'évaluation globale des risques associés aux drogues. Toutefois, cette tendance, bien que non significative, est cohérente avec les résultats de Cheeta et al. (2018), qui ont montré que les adultes de 45 ans et plus considèrent la plupart des drogues illicites comme plus nocives que les jeunes adultes de 18 à 24 ans, à l'exception de l'alcool et du cannabis. Ces écarts générationnels pourraient s'expliquer par un rapport moins expérientiel à la consommation, des croyances plus rigides en matière de santé et de moralité, ainsi qu'une moindre normalisation sociale de l'usage. À l'inverse, les jeunes, davantage exposés à des usages expérimentaux, tendent à minimiser certains risques, notamment en raison d'une perception atténuée des effets à long terme.

En ce qui concerne **l'hypothèse deux**, portant sur la perception de la dangerosité des substances impliquées dans les ASFS opportunistes, la corrélation de Spearman ($\rho = .20, p < .005$) est positive et statistiquement significative. Ce résultat indique que les individus plus âgés perçoivent ces substances comme plus dangereuses que les participants plus jeunes. Cette observation converge avec les conclusions de Cheeta et al. (2018) tout en révélant que, dans ce contexte spécifique, l'effet de l'âge est plus marqué, possiblement en raison d'expériences de vie accrues et d'une vigilance renforcée face aux risques interpersonnels. Cependant, les travaux de Skov et al. (2023) rappellent que la majorité des victimes dans les cas suspectés d'ASFS se situent entre 15 et 25 ans, soulignant ainsi la vulnérabilité particulière des jeunes, tant sur le plan de l'exposition réelle que dans les représentations sociales liées à ces situations. Cette différence par rapport à notre hypothèse, indique que l'exposition aux ASFS et la perception du risque lié aux substances peuvent varier en fonction de l'âge, non seulement du point de vue des victimes, mais aussi des représentations sociales associées aux groupes d'âge.

Pour **l'hypothèse trois**, qui postulait une relation positive entre l'âge et la perception de la dangerosité des substances dans les ASFS proactives, l'analyse de Pearson ($r = .11, p = .08$) ne révèle aucune corrélation significative. L'âge ne semble donc pas influencer la perception globale du risque dans ce contexte, quelle que soit la substance considérée. Cette absence de lien pourrait s'expliquer par l'influence prépondérante d'autres facteurs tels que l'exposition médiatique, le niveau d'éducation ou les expériences personnelles (Rutherford et al., 2022 ; Bouzoubaa et al., 2023 ; Van Veen et al., 2025). Chez une population adulte majoritairement au-delà de 25 ans, les connaissances et attitudes face aux substances pourraient être plus homogènes, atténuant l'effet de l'âge (Slovic, 2000).

En complément des corrélations précédentes basées sur les moyennes des items, des analyses supplémentaires ont été menées substance par substance (item par item), et ce dans chacun des trois contextes de dangerosité (cf. Annexes 10 à 12). Ces analyses détaillées confirment la rareté des relations significatives. Ces résultats indiquent une corrélation positive entre l'âge et la perception de dangerosité de la MDMA (dangerosité générale) et du cannabis (ASFS opportunistes) ce qui suggère un effet générationnel, les personnes plus âgées ayant grandi dans un contexte de forte stigmatisation (Skov et al., 2023 ; Slovic, 2000). À l'inverse, une corrélation négative entre l'âge et la perception du danger du GHB (ASFS proactives) indique que les plus jeunes associent davantage cette substance à la notion de « drogue du viol », probablement sous l'influence de campagnes médiatiques récentes (Cheeta et al., 2006 ; Van Ven et al., 2025).

Ces résultats confirment que la perception de dangerosité dépend moins de l'âge en soi que du type de substance, du contexte des ASFS et de la construction sociale et médiatique associée (Slovic, 2000 ; Ullman et al., 2005).

6.4) Biais et limites de l'étude

L'interprétation des résultats de cette recherche doit être nuancée par la prise en compte de plusieurs limites méthodologiques susceptibles d'expliquer certaines divergences avec les résultats d'études antérieures sur la même thématique.

Tout d'abord, la répartition des âges au sein de l'échantillon était déséquilibrée. La majorité des participants étaient âgés de 25 à 35 ans ($n = 86$) et de 35 à 45 ans ($n = 25$), tandis que les

tranches plus âgées étaient moins représentées (45 à 55 ans : $n = 29$; 55 à 70 ans : $n = 28$).

Cette surreprésentation des jeunes adultes pourrait avoir influencé la perception globale mesurée et limite la possibilité de généraliser les résultats à des populations plus âgées.

De plus, un biais de désirabilité sociale est possible. Certains participants peuvent avoir minimisé leur propre consommation ou leur perception du danger associé à certaines substances, en particulier celles qu'ils sont susceptibles de consommer. Ce phénomène, fréquent dans les études sur l'usage de drogues, peut entraîner une sous-estimation de la dangerosité perçue.

Une autre limite réside dans le mode de recrutement. Le recours à une enquête en ligne peut induire un biais d'échantillonnage. Il est donc probable que les participants soient des individus déjà sensibilisés ou intéressés par la thématique, alors que d'autres, notamment ceux ayant vécu des expériences traumatisques ou ceux moins à l'aise avec les outils numériques, soient sous-représentés. Ce biais pourrait également expliquer la faible proportion de personnes plus âgées dans l'échantillon.

Sur le plan éthique, il n'a pas été possible d'interroger directement les participants sur leur expérience personnelle d'agression sexuelle ou celle d'un proche. Or, ce type d'information aurait pu apporter des éléments précieux pour comprendre comment le vécu personnel influence la perception du danger lié aux substances.

Enfin, en ce qui concerne la variable « catégorie professionnelle », la constitution de groupes larges (ex. : médical, sécurité, sciences) s'est révélée pertinente sur le plan conceptuel, mais difficilement exploitable statistiquement en raison de leur forte hétérogénéité interne. Les parcours, spécialités et niveaux de formation varient considérablement au sein d'un même domaine, ce qui peut masquer des effets potentiels.

6.5) Perspectives futures

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour approfondir cette étude. Tout d'abord, il serait intéressant de comparer la perception du danger liée aux substances consommées personnellement par les participants avec celle associée aux substances qu'ils ne consomment pas. Cette comparaison permettrait d'évaluer dans quelle mesure l'expérience personnelle influence la perception des risques.

Une autre piste consisterait à explorer le lien entre la perception de la dangerosité et les stéréotypes sociaux, tels que certaines croyances erronées sur les victimes (ex. : “une femme portant une tenue courte s’expose au viol”), en confrontant différents points de vue.

Il pourrait également être pertinent d’inclure des mesures longitudinales pour observer l’évolution des perceptions en fonction de divers facteurs, tels que les changements législatifs, les campagnes de prévention ou encore les expériences personnelles liées à la consommation. De plus, avec la montée en popularité des cigarettes électroniques il serait pertinent de l’inclure dans les futures recherches, afin d’évaluer leur perception en matière de dangerosité (Gisle, 2019).

Pour améliorer la comparaison entre générations, les futures études gagneraient à équilibrer la répartition des participants par âge, notamment en recrutant activement des personnes de plus de 45 ans via des canaux hors ligne (étude en présentiel, format papier).

Avec les précautions éthiques nécessaires, il serait également judicieux d’inclure des questions sur le vécu d’agression sexuelle (personnelle ou dans l’entourage) afin d’évaluer son influence sur la perception des risques. Cette approche permettrait de mieux comprendre le rôle de l’expérience directe ou indirecte dans la construction des représentations.

D’autres recherches pourraient analyser les biais cognitifs dans la perception du danger, en distinguant les catégories de substances (dures vs douces, légales vs illégales, sédatives vs stimulantes). Afin d’avoir une meilleure comparaison.

Par ailleurs, certains facteurs socio-culturels, tels que le niveau d’éducation, le contexte culturel ou les croyances religieuses, pourraient être explorés comme modérateurs de la perception du risque.

Pour terminer et au vu de nos résultats non significatifs, il pourrait être bénéfique de traiter séparément les sous-groupes professionnels afin de limiter l’hétérogénéité observée dans cette étude. Une autre approche consisterait à intégrer des questions ciblées, par exemple : « Dans le cadre de votre métier, êtes-vous confronté(e) à des situations d’agression sexuelle ou à des victimes/auteurs ? Disposez-vous de connaissances spécifiques sur les substances et leurs effets grâce à votre profession ? ». Cette précision permettrait de mieux cerner l’impact réel de l’environnement professionnel sur la perception du danger.

7. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner la perception de la dangerosité de différentes substances psychoactives dans le contexte des ASFS et de manière générale. Plus précisément, il visait à comparer ces perceptions selon le type de substance et à explorer l'influence éventuelle de la parentalité, de la profession et de l'âge. Deux hypothèses guidaient cette recherche : (1) les sujets parents auraient une perception, en termes de dangerosité des drogues, plus élevée que les non-parents (2) les sujets pratiquant une profession de type (sécurité, aide sociale, scientifique ou médicale) percevraient plus dangereusement les drogues que les sujets d'autres professions (enseignement, autre). En complément, une hypothèse exploratoire a été formulée (3) plus les sujets âgés sont âgés, plus ils auraient une perception élevée. Ces trois hypothèses ont été testées séparément dans chacun des trois contextes étudiés (général, opportuniste et proactif). Ce qui représente au total neuf hypothèses testées au sein de cette étude.

Les résultats montrent que la perception varie fortement selon le type de substance, pour tous les contextes étudiés, confirmant l'influence des représentations sociales et médiatiques. Le GHB ressort systématiquement comme la substance perçue comme la plus dangereuse, tandis que le cannabis obtient les scores les plus faibles. L'alcool et les benzodiazépines, eux, occupent une position intermédiaire en termes de score de dangerosité perçue. Et ce, malgré leur implication fréquente dans les ASFS, en particulier pour l'alcool (Anderson et al., 2017 ; Hall & Moore, 2008). Un contraste intéressant apparaît lorsque l'on compare ces résultats au classement scientifique proposé par Nutt et al. (2010). Dans leur hiérarchie des substances, le GHB n'occupe pas une position élevée et se situe bien en dessous de l'alcool. Pourtant, dans notre échantillon, le GHB est perçu comme la substance la plus dangereuse. Cette divergence suggère que la perception sociale du risque lié au GHB dépasse largement son niveau de dangerosité pharmacologique objectivé. Ce phénomène peut s'expliquer par sa forte médiatisation en tant que « drogue du viol », qui contribue à renforcer son image négative et à homogénéiser la perception de son danger, indépendamment des données épidémiologiques disponibles (Skov et al., 2022 ; Németh et al., 2010). À l'inverse, l'alcool, qui ressort comme la substance la plus nocive dans le classement de Nutt et collaborateurs, tend à être banalisé dans les représentations sociales, ce qui peut conduire à une sous-estimation de sa dangerosité dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par substance (Quertemont & Simon, 2021).

En revanche, l'effet attendu de la parentalité n'a pas été statistiquement confirmé sur la perception globale. Toutefois, dans les ASFS opportunistes, les moyennes suggèrent une tendance à des scores plus élevés chez les parents, mais cette différence n'atteint pas le seuil de signification statistique. Aucune tendance ne s'est révélée dans le contexte des ASFS proactives. Concernant la profession, aucune différence significative n'a été mise en évidence, ce qui pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité des parcours et des spécialisations au sein des catégories professionnelles étudiées. Enfin, l'âge présente une corrélation positive mais faible avec la perception du danger dans les ASFS opportunistes suggérant que ce facteur joue un rôle limité, possiblement modulé par d'autres variables telles que l'exposition des médias, le niveau d'éducation ou les expériences personnelles. Ces résultats indiquent que les perceptions sont certainement façonnées par les stéréotypes sociaux liés à chaque substance, indépendamment du statut parental, de la profession ou de l'âge.

L'effet observé uniquement dans les ASFS opportunistes pourrait venir du fait que ce contexte implique des substances qui bénéficient d'une image plus festive et moins dangereuses (alcool, cannabis), pour lesquelles les perceptions varient plus selon les caractéristiques personnelles. Dans les contextes proactifs, la dangerosité est déjà perçue comme élevée et consensuelle, ce qui atténue les différences entre groupes (Busardó et al., 2015).

Ces résultats soulignent que la perception de la dangerosité générale des drogues et en contexte d'ASFS est davantage influencée par le type de substance que par les variables sociodémographiques testées. Ils mettent également en évidence un écart préoccupant entre la dangerosité perçue et les données épidémiologiques, notamment pour l'alcool, ce qui pourrait avoir des implications importantes pour la prévention et la sensibilisation.

L'étude présente certaines limites, notamment un échantillon non représentatif et déséquilibré en termes d'âge, la possible influence de la désirabilité sociale dans les réponses, ainsi que l'absence de mesures sur des variables contextuelles telles que l'expérience personnelle d'ASFS ou les connaissances toxicologiques précises. Les recherches futures gagneraient à cibler plus finement certaines populations (ex. : groupes professionnels homogènes, victimes ou témoins d'ASFS), à diversifier les canaux de recrutement pour atteindre des tranches d'âge moins représentées et à combiner des approches quantitatives et qualitatives pour approfondir la compréhension des perceptions. Une meilleure connaissance de ces représentations pourrait permettre d'élaborer des campagnes de prévention et de formation plus efficaces et adaptées.

8. Résumé

Ce mémoire adopte une approche quantitative visant à explorer la perception de la dangerosité des substances psychoactives dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS). Les ASFS constituent un enjeu majeur de santé publique et de justice pénale, impliquant des substances légales (comme l'alcool) ou illégales (telles que le GHB, la kétamine ou la MDMA), utilisées à des fins opportunistes ou proactives. Si de nombreuses recherches ont documenté la prévalence de ces agressions et les substances impliquées, peu d'études se sont intéressées à la manière dont certains facteurs sociodémographiques et professionnels influencent la perception du danger associé à ces substances.

Trois hypothèses ont guidé cette étude : (1) les sujets parents ont une perception plus élevée de la dangerosité des drogues que les non-parents ; (2) les sujets exerçant dans un domaine lié à la sécurité, à l'aide sociale, aux sciences ou au médical présentent une perception plus élevée que ceux d'autres professions (enseignement, autres) ; (3) plus les sujets sont âgés, plus leur perception de dangerosité est élevée. Ces hypothèses ont été testées dans trois contextes distincts (général, opportuniste et proactif).

L'échantillon, composé de 163 participants, a été recruté en ligne via un questionnaire anonyme. Les participants ont évalué la dangerosité de différentes substances dans les contextes précités. Les données ont été analysées à l'aide d'ANOVA mixtes, complétées par des tests post-hoc (HSD de Tukey) et des corrélations de Spearman et Pearson pour l'âge.

Les résultats indiquent que le type de substance constitue le facteur le plus déterminant dans la perception du danger, confirmant les hiérarchies décrites dans la littérature (García et al., 2021 ; Nutt et al., 2007). Le GHB est perçu comme particulièrement dangereux, confirmé au sein de la littérature (Van Amsterdam et al., 2012 ; De Souza Costa et al., 2020). Par contre, il ne figure pas parmi les substances les plus nocives selon le classement de Nutt et al. (2010), ce qui souligne l'influence de sa médiatisation comme « drogue du viol » (Skov et al., 2022). À l'inverse, le cannabis suscite des perceptions plus faibles. La parentalité ne présente pas d'effet significatif dans la perception globale, mais une tendance apparaît dans le contexte des ASFS opportunistes, avec des scores moyens plus élevés chez les parents, sans toutefois atteindre le seuil de significativité. La profession et l'âge n'ont pas d'effet marqué sur la perception globale ou proactive, mais une corrélation faible et positive entre l'âge et la perception est observée dans les ASFS opportunistes.

En conclusion, ces résultats suggèrent que la perception de dangerosité des drogues en général ainsi que dans le cadre des ASFS est principalement façonnée par la substance elle-même plutôt que par les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Cela met en lumière l’importance d’actions de prévention ciblées, notamment pour mieux informer le public sur les risques liés à certaines substances sous-estimées. Des études futures devraient inclure un échantillon plus équilibré en termes d’âge et affiner la mesure de l’exposition professionnelle et personnelle aux violences sexuelles et à la consommation de substances.

9. Bibliographie :

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. M., & 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)

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2014). *Violences faites aux femmes : une enquête à l'échelle de l'UE*. Publications Office of the European Union.

<https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/violences-faites-aux-femmes-une-enquete-a-lechelle-de-lue>

AIHW. (2024, juillet). *Violences familiales, domestiques et sexuelles : les facteurs associés au FDSV*. Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/family-domestic-and-sexual-violence/understanding-fdsv/factors-associated-with-fdsv>

Amigó, S., & Beleña, Á. (2021). Drug use control perception and strategies in general and clinical population in a Spanish city. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9189. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179189>

Anderson, L. J., Flynn, A., & Pilgrim, J. L. (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>

Apostolidis, T., & Dany, L. (2002). La perception de la dangerosité des drogues chez les adolescents. *Santé Publique*, 14(1), 59–69. <https://doi.org/10.3917/spub.021.0059>

Assemblée générale des Nations Unies. (1993). *Convention sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* (pp. 115–122). <https://digitallibrary.un.org/record/179739>

Attaway, P., Bailey, A. M., & Kram, B. (2021). Perceived occupational risk of fentanyl exposure among law enforcement. *International Journal of Drug Policy*, 95, 103303. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103303>

Australian Institute of Health and Welfare [AIHW]. (2024, juillet). *Violences familiales, domestiques et sexuelles : les facteurs associés au FDSV*. <https://www.aihw.gov.au/family-domestic-and-sexual-violence/understanding-fdsv/factors-associated-with-fdsv>

Basile, K. C., Smith, S. G., Breiding, M. J., Black, M. C., & Mahendra, R. R. (2015). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements* (Version 2.0). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26326/cdc_26326_DS1.pdf

Baylen, C. A., & Rosenberg, H. (2006). A review of the acute subjective effects of MDMA/ecstasy. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(7), 933–947. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01423.x>

Berkowitz, A. D. (2005). An overview of the social norms approach. In L. Lederman, L. Stewart, & F. M. Lederman (Eds.), *Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign* (pp. 193–214). Hampton Press.

Bernabeu-Martínez, M. Á., Ramos-Pichardo, J. D., Fernández-Sola, C., & Hernández-Padilla, J. M. (2021). Drug-facilitated sexual assault: Nurses' knowledge, perception, and attitudes. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1406–1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15699>

Bertol, E., Mari, F., Vaiano, F., & Palumbo, D. (2018). Toxicological findings in a series of suspected drug-facilitated sexual assaults in Italy. *Forensic Science International*, 289, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.05.003>

Birkler, R. I. D., Rasmussen, B. L., & Torp, A. M. B. (2012). Drug-facilitated sexual assault: Toxicological findings in suspected cases. *Forensic Science International*, 215(1–3), 122–126. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.02.024>

Bouzoubaa, L., Ehsani, R., Chatterjee, P., & Rezapour, R. (2023). The evolution of substance use coverage in the Philadelphia Inquirer. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2307.01299>

Bosman, I. J., Verschraagen, M., & Lusthof, K. 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>

Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 63(8), 1–18.

Brunet, M., Berthomier, M., & Gourarier, L. (2014). *Les drogues et la violence sexuelle*. Paris : Éditions du Seuil. Retrieved from <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/199%20-%20Etude%20sur%20les%20violences%20sexuelles%20facilit%C3%A9es%20par%20une%20substance%20%28partie%201%29.pdf>

Busardò, F. P., & Jones, A. W. (2015). GHB pharmacology and toxicology: acute intoxication, concentrations in blood and urine in forensic cases and treatment of the withdrawal syndrome. *Current neuropharmacology*, 13(1), 47–70.
<https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210215423>

Canada. (2021, 11 mars). *Effets du cannabis sur la santé*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/effets-sante.html>

Canada. (2023, 8 février). *GHB*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/ghb.html>

Canada. (2023). *Drogues et dépendances : Kétamine*. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca>

Cannon, L. M., Sheridan-Fulton, E. C., Dankyi, R., Seidu, A.-A., Compton, S. D., Odoi, A., Darteh, E. K. M., & Munro-Kramer, M. L. (2020). Understanding the healthcare provider response to sexual violence in Ghana: A situational analysis. *PLOS ONE*, 15(4), e0231644.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231644>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Fentanyl: Facts about fentanyl*. <https://www.cdc.gov/opioids/basics/fentanyl.html>

Cheeta, S., et al. (2018). Does perception of drug related harm change with age? A cross sectional analysis. *Journal of Substance Use*, 23(4), 393–398.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231571/>

Chèze, M., Duffort, G., Deveaux, M., & Pépin, G. (2005). Hair analysis by liquid chromatography–tandem mass spectrometry in drug-facilitated crime investigations: Report of 128 cases over a one-year period in metropolitan Paris. *Forensic Science International*, 153(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.04.021>

Conseil de l'Europe – Groupe Pompidou. (2012). *Rapport d'étude MedSPAD Maroc*. http://south-programme-eu.coe.int/Source/Pompidou_Group/Rapport-étude-MedSPAD-Maroc.pdf

Damian, E. (2022). *La consommation de drogues en Belgique : Résultats de Drug Vibes – L'enquête belge sur les drogues*. Sciensano. Retrieved from https://www.sciensano.be/sites/default/files/drug_vibes_report_fr_2023.pdf

Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14(3), 335–344. Retrieved from <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2002-4-page-335?lang=fr&tab=texte-integral>

De Souza Costa, Y. R. S., Lavorato, S. N., & Baldin, J. J. C. M. C. (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>

Dempsey, S. K., Rodgers, C. L., Stout, P., & Lee, D. (2022). Evaluation of alleged drug-facilitated sexual assault cases in Houston, 2014–2020. *Journal of Forensic Sciences*, 67(6), 1–7. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15146>

Dinis-Oliveira, R. J., Carvalho, F., Moreira, R., Duarte, J. A., Proenca, J. B., Santos, A., & Magalhaes, T. (2012). Clinical and forensic signs related to opioids abuse. *Current drug abuse reviews*, 5(4), 273–290. <https://doi.org/10.2174/187447311205040003>

Du Mont, J., Macdonald, S., Kosa, D., & Smith, T. (2010). Drug-facilitated sexual assault in Ontario, Canada: An exploratory study. *Canadian Journal of Public Health*, 101(6), 423–427. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20650424/>

Dworkin E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 21(5), 1011–1028. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *European drug report 2021: Trends and developments* (EMCDDA–Europol Ser. 10). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2810/18539>

Fondation pour un monde sans drogue. (s. d.). *Dépresseurs du CNS. Jeunesse sans drogue* Canada. <https://www.jeunessesansdroguecanada.org/pleins-feux-sur-les-drogues/depresseurs-du-cns/>

France Victimes. (2023). *Rapport France Victimes 2023 : Acquis et perspectives pour 2024*. Retrieved from <https://www.france-victimes.fr/index.php/categories-inavem/105-actualites/1348-rapport-france-victimes-2023-acquis-et-perspectives-pour-2024>

Gali, K., Winter, S. J., Ahuja, N. J., Frank, E., & Prochaska, J. J. (2021). Changes in cannabis use, exposure, and health perceptions following legalization of adult recreational cannabis use in California: a prospective observational study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00352-3>

García, M. G., Pérez-Cárceles, M. D., Osuna, E., & Legaz, I. (2021). Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. *Journal of forensic and legal medicine*, 79, 102151. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102151>

Gee, P., Gilbert, M., Richardson, S., Moore, G., Paterson, S., & Newcombe, D. (2006). Drug-facilitated sexual assault (DFSA): Issues, evidence and analysis. *New Zealand Medical Journal*, 119(1238), U1890. <https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/drug-facilitated-sexual-assault-dfsa-issues-evidence-and-analysis>

GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Gouvernement du Canada. (2023). *Drogues et dépendance : GHB*. <https://www.canada.ca>

Gravelin, C. R., Biernat, M., & Bucher, C. E. (2019). Blaming the victim of acquaintance rape: Individual, situational, and sociocultural factors. *Frontiers in Psychology*, 10, 2422. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30719014/>

Grela, A., Gautam, S., Cole, J. B., & Hayes, B. D. (2018). Drug-facilitated sexual assault: Challenges in toxicological analysis. *Clinics in Laboratory Medicine*, 38(3), 457–471. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30292936/>

Hagemann, C. T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K. A., & Ormstad, K. (2013). Findings of ethanol and drugs in women attending a sexual assault center: Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(6), 777–784. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.05.005>

Hall, J. A., & Moore, C. B. T. (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>

Hurley, M., Parker, H., & Wells, D. L. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13(4), 181–185.
<https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2006.02.005>

INRS. (2024). *Le dossier des addictions*. Institut National de Recherche et de Sécurité.
<http://www.inrs.fr/risques/addictions>

Jessell, L., Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Vakharia, S. P., Syckes, C., Goodbody, E., Ruggles, K. V., & Friedman, S. (2017). *Sexual Violence in the Context of Drug Use Among Young Adult Opioid Users in New York City*. Journal of interpersonal violence, 32(19), 2929–2954. <https://doi.org/10.1177/0886260515596334>

Kalant, H. (2001). The pharmacology and toxicology of “ecstasy” (MDMA) and related drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 165(7), 917–928.
<https://www.cmaj.ca/content/165/7/917>

Khan, M. (2022). Présentation des troubles liés à l’usage de substances. *Le Manuel MSD*.
<https://www.msdmanuals.com>

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42510>

La rédaction. (2024, juin 27). Addictions et drogues : les chiffres 2023 et les politiques publiques. *Vie Publique*. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19506-addictions-drogues-et-sante-publique>

Lipari, R., & Jean-Francois, B. (2016). Trends in Perception of Risk and Availability of Substance Use Among Full-Time College Students. In *The CBHSQ Report*. (pp. 1–12). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Luce, T. S., & Merrell, J. C. (1995). Perceived dangerousness of recreational drugs. *Journal of drug education*, 25(4), 297–306. <https://doi.org/10.2190/K52X-4Q8M-H7UT-84AA>

Lynn, A., Pilgrim, J. L., & Osselton, D. (2017). A global epidemiological review of drug-facilitated sexual assault. *Forensic Science International*, 272, 39–47.

<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.09.007>

Mariani, A. C., et al. (2021). Perceived risk of harm from monthly cannabis use among adolescents: Evaluating parental, school, and peer influences. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100405>

Mathon, C., Rinaldi, F., Augsburger, M., & Thomas, A. (2022). Occurrence of GHB in blood and urine specimens from victims of alleged sexual assault or blackout in Western Switzerland. *Forensic Science International*, 334, 111249.

<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2022.111249>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2016). *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*.

National Sexual Violence Resource Center (NSVRC). (2017). *Aggression sexuelle facilitée par la drogue et l'alcool*. <https://www.nsvrc.org/sarts/toolkit/5-5>

Navarro Escayola, A., Sala Gaspar, J., & Esteva de Antonio, I. (2022). Características de las víctimas de agresión sexual con sospecha de sumisión química. *Revista Española de Medicina Legal*, 48(2), 71–78. Retrieved from <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2024/04/249-256.pdf>

Negrusz, A., & Gaenslen, R. E. (2003). Analytical developments in toxicological investigation of drug facilitated sexual assault. *Analytical & Bioanalytical Chemistry*, 376(8), 1192–1197. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12682705/>

Németh, Z., Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 25(8), 1076–1089. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20488831/>

Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12646>

Nutt, D., King, L. A., Blackmore C., & Saulsbury, W. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The 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)

Nutt, D., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21036393/>

NSVRC. (2017). *Aggression sexuelle facilitée par la drogue et l'alcool*. National Sexual Violence Resource Center. <https://www.nsvrc.org/sarts/toolkit/5-5>

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). (2012). *Enquête EROPP : perceptions et opinions des Français sur les drogues*.

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). (2023). *Rapport sur les agressions sexuelles facilitées par les drogues*. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1875-eisxcd2bb.pdf

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). (2025). *La MDMA/ecstasy : formes, usages et effets*. <https://www.ofdt.fr>

Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). (2024). *Tabac, cigarettes, tabac chauffé – synthèse des connaissances*. <https://www.ofdt.fr/tabac-cigarettes-tabac-chauffe-synthese-des-connaissances>

Office of the Chief Medical Examiner. (2023). *Drug facilitated sexual assault (DFSA) report: Annual summary 2022*. City and County of San Francisco.

<https://www.sf.gov/sites/default/files/2023-05/2022%20OCME%20DFSA%20Report.pdf>

Olszewski, D. (2009). Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(1), 39–52. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/sexual-assaults-facilitated-drugs-or-alcohol_en

Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)

Organisation mondiale de la santé. (2024). *Violence sexuelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexual-violence>

Pan, M., Wang, X., Zhao, Y., Liu, W., & Xiang, P. (2019). A retrospective analysis of forensic toxicology data at the Academy of Forensic Science in 2017. *Forensic Science International*, 298, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.02.039>

Pelletti, G., Garagnani, M., Rossi, F., Roffi, R., Banchini, A., & Pelotti, S. (2018). Drugs used in drug-facilitated crimes and acute intoxications in Northern Italy. *Forensic Science, Medicine and Pathology*, 14(4), 459–466. <https://doi.org/10.1007/s12024-018-0010-y>

Poulsen, H. E., Moar, J. J., & Fowke, J. (2021). Opportunistic drug-facilitated sexual assault: Characteristics and analysis. *Journal of Forensic Sciences*, 66(5), 1934–1941. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14712>

Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. (1993). *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Queremont, E. (2024). *Biopsychologie des toxicomanies* [Cours magistral inédit]. Université de Liège, Faculté de Psychologie.

Queremont, E., & Simon, J. (2021, février 3). *Alcool et autres substances : pourquoi leur dangerosité est-elle sous-estimée par les usagers ?* The Conversation. <https://theconversation.com/alcool-et-autres-substances-pourquoi-leur-dangerosite-est-elle-sous-estimee-par-les-usagers-153716>

Quinlan, E. (2015). *Constructing drug-related risks: Media framing of “date rape drugs”*. *Canadian Journal of Sociology*, 40(3), 281–308. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20650424/>

Reuters. (2022). Procès Pelicot : la soumission chimique mise en lumière. [Dépêche]. Retrieved from <https://www.reuters.com>

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>

Rutherford, B. N., Lim, C. C. W., Johnson, B., Cheng, B., Chung, J., Huang, S., Sun, T., Leung, J., Stjepanović, D., & Chan, G. C. K. (2022). *#TurntTrending: A systematic review of substance use portrayals on social media platforms*. *Addiction*, 118(2), 206–217. <https://doi.org/10.1111/add.16020>

Schweizer, T., & Vogel-Sprott, M. (2008). Vitesse et précision des fonctions cognitives altérées par l'alcool : une revue de la tolérance aiguë et de la récupération des performances cognitives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(3), 240–250. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.16.3.240>

Skov, K., Johansen, S. S., Linnet, K., & Nielsen, M. K. K. (2022). A review on the forensic toxicology of global drug-facilitated sexual assaults. *European review for medical and pharmacological sciences*, 26(1), 183–197. https://doi.org/10.26355/eurrev_202201_27767

Skov, K., Johansen, S. S., Linnet, K., & Klose Nielsen, M. K. (2023). *Uncovering forensic evidence of drug-facilitated sexual assault: Toxicological findings from Eastern Denmark from 2015–2022*. *Legal Medicine*, 65, Article 102325. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2023.102325>

Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. Earthscan Publications.

Smith, S. G., Chen, J., Basile, K. C., Gilbert, L. K., Merrick, M. T., Patel, N., ... & Jain, A. (2018). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 data brief*. National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>

Society of Forensic Toxicologists. (2009). *Recommendations for toxicological investigation of drug-facilitated sexual assault*. <https://www.soft-tox.org>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 NSDUH*.

<https://www.samhsa.gov>

Tiemensma, M., & Davies, B. (2018). Investigation of drug-facilitated sexual assault at a dedicated forensic center in Cape Town, South Africa. *Forensic Science International*, 288, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.04.028>

Tovar, M.-L., Costes, J.-M., & Cadet-Taïrou, A. (2012). *Enquête EROPP 2012 : représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1398-eftxmtta.pdf

U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *2020 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*. <https://www.samhsa.gov/data>

Van Amsterdam, J. G., van Laar, M., Brunt, T. M., & van den Brink, W. (2012). Risk assessment of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the Netherlands. *Regulatory toxicology and pharmacology : RTP*, 63(1), 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2012.03.005>

Van Veen, F. (2025). Understanding change and differential updating of risk perceptions. *Journal of Risk Research*. <https://doi.org/10.1080/02732173.2024.2432355>

Waltke, H., et al. (2018). Cas d'agression sexuelle : exploration de l'importance des preuves médico-légales non ADN. *NIJ Journal*, 279. Retrieved from <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/250704.pdf>

Wang, X., Johansen, S. S., Nielsen, M. K. K., & Linnet, K. (2018). Hair analysis in the context of drug-facilitated crime investigations in Denmark over an 8-year period. *Forensic Science International*, 285, e1–e12. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2018.01.021>

Wisk, L. E., et al. (2019). Parental views on state cannabis laws and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 73–76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.032>

World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO. <https://www.who.int>

Xifró-Collsmata, A., Pujol-Robinat, A., Barbería-Marcalain, E., et al. (2015). A prospective study on drug-facilitated sexual assault in Barcelona. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 144(9), 403–409. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.11.026>

Weaver, T. L. (2009). Violence and health: The intersection of traumatic experiences and behavioral medicine. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(5), 393–395. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207206/>

10. Annexes :

Annexe 1 : Message publié via les réseaux sociaux pour la participation à l'étude (Instagram, Facebook, Messenger, Whatsapp)

Besoin de votre aide pour mon mémoire

Bonjour à tous !

Dans le cadre de mon mémoire en psychologie à l'Université de Liège, je suis à la recherche de participants afin de répondre à notre questionnaire en ligne

Nous y abordons la dangerosité perçue des drogues consommées dans un cadre festif

Si tu as quelques minutes à nous consacrer, tu peux cliquer sur le lien ci-dessous !

<https://surveys.fplse.uliege.be/surveys/?w=xN&s=VBZFYQKZHC>

Un énorme merci à tous ceux qui prennent le temps de répondre, et n'hésitez pas à partager un maximum

Julie Huybregts, étudiante en psychologie

Annexe 2 : Lettre de consentement présentée aux sujets participants à l'étude

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est de *comprendre l'influence que peut avoir la perception de la dangerosité des drogues dans le cadre des agressions sexuelles facilitées par une substance*. Cette recherche est menée par Julie Huybregts, Clara Kerdraon, Alix Lesoinne, Leeloo Godefroid et Etienne Quertemont.

Votre participation à cette recherche est **volontaire**. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques. Cette recherche implique de répondre à un questionnaire dont la durée est estimée à 20 minutes. Il aborde des thèmes tels que les substances psychoactives, votre perception de celles-ci et leur implication éventuelle dans les agressions sexuelles.

Vos réponses seront **confidentielles** et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés

anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiables et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées ad vitam aeternam.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par sa Rectrice. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2; et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Leeloo Godefroid (lgodefroid@uliege.be).

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données Bât.
B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus
- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus
- Vous avez 18 ans ou plus

- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

Annexe 3 : Exemples de questions posées

- Connaissances : « avez-vous déjà entendu parler de telle substance ? » = 1 : oui, 2 : jamais, 3 : je ne souhaite pas répondre
- Effets des substances : « connaissez-vous les effets ? » = 1 : oui assez bien, 2 : oui mais pas très bien, 3 : non
- « Conso_substance » : « avez-vous déjà consommé cette substance ? » 1 : non, 2 : oui, 3 : je ne souhaite pas répondre
 - Si oui : « Freq_alcool » « si oui, à quelle fréquence ? » : jamais, rarement, occasionnellement, régulièrement, très souvent
- « Danger_substance » : curseur de risque de 0 à 100 (« quel est selon vous le danger de façon générale pour le consommateur ? »), et ce, pour chacune des substances.

Ex : Benzo-contexte : Dans quel contexte avez-vous déjà consommé des benzodiazépines ?

- Plusieurs réponses possibles
- Sous prescription médicale
- Prescription médicale détournée
- Usage récréatif

Questions avec DFSA :

Ex : MDMA_DFSA_victime : Selon vous, quel est le risque qu'une personne subisse une agression sexuelle lorsqu'elle est en état d'intoxication ou d'ivresse après avoir consommé volontairement (de sa propre initiative) la substance suivante ?

Ex : Alcool_DFSA_auteur : Selon vous, quel est le risque que la substance suivante soit administrée à l'insu d'une personne (sans qu'elle le sache) dans le but de la soumettre à une agression sexuelle ?

⇒ Et ce pour chacune des substances, dans les divers contextes.

Risque_oppo : Selon vous, quel est le risque de subir une agression sexuelle après avoir **volontairement** consommé une substance (comme de l'alcool ou des drogues) lors d'une fête ou d'un événement public ?

Risque_proactif : Selon vous, quel est le risque de subir une agression sexuelle après avoir involontairement reçu une substance (comme de l'alcool ou des drogues) lors d'une fête ou d'un événement public ?

Annexe 4 :

Anova pour mesures répétées

Effets intra-sujets

	Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	$\eta^2 p$
Mesures répétées - facteur 1	Aucune	69352	6	11559	48.351	<.001	0.231
	Greenhouse-Geisser	69352	4.42	15705	48.351	<.001	0.231
Mesures répétées - facteur 1 * enfants	Aucune	922	6	154	0.643	0.696	0.004
	Greenhouse-Geisser	922	4.42	209	0.643	0.648	0.004
Résidu	Aucune	230928	966	239			
	Greenhouse-Geisser	230928	710.96	325			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	$\eta^2 p$
enfants	2591	1	2591	2.66	0.105	0.016
Résidu	157008	161	975			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.345	<.001	0.736	0.759

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl1	ddl2	p
danger_alcool	1.38466	1	161	0.241
danger_benzo	0.17375	1	161	0.677
danger_cannabis	0.00704	1	161	0.933
danger_ghb	2.45552	1	161	0.119
danger_ketamine	1.75650	1	161	0.187
danger_opioïdes	1.56562	1	161	0.213
danger_mda_mdma	0.06377	1	161	0.801

Tableau 12 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité générale et la parentalité

Annexe 5 :

Anova pour mesures répétées

Effets intra-sujets

		Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
Mesures répétées - facteur 1	Aucune		77163	6	12861	53.57	<.001	0.250
	Greenhouse-Geisser		77163	5.10	15139	53.57	<.001	0.250
Mesures répétées - facteur 1 * enfants	Aucune		3559	6	593	2.47	0.022	0.015
	Greenhouse-Geisser		3559	5.10	698	2.47	0.030	0.015
Résidu	Aucune		231921	966	240			
	Greenhouse-Geisser		231921	820.61	283			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
enfants	5895	1	5895	4.75	0.031	0.029
Résidu	199670	161	1240			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.595	<.001	0.849	0.881

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl1	ddl2	p
Alcool_dfsa_victime	0.0252	1	161	0.874
Benzo_DFSA_victime	0.1308	1	161	0.718
Cannabis_DFSA_victime	0.2699	1	161	0.604
GHB_DFSA_victime	0.0450	1	161	0.832
Ketamine_DFSA_victime	0.2146	1	161	0.644
Opioides_DFSA_victime	1.6518	1	161	0.201
MDMA_DFSA_victime	0.2131	1	161	0.645

Tableau 13 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte opportuniste et la parentalité

Annexe 6 :

Effets intra-sujets

		Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
Mesures répétées - facteur 1	Aucune		287777	6	47963	106.53	<.001	0.398
	Greenhouse-Geisser		287777	4.38	65663	106.53	<.001	0.398
Mesures répétées - facteur 1 * enfants	Aucune		4342	6	724	1.61	0.142	0.010
	Greenhouse-Geisser		4342	4.38	991	1.61	0.165	0.010
Résidu	Aucune		434909	966	450			
	Greenhouse-Geisser		434909	705.60	616			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
enfants	1273	1	1273	0.831	0.363	0.005
Résidu	246791	161	1533			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.435	<.001	0.730	0.753

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	dd1	dd2	p
alcool_DFSA_auteur	0.00480	1	161	0.945
benzo_DFSA_auteur	0.26432	1	161	0.608
cannabis_DFSA_auteur	0.72897	1	161	0.394
ghb_DFSA_auteur	4.00067	1	161	0.047
ketamine_DFSA_auteur	6.46614	1	161	0.012
opioïdes_DFSA_auteur	0.27725	1	161	0.599
MDMA_DFSA_auteur	0.03580	1	161	0.850

Tableau 14 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte proactif et la parentalité

Annexe 7 :

Anova pour mesures répétées

Effets intra-sujets

	Correction de la spécificité	Somme des carrés	dd1	Carrés moyens	F	p	η^2_p
Mesures répétées - facteur 1	Aucune	57654	6	9609	39.93	<.001	0.231
	Greenhouse-Geisser	57654	4.54	12709	39.93	<.001	0.231
Mesures répétées - facteur 1 * cat_profession	Aucune	2539	6	423	1.76	0.105	0.013
	Greenhouse-Geisser	2539	4.54	560	1.76	0.127	0.013
Résidu	Aucune	192041	798	241			
	Greenhouse-Geisser	192041	603.36	318			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	dd1	Carrés moyens	F	p	η^2_p
cat_profession	136	1	136	0.139	0.710	0.001
Résidu	130734	133	983			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.391	<.001	0.756	0.786

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	dd1	dd2	p
danger_alcool	1.9660	1	133	0.163
danger_benzo	2.9227	1	133	0.090
danger_cannabis	0.0715	1	133	0.790
danger_ghb	0.0496	1	133	0.824
danger_ketamine	2.5353	1	133	0.114
danger_opioïdes	0.0995	1	133	0.753
danger_mda_mdma	0.8675	1	133	0.353

Tableau 15 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité générale et les catégories professionnelles

Annexe 8 :

Anova pour mesures répétées

Effets intra-sujets

	Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
Mesures répétées - facteur 1	Aucune	68339	6	11390	43.79	<.001	0.248
	Greenhouse-Geisser	68339	5.10	13392	43.79	<.001	0.248
Mesures répétées - facteur 1 * cat_profession	Aucune	2493	6	415	1.60	0.145	0.012
	Greenhouse-Geisser	2493	5.10	488	1.60	0.157	0.012
Résidu	Aucune	207581	798	260			
	Greenhouse-Geisser	207581	678.71	306			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
cat_profession	59.8	1	59.8	0.0434	0.835	0.000
Résidu	183356.5	133	1378.6			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.599	<.001	0.851	0.888

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl1	ddl2	p
Alcool_dfsa_victime	2.9846	1	133	0.086
BenzodDFSA_victime	0.1152	1	133	0.735
Cannabis_DFS_A_victime	0.5013	1	133	0.480
GHB_DFS_A_victime	0.0468	1	133	0.829
Ketamine_DFS_A_victime	0.0237	1	133	0.878
Opioides_DFS_A_victime	0.2354	1	133	0.628
MDMA_DFS_A_victime	0.4677	1	133	0.495

Tableau 16 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte opportuniste et les catégories professionnelles

Annexe 9 :

Anova pour mesures répétées

Effets intra-sujets

	Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
Mesures répétées - facteur 1	Aucune	249664	6	41611	90.19	<.001	0.404
	Greenhouse-Geisser	249664	4.49	55566	90.19	<.001	0.404
Mesures répétées - facteur 1 * cat_profession	Aucune	6080	6	1013	2.20	0.041	0.016
	Greenhouse-Geisser	6080	4.49	1353	2.20	0.060	0.016
Résidu	Aucune	368157	798	461			
	Greenhouse-Geisser	368157	597.58	616			

Note. Somme des carrés de type 3

[3]

Effets inter-sujets

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2_p
cat_profession	1514	1	1514	0.933	0.336	0.007
Résidu	215852	133	1623			

Note. Somme des carrés de type 3

Hypothèses

Tests de sphéricité				
	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Mesures répétées - facteur 1	0.479	<.001	0.749	0.778

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)				
	F	ddl1	ddl2	p
alcool_DFSA_auteur	2.63349	1	133	0.107
benzo_DFSA_auteur	0.07898	1	133	0.779
cannabis_DFSA_auteur	0.00296	1	133	0.957
ghb_DFSA_auteur	0.10300	1	133	0.749
ketamine_DFSA_auteur	0.71430	1	133	0.400
opioïdes_DFSA_auteur	0.60242	1	133	0.439
MDMA_DFSA_auteur	0.35458	1	133	0.553

Tableau 17 : Résultats de l'ANOVA mixte de la perception de dangerosité dans le contexte proactif et les catégories professionnelles

Annexe 10 :

Matrice de corrélation	
	age
age	Rho de Spearman — ddl — valeur p — N —
danger_alcool	Rho de Spearman 0.098 ddl 161 valeur p 0.214 N 163
danger_benzo	Rho de Spearman -0.034 ddl 161 valeur p 0.665 N 163
danger_cannabis	Rho de Spearman 0.144 ddl 161 valeur p 0.067 N 163
danger_ghb	Rho de Spearman 0.064 ddl 161 valeur p 0.414 N 163
danger_ketamine	Rho de Spearman -0.054 ddl 161 valeur p 0.497 N 163
danger_opioïdes	Rho de Spearman 0.104 ddl 161 valeur p 0.186 N 163
danger_mda_mdma	Rho de Spearman 0.160 ddl 161 valeur p 0.041 N 163

Tableau 18 : Matrice de corrélation complète de Spearman pour les dangerosités générales perçues par substance en fonction de l'âge.

Annexe 11 :

		age	Alcool.
age	Rho de Spearman	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
	N	—	
Alcool_dfsa_victime	Rho de Spearman	0.056	
	ddl	161	
	valeur p	0.481	
	N	163	
Benzo_DFSA_victime	Rho de Spearman	0.134	
	ddl	161	
	valeur p	0.088	
	N	163	
Cannabis_DFSA_victime	Rho de Spearman	0.288	
	ddl	161	
	valeur p	<.001	
	N	163	
GHB_DFSA_victime	Rho de Spearman	-0.132	
	ddl	161	
	valeur p	0.094	
	N	163	
Ketamine_DFSA_victime	Rho de Spearman	0.148	
	ddl	161	
	valeur p	0.060	
	N	163	
Opioides_DFSA_victime	Rho de Spearman	0.142	
	ddl	161	
	valeur p	0.071	
	N	163	
MDMA_DFSA_victime	Rho de Spearman	0.109	
	ddl	161	
	valeur p	0.165	
	N	163	

Tableau 19 : Matrice de corrélation complète de Spearman pour les dangersités perçues par substance dans le contexte des ASFS opportunistes en fonction de l'âge.

Annexe 12 :

Matrice de corrélation

		age	
age	Rho de Spearman	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
	N	—	
alcool_DFSA_auteur	Rho de Spearman	-0.044	
	ddl	161	
	valeur p	0.576	
	N	163	
benzo_DFSA_auteur	Rho de Spearman	0.114	
	ddl	161	
	valeur p	0.147	
	N	163	
cannabis_DFSA_auteur	Rho de Spearman	0.142	
	ddl	161	
	valeur p	0.071	
	N	163	
ghb_DFSA_auteur	Rho de Spearman	-0.232	
	ddl	161	
	valeur p	0.003	
	N	163	
ketamine_DFSA_auteur	Rho de Spearman	0.123	
	ddl	161	
	valeur p	0.119	
	N	163	
opioïdes_DFSA_auteur	Rho de Spearman	0.015	
	ddl	161	
	valeur p	0.848	
	N	163	
MDMA_DFSA_auteur	Rho de Spearman	0.068	
	ddl	161	
	valeur p	0.390	
	N	163	

Tableau 20 : Matrice de corrélation complète de Spearman des dangerosités perçues par substance dans le contexte des ASFS proactives en fonction de l'âge.

Annexe 13 :

Comparisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

		Comparaison						
Mesures répétées - facteur 1		Mesures répétées - facteur 1		Déférence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Ptukey
alcool	- benzo	3.568	1.47	161	2.432	0.192		
	- cannabis	14.061	2.16	161	6.524	<.001		
	- ghb	-8.862	1.67	161	-5.301	<.001		
	- ketamine	-8.419	1.75	161	-4.822	<.001		
	- opioïdes	-7.345	1.87	161	-3.931	0.002		
	- mdma	-5.995	2.10	161	-2.850	0.072		
benzo	- cannabis	10.493	1.86	161	5.628	<.001		
	- ghb	-12.430	1.48	161	-8.371	<.001		
	- ketamine	-11.986	1.49	161	-8.055	<.001		
	- opioïdes	-10.913	1.62	161	-6.728	<.001		
	- mdma	-9.563	1.84	161	-5.195	<.001		
	- ghb	-22.923	1.97	161	-11.608	<.001		
cannabis	- ketamine	-22.479	1.97	161	-11.406	<.001		
	- opioïdes	-21.406	2.11	161	-10.160	<.001		
	- mdma	-20.056	1.70	161	-11.813	<.001		
	- ghb	0.444	1.12	161	0.398	1.000		
	- opioïdes	1.517	1.43	161	1.062	0.938		
	- mdma	2.867	1.59	161	1.799	0.551		
ketamine	- opioïdes	1.073	1.23	161	0.872	0.976		
	- mdma	2.423	1.41	161	1.720	0.604		
opioïdes	- mdma	1.350	1.65	161	0.819	0.983		

Tableau 21 : Test Post-Hoc complet HSD de Tukey du type de substance de la perception de la dangerosité générale pour l'ANOVA mixte avec la parentalité

Annexe 14 :

Données Substance	Versus autre substance	Déférence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Alcool	Benzodiazépines	7.3	161	4.44	< .001
	Cannabis	18.02	161	8.99	< .001
	GHB	-11.47	161	-7.99	< .001
Benzodiazépines	Cannabis	10.72	161	5.52	< .001
	GHB	-18.77	161	-10.16	< .001
	MDMA	-7.58	161	-4.46	< .001
Cannabis	GHB	-29.49	161	-14.09	< .001
	Kétamine	-14.36	161	-6.88	< .001
	Opioïdes	-15.03	161	-7.8	< .001
	MDMA	-18.31	161	-10.46	< .001
GHB					

	Kétamine	15.13	161	8.56	< .001
	Opioïdes	14.46	161	9.28	< .001
	MDMA	11.18	161	6.63	< .001

Tableau 22 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des ASFS opportunistes.

Mesures répétées - facteur 1

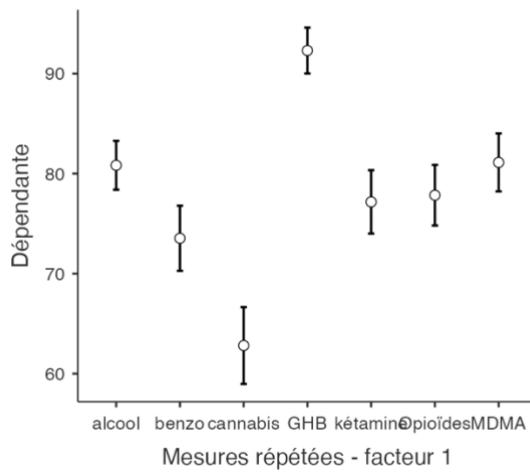


Figure 7 : Graphique du test post-hoc

HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance des ASFS opportunistes.

Annexe 15 :

Comparaison		Différence moyenne	ddl	t	p de Tukey
Enfants	Pas d'enfants	4.55	161	2.18	0.031

Tableau 23 : Résultats du test post-hoc HSD de Tukey de l'effet principal de la variable « enfants » dans le contexte des ASFS opportunistes.

Annexe 16 :

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison		Différence moyenne	Erreurs standard	ddl	t	Ptukey
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1					
alcool	- benzo	7.294	1.64	161	4.444	<.001
	- cannabis	18.017	2.00	161	8.988	<.001
	- ghb	-11.472	1.43	161	-7.997	<.001
	- ketamine	3.658	1.76	161	2.080	0.369
	- opioides	2.987	1.51	161	1.977	0.433
	- mdma	-0.288	1.52	161	-0.190	1.000
benzo	- cannabis	10.723	1.94	161	5.522	<.001
	- ghb	-18.766	1.85	161	-10.163	<.001
	- ketamine	-3.636	1.65	161	-2.209	0.296
	- opioides	-4.307	1.52	161	-2.824	0.077
	- mdma	-7.582	1.70	161	-4.464	<.001
	- ghb	-29.489	2.09	161	-14.093	<.001
cannabis	- ketamine	-14.359	2.09	161	-6.882	<.001
	- opioides	-15.030	1.93	161	-7.803	<.001
	- mdma	-18.305	1.75	161	-10.457	<.001
	- ghb	15.131	1.77	161	8.551	<.001
ghb	- ketamine	14.459	1.56	161	9.298	<.001
	- mdma	11.184	1.69	161	6.627	<.001
	- ketamine	-0.672	1.41	161	-0.475	0.999
ketamine	- mdma	-3.947	1.50	161	-2.628	0.124
	- opioides	-3.275	1.48	161	-2.217	0.293

Tableau 24 : Test post-hoc complet HSD de Tukey de l' effet principal du type de substance dans les AS opportunistes.

Annexe 17 :

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1*enfants

Comparaison		Différence moyenne	Erreurs standard	ddl	t	Ptukey		
Mesures répétées - facteur 1	enfants							
alcool	1	- alcool	2	0.5337	2.47	161	0.2158	1.000
		- benzo	1	4.6000	2.34	161	1.9637	0.787
		- benzo	2	10.5217	2.91	161	3.6192	0.026
		- cannabis	1	12.6125	2.86	161	4.4084	0.002
		- cannabis	2	23.9554	3.25	161	7.3819	<.001
		- ghb	1	-11.1375	2.05	161	-5.4401	<.001
		- ghb	2	-11.2735	2.40	161	-4.6955	<.001
		- ketamine	1	1.4250	2.51	161	0.5678	1.000
		- ketamine	2	6.4253	2.86	161	2.2488	0.595
		- opioide	1	0.6000	2.16	161	0.2783	1.000
benzo	2	- opioide	2	5.9072	2.78	161	2.1241	0.684
		- MDMA	1	-1.9500	2.17	161	-0.9006	1.000
		- MDMA	2	1.9072	2.71	161	0.7038	1.000
		- benzo	1	4.0663	2.92	161	1.3915	0.982
		- benzo	2	9.9880	2.30	161	4.3429	0.002
		- cannabis	1	12.0788	3.27	161	3.6932	0.020
		- cannabis	2	23.4217	2.81	161	8.3386	<.001
		- ghb	1	-11.6712	2.40	161	-4.8668	<.001
		- ghb	2	-11.8072	2.01	161	-5.8743	<.001
		- ketamine	1	0.8913	2.87	161	0.3105	1.000
benzo	1	- ketamine	2	5.8916	2.46	161	2.3912	0.491
		- opioide	1	0.0663	2.79	161	0.0237	1.000
		- opioide	2	5.3735	2.12	161	2.5389	0.389
		- MDMA	1	-2.4837	2.72	161	-0.9137	1.000
		- MDMA	2	1.3735	2.13	161	0.6461	1.000

		- ketamine	1	-3.1750	2.35	161	-1.3519	0.986
		- ketamine	2	1.8253	3.25	161	0.5611	1.000
		- opioide	1	-4.0000	2.18	161	-1.8379	0.855
		- opioide	2	1.3072	3.19	161	0.4102	1.000
		- MDMA	1	-6.5500	2.42	161	-2.7018	0.288
		- MDMA	2	-2.6928	3.12	161	-0.8618	1.000
2		- cannabis	1	2.0908	3.61	161	0.5792	1.000
		- cannabis	2	13.4337	2.72	161	4.9376	<.001
		- ghb	1	-21.6592	2.84	161	-7.6178	<.001
		- ghb	2	-21.7952	2.59	161	-8.4240	<.001
		- ketamine	1	-9.0967	3.25	161	-2.7975	0.237
		- ketamine	2	-4.0964	2.31	161	-1.7766	0.883
		- opioide	1	-9.9217	3.18	161	-3.1177	0.111
		- opioide	2	-4.6145	2.14	161	-2.1596	0.659
		- MDMA	1	-12.4717	3.12	161	-3.9998	0.007
		- MDMA	2	-8.6145	2.38	161	-3.6194	0.026
cannabis		- cannabis	2	11.3429	3.89	161	2.9182	0.181
		- ghb	1	-23.7500	2.99	161	-7.9531	<.001
		- ghb	2	-23.8860	3.22	161	-7.4274	<.001
		- ketamine	1	-11.1875	2.98	161	-3.7571	0.016
		- ketamine	2	-6.1872	3.57	161	-1.7333	0.901
		- opioide	1	-12.0125	2.75	161	-4.3695	0.002
		- opioide	2	-6.7053	3.51	161	-1.9110	0.818
		- MDMA	1	-14.5625	2.50	161	-5.8290	<.001
		- MDMA	2	-10.7053	3.45	161	-3.1005	0.116
		- ghb	1	-35.0929	3.19	161	-11.0078	<.001
ghb		- ghb	2	-35.2289	2.93	161	-12.0161	<.001
		- ketamine	1	-22.5304	3.56	161	-6.3340	<.001
		- ketamine	2	-17.5301	2.92	161	-5.9965	<.001
		- opioide	1	-23.3554	3.49	161	-6.6847	<.001
		- opioide	2	-18.0482	2.70	161	-6.6869	<.001
		- MDMA	1	-25.9054	3.44	161	-7.5408	<.001
		- MDMA	2	-22.0482	2.45	161	-8.9893	<.001
		- ghb	2	-0.1360	2.32	161	-0.0585	1.000
		- ketamine	1	12.5625	2.53	161	4.9749	<.001
		- ketamine	2	17.5628	2.79	161	6.2901	<.001
ketamine		- opioide	1	11.7375	2.22	161	5.2888	<.001
		- opioide	2	17.0447	2.71	161	6.2800	<.001
		- MDMA	1	9.1875	2.41	161	3.8143	0.014
		- MDMA	2	13.0447	2.64	161	4.9390	<.001
		- ketamine	1	12.6985	2.81	161	4.5220	<.001
		- ketamine	2	17.6988	2.48	161	7.1392	<.001
		- opioide	1	11.8735	2.73	161	4.3529	0.002
		- opioide	2	17.1807	2.18	161	7.8853	<.001
		- MDMA	1	9.3235	2.65	161	3.5152	0.036
		- MDMA	2	13.1807	2.36	161	5.5738	<.001
opioide		- ketamine	2	5.0003	3.21	161	1.5592	0.954
		- opioide	1	-0.8250	2.02	161	-0.4092	1.000
		- opioide	2	4.4822	3.14	161	1.4277	0.977
		- MDMA	1	-3.3750	2.14	161	-1.5749	0.950
		- MDMA	2	0.4822	3.08	161	0.1567	1.000
		- opioide	1	-5.8253	3.14	161	-1.8571	0.846
		- opioide	2	-0.5181	1.98	161	-0.2617	1.000
		- MDMA	1	-8.3753	3.07	161	-2.7267	0.274
		- MDMA	2	-4.5181	2.10	161	-2.1474	0.667
		- opioide	2	5.3072	3.07	161	1.7301	0.902
MDMA		- MDMA	1	-2.5500	2.11	161	-1.2093	0.995
		- MDMA	2	1.3072	3.00	161	0.4353	1.000
		- MDMA	1	-7.8572	3.00	161	-2.6184	0.337
		- MDMA	2	-4.0000	2.07	161	-1.9322	0.806
		- MDMA	2	3.8572	2.94	161	1.3142	0.989

Tableau 25 : Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l'interaction entre la variable « enfants » et le type de substance sur la perception de danger des ASFS opportunistes,

Annexe 18 :

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison						
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1	Déférence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Ptukey
alcool	- benzo	-16.549	2.77	161	-5.978	<.001
	- cannabis	13.487	2.34	161	5.769	<.001
	- ghb	-39.326	2.65	161	-14.813	<.001
	- ketamine	-20.186	2.89	161	-6.993	<.001
	- opioides	-20.495	2.94	161	-6.974	<.001
	- mdma	-23.880	2.76	161	-8.645	<.001
benzo	- cannabis	30.036	2.64	161	11.380	<.001
	- ghb	-22.778	1.99	161	-11.421	<.001
	- ketamine	-3.638	2.00	161	-1.821	0.536
	- opioides	-3.946	1.84	161	-2.140	0.335
	- mdma	-7.331	2.08	161	-3.521	0.010
cannabis	- ghb	-52.814	2.49	161	-21.195	<.001
	- ketamine	-33.673	2.61	161	-12.911	<.001
	- opioides	-33.982	2.59	161	-13.141	<.001
	- mdma	-37.367	2.49	161	-15.017	<.001
ghb	- ketamine	19.140	2.03	161	9.417	<.001
	- opioides	18.831	2.11	161	8.936	<.001
	- mdma	15.446	1.96	161	7.862	<.001
ketamine	- opioides	-0.309	1.73	161	-0.178	1.000
	- mdma	-3.694	1.84	161	-2.007	0.414
opioïdes	- mdma	-3.385	1.97	161	-1.716	0.606

Tableau 26 : Test post-hoc complet de Tukey de l'effet principal du type de substance dans les ASFS proactives.

Annexe 19 :**Tests post hoc**

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison						
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1	Déférence moyenne	Erreur standard	ddl	t	Ptukey
alcool	- benzo	3.27869	1.66	133	1.97068	0.438
	- cannabis	13.68055	2.40	133	5.71072	<.001
	- ghb	-9.41593	1.92	133	-4.91685	<.001
	- kétamine	-9.01407	1.95	133	-4.62864	<.001
	- opioides	-6.97419	2.15	133	-3.23963	0.025
	- MDMA	-6.96710	2.21	133	-3.15151	0.032
benzo	- cannabis	10.40186	2.02	133	5.14774	<.001
	- ghb	-12.69462	1.72	133	-7.36501	<.001
	- kétamine	-12.29276	1.69	133	-7.29050	<.001
	- opioides	-10.25288	1.89	133	-5.41560	<.001
	- MDMA	-10.24579	1.88	133	-5.44618	<.001
cannabis	- ghb	-23.09648	2.18	133	-10.61308	<.001
	- kétamine	-22.69462	2.22	133	-10.24200	<.001
	- opioides	-20.65474	2.36	133	-8.76253	<.001
	- MDMA	-20.64765	1.84	133	-11.22378	<.001
ghb	- kétamine	0.40186	1.30	133	0.30932	1.000
	- opioides	2.44174	1.65	133	1.47949	0.756
	- MDMA	2.44883	1.69	133	1.45008	0.773
kétamine	- opioides	2.03988	1.41	133	1.44276	0.778
	- MDMA	2.04696	1.54	133	1.33154	0.836
opioïdes	- MDMA	0.00709	1.69	133	0.00420	1.000

Tableau 27 : Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance de la dangerosité générale.

Annexe 20 :

Tests post hoc

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison						
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1	Déférence moyenne	Erreurs standard	ddl	t	Ptukey
alcool	- benzo	8.425	1.95	133	4.313	<.001
	- cannabis	18.878	2.36	133	8.011	<.001
	- ghb	-11.422	1.63	133	-6.998	<.001
	- kétamine	5.305	2.03	133	2.618	0.129
	- opioides	4.825	1.74	133	2.766	0.091
	- MDMA	0.224	1.65	133	0.136	1.000
benzo	- cannabis	10.453	2.24	133	4.673	<.001
	- ghb	-19.846	2.15	133	-9.243	<.001
	- kétamine	-3.120	1.93	133	-1.619	0.670
	- opioides	-3.600	1.78	133	-2.021	0.406
	- MDMA	-8.201	1.91	133	-4.285	<.001
cannabis	- ghb	-30.300	2.36	133	-12.847	<.001
	- kétamine	-13.573	2.42	133	-5.609	<.001
	- opioides	-14.053	2.18	133	-6.433	<.001
	- MDMA	-18.654	2.06	133	-9.072	<.001
ghb	- kétamine	16.726	2.02	133	8.278	<.001
	- opioides	16.246	1.77	133	9.173	<.001
	- MDMA	11.646	1.85	133	6.300	<.001
kétamine	- opioides	-0.480	1.67	133	-0.288	1.000
	- MDMA	-5.081	1.75	133	-2.906	0.063
opioïdes	- MDMA	-4.600	1.65	133	-2.792	0.085

Tableau 28 : Test post-hoc complet de Tukey de l'effet principal du type de substance dans les ASFS opportunistes.

Annexe 21 :

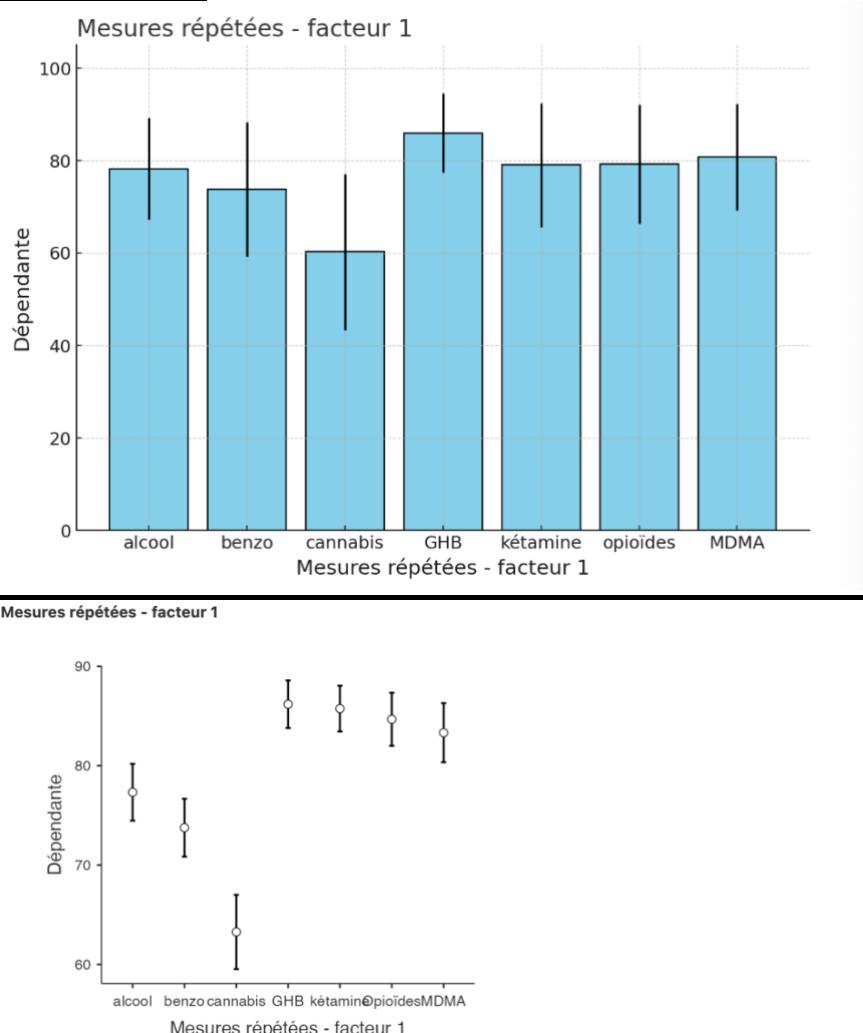
Tests post hoc

Comparaisons post hoc - Mesures répétées - facteur 1

Comparaison						
Mesures répétées - facteur 1	Mesures répétées - facteur 1	Déférence moyenne	Erreurs standard	ddl	t	Ptukey
alcool	- benzo	-16.8982	3.10	133	-5.4554	<.001
	- cannabis	13.7008	2.45	133	5.6030	<.001
	- ghb	-41.2461	2.93	133	-14.0619	<.001
	- kétamine	-20.0156	3.14	133	-6.3835	<.001
	- opioides	-19.9874	3.16	133	-6.3176	<.001
	- MDMA	-23.7703	2.98	133	-7.9688	<.001
benzo	- cannabis	30.5990	2.98	133	10.2674	<.001
	- ghb	-24.3479	2.24	133	-10.8826	<.001
	- kétamine	-3.1174	2.32	133	-1.3463	0.829
	- opioides	-3.0892	2.06	133	-1.5016	0.743
	- MDMA	-6.8721	2.37	133	-2.9033	0.064
cannabis	- ghb	-54.9469	2.73	133	-20.1117	<.001
	- kétamine	-33.7164	2.93	133	-11.4918	<.001
	- opioides	-33.6882	2.91	133	-11.5702	<.001
	- MDMA	-37.4711	2.85	133	-13.1624	<.001
ghb	- kétamine	21.2305	2.33	133	9.1170	<.001
	- opioides	21.2588	2.37	133	8.9675	<.001
	- MDMA	17.4759	2.24	133	7.8106	<.001
kétamine	- opioides	0.0282	2.07	133	0.0137	1.000
	- MDMA	-3.7547	2.14	133	-1.7530	0.582
opioïdes	- MDMA	-3.7829	2.30	133	-1.6412	0.656

Tableau 29 : Résultats du test post-hoc complet HSD de Tukey de l'effet principal du type de substance dans les ASFS proactives.

Annexe 22 :



Figures 8 et 9 : Diagramme en barres et graphique représentant le test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de la dangerosité générale.

Annexe 23 :

Effet de la parentalité sur la perception de dangerosité
ASFS opportunistes (victime)

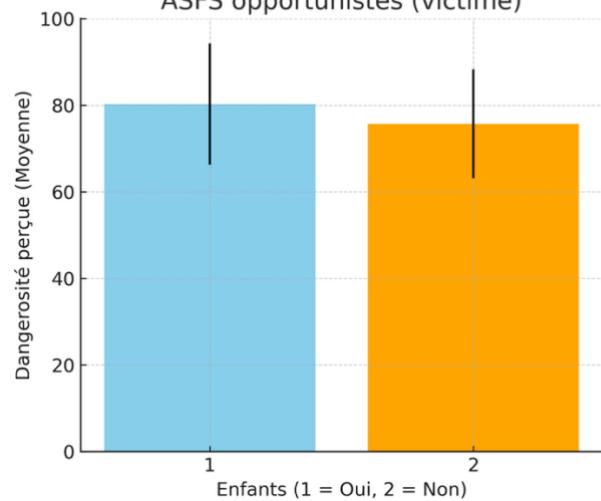


Figure 10 : Résultats du test post-hoc de Tukey de l'effet principal de la variable « enfants » sur la perception de dangerosité des ASFS opportunistes

Annexe 24 :

Estimation des moyennes marginales

Mesures répétées - facteur 1 * enfants

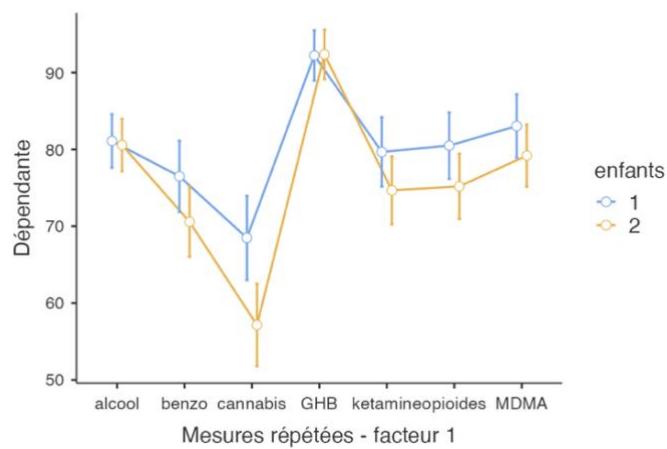


Figure 11 : Graphique de l'interaction entre le type de substance et la parentalité sur la perception des ASFS opportunistes.

Annexe 25 :

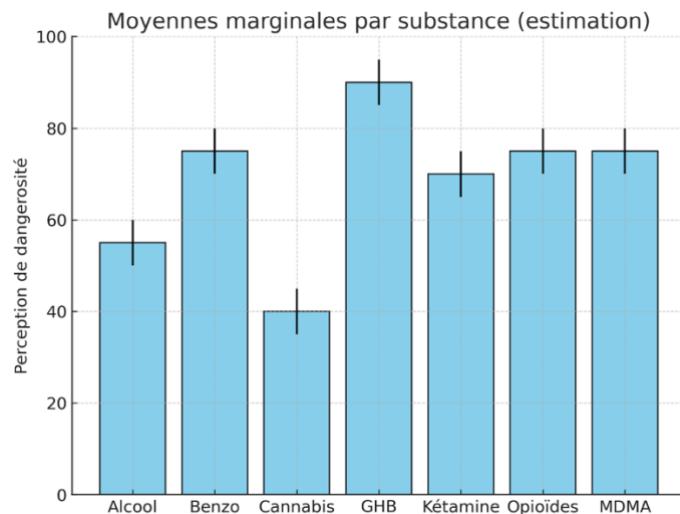


Figure 12 : Diagramme en barres du test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance dans la perception de danger des ASFS proactives.

Annexe 26 :

Mesures répétées - facteur 1

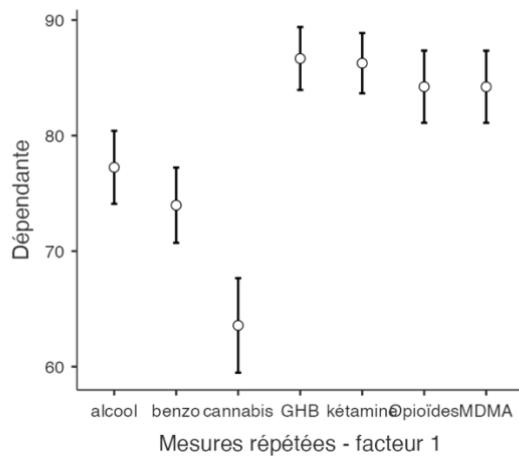


Figure 13 : Résultats du test post-hoc de Tukey de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité générale.

Annexe 27 :

Mesures répétées - facteur 1

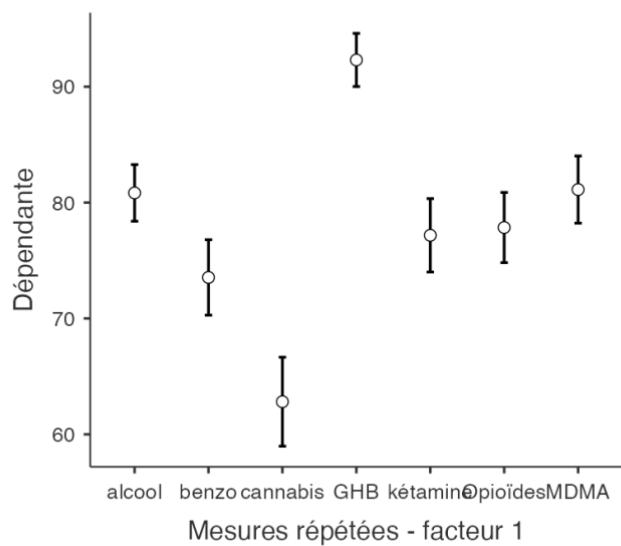


Figure 14 :Résultats du test post-hoc de l'effet principal du type de substance de l'ANOVA mixte entre la catégorie professionnelle et la perception de dangerosité en contexte opportuniste.