

Perception de la responsabilité (blame attribution) et du consentement dans diverses situations d'agressions sexuelles de type opportuniste facilitées par une substance

Auteur : Lambert, Aline

Promoteur(s) : Quertemont, Etienne

Faculté : bÿ 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/2268.2/24659>

Avertissement à l'attention des usagers :

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

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

Perception de la responsabilité (*blame attribution*) et du consentement dans diverses situations d'agressions sexuelles de type opportuniste facilitées par une substance

Mémoire présenté par LAMBERT Aline

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée en Psychologie Clinique, options Délinquance et Toxicomanie & Psychologie Clinique de la Personne Âgée

Promoteur : QUERTEMONT Etienne

Superviseuse : GODEFROID Leeloo

Lecteurs : GLOWACZ Fabienne & DIDONE Vincent

Remerciements

Tout d'abord mes remerciements vont à mon promoteur, Etienne Quertemont, ainsi qu'à ma superviseuse, Leeloo Godefroid, pour leur aide précieuse tout au long de ce mémoire.

Ensuite, je remercie Fabienne Glowacz et Vincent Didone d'avoir pris de leur temps pour lire ce mémoire, en espérant qu'il vous plaise.

Je tiens également à remercier ma maman qui a gentiment pris de son temps pour relire minutieusement ce travail.

Et enfin, merci à mes amis et ma famille qui, de près ou de loin, m'ont soutenu le long de cette longue écriture.

Table des matières

Remerciements.....	
1. Introduction.....	5
2. Cadre conceptuel et définitions.....	6
2.1. Définition et typologie des agressions sexuelles facilitées par une substance.....	6
2.2. Cadre juridique des agressions sexuelles facilitées par une substance en Belgique	7
2.3. Données de prévalence et caractéristiques contextuelles des agressions sexuelles facilitées par une substance.....	8
3. Effets pharmacologiques et contextuels de l'alcool, du cannabis et de la kétamine.....	9
3.1. Alcool.....	9
3.1.1. Contexte culturel, social et perception sociale de l'alcool.....	9
3.1.2. Effets cognitifs et physiques de l'alcool.....	10
3.2. Cannabis.....	14
3.2.1. Prévalence de consommation et perception sociale du cannabis.....	14
3.2.2. Mode de consommation et pharmacologie du cannabis.....	14
3.2.3. Effets cognitifs et physiques du cannabis.....	14
3.2.4. Attitudes face aux consommateurs de cannabis.....	16
3.2.5. Perception du cannabis dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance	16
3.3. Kétamine.....	17
3.3.1. Pharmacologie et mode de consommation de la kétamine.....	17
3.3.2. Effets cognitifs et physiques de la kétamine.....	17
3.3.3 Perception sociale de la kétamine.....	19
4. Comparaison de la perception de la victime en fonction de la substance consommée lors d'agressions sexuelles facilitées par une substance.....	20
5. Attribution du blâme (blame attribution).....	22
5.1. Cadre théorique.....	22
5.2. Biais cognitifs influençant l'attribution du blâme.....	24
5.3. Caractéristiques de la victime et de l'observateur influençant l'attribution du blâme dans le contexte d'agression sexuelle.....	24
6. Les mythes du viol.....	27
6.1. Définitions.....	27
6.2. Typologie des mythes du viol.....	27

6.3. Fonctions sociales des mythes du viol.....	28
6.4. Facteurs influençant l'adhésion aux mythes du viol.....	29
6.5. Spécificité des mythes dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance.....	31
6.6. Liens entre les mythes du viol et l'attribution du blâme	32
7. Objectifs et hypothèses.....	34
8. Méthodologie.....	35
8.1. Méthode.....	35
8.2. Matériel.....	36
9. Résultats.....	42
9.1. Statistiques descriptives.....	42
9.2. Statistiques inférentielles.....	44
10. Interprétations des résultats et discussion.....	53
11. Limites et perspectives.....	59
12. Conclusion.....	62
13. Bibliographie.....	63
14. Annexes.....	76
14.1. Annexe 1.....	76
14.2. Annexe 2.....	77
14.3. Annexe 3.....	78
14.4. Annexe 4.....	79
15. Résumé.....	80

1. Introduction

Dans la société actuelle, les agressions sexuelles sont un phénomène répandu et touchant toutes tranches d'âge et tous genres d'individus. D'après les articles 417/1 à 417/23 du Code pénal belge, les agressions sexuelles sont réparties selon quatre catégories, à savoir l'atteinte à l'intégrité sexuelle, le viol, le voyeurisme et la diffusion non consentie de contenus à caractère sexuel. Le viol y est défini précisément comme "tout acte qui consiste ou se compose d'une pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne ou avec l'aide d'une personne qui n'y consent pas, constitue le crime de viol". Ainsi, la notion de consentement est au cœur de cette définition juridique.

Le consentement, pour être valable, doit être donné librement, de manière éclairée et en pleine possession de ses capacités. Il existe de multiples raisons pour lesquelles une victime n'ait pu le donner. L'une d'entre elles, d'après le Code pénal Sexuel belge, est la perte de conscience. Parmi les causes de cette perte de conscience, on retrouve la consommation de substances psychoactives à effet sédatif telles que l'alcool, le cannabis ou encore la kétamine, les trois substances étudiées dans ce travail.

Les agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) constituent une catégorie spécifique d'agressions dans lesquelles une substance psychoactive joue un rôle central. Selon Hall et Moore (2008), elles se définissent comme "une infraction dans laquelle une victime est sujette à des actes sexuels non consentis alors qu'elle est en incapacité ou inconsciente à cause des effets d'une substance et est donc incapable de résister ou de donner son consentement".

Concernant ces ASFS, elles peuvent être de deux types : opportuniste ou proactive. Dans le premier cas, la victime consomme volontairement la substance dont les effets sont ensuite exploités par l'agresseur, tandis que dans le deuxième cas, l'agresseur administre la substance à la victime afin d'en exploiter les effets.

D'après une étude de Quertemont et Didone (2025) réalisée avec les données des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) de Bruxelles, Gand et Liège datant d'octobre 2017 à octobre 2018, les violences sexuelles sont accompagnées de substances psychoactives dans 56% des dossiers, l'alcool étant utilisé dans 54% des cas.

Une des problématiques liée à ce phénomène est le fait que la majorité des victimes n'ose pas porter plainte et/ou dénoncer leur agresseur, notamment parce qu'elles estiment avoir une part de responsabilité (blâme attribution) du fait de la consommation volontaire de la substance. Cette non-dénonciation et cette attribution du blâme sont également influencées et renforcées par notre société qui ne juge pas ces situations de façon neutre, cela s'explique en partie par les mythes du viol. En résumé, ce sont les préjugés de la société à propos du viol qui minimisent la responsabilité de l'agresseur, rendent coupable la victime et banalisent l'acte qu'est le viol. Si ces mythes sont également intériorisés par les victimes et renforcés par la société, c'est à cause d'un système plus global qualifié de "culture du viol". Dans cette culture, les agressions sexuelles sont banalisées, excusées, voire normalisées en raison de la présence et de l'adhésion aux mythes du viol. Il a été largement démontré que, même si les deux genres sont concernés par le mythe du viol, les hommes sont plus nombreux à y adhérer que les femmes (Russel & Hand, 2017).

Dans ce contexte, et afin de comprendre à quel point ces croyances influencent la vision que les individus ont des agressions sexuelles combinées à la prise d'une substance psychotrope, ce mémoire vise à étudier la perception du consentement et la responsabilité dans diverses situations d'agressions sexuelles de type opportuniste facilitées par une substance. En s'appuyant sur des vignettes et un questionnaire diffusé à la population générale majeure, cette recherche vise à mieux comprendre l'influence de substances telles que l'alcool, le cannabis et la kétamine sur les jugements sociaux liés à ces situations.

2. Cadre conceptuel et définitions

2.1. Définition et typologie des agressions sexuelles facilitées par une substance

Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC, 2011), les agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS) constituent une sous-catégorie des crimes facilités par les drogues. Elles désignent toute situation dans laquelle un individu, indépendamment de son genre, est sujet à un acte sexuel alors qu'il se trouve dans un état d'inconscience ou d'incapacité, dû aux effets d'une substance psychoactive, le rendant ainsi incapable de résister ou de donner un consentement libre et éclairé.

Deux formes principales d'ASFS sont distinguées dans la littérature.

La première forme, qualifiée d'ASFS proactives, survient lorsque l'agresseur administre intentionnellement une substance psychoactive à la victime, souvent à son insu ou sous

contrainte, dans le but de commettre une agression sexuelle. Cette condition peut également être qualifiée de soumission chimique. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, 2024), la méthode la plus fréquente consiste à verser une substance dans une boisson alcoolisée, et ce dans 61 % des cas. Ce mode opératoire s'inscrit majoritairement dans des contextes festifs, où la vigilance des individus est amoindrie, et où l'alcool permet souvent de masquer le goût potentiel des substances administrées.

L'affaire récente *des viols de Mazan* constitue une illustration tristement célèbre de soumission chimique. C'est une affaire judiciaire française dans laquelle une femme a été droguée à son insu par son conjoint, qui la proposait ensuite à des agresseurs recrutés sur internet. Ces hommes commettaient des actes qualifiés de viol, profitant de la vulnérabilité de la victime.

La seconde forme, appelée ASFS opportunistes, se produit lorsque l'agresseur profite de l'état de vulnérabilité d'une personne ayant consommé volontairement une substance psychoactive. Contrairement à la soumission chimique, il n'y a ici pas d'administration forcée de la substance par l'agresseur, mais une exploitation d'un état de conscience altéré, que l'on nomme également vulnérabilité chimique. Ce type d'agression survient souvent dans des contextes festifs (soirées, festivals, etc.) propices à la désinhibition et au relâchement de la vigilance de la part de la victime.

À titre d'exemple, imaginons une jeune femme rentrant seule d'une soirée après avoir consommé volontairement de l'alcool et du cannabis entre amis. Sur le chemin du retour, un homme la remarque titubant et décide de la suivre. Il profite alors de son état de vulnérabilité pour l'agresser sexuellement, conscient de son incapacité de discernement et de consentir pleinement à la situation. Il est essentiel de rappeler que la responsabilité d'un acte d'agression sexuelle repose toujours sur l'agresseur, indépendamment du comportement ou de l'état de la victime.

Ce mémoire s'inscrit dans cette seconde catégorie, en se concentrant spécifiquement sur les agressions sexuelles de type opportuniste facilitées par une substance.

2.2. Cadre juridique des agressions sexuelles facilitées par une substance en Belgique

L'article 417/5 du Code Pénal Sexuel belge, entré en vigueur le 1 juin 2022, stipule qu' "[...]
Il n'y a pas de consentement lorsque l'acte à caractère sexuel a été commis en profitant de la

situation de vulnérabilité de la victime due notamment à un état de peur, à l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de substances psychotropes ou de toute autre substance ayant un effet similaire, à une maladie ou à une situation de handicap, altérant le libre arbitre [...]”. Ce cadre légal met l'accent sur l'impossibilité de donner un consentement libre et éclairé lorsque l'état de conscience ou le discernement de la personne est altéré. Il reconnaît explicitement que l'abus d'une situation de vulnérabilité induite par des substances psychoactives invalide la notion de consentement. Le silence, l'incapacité à réagir, la confusion ou l'absence de résistance ne peuvent en aucun cas être interprétés comme une forme de consentement valide.

Cette actualisation récente de la législation marque une avancée importante dans la reconnaissance juridique des agressions sexuelles facilitées par une substance (ASFS), en intégrant de manière explicite la problématique des substances psychoactives dans l'évaluation du consentement. Elle indique la nécessité d'une réforme visant à renforcer la protection des victimes de violences sexuelles et à adapter les lois aux réalités contemporaines de notre société dans ce domaine, tout en donnant une place centrale à la notion de consentement.

2.3. Données de prévalence et caractéristiques contextuelles des agressions sexuelles facilitées par une substance

En Belgique, une étude rétrospective menée à partir des données des Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS) de Bruxelles, Gand et Liège, recueillies entre octobre 2017 et octobre 2018, a permis d'estimer la prévalence des agressions sexuelles facilitées par substance (ASFS) (Godefroid et al., 2024). Les résultats montrent que 18% des cas concernent des ASFS de type proactif, tandis que 27% relèvent de situations opportunistes. La consommation délibérée d'alcool est auto-rapportée dans 43% des cas, la combinaison alcool/drogue dans 12% des cas, et l'usage exclusif de drogues dans 3% des cas.

Ces chiffres révèlent une prévalence notable des ASFS en Belgique, en particulier de type opportuniste. Cependant, plusieurs facteurs contribuent à une sous-déclaration importante : les effets cognitifs des substances sur la mémoire et la conscience, les sentiments de honte et/ou de culpabilité liés à la consommation, ainsi qu'une moindre volonté de porter plainte. En moyenne, les victimes attendent plus de 30 heures avant de se présenter dans un CPVS (Godefroid et al., 2024). Cette attente est couplée à la confusion ou à l'incertitude quant aux

circonstances exactes des faits, compliquant l'identification de l'agression (UNODC, 2011; Alempijevic et al., 2007).

De plus, les victimes d'ASFS ont moins tendance à reconnaître leur agression comme un viol, comparativement aux victimes de viol sans substances (Walsh et al., 2015). Cela peut s'expliquer par l'écart entre la réalité des ASFS et les représentations sociales traditionnelles du viol.

Le réseau national d'addictovigilance (CEIP-A), sous la tutelle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM, 2024), met en lumière que les consommations volontaires de substances se déroulent majoritairement en milieu festif. Toutefois, dans un cas sur trois, le lieu d'agression est différent de celui de consommation, avec une prédominance des lieux privés (ex: domicile), et des agressions souvent situées entre le départ de la soirée et le moment du coucher.

L'alcool reste la substance la plus fréquemment impliquée dans les ASFS opportunistes, suivie du cannabis. Une consommation volontaire de cannabis par la victime a été rapportée avant l'agression sexuelle dans 21,1% des cas, tandis que la kétamine apparaît dans 0,3% des cas (ANSM, 2024). Il est également fréquent que plusieurs substances soient détectées conjointement dans les analyses toxicologiques (K.B. Anderson et al., 2017).

Ces éléments confirment que les ASFS constituent un phénomène préoccupant, à la fois fréquent et largement sous-déclaré, impliquant majoritairement des substances altérant fortement la conscience. Ils mettent en évidence la nécessité d'approfondir la compréhension des effets neuropsychologiques et cognitifs de ces substances, ce qui fera l'objet de la section suivante.

3. Effets pharmacologiques et contextuels de l'alcool, du cannabis et de la kétamine

3.1. Alcool

3.1.1. Contexte culturel, social et perception sociale de l'alcool

Les boissons alcoolisées sont consommées par l'être humain depuis la période néolithique (Arnold, 2005). Aujourd'hui, leur usage est profondément enraciné dans les pratiques sociales contemporaines. Comme le souligne Gaußot (2004), boire et s'enivrer relève à la fois d'actes individuels et collectifs qui structurent les relations sociales et participent à la

construction identitaire. En Belgique, l'alcool est souvent perçu comme un symbole culturel, valorisé comme une forme de fierté nationale. Il est fréquemment utilisé comme facilitateur d'interactions sociales, associé à des contextes festifs et conviviaux.

En raison de sa légalité et de son omniprésence, l'alcool est souvent, à tort, perçu comme une substance inoffensive. Pourtant, il s'agit d'une drogue aux effets potentiellement nocifs. Sa consommation peut entraîner des conséquences graves sur la santé physique et mentale du fait de sa toxicité. L'Organisation mondiale de la santé (2023) rappelle d'ailleurs qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool sans risque pour la santé.

Cette place centrale de l'alcool, combinée à sa banalisation, contribue à sa présence fréquente dans le cadre des ASFS. La section suivante s'attardera ainsi sur les effets pharmacologiques et cognitifs de cette substance, susceptibles de compromettre l'expression d'un consentement libre et éclairé.

3.1.2. Effets cognitifs et physiques de l'alcool

L'alcool est également connu pour être la drogue numéro une augmentant le risque d'agression sexuelle chez une personne et mentionner ses effets physiologiques est un bon point de départ pour comprendre ce risque accru. L'alcool est une substance psychoactive faisant partie de la catégorie des dépresseurs du système nerveux central. Cela signifie qu'il diminue le niveau d'éveil et ralentit l'activité générale du cerveau et le fonctionnement du corps (INSPQ, 2025).

Se réveiller après une soirée alcoolisée sans aucun souvenir des événements de la veille est ce que l'on appelle un blackout ou trou noir. Selon le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2019), ce phénomène peut affecter n'importe quel individu consommant de l'alcool, indépendamment de son âge ou de son expérience avec les boissons alcoolisées. Les blackouts sont définis comme "des périodes d'amnésie antérograde induite par l'alcool au cours desquelles les individus sont incapables de former de nouveaux souvenirs à long terme, mais sont toujours capables de se souvenir des informations à court terme et des souvenirs formés avant l'intoxication" (White, 2003).

On distingue deux types de blackouts, se distinguant en fonction de la durée et de l'étendue de la perte de mémoire (Goodwin et al.; 1969).

Les blackouts en bloc impliquent une perte de mémoire pour tous les événements durant une période distincte et se produisent généralement à des concentrations élevées d'alcool dans le sang. Les souvenirs des événements ne se forment tout simplement pas et il est pratiquement impossible de s'en rappeler, comme s'ils ne s'étaient jamais produits (NIH, 2021).

Les blackouts fragmentés, plus fréquents (White et al.; 2004), sont caractérisés par des épisodes de perte partielle, où certaines informations sont récupérables, tandis que d'autres restent définitivement oubliées.

Il est important de ne pas confondre le blackout avec la perte de connaissance : dans un blackout, la personne reste éveillée, mais son cerveau ne parvient pas à créer de nouveaux souvenirs.

Les blackouts surviennent généralement lorsque la concentration d'alcool dans le sang (CAS) atteint environ 0,16%, soit près du double de la limite légale pour conduire. L'Institut National sur l'Abus d'Alcool et l'Alcoolisme (2021) souligne que les femmes présentent un risque accru de blackout car leur CAS augmente plus rapidement que chez les hommes en raison d'un poids corporel moyen plus faible et d'une moindre proportion d'eau dans le corps pour un même poids.

À ces niveaux d'alcoolémie, les fonctions cognitives telles que l'attention, le jugement, la prise de décision et le contrôle des impulsions sont profondément altérées (NIH, 2021). Cela engendre une ivresse particulièrement dangereuse, car même si la personne semble éveillée, elle ne crée pas de souvenirs, ce qui invalide tout consentement libre et éclairé. En effet, cette illusion de conscience fonctionnelle masque une véritable incapacité à apprécier et à mémoriser les événements (Schneider, 2020).

La consommation d'alcool altère significativement les capacités cognitives et physiques, ce qui peut augmenter le risque d'exposition à une agression sexuelle, en particulier pour les femmes. Broach (2004) souligne que "les limitations cognitives ou le rétrécissement perceptif qui se produisent suite à une consommation d'alcool peuvent entraîner les femmes à s'engager dans des situations ou comportements leur faisant courir un haut risque pour les agressions sexuelles...". Sur le plan physique, "les effets de l'alcool peuvent entraîner une

diminution de la capacité de la victime à se défendre contre les agressions sexuelles...” Dans de tels cas, l’incapacité physique peut être utilisée par l’agresseur pour imposer un acte sexuel alors que la victime n’y consent pas.

Parmi les altérations cognitives induites par l’alcool, on retrouve la baisse de la vigilance et de la perception du danger. L’alcool diminue la capacité à analyser avec précision une situation sociale, rendant plus difficile l’identification des signaux de danger, des intentions agressives et des comportements intrusifs (Abbey, 2022 ; Testa & Livingston, 2009). Ce déficit de traitement de l’information sociale peut retarder, voire empêcher, une réaction face à des comportements déplacés.

L’altération du jugement est une autre conséquence majeure. Une personne intoxiquée a tendance à mal évaluer les conséquences de ses propres actions ainsi que les intentions des autres. Elle peut ainsi se laisser entraîner dans des situations ambiguës ou ne pas réussir à fuir à temps. Ce jugement moral et social affaibli favorise la prise de risques interpersonnels accrus (Fromme et al., 1997).

Enfin, l’alcool induit une désinhibition comportementale, définie dans le DSM-5 (DSM 5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux : Free Download, Borrow, And Streaming : Internet Archive, 2022), comme “une recherche de satisfactions immédiates, conduisant à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences du futur.”. Ce phénomène entraîne une diminution du contrôle inhibiteur (Rall, 1990), ainsi qu’un comportement plus expressif : augmentation de la sociabilité, des gestes et des interactions verbales (Tobore, 2020). Ces manifestations ne doivent en aucun cas être interprétées comme un consentement. Il s’agit simplement de réponses neurocomportementales liées à l’effet de l’alcool sur le système nerveux.

Pourtant, comme le notent George et al. (2024), la littérature montre que ce comportement plus expressif et ouvert est souvent interprété à tort comme une preuve de consentement. Ce biais d’interprétation est renforcé par des mythes sociaux selon lesquels la désinhibition alcoolique est synonyme de disponibilité sexuelle, ce qui conduit à des jugements moraux erronés. Or, la responsabilité ne repose jamais sur la victime dont le comportement a été altéré par une substance, mais bien sur l’agresseur qui choisit d’exploiter cette vulnérabilité.

L'alcool est consommé pour ses effets stimulants expérimentés comme positifs (Corbin et al., 2007), mais il induit aussi des effets sédatifs désagréables, tels qu'une faiblesse motrice et un ralentissement cognitif et moteur (Morean & Corbin, 2009; Stephens & Duka, 2008). Cette sédation, notamment la réduction de la vigilance et du contrôle moteur, rend objectivement impossible la formulation d'un consentement éclairé, même si la personne semble consciente. La mauvaise interprétation sociale de cet état contribue à alimenter des biais de jugement et des attributions erronées de responsabilité envers la victime.

Ces altérations neurocognitives, bien que graves en elles-mêmes, sont encore amplifiées par les biais sociaux qui influencent la lecture des événements par l'entourage, les autorités ou même la victime elle-même. En effet, la consommation d'alcool par la victime influence significativement la manière dont l'agression est perçue par autrui. Les victimes alcoolisées sont souvent jugées plus négativement, car leur comportement est interprété comme une exposition volontaire à un risque (Romera-Sánchez et al., 2017; Jordan, 2004; Wenger & Bornstein, 2006). Ce blâme est plus accentué lorsque l'agresseur est un inconnu plutôt qu'un membre de l'entourage (Hammock & Richardson, 1997). Paradoxalement, les agresseurs ivres sont souvent perçus comme moins responsables (Richardson & Campbell, 1982).

Ces biais s'observent aussi chez les policiers qui tendent à considérer les victimes intoxiquées comme moins crédibles, ce qui peut freiner les poursuites (Schuller & Stewart, 2000). De plus, les femmes ayant subi une agression sexuelle en état d'alcoolisation ont tendance à moins qualifier leur expérience de "viol" (Kahn et al., 2003).

Ces jugements ne sont pas neutres et sont influencés par des représentations sociales genrées, notamment à propos des femmes qui consomment de l'alcool dans un cadre festif. Une attitude perçue comme désinhibée, un comportement tactile ou une simple ivresse peuvent suffire à modifier la lecture du consentement aux yeux d'un tiers. Ces biais perceptifs, qui seront approfondis plus loin à travers la notion de mythe du viol, jouent un rôle déterminant dans la manière dont la responsabilité de l'agression est répartie entre l'auteur et la victime.

Si l'alcool est aujourd'hui la substance la plus documentée en lien avec les ASFS, d'autres substances comme le cannabis soulèvent des enjeux similaires mais spécifiques, que nous allons explorer à présent.

3.2. Cannabis

3.2.1. Prévalence de consommation et perception sociale du cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans le monde, avec environ 192 millions de personnes ayant déclaré en avoir consommé au cours de la dernière année, soit environ 4% de la population mondiale (UNODC, 2020). En Europe, 48 millions d'hommes et 31 millions de femmes rapportent une consommation récréative (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, 2022).

Le cannabis est souvent considéré comme une “drogue douce” en raison de sa faible dépendance psychologique et de son absence de risque de décès par surdose, contrairement à la cocaïne ou à l'héroïne. Cette catégorisation, douce ou dure, héritée de la mise en place des réglementations internationales des drogues visant à différencier le traitement pénal, est aujourd’hui dépassée scientifiquement. Il serait plus pertinent de différencier les usages selon leur niveau de problématique (Nutt et al., 2007).

3.2.2. Mode de consommation et pharmacologie du cannabis

Les effets du cannabis varient selon le mode d’administration. En effet, ils atteignent leur pic environ 30 minutes après inhalation (fumée ou vapeur), contre environ 2h après ingestion (par exemple via des produits comestibles comme des biscuits ou des muffins). Ces effets diminuent généralement 2h30 après l’inhalation, et jusqu’à 7h après une consommation orale. Le cannabis contient plus de 100 cannabinoïdes actifs, les deux principaux étant le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) (INSPQ, 2025). Le THC est responsable des effets psychoactifs recherchés tels que l’euphorie et la stimulation (Abramowicz, 2019), tandis que le CBD peut entraîner des effets secondaires tels que la somnolence, la perte d’appétit ou encore des vomissements (National Institute on Drug Abuse, 2024).

3.2.3. Effets cognitifs et physiques du cannabis

Selon le National Institute on Drug Abuse (NIH, 2024), le cannabis entraîne une intoxication, c'est-à-dire qu'il modifie temporairement l'humeur, les perceptions, les pensées et les comportements. Il peut provoquer une distorsion de la perception du temps, des altérations de la mémoire, de la pensée et de la coordination motrice. À fortes doses, des effets comme l'anxiété, la peur, voire des hallucinations, peuvent survenir (Carvalho & Vieira-Coelho,

2022). La plupart du temps, les personnes en consomment pour “planer” (Ramaekers et al.; 2021).

L’intoxication au cannabis entraîne donc une série de perturbations neurocognitives qui apparaissent pendant ou juste après la consommation. La classification internationale des maladies (CIM-11) décrit ces effets comme étant pharmacologiquement connus et dose-dépendants. Parmi les caractéristiques relevées on retrouve une euphorie inappropriée, des troubles de l’attention et du jugement, ainsi que des altérations perceptives (comme la sensation de flottement ou la distorsion temporelle), des modifications de la sociabilité, de l’anxiété, une intensification sensorielle, une lenteur psychomotrice et des troubles de la mémoire à court terme (Curran et al., 2002 ; Ramaekers et al., 2021 ; Ranganathan & D’Souza, 2006; WHO, 2019). Le DSM-5 ajoute à cela des troubles de la coordination motrice et du jugement (Lolk, 2013).

Parmi les effets les plus préoccupants au regard du consentement sexuel, on retrouve la diminution de l’attention. Celle-ci nuit à la capacité de comprendre la situation, de suivre le déroulement d’une interaction ou de répondre de manière claire et cohérente à une sollicitation sexuelle. La personne sous l’emprise du cannabis peut ne pas percevoir certaines nuances, signaux ou intentions, ce qui affaiblit sa capacité à donner un consentement éclairé.

Par ailleurs, l’altération du jugement observée dans ces contextes nuit à la faculté d’anticiper les conséquences d’un acte, de décoder des situations ambiguës ou de faire preuve d’un bon jugement social. La personne intoxiquée pourrait ainsi accepter une proposition sans en mesurer pleinement les implications (Ramaekers et al., 2006 ; Crane et al., 2012).

De plus, les troubles de la mémoire de travail et de la mémoire à court terme réduisent la capacité à maintenir des informations en mémoire active. Cela crée une instabilité dans la compréhension d’une interaction en cours et peut amener l’individu à perdre le fil de la situation ou à oublier avoir exprimé une hésitation, ce qui rend le consentement particulièrement flou, voire non fiable (Solowij & Battisti, 2008 ; Schuster et al., 2016).

À des doses plus élevées, le cannabis peut provoquer un épisode dissociatif caractérisé par une déréalisation, une sensation de flottement, une déconnexion du corps, une perception ralentie du temps et une passivité comportementale et émotionnelle. Dans ce

contexte, la personne peut ne pas être consciente de ce qui lui arrive ou être incapable de s'y opposer verbalement ou physiquement, rendant toute forme de consentement invalide (Morrison et al., 2009 ; Kamboj et al., 2014).

Ainsi, les effets combinés du cannabis sur les capacités attentionnelles, le jugement, la mémoire et la conscience de soi, constituent un risque majeur pour la validité du consentement sexuel. Même si l'individu peut sembler "présent", les altérations cognitives et perceptives induites par l'intoxication remettent profondément en question la fiabilité et la clarté du consentement donné dans ce contexte.

3.2.4. Attitudes face aux consommateurs de cannabis

Les attitudes sociales vis-à-vis du cannabis ont rapidement évoluées avec sa légalisation croissante à des fins médicales et récréatives (Carliner et al., 2017). Malgré cela, les non-consommateurs conservent souvent une image négative de cette substance. Les consommateurs, eux, ont tendance à considérer l'alcool comme une drogue plus problématique que le cannabis (Dany & Apostolidis, 2002). Une étude de Skliamis et ses collaborateurs (2020) a examiné la stigmatisation des consommateurs de cannabis selon trois dimensions : la discrimination, la dévalorisation perçue et l'aliénation, avec la dévalorisation comme élément dominant. De ce fait, les consommateurs sont fréquemment perçus comme peu fiables, dangereux, paresseux, manquant de motivation et irresponsables (Meier & White, 2018 ; Mortensen et al., 2019 ; Mikos & Kam, 2019).

3.2.5. Perception du cannabis dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance

Enfin, la consommation de cannabis influence également les perceptions sociales dans les cas d'agression sexuelle. Stewart (2010) montre que les jurés considèrent moins crédible le témoignage d'une victime intoxiquée au cannabis, même si les effets de la substance sont bien réels, même quand elle est consommée volontairement. De plus, une victime sous cannabis est davantage blâmée qu'une victime sobre (Qi et al., 2015). Un double standard d'attribution est mis en lumière, l'intoxication de l'agresseur tend à atténuer la gravité perçue de son comportement, tandis que celle de la victime renforce sa condamnation morale (Qi et al., 2015).

3.3. Kétamine

3.3.1. Pharmacologie et mode de consommation de la kétamine

D'après le site belge Infor Drogues et Addictions (Infor-Drogues asbl, 2025), qui est agréé par la commission communautaire française et par la wallonie en tant qu'opérateur en promotion de la santé, la kétamine est un produit psychotrope de synthèse, agissant sur le système nerveux central et composé de molécules chimiques produites en laboratoire. Elle a été initialement synthétisée en 1962 par Calvin Stevens à des fins médicales. En effet, elle sert d'anesthésiant général en médecine humaine et vétérinaire, et d'antidouleur et sédatif en pédiatrie et gériatrie. Son usage principal est l'anesthésie dite "dissociative", en ce qu'elle sépare les perceptions corporelles de la conscience. À partir des années 2000, elle s'est diffusée dans les milieux festifs, exploitée pour ses propriétés dissociatives, analgésiques et psychédéliques. Généralement présentée sous forme liquide ou de poudre cristalline blanche, elle est sniffée, avalée ou injectée. Les effets varient selon la dose et le mode de consommation, allant de 10 minutes à 4 heures.

3.3.2. Effets cognitifs et physiques de la kétamine

Les effets rencontrés peuvent être différents des effets recherchés car ils sont liés à l'état mental et physique de la personne, du contexte de la consommation et de la qualité du produit. À faible dose, les utilisateurs rapportent des sensations d'apaisement, d'euphorie, de flottement et une impression de rêve éveillé, le tout lié à son effet anesthésiant. Un effet stimulant peut également être perçu par la suppression de la fatigue corporelle. Cependant, ces effets s'accompagnent d'un affaiblissement moteur, de troubles de la coordination et d'une perception altérée du temps, des sons et des images. À forte dose, la kétamine provoque une anesthésie profonde avec déconnexion entre le corps et la conscience, pouvant conduire à un état dissociatif. L'individu perd alors le contact avec la réalité extérieure, jusqu'à atteindre le "K-hole", défini comme un état de dissociation extrême, un bad trip avec hallucinations, perte de l'identité (dépersonnalisation) et perte du contact avec la réalité (Infor-Drogues asbl, 2025).

Les effets indésirables de cette substance sont des troubles de la coordination motrice, une amnésie, une impossibilité de parler ou de tenir des propos cohérents, somnolence, confusion.

Les effets secondaires comprennent confusion, somnolence, amnésie, troubles de l'élocution, hypotonie et perte de coordination motrice. Ces altérations augmentent significativement la

vulnérabilité de la personne face à une agression, rendant impossible toute opposition verbale ou physique. En contexte non médical, l'état d'impuissance provoqué par la kétamine est particulièrement dangereux (Jansen, 1993).

Malgré ses nombreux effets, cette substance est moins étudiée que les autres dans le cas des agressions sexuelles facilitées par une substance. Deux raisons majeures expliquent cela. La première est qu'une partie significative de la kétamine est éliminée de l'organisme en 24 heures (Sassano-Higgins et al., 2016). La seconde est que les cliniciens ont des difficultés à reconnaître la kétamine dans les tests standard d'urine et de sang (Smith et al., 2002).

Pourtant, ses propriétés en font une substance particulièrement problématique dans les cas d'ASFS. Parmi les effets les plus critiques, figure la dissociation. Celle-ci induit une analgésie profonde et une amnésie, ce qui altère la perception de l'environnement et réduit la capacité à réagir, entraînant une plus grande compliance de la victime (Lynch, 2003). Dans un tel état, une victime peut ne pas comprendre ce qui lui arrive, ne pas percevoir la situation comme réelle, et donc être dans l'impossibilité de consentir ou de refuser.

La kétamine altère également les processus mnésiques, entraînant une amnésie de la mémoire antérograde (incapacité à former de nouveaux souvenirs après la consommation), ainsi que rétrograde (difficulté à se souvenir d'événements survenus avant l'exposition). De nombreuses études ont démontré que la kétamine nuit spécifiquement à la mémoire épisodique, c'est-à-dire la capacité à se remémorer des expériences personnelles associées à un contexte spatio-temporel précis (Morgan & Curran, 2006; Tulving, 1998). Cette forme de mémoire peut être verbale (par exemple des conversations, des récits ou des éléments narratifs) ou non verbale, reposant sur des sensations et des images (comme une odeur particulière, une texture, une ambiance sonore ou visuelle).

Cette substance perturbe également la mémoire source, c'est-à-dire la capacité cognitive à identifier l'origine d'une information mémorisée. Ce processus joue un rôle clé dans l'évaluation de la fiabilité et l'exactitude des souvenirs. Les personnes ayant consommé de la kétamine rapportent fréquemment ne pas se souvenir avoir générés certains éléments (Honey et al., 2005). Par ailleurs, la mémoire de reconnaissance, qui permet de juger si un stimulus a déjà été perçu auparavant, est elle aussi compromise, rendant difficile la distinction entre souvenirs réels et impressions nouvelles.

D'autres études se sont focalisées sur l'encodage en mémoire, mécanisme par lequel l'information est acquise et stockée, ainsi que la récupération, qui correspond à l'accès aux souvenirs encodés précédemment. La consommation de kétamine perturbe clairement l'encodage, ce qui compromet la capacité à enregistrer de nouvelles informations. En revanche, la récupération semble préservée, spécifiquement dans des tâches impliquant l'apprentissage spatial (Ohno et al., 1994). En outre, la kétamine affecte également les processus de consolidation, essentiels à la stabilisation des souvenirs dans le temps (Parwani et al., 2005)

Au niveau cognitif, Morgan et ses collaborateurs (2003) ont montré que la kétamine altère l'inhibition stratégique, c'est-à-dire la capacité à adapter son comportement à un contexte social ou sémantique complexe, contrairement à une inhibition réflexe (comme un retrait face à la douleur) qui elle n'est pas altérée. Or, la formulation du consentement ne résulte pas d'un réflexe mais nécessite une compréhension du contexte social, une capacité d'inhiber certaines réponses prévisibles (suivre, obéir, etc) et à formuler une réponse générative (refuser, s'éloigner, etc). La perturbation de l'inhibition stratégique augmente donc significativement le risque d'abus dans des situations ambiguës.

En cas d'usage non médical, les véritables dangers physiques découlent principalement du contexte car la kétamine peut laisser le consommateur dans un état d'impuissance (Jansen, 1993). Il se manifeste par un affaiblissement musculaire (hypotonie), des troubles de l'élocution et de l'équilibre, d'une cataplexie partielle (raideur musculaire et immobilité) et d'une déficience visuelle. Ces manifestations physiques compromettent, non seulement la formulation verbale d'un refus, mais aussi la possibilité de fuite ou de résistance physique lors d'une agression sexuelle.

3.3.3 Perception sociale de la kétamine

Bien que moins consommée que le cannabis ou la MDMA, la kétamine connaît tout de même une popularité croissante dans les milieux festifs belges et européens (EUDA, 2024), atteignant des niveaux comparables à la cocaïne ou les amphétamines. En 2024, selon Eurotox (2025), 74% des consommateurs en Belgique déclarent un usage en contexte festif, avec comme principales motivations : la recherche de plaisir/euphorie (86%), la curiosité (33%), la gestion du stress (26%), la facilitation des interactions sociales (21%), la réduction

d'anxiété et de dépression (18%), le soulagement des douleurs physiques (8%), et dans une moindre mesure l'augmentation du plaisir sexuel (7%).

En parallèle, la kétamine suscite un intérêt clinique croissant pour ses effets rapides dans le traitement de la dépression, des crises suicidaires ou d'autres psychiatriques (Clerc et al., 2022). Cette dualité alimente des représentations ambivalentes de la substance dans la société.

Il existe à ce jour très peu d'études portant sur la manière dont les victimes d'agressions sexuelles sous l'influence de kétamine sont perçues par autrui. Ce manque dans la littérature scientifique contraste avec l'attention portée à d'autres substances, spécifiquement l'alcool.

4. Comparaison de la perception de la victime en fonction de la substance consommée lors d'agressions sexuelles facilitées par une substance

La perception de l'intoxication varie en fonction du type de substance impliqué. Le cannabis, bien qu'illégal, est souvent perçu comme une drogue socialement tolérée, tandis que l'alcool, lui, est légal et largement banalisé dans nos sociétés (Stylianou, 2002 ; Wenger & Bornstein, 2006). De manière générale, la simple présence d'intoxication volontaire chez la victime, quel que soit le type de substance, tend à accroître la culpabilité qui lui est attribuée dans les cas d'agression sexuelle (Qi et al., 2015). Les croyances normatives des observateurs concernant l'alcool et les drogues, ainsi que leurs expériences personnelles en matière de consommation ou de violence sexuelle, influencent fortement leurs jugements (Qi et al., 2015).

Toutefois, les interprétations sociales varient selon la substance. L'alcool génère des jugements ambivalents. Bien qu'il soit légal et intégré socialement, sa consommation par une victime peut être perçue comme une prise de risque volontaire. Cela peut mener à des jugements stigmatisants, la victime étant alors vue comme désinhibée, peu crédible ou en partie fautive (Grubb & Turner, 2012). Le cannabis, quant à lui, souffre d'une image plus négative sur le plan moral, malgré sa réputation de drogue "douce". Les victimes ayant consommé volontairement du cannabis sont souvent perçues comme responsables de leur agression (Qi et al., 2015).

La kétamine, enfin, est associée à une image encore plus négative. Considérée comme une drogue "dure", peu connue du grand public, elle suscite incompréhension et méfiance.

Lorsqu'une victime est perçue comme ayant consommé cette substance de manière volontaire, elle peut être jugée encore plus sévèrement, son comportement étant vu comme extrême et irresponsable (Stewart & Jacquin, 2010).

Ces perceptions ne sont pas anodines et semblent influencées par des croyances sociales persistantes concernant les femmes et leur consommation d'alcool/drogue. Ces jugements sociaux sur la victime et sa consommation de substances ne sont pas isolés. En effet, ils s'inscrivent dans un ensemble plus large de croyances sociales sur les femmes, le sexe et la responsabilité, qui seront explorées ultérieurement.

En somme, les effets des substances telles que l'alcool, le cannabis ou la kétamine, rendent le consentement problématique, que ce soit par une incapacité physique à formuler un consentement ou à réagir face à l'agression sexuelle à cause des effets de la substance. Les effets ne permettent pas à la victime de comprendre pleinement une situation et ses enjeux et lui enlève ses capacités physiques et cognitives pour pouvoir réagir de manière efficace.

Si la littérature scientifique s'accorde sur le fait que certaines substances altèrent profondément la conscience, la mémoire et le jugement, rendant impossible un consentement sexuel libre et éclairé, les jugements sociaux portés sur les victimes ne reflètent pas toujours cette réalité. De nombreux biais, influencés par des stéréotypes ou des représentations culturelles, amènent à percevoir la victime comme partiellement responsable de l'agression.

Il a été avancé que l'acceptation sociale et les normes entourant la consommation d'alcool et de drogue conduisent à un nouveau discours de culpabilisation des victimes, fondé sur la conviction qu'une femme ayant consommé ces substances est jugée coupable de négligence contributive et comme si elle était responsable de sa propre victimisation (Horvath & Brown, 2006). Cette dynamique justifie à elle seule l'importance d'examiner empiriquement comment la consommation volontaire ou involontaire de drogues influe sur les attributions causales faites par les observateurs dans les cas d'agressions sexuelles.

Enfin, il est essentiel de rappeler que la consommation de substances psychoactives peut faciliter une agression sexuelle, non seulement en diminuant la capacité de la victime à résister, mais aussi en facilitant l'utilisation de stratégies coercitives par l'agresseur (Abbey et

al., 2001). Ainsi, au-delà des biais sociaux, les effets pharmacologiques réels de ces substances jouent un rôle critique dans la dynamique de l'agression.

5. Attribution du blâme (blâme attribution)

5.1. Cadre théorique

Shaver et Drown (1986) définissent le blâme comme “ l'attribution faite après que l'observateur a évalué et rejeté la validité de la justification ou de l'excuse de l'auteur de l'infraction pour un effet qu'il croit intentionnel ”. En résumé, blâmer c'est juger qu'une personne reste responsable après avoir examiné ses explications et conclu qu'elles ne suffisent pas à diminuer sa part de responsabilité.

La notion de responsabilité dans le contexte des agressions sexuelles se fonde sur les comportements adoptés par la victime et l'agresseur avant et pendant l'acte criminel (Finch & Munro, 2007). La tendance à blâmer la victime reflète les croyances présentes dans le contexte social dans lequel l'agression survient (Bhuptani & Messman-Moore, 2019). Ce phénomène s'inscrit dans une idéologie particulière, soutenue par des préjugés persistants et des attitudes culturellement intégrées de culpabilisation de la victime, qui renvoient aux mythes du viol. Parmi ceux-ci, le mythe du blâme de la victime reflète une croyance que, celle-ci, par son comportement ou son caractère, aurait contribué ou même provoqué l'agression subie.

Janoff-Bulman (1979, 1982) distingue deux formes de blâme : le blâme comportemental et le blâme caractérologique. Le premier porte sur des comportements modifiables et sous le contrôle de l'individu, tandis que le second concerne des aspects perçus comme peu contrôlables, tels que la personnalité ou le caractère. Dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par substance (ASFS), les observateurs peuvent ainsi reprocher à la victime d'avoir consommé de la drogue, ce qui relève du blâme comportemental, ou de présenter une attitude jugée trop désinhibée, relevant alors du blâme caractérologique.

La revue de la littérature menée par Van der Bruggen et Grubb (2014) identifie plusieurs cadres théoriques permettant de comprendre pourquoi et selon quels mécanismes cognitifs et sociaux les victimes de viol sont souvent blâmées, ainsi que comment elles sont tenues partiellement responsables de leur propre victimisation.

Parmi ces modèles, on retrouve la théorie du monde juste (Just World Theory ; Lerner & Matthews, 1967). Cette théorie postule que les individus ont tendance à croire que le monde est fondamentalement juste, c'est-à-dire que chacun obtient ce qu'il mérite et mérite ce qu'il obtient. Ce biais cognitif peut ainsi conduire à interpréter la victimisation comme la conséquence logique d'un comportement antérieur fautif ou imprudent. Blâmer la victime permet alors de préserver un sentiment d'ordre et de prévisibilité dans le monde, tout en conservant une illusion de sécurité personnelle.

Cependant, ce mécanisme d'attribution varie. En effet, Kleinke et Meyer (1990) ont montré que certaines femmes adhérant fortement à cette vision du monde ont paradoxalement tendance à blâmer moins les victimes, ce qui suggère que d'autres variables modératrices peuvent influencer le degré d'attribution du blâme. La théorie du monde juste n'explique donc pas à elle seule tous les cas de blâme, mais elle peut intervenir comme une variable modératrice importante, jouant un rôle intermédiaire et modifiant l'intensité du blâme.

Un second modèle explicatif pertinent est celui de l'hypothèse d'attribution défensive (Defensive Attribution Hypothesis ; Shaver, 1970). Cette hypothèse postule que le blâme attribué à une victime dépend du degré d'identification de l'observateur à celle-ci. Plus un individu perçoit de similarités avec la victime, moins il sera enclin à la blâmer. Inversement, un faible sentiment d'identification facilite la mise à distance et le blâme.

Ce mécanisme peut s'inscrire comme un mécanisme de défense. Dans des scénarios d'agressions sexuelles, blâmer la victime permet à l'observateur de maintenir l'illusion qu'il pourrait éviter lui-même une telle situation en faisant les bons choix. Cela permet de se distancer et de s'identifier le moins possible à la victime. Ainsi, blâmer devient un mécanisme défensif de distanciation cognitive permettant de minimiser sa propre vulnérabilité perçue. De ce fait, il est compliqué de blâmer la victime quand on s'y identifie car cela reviendrait à s'auto-stigmatiser et se sentir vulnérable. Cette théorie est particulièrement pertinente dans le cadre de ce mémoire en supposant que les personnes n'ayant jamais consommé de drogue peuvent plus facilement percevoir la victime comme "autre" et "imprudente", renforçant ainsi leur sentiment de contrôle sur leur sécurité.

5.2. Biais cognitifs influençant l'attribution du blâme

Lorsqu'un événement négatif s'est produit, il devient facile, avec le recul, de penser que l'on aurait su comment l'éviter. Ce mécanisme cognitif, appelé biais de rétrospective (Fischhoff, 1975), pousse les observateurs à considérer injustement les événements comme plus prévisibles qu'ils ne l'étaient réellement et les pousse à blâmer la victime plutôt que l'agresseur. Dans le contexte des agressions sexuelles facilitées par substance, ce biais peut amener les témoins à croire que la victime aurait dû anticiper le danger lié à sa consommation de substance, et donc agir différemment pour éviter l'agression. Ainsi, le blâme repose sur une vision erronée des faits. En effet, il suppose une connaissance de l'issue (l'agression) que la victime ne pouvait pas avoir au moment des faits. En conséquence, elle est jugée coupable d'avoir pris une décision « risquée », alors qu'en réalité, cette décision a été prise sans certitude sur les conséquences.

Un autre biais important est l'erreur fondamentale d'attribution (Ross et al., 1977) selon laquelle les individus ont tendance à surestimer les causes internes (comme la responsabilité ou les choix de la victime) et à sous-estimer les facteurs externes (le rôle de la substance, le contexte, le comportement de l'agresseur) pour expliquer un comportement. Cette distorsion mène à une attribution injuste de la responsabilité à la victime plutôt qu'à l'agresseur (Ross et al., 1977). Comme l'indique le Canadian Resource Centre for Victims of Crime (2009), le blâme survient lorsqu'on rend la victime totalement ou partiellement responsable du préjudice qu'elle a subi justement à travers ce type de raccourci cognitif.

5.3. Caractéristiques de la victime et de l'observateur influençant l'attribution du blâme dans le contexte d'agression sexuelle

La revue de littérature de Bruggen et Grubb (2014) mentionne également que certaines caractéristiques spécifiques de la victime de viol et de l'observateur influencent l'attribution du blâme à la victime.

Les représentations sociales liées au viol tendent à exclure les hommes du statut de victimes, renforçant l'idée erronée que seules les femmes peuvent être agressées sexuellement. Pourtant, un nombre considérable d'hommes sont également victimes, bien que peu d'entre eux signalent l'agression aux autorités (Davies et al., 2011). Ces victimes masculines sont souvent soumises à un blâme comportemental accru, principalement en raison des stéréotypes

de genre. En effet, les normes de masculinité presupposent qu'un homme devrait être capable de se défendre, ce qui renforce la perception qu'il aurait pu empêcher l'agression.

De manière générale, les victimes qui ne montrent pas de résistance lors de l'agression sont davantage blâmées, et ce biais est particulièrement marqué chez les observateurs masculins (Davies et al., 2008). L'homosexualité de la victime masculine influence également la perception du blâme. En effet, ces victimes sont souvent jugées plus sévèrement, car certains observateurs estiment à tort qu'elles ont ressenti du plaisir pendant l'agression et qu'elles en sortent moins traumatisées. Les victimes féminines, quant à elles, sont fréquemment blâmées pour des caractéristiques comportementales, telles qu'une attitude jugée trop confiante ou un manque de vigilance (Davies & Rogers, 2006).

Par ailleurs, la nature de la relation entre la victime et l'agresseur influence fortement l'attribution de responsabilité. Grubb et Harrower (2008) ont montré que, dans les cas où la victime et l'agresseur se connaissent, il se peut que l'agresseur ne reconnaissse pas le refus de sa victime. Les observateurs sont plus enclins à interpréter la situation à travers le prisme du consentement implicite ou de la responsabilité partagée. Plus la relation entre la victime et l'agresseur est étroite, plus la victime est susceptible d'être tenue partiellement responsable de l'agression.

Enfin, plus spécifiquement dans le cadre des ASFS opportunistes, nous savons que, lorsqu'une victime a consommé volontairement une substance psychoactive, quel que soit le type de substance, cela tend à accroître sa part de responsabilité (Qi et al., 2015).

Concernant les caractéristiques de l'observateur, bien que peu de recherches aient exploré l'effet de l'appartenance ethnique sur ces perceptions, il est essentiel de souligner que les attitudes envers le viol, ainsi que les mécanismes de blâme, peuvent varier significativement selon le contexte culturel (Crawford, 1996).

Le genre de l'observateur est en revanche l'une des variables les plus étudiées. Une tendance constante se dégage; les hommes ont davantage tendance à blâmer les victimes de viol que les femmes. Ils montrent également une plus grande tolérance à l'égard des agressions sexuelles et en minimisent généralement la gravité (Talbot et al., 2010). Cette constante peut s'expliquer, en partie, par l'hypothèse de l'attribution défensive (Shaver, 1970) selon laquelle

les hommes seraient plus enclins à s'identifier à l'agresseur, ce qui réduirait leur empathie envers la victime.

Chez les observatrices féminines, les réactions dépendent davantage des circonstances situationnelles et des comportements de la victime. Elles auront tendance à blâmer la victime principalement lorsque celle-ci a adopté des comportements jugés imprudents (Crawford, 1996), illustrant une sensibilité accrue aux facteurs situationnels.

Une autre variable clé de cette revue de littérature (Grubb & Van der Bruggen, 2014) concerne l'adhésion aux rôles de genre traditionnels. D'après les auteurs, plus un observateur adhère à ces normes stéréotypées, plus ses préjugés envers la victime de viol augmentent et plus il va atténuer la responsabilité de l'agresseur. Cette adhésion, ainsi que la perception du comportement de la victime, agissent comme des variables modératrices entre le genre de l'observateur, ses attitudes liées au rôle de genre et son degré d'attribution de blâme. Ces croyances sont plus adhérées et répandues chez les hommes.

Enfin, l'adhésion aux mythes du viol constitue une variable centrale de ce mémoire. Les observateurs qui adhèrent fortement à ces croyances ont tendance à minimiser la gravité du viol, à remettre en question sa véracité, à considérer qu'il aurait pu être évité, et à blâmer davantage la victime tout en dédouanant l'agresseur (Mason et al., 2004 ; Yamawaki, 2009 ; Suarez & Gadalla, 2010). Cette adhésion est un prédicteur robuste de la culpabilisation des victimes, ainsi que d'attitudes négatives envers les femmes, et reste plus fréquente chez les hommes. Ces constats soulignent l'importance cruciale de déconstruire les croyances erronées ancrées dans les normes sociétales sur le viol et ses victimes.

L'attribution du blâme à la victime d'agression sexuelle résulte d'un ensemble complexe de facteurs cognitifs, sociaux et culturels, s'exprimant à travers des mécanismes psychologiques comme la théorie du monde juste, l'attribution défensive ou encore des biais cognitifs tels que le biais de rétrospective ou l'erreur fondamentale d'attribution. Ces mécanismes permettent aux observateurs de préserver une vision sécurisante et ordonnée du monde, au prix d'une minimisation de la responsabilité de l'agresseur. Dans le contexte spécifique des agressions sexuelles facilitées par substance, ces dynamiques de blâme sont exacerbées par les stéréotypes sur le comportement des victimes, notamment en lien avec leur consommation

de drogues ou d'alcool. L'adhésion aux mythes du viol et aux rôles de genre traditionnels joue un rôle central dans la tendance à imputer une responsabilité à la victime.

6. Les mythes du viol

6.1. Définitions

Le concept de mythologie du viol a émergé dans les années 1970, dans le sillage des mouvements féministes (Brownmiller, 1975). La première définition formelle a été proposée par Martha Burt en 1980, qui les décrit comme des « préjugés, stéréotypes et fausses croyances sur le viol, les victimes de viol et les violeurs ». Toutefois, cette définition a été jugée inaboutie par certains chercheurs. En réponse, une quinzaine d'années plus tard, Lonsway et Fitzgerald (1994) ont proposé une formulation plus ciblée : « il s'agit d'attitudes et croyances, généralement fausses mais largement répandues, permettant de nier ou de justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes ».

6.2. Typologie des mythes du viol

En 1994, Koss et ses collaborateurs proposent une typologie en trois grandes catégories des mythes du viol.

La première catégorie promeut qu' « *il ne s'est rien produit* », elle regroupe les mythes niant ou minimisant les faits. On y retrouve par exemple l'idée que les femmes mentent fréquemment sur les viols ou exagèrent les événements. Ce mythe est alimenté par des discours judiciaires très répandus, comme l'avertissement formulé dès les années 1980 par Hale : « Il est facile d'accuser quelqu'un de viol, difficile de prouver un viol, et encore plus difficile d'être défendu si on est accusé, même quand on est innocent » (cité par Edwards et al., 2011).

La deuxième catégorie repose sur les mythes prétendant qu'une femme « *a voulu ou aimé* » son agression sexuelle. Des croyances telles que « si elle dit non, elle pense oui », ou encore que la violence sexuelle peut être excitante pour les femmes, en font partie. Ces mythes sont particulièrement répandus lorsque l'agression survient dans des contextes perçus comme liés à la séduction, comme un rendez-vous amoureux ou un bar (Odem, 1998).

« *Elle l'a mérité* » : Cette troisième catégorie de mythes considère que la victime a provoqué l'agression par son apparence ou son comportement. Porter des vêtements sexy, sortir seule la nuit, ou se comporter de manière jugée trop provocante sont autant de motifs invoqués pour

justifier le viol. Une étude de Johnson et ses collaborateurs (1997) a ainsi révélé que 27% des hommes et 10% des femmes considèrent que les femmes peuvent provoquer un viol par leur comportement.

6.3. Fonctions sociales des mythes du viol

L'adhésion à ces mythes du viol constitue un schéma cognitif biaisé influençant la manière dont les individus interprètent l'information sociale (Chapleau & Oswald, 2010 ; Gerger et al., 2007). Ces croyances, étant des distorsions cognitives, peuvent prendre la forme d'attitudes favorables au viol, facilitant la justification des violences sexuelles, le blâme de la victime, la minimisation des faits et la disculpation de l'auteur. Ces distorsions laissent entendre que seules certaines femmes, perçues comme "imprudentes" ou "provocantes", peuvent être victimes de viol (Yapp & Quayle, 2018).

Par exemple, croire qu'une femme est responsable en tout ou en partie de son agression parce qu'elle portait une tenue jugée provocante, qu'elle était ivre, ou qu'elle sortait seule la nuit, constitue une manifestation claire de ces mythes. Ce type de croyances ne se limite pas à blâmer les victimes, il contribue également à renforcer un système de domination masculine. Selon Jackman (2001) et Jost & Banaji (1994), l'acceptation de ces mythes peut même amener certaines femmes à soutenir inconsciemment le système oppressif en croyant qu'il les protège.

Les hommes ont tendance à adhérer davantage à ces croyances que les femmes (Lonsway & Fitzgerald, 1994). Cette acceptation est préoccupante, car elle prédit de manière significative la culpabilisation des victimes et l'indulgence envers les agresseurs.

La recherche souligne que les mythes du viol ne constituent pas uniquement un ensemble figé de croyances erronées, mais qu'ils servent à maintenir le statu quo (Garcia-Marques et al., 2006 ; Knowles et al., 2009 ; Uhlmann et al., 2010). En ce sens, leur fonction dépasse la simple distorsion cognitive : l'adhésion à ces mythes soutient un système de domination masculine (Lonsway & Fitzgerald, 1994) en justifiant et en normalisant les violences sexuelles.

L'une des fonctions de ces mythes est de banaliser et nier un phénomène criminel qui affecte une proportion importante de la population féminine (Brownmiller, 1975). En transférant la

responsabilité de l'acte de l'agresseur vers la victime, ces croyances permettent aux individus et à la société d'éviter une confrontation directe avec la réalité de l'ampleur des violences sexuelles. Selon Burt (1991), "les mythes du viol sont le mécanisme utilisé pour justifier le fait de classer une agression sexuelle dans la catégorie des viols "réels" ... de telles croyances nient la réalité de nombreux viols réels".

Par ailleurs, les fonctions de ces croyances peuvent être reliées à la théorie du monde juste. En ce sens, les mythes du viol servent à maintenir une illusion de sécurité personnelle, si les victimes sont perçues comme responsables de ce qui leur est arrivé, l'observateur peut croire qu'il est à l'abri du danger tant qu'il agit différemment d'elles.

Enfin, ces mythes jouent un rôle dans l'oppression des femmes, en servant de mécanisme de contrôle social (Brownmiller, 1975 ; Burt, 1980). En culpabilisant les femmes pour leur apparence, leur sexualité ou leur comportement, ils légitiment les normes patriarcales et dissuadent les femmes d'adopter des conduites perçues comme transgressives.

6.4. Facteurs influençant l'adhésion aux mythes du viol

Une méta-analyse conduite par Eliana Suarez (2010) met en lumière plusieurs facteurs démographiques associés à l'adhésion aux mythes du viol. Le facteur le plus fortement corrélé est le sexe. En effet, ce sont majoritairement les hommes qui y adhèrent. Cette constatation, déjà soulignée dans la revue de littérature de Lonsway et Fitzgerald (1994), révèle que, dans la quasi-totalité des études, les hommes manifestent des niveaux plus élevés d'adhésion à ces croyances. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'hypothèse d'attribution défensive formulée par Shaver (1970) selon laquelle les observateurs masculins s'identifient davantage à l'agresseur qu'à la victime. En Belgique, 16% de la population estime qu'une victime porte une part de responsabilité si elle est habillée de manière sexy ou provocante (Dossier Spécial Sur le Viol En Belgique, s. d.), illustrant la persistance de telles croyances. Ces observations appuient l'hypothèse féministe selon laquelle les inégalités de genre alimentent la perpétuation de ces mythes, dans un contexte où la société dominée par une dominance masculine tend à justifier le viol tout en blâmant les victimes.

L'ethnicité constitue également une variable puissante dans la formation des jugements sociaux liés au viol (George & Martinez, 2002 ; Varelas & Foley, 1998) . Plusieurs études indiquent que le racisme et l'identité raciale influencent significativement l'adhésion aux

mythes du viol, bien que dans des directions opposées (Suarez, 2010). En effet, le racisme est associé à une adhésion plus élevée, tandis que l'identification à une minorité raciale est corrélée à une adhésion plus faible.

Par ailleurs, la méta-analyse de Suarez (2010) met en évidence une forte association entre l'adhésion aux mythes du viol et les comportements agressifs hostiles envers les femmes, tels que l'agression sexuelle, le comportement de type « playboy », une socio-sexualité non restreinte ou encore la consommation d'images sexualisantes et dégradantes. Ces résultats montrent que l'adhésion aux mythes s'inscrit dans une culture plus large d'hostilité et de domination envers les femmes. En revanche, des facteurs comme le nombre de partenaires sexuels, la fréquence des rapports ou encore le nombre de pensées sexuelles semblent tendre à diminuer l'adhésion. Cela rejoint les travaux d'Anderson et ses collaborateurs (1997), qui montrent que la promiscuité sexuelle n'est pas nécessairement liée aux attitudes favorables au viol, contrairement aux comportements violents ou coercitifs.

Un autre facteur étonnant mis en évidence concerne les professionnels de santé mentale. Il apparaît que les thérapeutes ayant une plus longue ancienneté dans la prise en charge de victimes de violences sexuelles peuvent présenter une adhésion plus forte aux mythes. Cela pourrait s'expliquer par une désensibilisation à force d'une exposition répétée ou un phénomène de fatigue de compassion. Une autre hypothèse invoquée est celle de la résistance collusoire (Fox & Carey, 1999), un mécanisme par lequel le thérapeute, souvent inconsciemment, évite d'explorer les dimensions les plus douloureuses ou conflictuelles du traumatisme, ce qui compromet la réactivité thérapeutique. Dans cette même logique, éviter de se confronter aux éléments les plus douloureux de l'agression peut aussi conduire à minimiser ou à justifier, au moins en partie, l'agression sexuelle, ce qui est un mécanisme associé à l'adhésion aux mythes du viol. Toutefois, ces résultats contrastent avec ceux de C. Ward (1988) selon lesquels les professionnels de la santé mentale auraient généralement une tolérance plus faible aux mythes du viol que les autres catégories professionnelles.

Concernant l'âge, les résultats sont plus nuancés. Aucune relation directe n'est clairement établie entre l'âge et l'adhésion aux mythes ; il est probable que cette relation soit confondue par d'autres variables, telles que le niveau d'éducation ou la pression sociale (Suarez, 2010).

Par ailleurs, les croyances personnelles, notamment la définition individuelle de ce qu'est une agression sexuelle, influencent également l'adhésion aux mythes. Les individus y adhérant ont davantage de difficulté à qualifier une situation de "viol", même lorsque celle-ci correspond à la définition légale (Lonsway & Fitzgerald, 1994). En d'autres termes, leur représentation du viol repose davantage sur des stéréotypes ou des croyances erronées, par exemple : « ce n'est pas un viol s'il n'y a pas eu de violence armée » ou « ce n'est pas un viol si la victime est allée chez l'agresseur de son plein gré lors du premier rendez-vous ».

Enfin, un ensemble de croyances, appelées croyances sexuelles conflictuelles, est également lié à une plus forte adhésion aux mythes. Burt (1980) définit ces croyances comme "l'attente que les relations sexuelles soient fondamentalement exploitantes, que chaque partie soit manipulatrice, sournoise, infidèle, opaque à la compréhension de l'autre et indigne de confiance". Ces attitudes renforcent une vision négative des rapports entre les sexes, augmentant ainsi la tolérance sociale envers les violences sexuelles.

Sans surprise, les attitudes envers les femmes et leur rôle sont les plus fréquemment étudiées et corrélées à l'adhésion aux mythes du viol. Un niveau élevé d'adhésion est associé à des représentations stéréotypées et négatives, une tolérance envers le harcèlement sexuel, et une acceptation de la violence conjugale (Lonsway & Fitzgerald, 1994 ; Saunders et al., 1987).

6.5. Spécificité des mythes dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance

Les recherches sur les agressions sexuelles facilitées par substances mettent en évidence une association marquée entre l'adhésion aux mythes du viol et la perception sexuée des consommatrices d'alcool. Ainsi, les hommes qui adhèrent fortement à ces mythes tendent à considérer les femmes consommant de l'alcool comme plus sexuellement disponibles (Abbey & Harnish, 1995 ; Parks & Scheidt, 2000), voire comme des cibles privilégiées pour une agression sexuelle (Scully, 1991). Il a été avancé que cette perception serait liée aux attentes sexuelles de ces hommes, qu'ils associent directement à la consommation d'alcool par les femmes (Neame, 2003).

La dynamique entre agression et consommation s'inscrit dans un environnement culturel particulier, propice à la fois à la consommation excessive d'alcool et à la diffusion de mythes sexistes. Tourigny et Dufour (2000) soulignent que certains milieux fortement imprégnés par

l'alcool favorisent le développement de normes, de valeurs, d'attitudes et de croyances qui tendent à minimiser la gravité des comportements sexuels déviants, voire à les justifier. Dans ces contextes, on observe une tolérance accrue à l'égard des comportements agressifs qui, en dehors de ces cadres, seraient perçus comme inacceptables.

Plus spécifiquement, la culture de certains groupes étudiants véhicule des représentations genrées traditionnelles et stéréotypées : la banalisation de la consommation excessive d'alcool, l'adoption de rapports sexuels occasionnels dénués d'engagement, ainsi que la perpétuation d'attitudes genrées et stéréotypées (Abbey, 2002 ; Kalof & Cargill, 1991 ; Norris et al., 1996 ; Robinson et al., 2004 ; Sanday, 1990). Ces croyances normalisent une forme de domination masculine et rendent les femmes, notamment celles sous influence de substances, plus vulnérables à l'agression et au blâme.

Une étude menée auprès de survivantes de viol a montré que l'adhésion aux mythes du viol était associée à une diminution de la capacité à refuser une demande ou une proposition sexuelle de manière claire, directe et respectueuse, tout en affirmant ses propres limites et besoins. Cette difficulté affecte également la capacité des victimes à reconnaître qu'elles ont été agressées (Newins et al., 2018). Ce phénomène peut être compris à travers le concept de sexism intérieurisé, qui illustre la manière dont certaines femmes peuvent intégrer et reproduire, consciemment ou non, des normes patriarcales à leur propre égard ou à l'encontre d'autres femmes.

La très grande majorité des recherches portant sur le rôle des mythes du viol dans les agressions sexuelles opportunistes facilitées par substance se concentrent sur l'alcool, laissant largement de côté d'autres drogues telles que le cannabis ou la kétamine, qui sont pourtant étudiées dans ce mémoire. Cette rareté de la littérature sur ces substances rend l'exploration proposée ici particulièrement innovante.

6.6. Liens entre les mythes du viol et l'attribution du blâme

Les mythes en matière de viol varient selon les contextes culturels, mais on retrouve fréquemment quatre dimensions récurrentes : la croyance que seuls certains types de femmes peuvent être violées, la remise en question de la véracité du témoignage de la victime, la tendance à accorder des sanctions plus clémentes à l'agresseur, et enfin la conviction que la

victime est responsable des faits et mérite d'être blâmée (Bègue, 2019). C'est cette dernière dimension qui va intéresser cette partie.

Ces mythes renforcent la croyance que la victime est responsable de l'agression sexuelle, tout en minimisant et en justifiant les actes de l'agresseur. De nombreuses études confirment ce lien, montrant qu'une forte adhésion aux mythes du viol est systématiquement associée à un niveau élevé de culpabilisation des victimes (Abbey et al., 1998 ; Lambert & Raichle, 2000 ; Mynatt & Allgeier, 1990). L'influence de ces croyances est si étendue qu'elle peut également orienter les décisions de la police et des procureurs, avec des répercussions directes sur les taux de poursuites et de condamnations.

Ben-David et Schneider (2005) ont proposé un modèle intéressant montrant comment les mythes du viol alimentent le phénomène de blâme de la victime. S'appuyant sur la typologie de Koss et ses collaborateurs (1994), ils distinguent trois grandes catégories : le masochisme supposé de la victime, la responsabilisation de celle-ci, et l'idée qu'elle ment sur son statut de victime. L'adhésion à ces croyances a un impact significatif sur la manière dont les victimes sont perçues et traitées, et contribue à renforcer une acceptation culturelle du viol au sein d'une société qui le soutient. Dans le contexte des agressions sexuelles, cette adhésion fonctionne comme une forme de schéma cognitif général, influençant souvent de façon inconsciente l'attribution de la responsabilité.

Du côté de la perception de l'agresseur, Sussenbach et ses collaborateurs (2013) ont montré que plus l'adhésion aux mythes est élevée, plus l'évaluation de la culpabilité de l'accusé diminue, en particulier lorsque des indices visuels cohérents avec ces mythes sont présents (par exemple, une photo de la scène de crime contenant une bouteille de vin ou des verres).

L'ensemble des résultats met en évidence deux mécanismes complémentaires qui contribuent à renforcer la culpabilisation des victimes. D'une part, les personnes ayant une forte adhésion aux mythes du viol semblent traiter plus aisément les informations qui les confirment, ce qui les rendent plus saillantes et plus facilement mobilisables dans des jugements ultérieurs. Ainsi, si un des observateurs est convaincu qu'« une femme qui boit de l'alcool est en partie responsable de ce qui lui arrive », il aura tendance à accorder une attention particulière à l'information selon laquelle « elle avait bu », car celle-ci correspond à ses croyances préexistantes et lui permet de rester cohérent. D'autre part, indépendamment de cet avantage

de traitement des informations congruentes aux mythes, les individus qui y adhèrent fortement tendent à utiliser ces informations ou à leur accorder un poids diagnostique plus important lorsqu'ils évaluent la culpabilité (Dawtry, 2019).

7. Objectifs et hypothèses

Notre étude a pour objectif de clarifier comment est influencée la perception du consentement et de la responsabilité dans des cas d'agressions sexuelles de type opportuniste, facilitées par une substance.

Les données de la littérature nous informent que la simple prise volontaire de substance par la victime augmente la part de responsabilité qui lui est attribuée dans son agression sexuelle (Romera-Sanchez et al., 2017; Jordan, 2004; Wenger & Bornstein, 2006; Qi et al., 2015; Grubb & Turner, 2012), peu importe la substance. Le cannabis et la kétamine sont tout de même plus stigmatisés que l'alcool et associés à des stéréotypes négatifs, les victimes en consommant sont jugées moins crédibles (Stewart, 2012; Stewart & Jacquin, 2010; Skliamis et al., 2020; Meier & White, 2018; Mortensen et al., 2019; Mikos & Kam, 2019). A l'inverse, l'alcool est banalisé socialement malgré son rôle central dans les agressions sexuelles facilitées par une substance (Stylianou, 2002; Wenger & Bornstein, 2006; ANSM, 2024). Dans les trois conditions, les effets pharmacologiques des substances compromettent un consentement libre et éclairé (NIAAA, 2019; White, 2003; Testa & Livingston, 2009; Abbey, 2022; Curran et al., 2002 ; Ramaekers et al., 2021 ; Ranganathan & D'Souza, 2006; WHO, 2019; Jansen, 1993). Ces informations justifient la formulation de la première hypothèse portant sur le fait que, si la victime a consommé du cannabis ou de la kétamine volontairement, les participants auront tendance à lui attribuer plus de responsabilité pour son agression que si elle a consommé de l'alcool.

Pour la seconde hypothèse, nous avons vu que l'hypothèse d'attribution défensive (Shaver, 1970) suggère que l'identification à la victime réduit le blâme qui lui est attribué, tandis que s'en distancer le renforce. Dans le même ordre d'idée, un participant ayant déjà consommé peut s'identifier plus facilement à une victime également intoxiquée et donc lui attribuer moins de responsabilité. La théorie du monde juste nourrit l'idée que des choix considérés comme imprudents, ici consommer, justifient l'attribution du blâme à la victime (Lerner & Matthews, 1967; Janoff-Bulman, 1979, 1982). Ces deux théories motivent la seconde hypothèse qui postule que la perception de la responsabilité de la victime est modulée par le

fait d'avoir déjà consommé ou non des substances psychoactives (alcool, cannabis et kétamine). En prenant en compte la consommation passée du participant, cela permet d'examiner un modérateur psychologie que très peu étudié.

Enfin, les croyances relatives aux mythes du viol jouent un rôle majeur dans la formation des jugements sociaux sur les victimes et les agresseurs (Suarez & Gadalla, 2010; Mason & al., 2004; Yamawaki, 2009; Abbey & al., 1998; Lambert & Raichle, 2000; Mynatt & Allgeier, 1990; Ben-David & Schneider, 2005; Bègue, 2019). Les observateurs ont tendance à être plus cléments envers l'agresseur, surtout quand des indices congruents sont présents (Sussenbach & al., 2013; Dawtry, 2019). Ces croyances renforcent souvent la stigmatisation des victimes et la justification des actes agressifs, biaisant ainsi la perception du consentement et de la responsabilité. C'est de là que naît la troisième hypothèse disant que, dans l'ensemble des vignettes, la responsabilité attribuée à la victime sera en corrélation positive avec l'adhésion aux mythes du viol.

8. Méthodologie

8.1. Méthode

L'échantillon initial comportait 102 participants, recrutés via un questionnaire en ligne de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège. L'objectif étant de le diffuser sur les réseaux sociaux, que la protection des données soit assurée et que le questionnaire soit facile à compléter autant sur téléphone que sur ordinateur. La durée de passation était d'environ 20 minutes.

Le seul critère d'inclusion était d'avoir au minimum 18 ans. Un participant a tout de même été exclu des analyses en raison d'une réponse incorrecte à une des questions de contrôle portant sur la substance consommée par la victime dans la vignette. Cela explique un échantillon final de 101 participants. D'autres questions de contrôle ont été posées afin de vérifier l'attention portée à la lecture de la vignette. Elles portaient sur l'identité des personnages, ainsi que le contexte dans lequel ils se trouvaient. Cependant, ces questions n'étaient pas éliminatoires.

Aucun participant ne s'est identifié comme un autre genre que masculin ou féminin.

Les répondants ont été assignés aléatoirement à l'une des trois versions d'une même vignette, se distinguant uniquement par la substance consommée par Alice (supposée victime). De ce fait, les distributions sont les suivantes : kétamine (n = 35), alcool (n = 36), cannabis (n = 30). Même si la répartition n'est pas parfaitement égale, elle reste tout de même raisonnablement homogène. De plus, aucun sous-groupe n'est sous-représenté au point de compromettre les analyses et cette répartition sera gardée pour l'entièreté des analyses statistiques.

L'étude de ce mémoire est de type expérimental avec plan entre groupes, avec comme variable indépendante la substance consommée par Alice (kétamine, alcool, cannabis).

8.2. Matériel

Premièrement, des questions démographiques ont été posées dans l'objectif de récolter des informations sur chaque répondant telles que l'âge, la langue maternelle, le dernier diplôme obtenu, le genre, et s'ils ont des enfants ou non. Bien entendu, l'anonymat de chaque participant a été garanti car aucune donnée personnelle permettant de l'identifier n'a été demandée.

Ensuite, les participants étaient invités à lire la vignette qui leur a été attribuée et élaborée spécifiquement pour cette étude, avec comme objectif d'évaluer la perception du consentement et de la responsabilité attribuée à l'agresseur et à la victime dans le contexte d'agressions sexuelles de type opportuniste sous substances. Au vu de la nature sensible des questions d'évaluation de la vignette, il a été précisé qu'elles ne reflètent pas l'opinion du chercheur, ni de l'institution. En effet, les affirmations présentées reflètent les mythes du viol, croyances erronées minimisant la gravité des agressions sexuelles. De plus, les répondants pouvaient interrompre la passation à tout moment si les questions provoquaient un inconfort. De ce fait, différentes ressources ont été mises à disposition en fin de questionnaire.

Le scénario de la vignette met en scène Alice, une jeune femme fêtant le nouvel an en boîte de nuit avec ses amis. Durant cette soirée, elle rencontre Charles. La soirée est décrite dans une ambiance festive jusqu'à ce qu'Alice ressente fortement les effets de la substance qu'elle a volontairement consommée plus tôt (alcool, kétamine ou cannabis). Par la suite, elle quitte la fête en compagnie de Charles qui lui propose de la raccompagner chez elle. Le lendemain, dans un état de confusion et avec des souvenirs fragmentés de la veille, Alice découvre des

indices laissant supposer un rapport sexuel, sans souvenir clair de l'événement ou d'un consentement établi.

A partir de la vignette, plusieurs variables dépendantes ont été recueillies. Notamment : l'attribution de la responsabilité à la victime et à l'agresseur, le degré perçu de consentement, une recommandation d'une peine de prison (maximim 20 ans), la reconnaissance ou non d'une agression sexuelle décrite dans le scénario. Ces dernières seront les variables dépendantes principales pour les futures analyses statistiques. D'autres variables dépendantes ont tout de même été évaluées, telles que l'évaluation de la crédibilité de la vignette, de son réalisme, ainsi que de sa transposabilité à une situation réelle.

Le consentement perçu était posé de la manière suivante dans le questionnaire : “D'après les informations fournies (dans la vignette), pensez-vous qu'Alice (supposée victime) était consentante à s'engager dans les relations sexuelles de la nuit précédente?”. L'évaluation se faisait sur une échelle allant de 0 (pas du tout consentante) à 100 (tout à fait consentante).

Concernant la peine de prison pour l'agresseur, elle était évaluée sur une échelle allant de 0 à 20 ans d'après la question : “En Belgique, la peine maximale encourue pour une agression sexuelle est de 20 ans. Compte tenu de votre interprétation du scénario, quelle peine de prison devrait être prononcée envers Charles ?”. Si les participants ne considéraient pas la situation comme une agression sexuelle, un score de 0 devait être attribué.

La question concernant la reconnaissance ou non d'une agression sexuelle se posait de la manière suivante : “D'après les informations fournies, dans quelle mesure considérez-vous cette situation comme étant un cas d'agression sexuelle ?”. L'échelle va de 0 (“Pas du tout une agression sexuelle”) à 100 (“Tout à fait une agression sexuelle”).

Enfin, plusieurs échelles ont été utilisées pour construire le questionnaire. Elles vont ici être détaillées dans l'ordre d'apparition dans ce dernier.

- Blame attribution scale (Persson & Dhingra; 2021), traduite en français.
- L'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test). La version française est basée sur l'échelle originale de l'OMS (Babor et al., 2001).
- La DUDIT (Drug Use Disorders Identification test), traduite en français (EUDA, 2005; Berman et al., 2004).

- Échelle de Ward (R. M. Ward et al., 2012), traduite en français.
- L'AMMSA (Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale), validée en français. (Courtois et al., 2021).

La version française de l'échelle de blâme attribution

Cette échelle sert à mesurer comment les observateurs attribuent le blâme dans des situations d'agression sexuelle. Cela permet de mieux comprendre les biais et attitudes qui influencent la perception du consentement et de la responsabilité.

L'échelle comprend 21 items répartis en deux sous-échelles. Onze items évaluent l'attribution du blâme à la victime en portant sur la responsabilité perçue et sur les comportements ou attitudes supposés de la victime pouvant influencer l'agression. Dix items évaluent, eux, l'attribution du blâme à l'agresseur en portant sur la perception de la responsabilité, l'intentionnalité et la gravité de l'acte de l'agresseur.

Les participants répondent donc à des questions sur leur agrément à différentes affirmations évaluées sur une échelle de Likert à 7 points (1 = “Pas du tout d'accord”, 7 = “Tout à fait d'accord”). Un haut score à ces échelles indique, soit une plus grande implication dans l'agression de la victime, soit de l'agresseur. Certains items ont été inversés : pour le blâme à la victime (items 1 et 7), pour le blâme à l'agresseur (items 1, 3 et 6)

Persson et Dhingra (2021) indiquent une bonne fiabilité pour tous les éléments composant cette échelle ($\alpha = 0.89$).

La version française de l'AUDIT-C

Cette échelle de 11 items, développée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), sert de méthode de dépistage de la consommation excessive d'alcool, à identifier la dépendance à l'alcool, et certaines conséquences spécifiques d'une consommation nocive de cette substance. Elle est de base conçue pour les professionnels de la santé, mais peut être auto-administrée, comme c'est le cas dans ce mémoire.

Au niveau de la validité, l'AUDIT a une standardisation transnationale et est le seul test de dépistage spécifiquement conçu pour une utilisation internationale. De plus, il est conforme aux définitions de la dépendance à l'alcool et de la consommation nocive de la CIM-10. La

sensibilité (70.1% pour les hommes et 94.7% pour les femmes) et la spécificité (95.2% pour les hommes et 98.2% pour les femmes) de l'AUDIT sont satisfaisantes en comparaison aux valeurs de référence de consommation d'alcool à risque (210g/semaine pour les hommes et 140g/semaine pour les femmes) et au diagnostic de dépendance à l'alcool du DSM-IV (Gache et al., 2005)

Au niveau de la fiabilité, la version française de l'AUDIT présente une très bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach égal à 0.87. Les corrélations inter-items dépassent 0.6 dans la plupart des cas.

L'AUDIT-C est une version raccourcie de l'AUDIT et se compose de seulement trois des premières questions de l'échelle totale, centrées sur la consommation et non sur les conséquences de celle-ci. Ces trois items portent sur la fréquence de consommation, la quantité moyenne consommée (≥ 6 verres en une occasion), et la fréquence des consommations importantes. Le score final se situe sur une échelle allant de 0 à 12 (0 = absence de consommation d'alcool; score seuil de ≥ 4 chez les hommes; score seuil de ≥ 3 chez les femmes) sur une échelle ordinaire en 5 points (0 à 4). Plus le score est élevé, plus il est probable que la consommation d'alcool du participant affecte sa santé et sa sécurité (WHO, 2001).

L'AUDIT-C montre également une haute sensibilité (0.90) et spécificité (0.90). De plus, elle a une haute consistance interne ($\alpha = 0.84$) et est fortement corrélé avec l'AUDIT complet (De Meneses-Gaya et al., 2009).

La version française de la DUDIT

La validation française de cette échelle a été réalisée en 2013 par un programme de recherche sur les addictions de l'Institut universitaire en santé mentale à Douglas (RESPADD, 2022).

Cette échelle comporte onze items auto-rapportés, sert d'évaluation du niveau de consommation de drogues, et respecte les critères d'abus/usage nocif et de dépendance aux substances, selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-IV (Berman et al., 2004).

Les neufs premiers items ont cinq options de réponses chacun (0, 1, 2, 3 ou 4), tandis que les deux derniers items ont trois options de réponses (0, 2 ou 4), soit un score maximal de 44 points. Un score ≥ 2 à 25 pour les femmes et ≥ 6 à 25 pour les hommes indique une consommation à risque pour la santé. Un score supérieur à 25, tous genres confondus, indique une possible dépendance psychologique et/ou physique.

La version originale de la DUDIT a montré une bonne consistance interne ($\alpha = 0.80$), une sensibilité de 90% selon les critères DSM-IV et CIM-10, ainsi qu'une spécificité de 78% (DSM-IV) à 88% (CIM-10) (Berman et al., 2004).

Traduction française de l'échelle de Ward

Cette échelle a été développée et validée en 2012 par Rose Marie Ward dans le but de développer une mesure des attitudes envers l'alcool et le consentement sexuel dans un échantillon d'étudiants. Elle comporte douze items évalués sur une échelle de Likert à 7 points allant de 1 = "Pas du tout d'accord" à 7 = "Tout à fait d'accord". Plus le score est élevé, plus il indique une approbation du consentement sexuel sous l'influence de l'alcool. Certains items sont notés de manière inversée (4, 7, 8, 9, 10 et 12). Le score total possible va de 12 à 84.

Cette échelle comporte une bonne consistance interne ($\alpha = 0.76$) et est basée sur deux sous-échelles. La Campus Beliefs and Myths (6 items) mesure l'adhésion aux mythes liés à l'alcool et aux comportements sexuels sur les campus, tandis que la Sexual Assault Programming Message (6 items) reflète les messages de prévention contre les agressions sexuelles et est inversée, résultant qu'un score élevé indique une attitude plus permissive envers le consentement impliquant de l'alcool (S. B. Ward et al., 2025).

De plus, cette échelle présente une bonne validité convergente, se corrélant significativement avec l'adhésion aux mythes du viol, les stéréotypes de genre et les histoires de coercition sexuelle.

L'AMMSA en version française

L'échelle d'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) a été validée en français par Courtois et ses collaborateurs en 2021. Comme son nom l'indique, elle mesure l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle, tels que la minimisation de

la gravité des agressions, la victimisation des auteurs, et la justification des comportements violents. Elle vise également à évaluer les liens entre ces croyances et l'attachement au partenaire, surtout dans le contexte de violence conjugale. Elle a également été validée dans différentes langues et contextes culturels et a toujours fait preuve de bonnes qualités psychométriques.

L'AMMSA comporte 30 items structurés en cinq catégories :

- “déni de la portée du problème”;
- “attitudes antagonistes vis-à-vis des demandes des victimes”;
- “manque de soutien envers les politiques visant à prendre en compte et diminuer la violence sexuelle”;
- “croyances selon lesquelles la coercition masculine fait naturellement partie des relations sexuelles”;
- “croyances qui exonèrent les hommes auteurs de violence sexuelle en blâmant la victime ou les circonstances”.

Les items sont répondus sur une échelle de Likert de 7 points (1 = “Pas du tout d'accord” à 7 = “Tout à fait d'accord”), et une moyenne élevée de l'ensemble des items réfère à une forte approbation des mythes du viol. Aucun des items n'est inversé.

L'alpha de Cronbach est égal à 0.91, indiquant une excellente consistance interne. De plus, des corrélations élevées entre les scores moyens de l'ensemble des répondants français et des répondants allemands ou anglophones témoignent d'une bonne validité de la traduction française (0.74 en moyenne).

Les analyses statistiques de ce mémoire ont été réalisées avec le logiciel R. Des analyses de variance (ANOVA) ont été effectuées pour comparer les scores moyens de blâme attribués à la victime en fonction de la substance consommée dans la vignette ainsi que pour comparer les moyennes du score de consentement attribuées selon la vignette. Des corrélations ont également été calculées entre le score de blâme attribué à la victime et le score à l'AUDIT-C, au DUDIT, à l'échelle de Ward et à l'AMMSA. De plus, des matrices de corrélations ont été réalisées entre les scores à l'AMMSA, l'échelle de Ward, l'AUDIT et la DUDIT et toutes les variables dépendantes. Le seuil de significativité a été fixé à $p < .05$.

9. Résultats

9.1. Statistiques descriptives

Données sociodémographiques

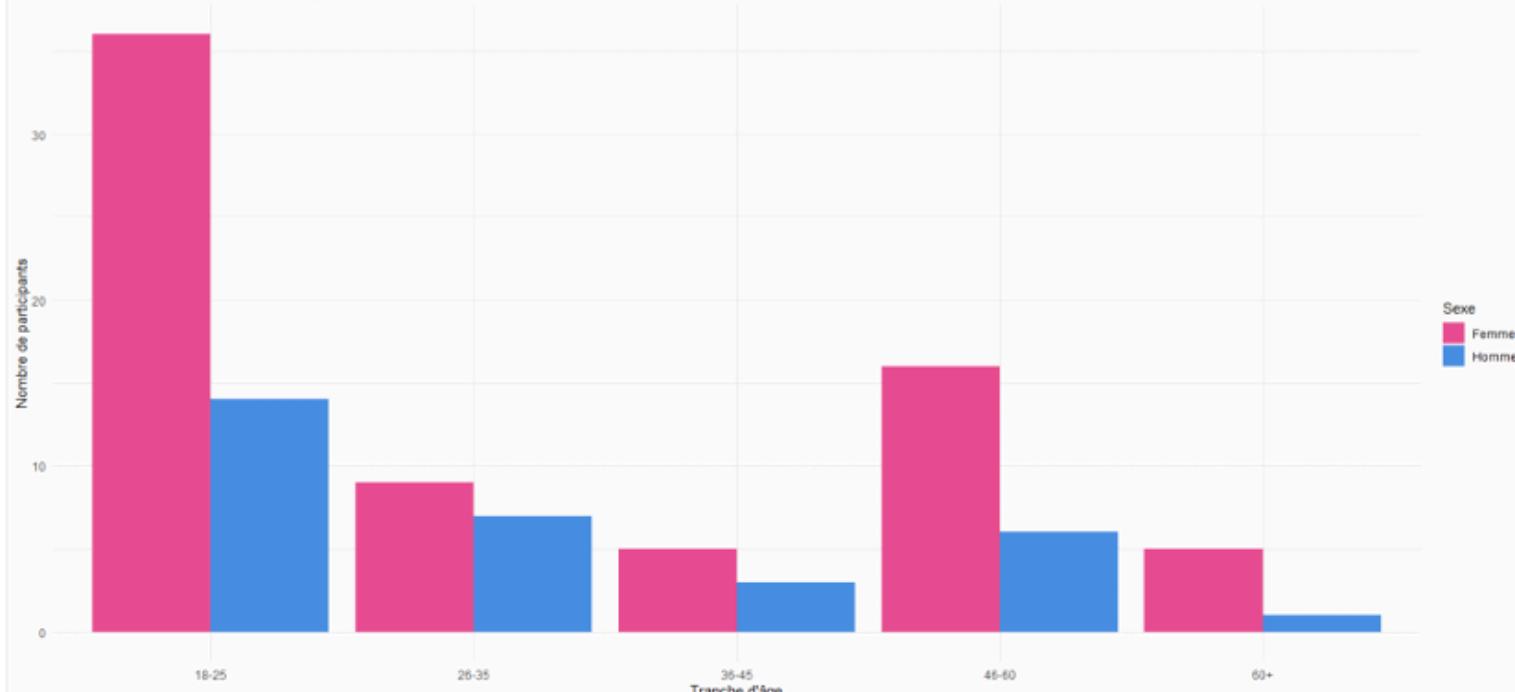
L'échantillon de base comprend 102 participants : 71 femmes (69.6%) et 31 hommes (30.4%). Aucun ne s'identifie comme « autre » ou n'a choisi l'option « ne souhaite pas répondre ». Seuls ces deux genres sont donc considérés dans les analyses.

Les participants devaient être âgés d'au moins 18 ans pour pouvoir répondre au questionnaire. L'échantillon a un âge moyen de 38 ans ($M = 38$; $ET = 16.97$). Si l'on prend spécifiquement par genre, l'âge moyen des hommes est de 39 ans ($M = 39.5$; $ET = 14.19$), et celui des femmes est de 36 ans ($M = 36$; $ET = 19.80$). Les écarts-types assez élevés montrent une grande variabilité de l'âge au sein de cet échantillon.

La répartition des participants selon les tranches d'âge montre que 45.16% des hommes ($n = 14$) ont entre 18 et 25 ans, 22.58% ont entre 26 et 35 ans ($n = 7$), 9.68% ont entre 36 et 45 ans ($n = 3$), 19.35% ont entre 46 et 60 ans ($n = 6$), et 3.23% sont âgés de plus de 60 ans ($n = 1$).

La répartition des participants selon les tranches d'âge montre que 50.70% des femmes ($n = 36$) ont entre 18 et 25 ans, 12.68% ont entre 26 et 35 ans ($n = 9$), 7.04% ont entre 36 et 45 ans ($n = 5$), 22.54% ont entre 46 et 60 ans ($n = 16$), et 7.04% sont âgées de plus de 60 ans ($n = 5$).

Figure 1 : Répartition des participants selon l'âge et le sexe



Les vignettes

Trois versions d'une même vignette ont été utilisées. La seule variable modifiée est la substance consommée par la victime, Alice. Dans la première condition (vignette 1), elle consomme de la kétamine. Dans la deuxième condition (vignette 2), elle consomme de l'alcool, et dans la troisième condition (vignette 3), elle consomme du cannabis.

La question éliminatoire du questionnaire porte sur la substance consommée par la victime. De cette question, un participant n'est donc pas repris pour la suite des analyses statistiques car il a répondu que la victime avait consommé de la kétamine et non de l'alcool. Le nombre de participants inclus dans la suite des analyses statistiques est donc de 101. Outre cette question relative à la substance consommée, quatre autres questions de contrôle ont été posées aux participants afin de vérifier leur attention portée à la vignette. A la question à propos du prénom féminin de la vignette, 98.02% des participants ($n = 99$) ont répondu correctement. A la question concernant le lieu de la fête, 90.10% ont répondu correctement que c'était en boîte ($n = 91$), 100% des répondants ont correctement répondu au prénom du garçon de la vignette ($n = 101$) et enfin, 78.22% ont eu juste à la question concernant l'événement fêté ($n = 79$).

La répartition des participants par vignette est la suivante : 34.66% ont reçu la vignette kétamine ($n = 35$), 35.64% ont reçu la vignette alcool ($n = 36$) et 29.70% ont été assignés à la vignette cannabis ($n = 30$).

Crédibilité

Il a été demandé aux participants d'évaluer la crédibilité du scénario qu'ils ont lu en répondant simplement par "oui" ou "non" avec la possibilité ultérieure de justifier leur réponse en cas de négation. Cette crédibilité a été évaluée selon trois questions portant sur la crédibilité perçue du scénario, son réalisme, ainsi que la similarité de leur jugement dans une situation réelle en disposant des mêmes informations que celles présentes dans la vignette. L'entièreté des participants ($n = 101$) a évalué le scénario comme crédible et réaliste. Seuls 8.91% ont répondu négativement à la question portant sur la transposition de leur jugement à une situation réelle ($n = 9$). L'ensemble des justifications des participants quant à cette question se trouve dans l'annexe 4. Parmi ces justifications, ressortent le manque d'information et l'incertitude quant au consentement, l'influence de la substance concernant

l'état de la victime, les biais émotionnels liés à la lecture de la vignette, ainsi que la nécessité d'approfondir les informations obtenues.

9.2. Statistiques inférentielles

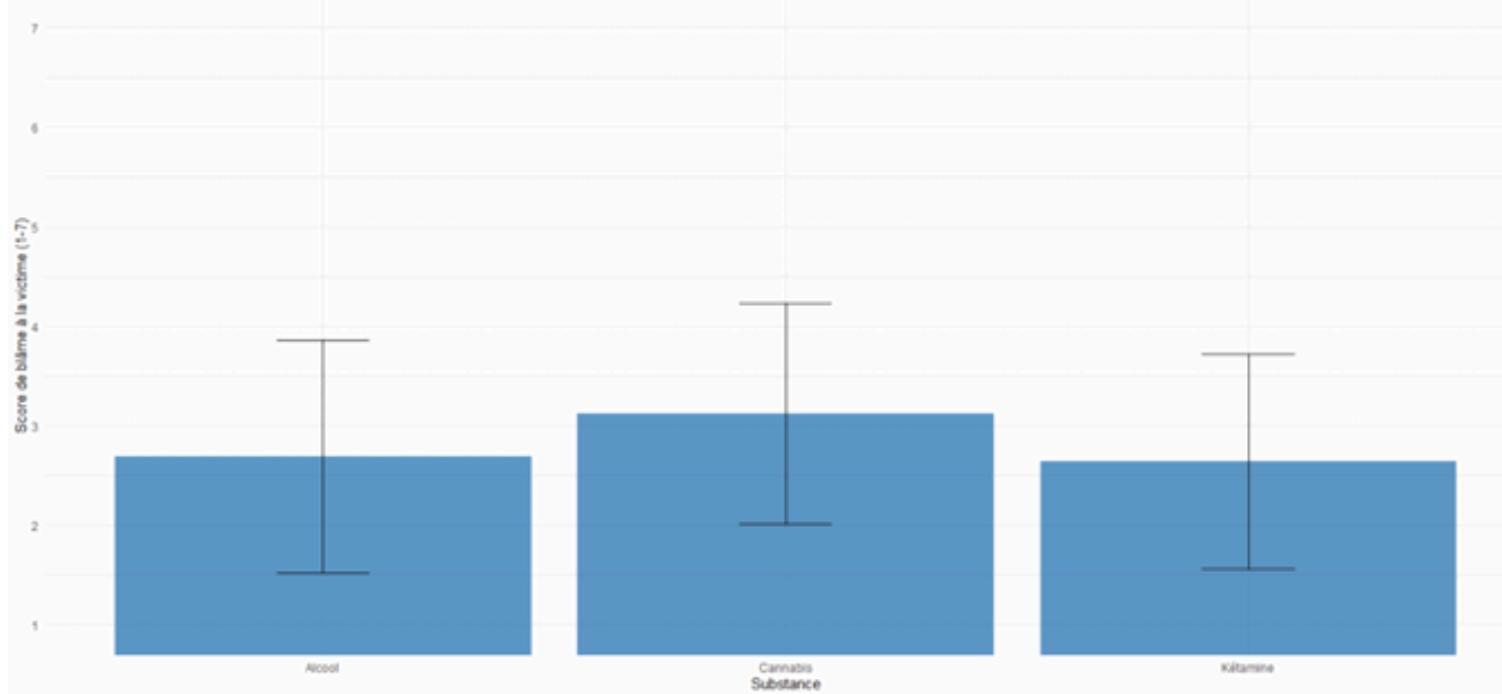
Première ANOVA pour l'évaluation du score de blâme attribué à la victime selon vignette

Un tableau descriptif des scores pour chaque groupe a été réalisé en premier lieu. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : groupe kétamine ($M = 2.64$, $ET = 1.08$), groupe alcool ($M = 2.69$, $ET = 1.17$) et groupe cannabis ($M = 3.12$, $ET = 1.11$).

Table 1 – Description du score de blâme attribué à la victime (Score_BlaVic) selon la substance consommée volontairement

Substance consommée	Nombre de participants (N)	Moyenne (score sur 7)	Écart-type	Médiane	Intervalle interquartile
Alcool	36	2.68	1.17	2.36	1.63
Cannabis	30	3.12	1.10	3.09	1.52
Kétamine	35	2.64	1.08	2.54	1.22

Figure 2 : Score de blâme à la victime selon la substance consommée



NOTE. Moyennes du score de blâme attribué à la victime en fonction de la substance consommée. Les barres d'erreur indiquent l'erreur standard de la moyenne.

Une ANOVA univariée a été réalisée pour comparer les scores d’attribution de responsabilité à la victime selon la substance consommée (kétamine, alcool, cannabis). Les données respectaient l’hypothèse de normalité (Shapiro-Wilk : kétamine $W = 0.956, p = .18$; alcool $W = 0.957, p = .16$; cannabis $W = 0.963, p = .37$), et l’homogénéité des variances a été confirmée par le test de Levene, $F(2, 98) = 0.20, p = .82$.

L’ANOVA n’a révélé aucune différence significative entre les groupes, $F(2, 98) = 1.79, p = .17, \eta^2 = .035$.

Tableau 2. Analyse de variance (ANOVA) sur le blâme à la victime selon la substance consommée dans la vignette.

Source	DL	SC	MC	F	p
Groupe (Substance)	2	4.46	2.228	1.79	0.173
Résidus	99	123.45	1.247		

^a DL = Degrés de liberté ; SC = Somme des carrés ; MC = Moyenne des carrés. Test non significatif ($p = 0.173$).

Les comparaisons post-hoc (test de Tukey) n’ont révélé aucune différence significative entre les groupes : kétamine vs alcool ($M_{diff} = 0.05; p = .98$), kétamine vs cannabis ($M_{diff} = 0.48; p = .20$), alcool vs cannabis ($M_{diff} = 0.43; p = .26$).

Deuxième ANOVA pour l’évaluation du consentement selon vignette

Un tableau descriptif des scores pour chaque groupe a été réalisé en premier lieu. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : groupe kétamine ($M = 19.54$, ET = 23.71), groupe alcool ($M = 30.14$, ET = 30.95) et groupe cannabis ($M = 25$, ET = 30.31).

Tableau 3 : Description du score de consentement de la victime selon la substance consommée volontairement

Substance	N	Moyenne	Écart-type	IQR
Alcool	36	30.14	30.95	1.5 - 54.25
Cannabis	30	25.00	30.31	0 - 45.25
Kétamine	35	19.54	23.71	0 - 30

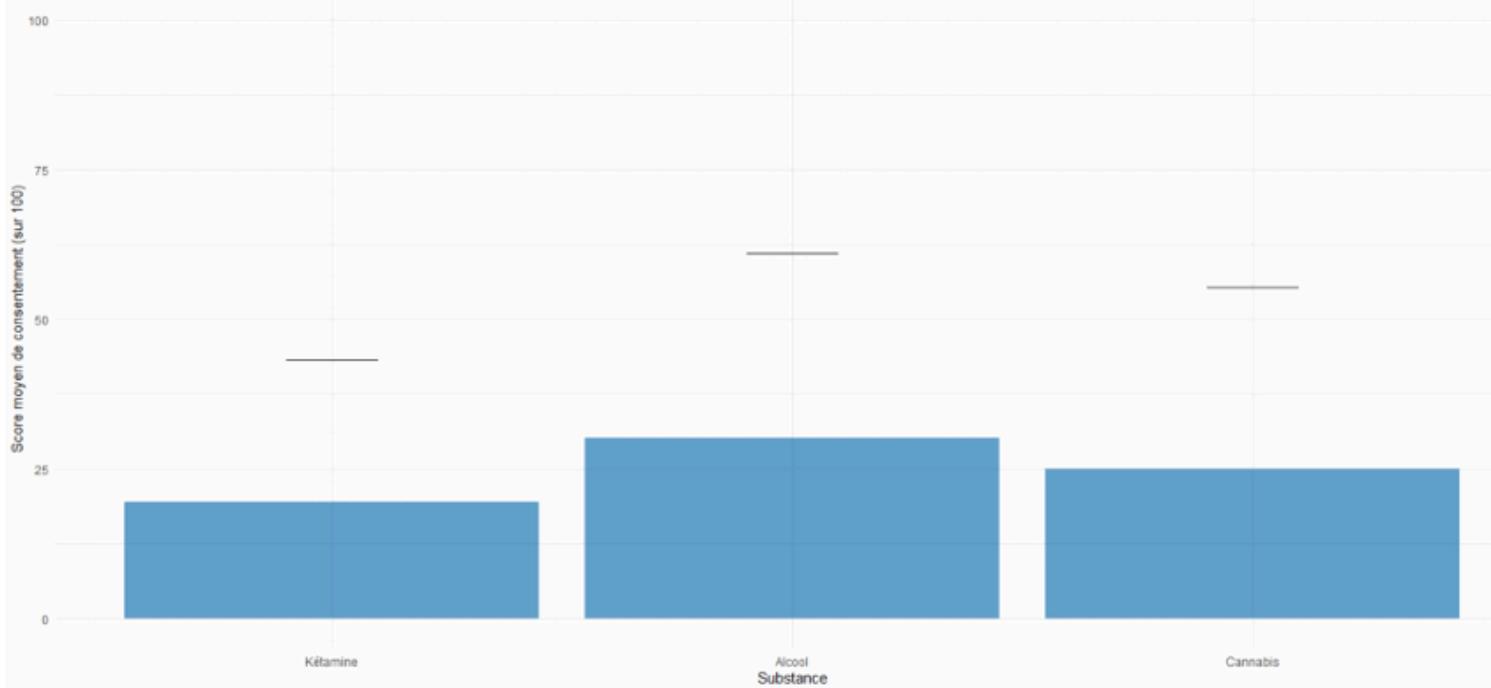
NOTE. N = nombre de participants par vignette ; IQR = Intervalle interquartile.

Les distributions des scores de consentement ne respectaient pas l'hypothèse de normalité dans les trois groupes : kétamine ($W = 0.813$, $p < .001$), alcool ($W = 0.865$, $p < .001$), et cannabis ($W = 0.812$, $p < .001$). Toutefois, l'homogénéité des variances a été vérifiée à l'aide du test de Levene, $F(2, 98) = 0.99$, $p = .38$.

En raison de la violation de l'hypothèse de normalité, un test de Kruskal-Wallis a été mené pour comparer les scores de consentement entre les trois groupes. Le résultat du test n'indique pas de différence statistiquement significative, $\chi^2(2) = 2.67$, $p = .264$.

L'estimation de la taille d'effet à l'aide de l'epsilon carré (ϵ^2) est de .007, ce qui correspond à une taille d'effet très faible.

Figure 3 : score moyen de consentement par substance avec écart-type



NOTE. Moyennes du score de consentement attribué en fonction de la vignette.

Corrélations

Blâme de la victime et AUDIT-C

Tableau 4 : Score de blâme attribué à la victime et score d'AUDIT-C dans l'échantillon

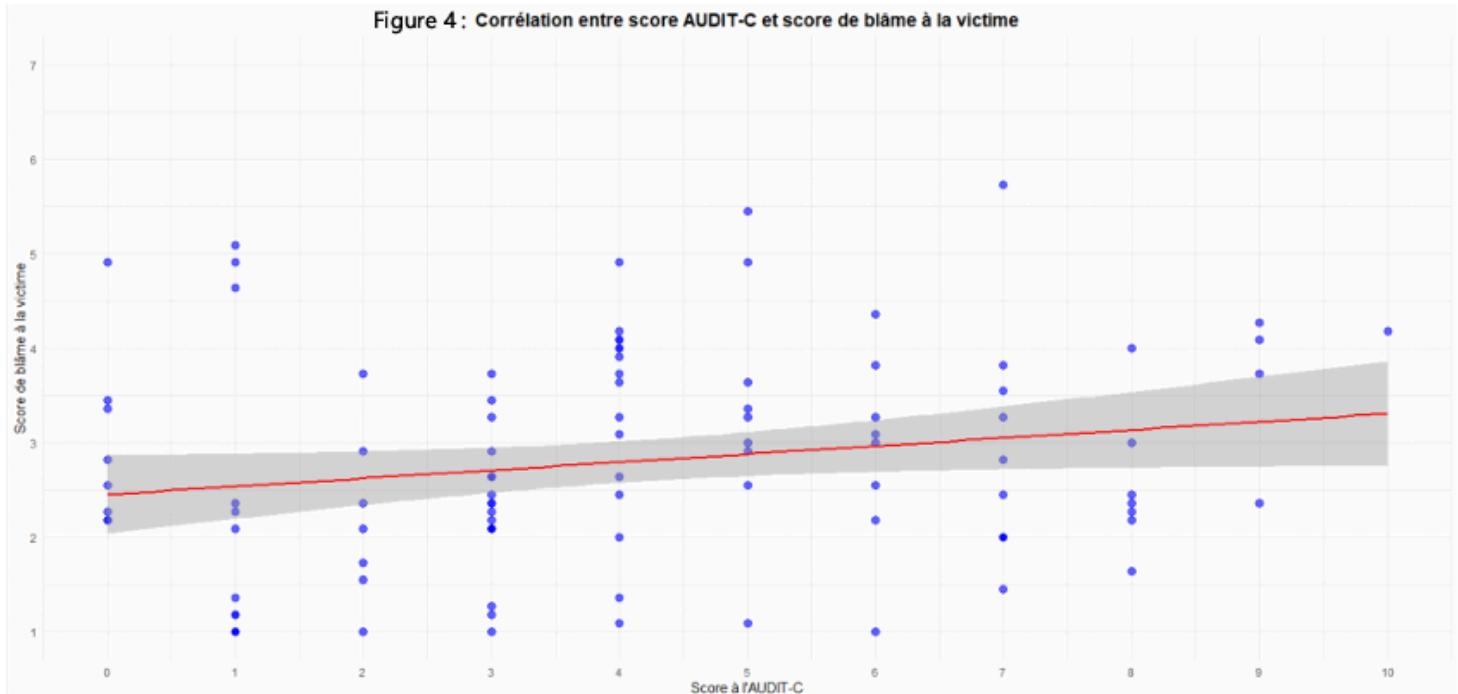
Variable	Moyenne	Écart.type	Médiane	Minimum	Maximum	Effectif
Score de blâme à la victime	2.80	1.13	2.55	1	5.73	101
Score AUDIT-C	4.08	2.57	4.00	0	10.00	101

Le tableau descriptif ci-dessus reprend les données concernant les scores de blâme attribués à la victime ainsi que les scores à l'AUDIT-C. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : score de blâme ($M = 2.80$, $ET = 1.13$), score à l'AUDIT-C ($M = 4.08$, $ET = 2.57$).

La normalité des données a été évaluée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les scores d'attribution du blâme à la victime ($W = 0.969$, $p = .017$), ainsi que les scores à l'AUDIT-C ($W = 0.956$, $p = .002$), ne suivent pas une distribution normale. En conséquence, une corrélation non-paramétrique de Spearman a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon ($N = 101$).

Les résultats montrent une corrélation positive significative entre les scores à l'AUDIT-C et le blâme de la victime, $\rho = .23$, $p = .021$. Cette taille d'effet ($\rho = .23$) est considérée comme petite, indiquant une relation faible mais significative entre une consommation d'alcool plus élevée et un blâme accru envers la victime.

Figure 4 : Corrélation entre score AUDIT-C et score de blâme à la victime



NOTE. Le score de blâme à la victime s'évalue selon une échelle de Likert allant de 1 à 7 (pas du tout d'accord à tout à fait d'accord). Chaque point bleu représente un participant ($n = 101$). La ligne rouge est la droite de régression. Le nuage gris représente l'intervalle de confiance.

Blâme de la victime et DUDIT

Tableau 5 : Score de blâme attribué à la victime et le score DUDIT dans l'échantillon

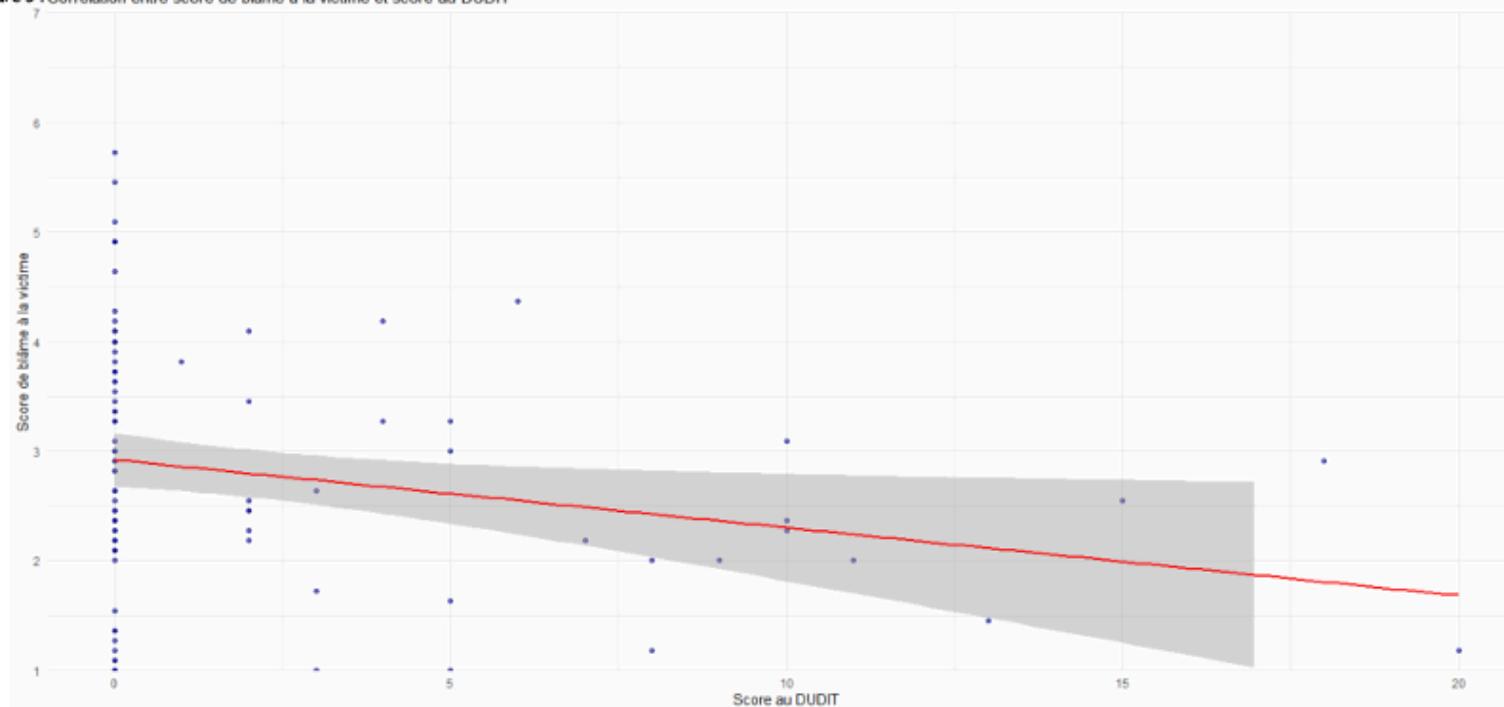
Variable	Moyenne (M)	Écart-type (ET)	Médiane (Md)	Minimum	Maximum	Effectif (N)
Score de blâme à la victime	2.80	1.13	2.54	1	5.72	101
Score DUDIT	1.95	4.04	0.00	0	20.00	101

Le tableau descriptif ci-dessus reprend les données concernant les scores de blâme attribués à la victime ainsi que les scores au DUDIT. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : score de blâme ($M = 2.80$, $ET = 1.13$), score au DUDIT ($M = 1.95$, $ET = 4.05$).

La normalité des données a été évaluée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les scores d'attribution du blâme à la victime ($W = 0.969$, $p = .017$), ainsi que les scores au DUDIT ($W = 0.561$, $p < .001$), ne suivent pas une distribution normale. En conséquence, une corrélation de Spearman a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon ($N = 101$).

Les résultats révèlent une corrélation négative significative entre les scores au DUDIT et le blâme à la victime, $\rho = -.20$, $p = .050$. Cette taille d'effet ($\rho = -.20$) est considérée comme faible.

Figure 5 : Corrélation entre score de blâme à la victime et score au DUDIT



NOTE. Le score de blâme à la victime s'évalue selon une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Chaque point bleu représente un participant ($n = 101$). La ligne rouge représente la droite de régression. La zone grise représente l'intervalle de confiance.

Blâme de la victime et échelle de Ward

Tableau 6 : Description du score de blâme attribué à la victime et du score à l'échelle de Ward

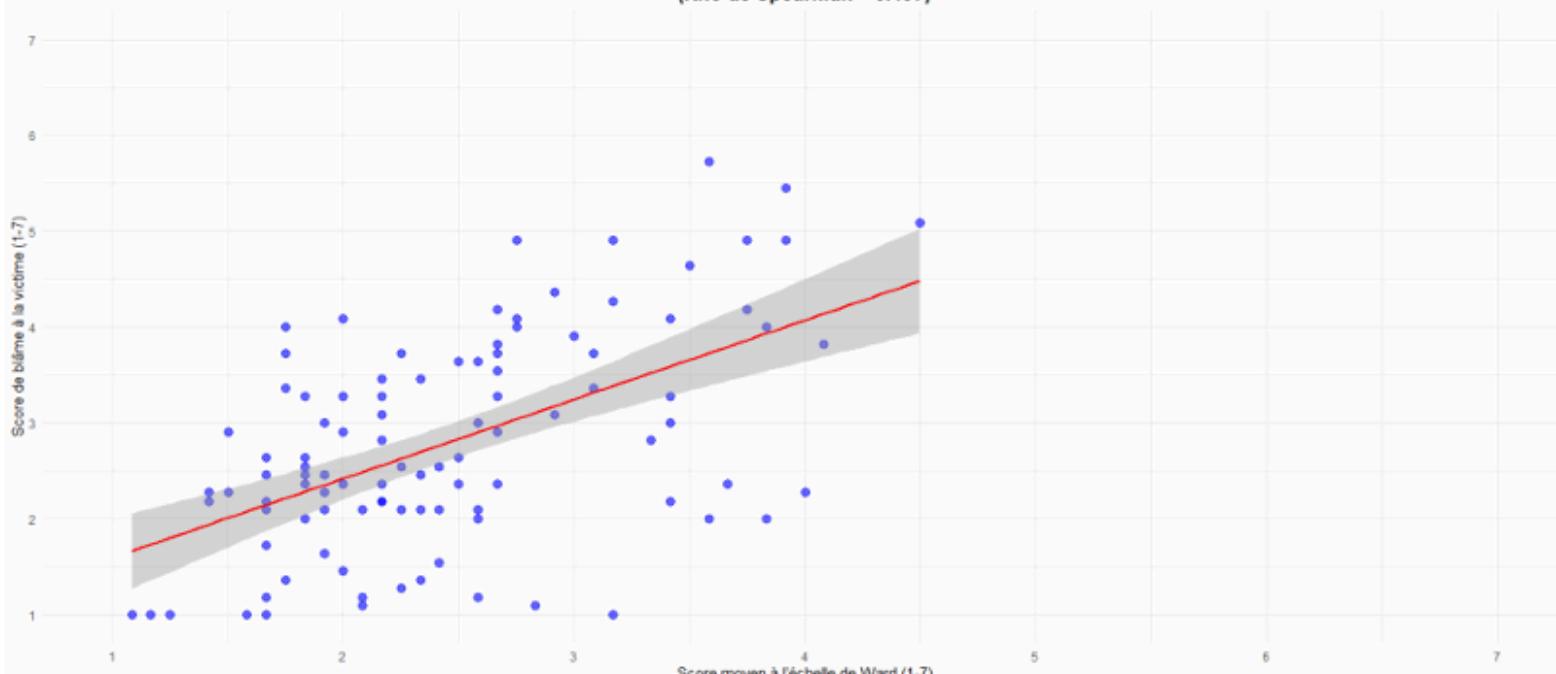
Variable	Moyenne	Écart-type	Médiane	Minimum	Maximum	Effectif
Score de blâme à la victime	2.80	1.13	2.54	1	5.72	101
Score à l'échelle de Ward	2.46	0.74	2.33	1.08	4.50	101

Le tableau descriptif ci-dessus reprend les données concernant les scores de blâme attribués à la victime ainsi que les scores à l'échelle de Ward. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : score de blâme ($M = 2.80$, $ET = 1.13$), score Ward ($M = 2.46$, $ET = 0.75$).

La normalité des données a été évaluée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les scores d'attribution du blâme à la victime ($W = 0.969$, $p = .017$), ainsi que les scores à l'échelle de Ward ($W = 0.958$, $p = .003$), ne respectaient pas l'hypothèse de normalité. Une corrélation de Spearman a donc été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon ($N = 101$) ..

Les résultats indiquent une corrélation positive modérée et significative entre le score à l'échelle de Ward et le score de blâme à la victime, $\rho = .50$, $p < .001$. La taille d'effet ($\rho = .50$) est considérée comme moyenne.

Figure 6 : Corrélation entre score moyen à l'échelle de Ward et score de blâme à la victime (Rho de Spearman = 0.497)



NOTE. Le score de blâme à la vignette s'évalue selon une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Chaque point bleu représente un participant (n = 101). La ligne rouge est la droite de régression. La zone grise représente l'intervalle de confiance.

Blâme de la victime et adhésion aux mythes du viol (AMMSA)

Tableau 7 : Score de blâme attribué à la victime et le score à l'AMMSA dans l'échantillon

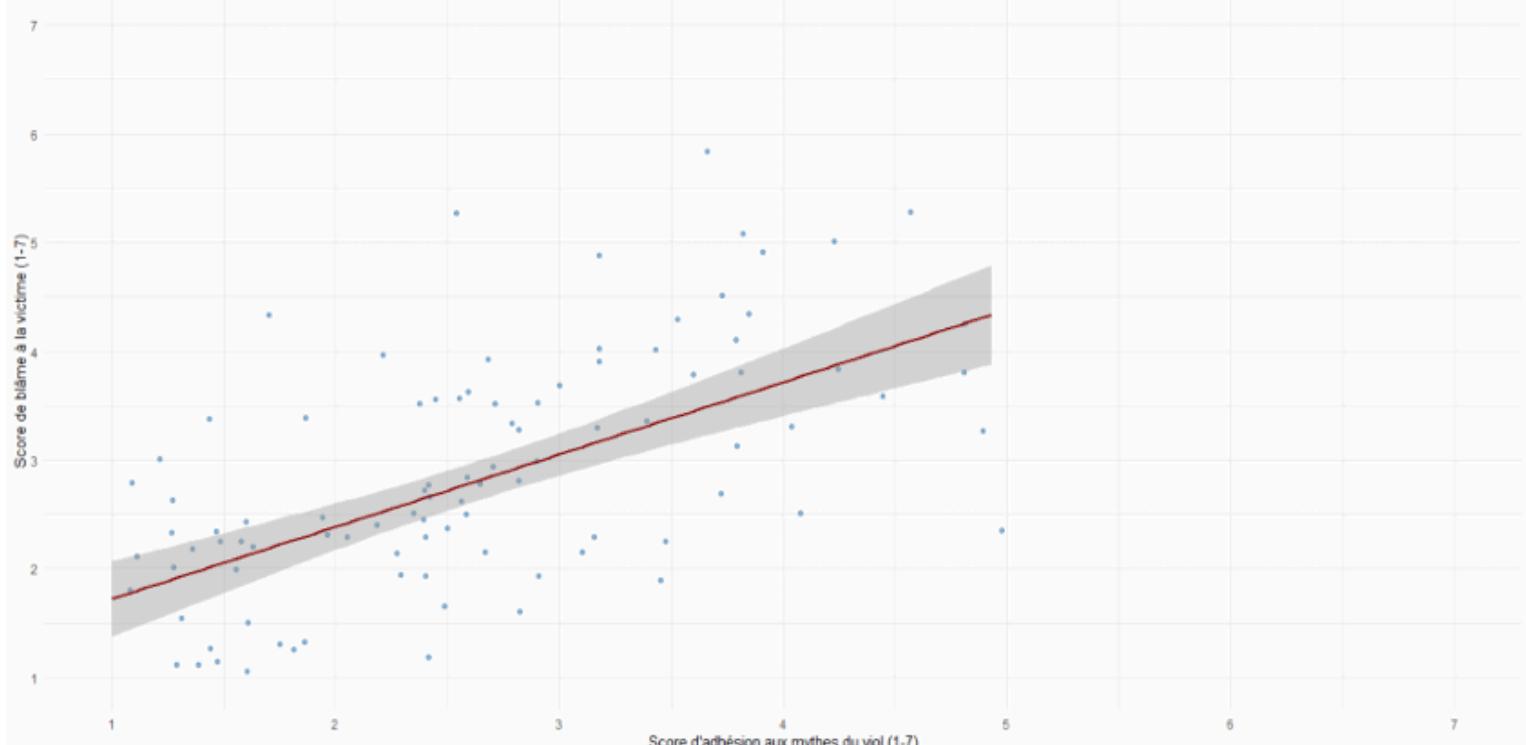
Variable	Moyenne	Écart-type	Médiane	Minimum	Maximum	Effectif (N)
1 Score d'adhésion aux mythes du viol	2.62	0.99	2.56	1	4.93	101
2 Score blâme victime	2.80	1.13	2.54	1	5.72	101

Le tableau descriptif ci-dessus reprend les données concernant le score d'adhésion aux mythes du viol ainsi que le score de blâme attribué à la victime. Les moyennes et écarts-types sont les suivants : score d'adhésion ($M = 2.62$, $ET = 0.99$), score de blâme à la victime ($M = 2.80$, $ET = 1.13$).

Les distributions du score de blâme à la victime ($W = 0.969$, $p = .017$) et du score d'adhésion aux mythes du viol ($W = 0.961$, $p = .004$) ne respectaient pas l'hypothèse de normalité. Par conséquent, une corrélation non paramétrique de Spearman a été utilisée.

Les résultats indiquent une corrélation positive modérée à forte, hautement significative, $\rho(99) = 0.59 < 0.0001$, $p = 1.308e-10 < 0.05$. Nous avons ici une forte taille d'effet ($\rho = .59$).

Figure 7 : Corrélation entre blâme à la victime et adhésion aux mythes du viol



NOTE. Le score de blâme à la vignette s'évalue selon une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Chaque point représente un participant (N = 101). La ligne rouge est la droite de régression. La zone grise représente l'intervalle de confiance.

Corrélations entre l'adhésion aux mythes du viol (AMMSA et échelle de Ward) et les variables dépendantes selon la substance présentée dans la vignette

Tableau 8 : Matrice de corrélations entre les variables dépendantes et les scores d'adhésion aux mythes du viol (AMMSA et Ward) selon la substance de la vignette

Variable dépendante	Kétamine	Alcool	Cannabis
AS	-0.07 / -0.42*	-0.42** / -0.34*	-0.14 / -0.41*
Consent	-0.04 / 0.43**	0.5** / 0.49**	-0.02 / 0.2
Jail	-0.08 / -0.36*	-0.4* / -0.41*	-0.29 / -0.48**
Blâme victime	0.49** / 0.35*	0.6*** / 0.49**	0.55** / 0.63***
Blâme agresseur	-0.22 / -0.24	-0.52** / -0.43**	-0.26 / -0.41*

*NOTE. * p<.05 ** p<.01 *** p<.001. Le premier coefficient correspond à la corrélation avec le score d'adhésion aux mythes du viol, le second avec le score d'adhésion à l'échelle de Ward. AS = attribution de la sévérité de l'agression, Consent = degré perçu du consentement de la victime, Jail = Années de prison pour l'agresseur, AMMSA = Acceptation des Mythes Modernes de l'Aggression Sexuelle*

Les corrélations de Spearman ont été examinées entre les scores d'adhésion aux mythes du viol, mesurés par les échelles AMMSA et Ward, et les variables dépendantes (reconnaissance de l'agression, perception du consentement, peine de prison estimée, blâme de la victime, blâme de l'agresseur), pour chaque condition expérimentale (kétamine, alcool, cannabis). La matrice complète est présentée dans le tableau 8.

Pour la condition “alcool”, le score AMMSA est négativement corrélé à la reconnaissance de l'agression ($\rho = -.42$, $p = .010$), à la peine de prison estimée ($\rho = -.40$, $p = .016$), et au blâme de l'agresseur ($\rho = -.52$, $p = .001$), et positivement corrélé à la perception de consentement ($\rho = .50$, $p = .002$), ainsi qu'au blâme de la victime ($\rho = .60$, $p < .001$).

Le score Ward présente des résultats similaires : il est positivement associé à la perception de consentement ($\rho = .49$, $p = .002$) et au blâme de la victime ($\rho = .49$, $p = .003$), et négativement associé à la reconnaissance de l'agression ($\rho = -.34$, $p = .041$), à la peine de prison estimée ($\rho = -.41$, $p = .013$), et au blâme de l'agresseur ($\rho = -.43$, $p = .009$).

Dans la condition kétamine, le score AMMSA est positivement corrélé au blâme de la victime ($\rho = .49$, $p = .003$), sans corrélation significative avec la reconnaissance de l'agression, la perception du consentement, la peine de prison estimée et le blâme de l'agresseur.

Le score Ward est négativement corrélé à la reconnaissance de l'agression ($\rho = -.42$, $p = .011$) et à la peine de prison estimée ($\rho = -.36$, $p = .036$), et positivement au blâme de la victime ($\rho = .35$, $p = .037$) ainsi qu'à la perception du consentement ($\rho = .43$, $p = .010$). Aucun lien significatif n'est observé avec le blâme de l'agresseur.

Dans la condition cannabis, le score AMMSA est positivement associé au blâme de la victime ($\rho = .55$, $p = .002$), mais n'est pas significativement corrélé à la reconnaissance de l'agression, au consentement, à la peine estimée ou au blâme de l'agresseur.

Le score Ward, quant à lui, est positivement corrélé au blâme de la victime ($\rho = .63$, $p < .001$), et négativement à la reconnaissance de l'agression ($\rho = -.41$, $p = .025$), à la peine estimée ($\rho = -.48$, $p = .008$), et au blâme de l'agresseur ($\rho = -.41$, $p = .025$). Aucune corrélation significative n'est observée avec la perception du consentement.

Corrélations entre les scores AUDIT-C et DUDIT et les variables dépendantes, selon la substance présentée dans la vignette

Tableau 9 : Matrice de corrélations entre les variables dépendantes et les scores AUDIT/DUDIT selon la substance de la vignette

Variable dépendante	Kétamine	Alcool	Cannabis
AS	-0.3 / 0.09	-0.31 / 0.11	-0.27 / -0.27
Consent	0.23 / 0.03	0.46** / -0.11	0.28 / 0.35
Jail	-0.24 / -0.01	-0.2 / 0.2	-0.22 / -0.17
Blâme victime	0.41* / -0.3	0.13 / -0.3	0.13 / 0
Blâme agresseur	-0.33 / 0.09	-0.07 / 0.19	0.05 / 0.02

*NOTE. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$. Le premier coefficient correspond à la corrélation avec le score à l'AUDIT-C, le second avec le score au DUDIT. AS = attribution de la sévérité de l'agression, Consent = degré perçu du consentement de la victime, Jail = années de prison pour l'agresseur.*

Les corrélations de Spearman ont été calculées entre les scores AUDIT (consommation d'alcool) et DUDIT (consommation de drogues) des participants et les variables dépendantes (reconnaissance de l'agression, perception du consentement, peine de prison estimée, blâme de la victime, blâme de l'agresseur), dans les trois conditions expérimentales (kétamine, alcool, cannabis). La matrice complète est présentée au tableau 9.

Dans la condition kétamine, le score AUDIT est positivement corrélé au blâme de la victime, $\rho = .41$, $p = .013$.

Aucune autre corrélation entre AUDIT ou DUDIT et les variables dépendantes n'atteint le seuil de signification ($p < .05$). Le blâme de l'agresseur présente une tendance négative avec AUDIT, $\rho = -.33$, $p = .052$.

Dans la condition alcool, le score AUDIT est positivement corrélé à la perception du consentement, $\rho = .46$, $p = .005$.

Aucune corrélation significative n'est observée entre DUDIT et les variables dépendantes dans cette condition, ainsi qu'entre l'AUDIT-C et les variables indépendantes autres que la perception du consentement.

Dans la condition cannabis, aucune corrélation significative n'est relevée entre les scores AUDIT ou DUDIT et les variables dépendantes ($p > .05$).

10. Interprétations des résultats et discussion

Pour rappel, l'objectif de ce mémoire est d'évaluer la perception du consentement et de la responsabilité dans diverses situations d'agressions sexuelles de type opportuniste, facilitées par une substance. Dans cette section, vont être présentés et discutés les principaux résultats obtenus lors des analyses statistiques. Ces derniers vont également être présentés à la lumière de la littérature et du cadre théorique.

Les premiers résultats obtenus portent sur l'attribution de la responsabilité attribuée à la victime en fonction de la substance consommée dans la vignette. Ils indiquent que le type de

substance mentionné n'entraîne pas de différence statistiquement significative. Cela signifie que la victime n'est pas plus ou moins blâmée en fonction de la substance qu'elle consomme.

Cette observation ne nous permet pas de confirmer l'hypothèse initiale qui prévoyait une attribution de responsabilité plus élevée lorsque la victime avait consommé du cannabis ou de la kétamine plutôt que de l'alcool. Bien que la moyenne d'attribution de groupe cannabis soit la plus élevée, l'effet observé est faible et pourrait simplement être attribué au hasard.

La littérature n'est pas réellement documentée au sujet de l'attribution du blâme à la victime dans le contexte d'ASFS avec usage de cannabis ou de kétamine, spécifiquement pour le type opportuniste. Nous savons que, de manière générale, une consommation volontaire de substance, quelle qu'elle soit, par la victime, accroît la responsabilité qui lui est attribuée pour son agression sexuelle (Qi et al., 2015). En particulier, la littérature nous montre que les femmes ayant consommé de l'alcool avant de se faire agresser sexuellement sont jugées plus sévèrement que les victimes sobres (Cameron & Stritzke, 2003; Maurer & Robinson, 2007; Schuller & Stewart, 2000), car les observateurs estiment qu'elles se sont exposées à une situation dangereuse. Cependant, aucune étude ne compare explicitement l'attribution de la responsabilité à la victime ayant consommé de l'alcool, du cannabis, ou encore de la kétamine.

Pourtant, contrairement à ces dires, les niveaux de blâme restent globalement modestes quelle que soit la vignette. Cela indique que les participants sont tout de même réticents à l'idée de blâmer la victime, même quand elle a consommé une substance illégale. Il apparaît donc plus pertinent de considérer les interactions entre la substance et des variables plus contextuelles ou individuelles. En effet, ces résultats ne sont peut-être pas directement associés à la prise de substance, mais potentiellement associés au fait que la vignette décrit un blackout de la part de la victime. Cette perte de conscience peut être perçue comme limitant la capacité au consentement et donc atténué la responsabilité de la victime.

La revue de littérature confirmait que les différentes substances n'étaient pas jugées de la même manière. Etant donné que le cannabis et la kétamine souffrent, eux, d'une image sociétale plus négative (Stewart & Jacquin, 2010), il était facile d'imaginer que les participants allaient juger la victime plus durement dans ces conditions. Toutefois, ces résultats montrent que stigmatiser davantage la victime parce qu'elle a consommé ne reflète en réalité pas un jugement public. En effet, il se pourrait que la stigmatisation dépende plus

des croyances des participants et de leur interprétation de la vignette que de l'étiquette pharmacologique de ces substances.

Un des résultats aux matrices est pertinent avec ces découvertes. En effet, elles ont permis de mettre en lumière le fait que la victime est davantage blâmée, uniquement dans la condition kétamine, quand le participant a une consommation élevée d'alcool. Cela peut s'expliquer par le fait que les consommateurs d'alcool se distancient de la consommation de kétamine car elle est considérée comme plus à risque en comparaison à celle d'alcool (Stewart & Jacquin, 2010).

Deux corrélations ont été effectuées afin de tenter de répondre à la seconde hypothèse concernant la modulation de la perception de la responsabilité selon si le participant a déjà consommé ou non des substances psychoactives. Les analyses indiquent que les participants ayant un score plus élevé à l'AUDIT-C, désignant une consommation d'alcool plus importante, tendent à attribuer davantage de blâme à la victime dans l'ensemble des vignettes. A l'inverse, des scores plus élevés au DUDIT, désignant une consommation de drogue autre que l'alcool, indiquent que les participants blâment moins la victime dans l'ensemble des vignettes.

Ces résultats confirment partiellement l'hypothèse prédisant que les consommateurs auront tendance à moins responsabiliser la victime. D'un côté, les consommateurs d'alcool qui jugent plus facilement la victime pourraient s'expliquer par la théorie de la dissonance cognitive. Selon cette théorie de Festinger (1957), les individus cherchent à maintenir une cohérence entre leurs croyances, leurs attitudes et leurs comportements. De ce fait, pour une personne qui consomme régulièrement de l'alcool et qui a déjà eu des relations sexuelles dans un contexte d'intoxication, juger qu'une victime alcoolisée n'était pas en mesure de consentir impliquerait de remettre en question la validité du consentement dans ses propres expériences passées. Cette remise en cause pourrait générer une dissonance cognitive importante, car elle confronte l'individu à l'idée que certaines de ses relations sexuelles auraient pu être non consenties. Afin de réduire cette tension psychologique, il est possible que ces participants ajustent leur jugement en attribuant moins de responsabilité à la victime ou en considérant qu'elle était toujours capable de consentir, alignant ainsi leur évaluation de la situation avec leurs pratiques et représentations habituelles.

D'un autre côté, pour les consommateurs de drogue autre que l'alcool, on peut lier les résultats obtenus à l'hypothèse d'attribution défensive vue auparavant (Shaver, 1970), stipulant que le participant jugera la victime moins responsable s'il s'identifie à elle.

Ces différences de perception pourraient également s'expliquer par la façon dont les drogues et l'alcool sont vus socialement. Pour l'alcool qui est plus banalisé, les participants pourraient minimiser ses effets sur le comportement et donc attribuer plus de responsabilité à la victime. Au contraire, pour la drogue, vue comme inhabituelle et plus potentiellement altérante que l'alcool, les participants attribuent moins de responsabilité car le consentement est vu comme moins libre et éclairé.

Enfin, les deux effets sont faibles, suggérant que d'autres variables, comme l'attitude envers les substances ou leurs propres expériences, jouent probablement un rôle plus important dans l'attribution du blâme.

La matrice de corrélation étudiant les liens entre l'attribution du blâme à la victime et la consommation d'alcool et de drogue permet de préciser un point. En effet, c'est spécifiquement dans la vignette kétamine que les participants ayant un score élevé à l'AUDIT-C vont attribuer plus de responsabilité à la victime. Peut-être que cela pourrait être expliqué par le fait que, par rapport à l'alcool, la kétamine est beaucoup moins banalisée, et donc jugée plus durement par les consommateurs d'alcool. Malheureusement, le manque d'étude à ce sujet ne permet pas d'expliquer davantage ce résultat.

Les résultats présentés ci-après se rejoignent pour évaluer l'hypothèse des liens entre l'adhésion aux mythes du viol et l'attribution de la responsabilité à la victime. Ils montrent que plus les participants adhèrent aux mythes du viol, que ce soit de manière générale (AMMSA) ou de façon plus spécifique en incluant l'alcool (Ward), plus ils attribuent de blâme à la victime. De plus, les forces de corrélation ne sont pas faibles, indiquant l'importance de ce facteur.

Ces résultats confirment l'hypothèse proposant une corrélation positive entre l'adhésion aux mythes et une attribution supérieure de la responsabilité à la victime. Cela s'inscrit dans la continuité des nombreuses recherches, prouvant que l'adhésion est un facteur important de la culpabilisation de la victime (Abbey et al., 1998 ; Lambert & Raichle, 2000 ; Mynatt & Allgeier, 1990).

Plusieurs mécanismes pourraient expliquer cette association. La théorie du monde juste (Lerner & Matthews, 1967) stipule que les individus ont tendance à croire que les individus obtiennent ce qu'ils méritent. De ce fait, face à un scénario d'agression sexuelle, cette croyance fait que les participants adhérant vont rechercher les comportements fautifs de la victime (ici, boire de l'alcool ou consommer de la drogue), car ces comportements peuvent être interprétés comme dangereux, même si ils sont volontaires. L'autre mécanisme, toujours selon cette théorie, serait que attribuer le blâme à la victime peut être vu comme une stratégie défensive permettant de maintenir un sentiment d'ordre et de prévisibilité dans le monde, tout en conservant une illusion de sécurité personnelle.

On obtient plus de détails sur les liens entre l'adhésion aux mythes et le blâme de la victime en fonction des substances grâce à la matrice de corrélation. Elle indique que c'est dans la vignette cannabis que la victime est le plus blâmée, suivie de très près par l'alcool et enfin la kétamine. Malheureusement, la pauvreté de la littérature parlant de la consommation volontaire de cannabis dans le cas d'agression sexuelle ne permet pas d'obtenir davantage d'explication quant à ce résultat.

Un élément exploratoire, ne faisant pas partie des hypothèses principales mais ayant toute son importance, concerne la perception du consentement selon la substance consommée dans la vignette. Les résultats de cette exploration indiquent que, peu importe si la victime a consommé de l'alcool, du cannabis ou de la kétamine, les participants ont évalué sa capacité à consentir de la même manière, c'est-à-dire non-consentante. La moyenne de la condition alcool ($M = 30.14$) est tout de même un peu plus élevée que les deux autres ($M_k = 19.54$; $M_c = 25$), résultant que les participants de cette vignette tendent à légèrement juger le consentement plus probable.

Pourtant, ce n'est pas ce qu'ont déclaré certaines personnes de l'Union européenne interrogées lors d'une enquête Eurobaromètre. Des participants (12%) ont déclaré qu'un rapport sexuel non consenti était justifié si la personne était ivre ou consommait de la drogue (Commission Européenne, 2016).

Ces résultats d'enquête rejoignent les observations de Gesser et ses collaborateurs (2024) qui indiquent que, selon les participants, la consommation d'alcool ne conduit pas automatiquement à un non-consentement ou à une incapacité à consentir. Cette interprétation peut également être éclairée par le concept de dissonance cognitive, comme expliqué

précédemment. Pour réduire cette dissonance entre leurs comportements passés et leurs croyances, les participants peuvent être amenés à ajuster leur interprétation de la vignette, en percevant la situation comme plus consensuelle qu'elle ne l'est objectivement.

La réalisation des matrices permet de mettre en lumière plusieurs précisions quant à ces résultats. Quand on analyse la perception du consentement en lien avec l'adhésion aux mythes du viol, on remarque que la condition cannabis n'a aucun lien significatif, contrairement aux conditions kétamine et alcool. Cela signifie que, dans ces conditions, la perception du consentement de la victime est fortement lié à l'adhésion aux mythes du viol et aux attitudes de l'échelle de Ward. Pour la kétamine, seule l'échelle de Ward est associée, c'est-à-dire que le lien est plus spécifique à certaines attitudes et moins aux mythes du viol en général en comparaison à l'alcool. Globalement, les participants adhérant jugent la victime légèrement plus consentante, surtout dans la vignette alcool et seulement selon l'échelle de Ward dans la condition kétamine et pas selon le cannabis.

La seconde matrice analysant l'effet de la consommation d'alcool et de drogues sur les variables dépendantes met également en lumière un résultat supplémentaire. Parmi les effets ayant montré une significativité, il y a le fait que plus un participant a un score AUDIT élevé dans la condition alcool, plus il a tendance à percevoir la victime comme consentante. Cela indique que les personnes qui consomment plus d'alcool pourraient normaliser davantage les situations d'agressions sexuelles où l'alcool est impliqué. Globalement, la consommation personnelle d'alcool d'un participant influence sa manière de juger le consentement de la victime dans une situation d'agression impliquant de l'alcool, mais pas de la kétamine ou du cannabis.

Les résultats complémentaires obtenus grâce à la matrice, analysant les variables dépendantes avec l'adhésion aux mythes du viol, indiquent que l'agresseur a tendance à être moins blâmé dans la condition alcool et cannabis lorsque l'adhésion aux mythe est présente. Ce lien est cohérent avec l'étude de Sussenbach et ses collaborateurs (2015), prouvant qu'une adhésion plus forte est associée à un jugement en faveur de l'agresseur. Une forte adhésion est également associée à une non reconnaissance de l'agression sexuelle dans l'ensemble des vignettes pour l'échelle de Ward, et seulement pour l'alcool en liaison à l'AMMSA. De plus, une adhésion marquée indique une attribution de peine de prison plus faible pour l'agresseur. C'est le cas pour l'ensemble des vignettes par rapport à l'échelle de Ward et seulement pour l'alcool par rapport à l'AMMSA. Cela signifie que les participants adhérant aux mythes sont

moins enclins à infliger une sanction sévère, probablement car ils reconnaissent moins le fait que c'est une agression sexuelle. Cela corrobore avec les dires de Lonsway et Fitzgerald (1994) indiquant que les adhérents aux mythes ont davantage de difficulté à qualifier une situation de viol.

En résumé, les participants qui adhèrent davantage aux mythes du viol auront tendance à plus attribuer de responsabilité à la victime et moins à l'agresseur, surtout dans les conditions cannabis et alcool. Ils ont également moins tendance à reconnaître l'agression sexuelle, à attribuer une plus petite peine de prison à l'agresseur, ainsi qu'à considérer la victime comme plus consentante, surtout dans les conditions alcool et kétamine. Les participants auront également tendance à plus blâmer la victime quand ils ont une consommation personnelle d'alcool élevée, surtout dans la condition kétamine. Contrairement aux consommateurs d'alcool, les consommateurs de drogues auront tendance à moins attribuer de blâme à la victime, et ce dans l'ensemble des vignettes. D'après cette dernière constatation, nous pourrions nous demander ce qui explique le fait que les consommateurs de drogues blâment moins que les consommateurs d'alcool. Quand un participant adhère aux mythes du viol et a une consommation élevée d'alcool, y a-t-il une accumulation des effets sur les autres variables dépendantes ? Les stéréotypes liés aux substances choisies (alcool, kétamine, cannabis) modifient-ils la perception que les gens se font de l'agression sexuelle présentée dans la vignette ? Les consommateurs d'alcool auront-ils tendance à davantage blâmer une victime sous l'influence de substances non banalisées et illégales ?

11. Limites et perspectives

Il faut avoir conscience des failles méthodologiques et contextuelles pouvant influencer l'interprétation des résultats. De ce fait, il est utile de recontextualiser la portée des conclusions statistiques obtenues.

Premièrement, il aurait été préférable d'avoir une taille d'échantillon plus élevée. En effet, d'après le logiciel G*Power (www.gpower.hhu.de), un échantillon composé de 160 participants aurait été idéal. Malheureusement, la récolte des réponses au questionnaire en ligne est une étape compliquée et limitée dans le temps. De ce fait, seulement une centaine de participants ont été recrutés, affaiblissant la puissance statistique de cette étude. Cela fait qu'il existe un déséquilibre dans la composition des groupes. Aussi, les participants ne

recevaient qu'une des trois vignettes, ce qui ne permet pas de comparer directement leurs jugements pour les différentes substances.

De plus, le fait de recruter des participants en ligne peut engendrer un biais de sélection et donc engendrer un échantillon moins représentatif de la population générale car les participants volontaires sont peut-être sensibilisés au sujet. Enfin, il y a un risque de biais culturel possible car les résultats sont principalement contextualisés en Belgique francophone.

Ensuite, il existe toujours un biais de désirabilité sociale lorsque des participants répondent à un questionnaire (Coron, 2020). Ce biais peut influencer les réponses car les répondants voudront répondre de manière perçue comme socialement acceptable plutôt que d'être sincères, surtout pour un sujet sensible tel que les agressions sexuelles. Le fait que ce soit des questionnaires auto-rapportés n'aide pas, les attitudes et croyances déclarées ne reflètent pas forcément la réalité. En plus de cela, les participants ont tous une compréhension variable de la vignette et des questions posées. De même pour les questionnaires sur la consommation personnelle d'alcool et de drogues, il est possible d'avoir une sous-déclaration ou encore une exagération.

Dans la vignette, il n'y a pas de précision quant à la dose exacte de substance consommée. Or, il y a tout de même des effets variables sur le comportement et la cognition si la dose prise est faible ou élevée.

Une autre limite spécifique à cette étude concerne la variable de consommation personnelle de drogues. En effet, la majorité des participants rapportent n'en avoir jamais consommé. De ce fait, les analyses concernant le lien entre consommation et attribution du blâme reposent sur un sous-groupe restreint de l'échantillon, ce qui limite la puissance statistique et la généralisabilité de ces résultats. Il est donc possible que la tendance observée parlant du fait que les consommateurs de drogue attribuent moins de blâme à la victime que les consommateurs d'alcool soit influencée par des caractéristiques spécifiques à ce petit groupe et ne reflète pas nécessairement la réalité d'une population plus large de consommateurs.

Une autre limite concernant la consommation personnelle de drogue concerne l'outil utilisé pour la mesurer. En effet, le DUDIT évalue la consommation de l'entièreté des substances psychoactives autres que l'alcool, mais pas spécifiquement la kétamine et le cannabis utilisés dans cette étude. Cela signifie qu'il est fortement possible que les participants identifiés

comme consommateurs n'aient jamais consommé de cannabis ou de kétamine. Dans ce cas, leur expérience personnelle avec la drogue ne leur donne pas particulièrement une meilleure connaissance des effets de ces substances que les consommateurs d'alcool, ce qui limite la pertinence des comparaisons effectuées.

Au niveau des questions à propos de la peine de prison et la reconnaissance de l'agression sexuelle, elles sont en quelque sorte directement liées. En effet, si le participant tend à ne pas reconnaître l'agression, il va logiquement attribuer aucune année de peine de prison.

Enfin, les effets observés peuvent être en partie dus à des variables autres que celles étudiées dans ce mémoire. La littérature a montré qu'il existait un bon nombre de variables influençant l'attribution de la responsabilité comme le genre, les croyances, l'identification à la victime, etc. Donc, les effets obtenus pourraient dépendre de variables non évaluées.

Malgré ces limites, cette recherche apporte un nouvel éclairage sur les liens entre l'adhésion aux mythes du viol et les variables dépendantes. En particulier sur la consommation personnelle de substances et la perception du consentement et de la responsabilité dans le contexte spécifique des agressions sexuelles opportunistes facilitées par une substances, ainsi que l'influence distincte des consommateurs d'alcool par rapport aux autres substances. Il faut toutefois rester attentif aux limites examinées antérieurement, mais les résultats permettent d'ouvrir des pistes pour de futures études.

Parmi les perspectives méthodologiques futures, il y a donc un élargissement et une diversification de l'échantillon afin d'améliorer la généralisabilité. La possibilité d'étudier une évolution dans le temps en testant par exemple l'effet d'intervention éducative à propos de l'adhésion aux mythes du viol. Pour ce faire, il peut être intéressant de créer des programmes de prévention ciblant spécifiquement les croyances erronées sur le consentement et les substances, ainsi que sur les mythes du viol. De plus, il peut être intéressant de manipuler la dose de substance ingérée, les caractéristiques de la victime ainsi que celles de l'agresseur afin de voir comment cela influence le jugement.

Évidemment, une autre perspective est d'explorer les effets d'autres variables. Par exemple, pour se lier aux théories pouvant expliquer l'attribution de blâme à la victime, on pourrait évaluer les croyances en un monde juste, l'identification à la victime, l'empathie envers la victime et examiner le rôle de l'erreur fondamentale d'attribution. Évaluer l'expérience

personnelle d'exposition à la violence sexuelle peut également être intéressant mais complexe à mettre en place pour cause de la sensibilité du sujet.

Si on veut avoir plus de variabilité de jugement en fonction des normes sociales, il peut être intéressant d'évaluer l'adhésion aux mythes du viol et leur influence sur la perception d'une ASFS dans d'autres pays et/ou cultures. Dans la même lignée, approfondir la question des stéréotypes liés aux substances utilisées peut être intéressant.

12. Conclusion

Ce mémoire avait pour ambition d'explorer la manière dont les participants perçoivent le consentement et attribuent la responsabilité à la victime dans le contexte spécifique des agressions sexuelles opportunistes facilitées par une substance, en confrontant trois situations en vignette impliquant l'alcool, le cannabis ou la kétamine. En mobilisant à la fois les données juridiques, les effets des différentes substances et les apports de la psychologie sociale (théorie du monde juste, attribution défensive, biais cognitifs, mythes du viol, etc.), il a été possible d'analyser comment des facteurs individuels et les croyances influencent les jugements portés sur la victime et l'agresseur.

Trois hypothèses principales ont guidé les recherches : les effets de la prise de substance volontaire par la victime sur l'attribution du blâme qui lui est attribué, la modulation de ce blâme par la consommation personnelle de substance, et le rôle de l'adhésion aux mythes du viol sur l'attribution de la responsabilité dans l'ensemble des vignettes.

L'étude menée sur les 101 participants n'a pas permis de confirmer l'hypothèse d'un effet direct de la substance. En effet, le type de produit mentionné ne modifie pas significativement le blâme de la victime ni le consentement perçu. En revanche, les résultats indiquent une significativité entre la consommation personnelle de substances et certains jugements. Plus précisément, les consommateurs d'alcool tendent à attribuer plus de responsabilité à la victime et à la considérer comme plus consentante. Les consommateurs d'autres substances psychoactives, quant à eux, ont tendance à juger la victime comme moins responsable. Le peu de littérature spécifique au sujet des agressions sexuelles opportunistes facilitées par une substance et ces résultats montrent qu'il peut être intéressant et nécessaire d'approfondir la recherche et de mettre en lumière une problématique sociétale prenant de l'ampleur au fil du temps.

De plus, les participants qui adhèrent fortement aux mythes du viol, mesurés par l'AMMSA et l'échelle de Ward, vont juger la victime comme responsable de son agression sexuelle, réduire la responsabilité de l'agresseur, amoindrir la reconnaissance de l'agression sexuelle ainsi que la peine de prison proposée pour l'agresseur.

Ces précisions soulignent que, plus que la substance elle-même, ce sont les croyances préexistantes qui façonnent l'évaluation du consentement et de la responsabilité. Cette constatation confirme l'importance de déconstruire les mythes du viol et les stéréotypes liés aux substances pour favoriser des jugements plus justes et centrés sur la responsabilité de l'agresseur et non sur celle de la victime. Il est important de rappeler que, peu importe le contexte précédent une agression sexuelle, c'est l'agresseur le seul responsable. Malgré certaines limites méthodologiques, ce mémoire ouvre la voie à des recherches plus larges intégrant d'autres contextes, croyances, variables personnelles et contextuelles, et à des programmes de prévention ciblant spécifiquement l'articulation entre consommation, consentement et responsabilité.

13. Bibliographie

Abbey, A., & Harnish, R. J. (1995). Perception of sexual intent : The role of gender, alcohol consumption, and rape supportive attitudes. *Sex Roles*, 32(5-6), 297-313.
<https://doi.org/10.1007/bf01544599>

Abbey, A., McAuslan, P., & Ross, L. T. (1998). Sexual Assault Perpetration by College Men : The Role of Alcohol, Misperception of Sexual Intent, and Sexual Beliefs and Experiences. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 17(2), 167-195.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1998.17.2.167>

Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault : a common problem among college students. *Journal Of Studies On Alcohol Supplement*, s14, 118-128.
<https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.118>

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2024, 31 mai). *Soumission chimique – Vulnérabilité chimique : rapport d'enquête nationale 2022* (Étude n° 18 de 2022, CADA25V35).
<https://ansm.sante.fr/uploads/2025/05/20/20250517-cada25v35-rapp-nat-soum-chimique-22-2024.pdf>

Alempijević, D., Savić, S., Stojanović, J., & Spasić, A. (2007). *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 135(3-4), 240–242.

- Anderson, K. B., Cooper, H., & Okamura, L. (1997). Individual Differences and Attitudes Toward Rape : A Meta-Analytic Review. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 23(3), 295-315. <https://doi.org/10.1177/0146167297233008>
- 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>
- Arnold, J. P. (2005). *Origin and history of beer and brewing: From prehistoric times to the beginning of brewing science and technology* (Reprint ed.). Cleveland, OH: BeerBooks.com. . <https://archive.org/details/originhistoryofb0000arno>
- Bègue-Shankland, L. (2019, septembre). Viol : Le sondage de la honte. *Cerveau & Psycho*, (114), 66-70.
https://www.researchgate.net/profile/Laurent-Begue/publication/334825342_Viol_Le_sondage_de_la_honte/links/5d42c242299bf1995b5beb92/Viol-Le-sondage-de-la-honte.pdf
- Belgique. (1867, 8 juin). *Code pénal* (version consolidée incluant les dispositions relatives aux infractions sexuelles). Moniteur belge.
https://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/1867/06/08/1867060850_F.pdf
- Ben-David, S., & Schneider, O. (2005). Rape Perceptions, Gender Role Attitudes, and Victim-Perpetrator Acquaintance. *Sex Roles*, 53(5-6), 385-399.
<https://doi.org/10.1007/s11199-005-6761-4>
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2004). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31. <https://doi.org/10.1159/000081413>
- Bhuptani, P. H., & Messman-Moore, T. L. (2019). Blame and Shame in Sexual Assault. Dans *Springer eBooks* (p. 309-322). https://doi.org/10.1007/978-3-030-23645-8_18
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will : Men, Women, and Rape*. Ballantine Books.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 38(2), 217-230. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.2.217>
- Broach, J. (2004). Exploring the alcohol-sexual assault link; pathways from alcohol to assault [electronic version]. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 48(2), 17-27.
<https://www.jstor.org/stable/45092355>
- Cameron, C. A., & Stritzke, W. G. K. (2003). Alcohol and Acquaintance Rape in Australia : Testing the Presupposition Model of Attributions About Responsibility and Blame1. *Journal Of Applied Social Psychology*, 33(5), 983-1008.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01935.x>

Carliner, H., Brown, Q. L., Sarvet, A. L., & Hasin, D. S. (2017). Cannabis use, attitudes, and legal status in the U.S. : A review. *Preventive Medicine*, 104, 13-23.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.008>

Carvalho, C., & Vieira-Coelho, M. A. (2022). Cannabis induced psychosis : A systematic review on the role of genetic polymorphisms. *Pharmacological Research*, 181, 106258. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2022.106258>

Chapleau, K. M., & Oswald, D. L. (2010). Power, Sex, and Rape Myth Acceptance : Testing Two Models of Rape Proclivity. *The Journal Of Sex Research*, 47(1), 66-78.
<https://doi.org/10.1080/00224490902954323>

Clerc, M., Rosenhagen-Lapoirie, M., & Von Gunten, A. (2022). Utilisation de la kétamine en psychiatrie : mise à jour. *Revue Médicale Suisse*, 18(793), 1626-1629.
<https://doi.org/10.53738/revmed.2022.18.793.1626>

Corbin, W. R., Gearhardt, A., & Fromme, K. (2007). Stimulant alcohol effects prime within session drinking behavior. *Psychopharmacology*, 197(2), 327-337.
<https://doi.org/10.1007/s00213-007-1039-x>

Coron, C. (2020). Outil 11. Le questionnaire : les biais. La boîte à outils de l'Analyse de données (p. 38-41). Dunod.
<https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-page-38?lang=fr>

Courtois, R., Schlegel, A., Bonhommet, J., Doineau, E., Bertsch, I., Potard, C., & Pham, T. (2021). Validation française de l'échelle de l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) et attachement au partenaire auprès d'étudiants et d'auteurs de violence conjugale. *L'Encéphale*, 47(6), 554-563.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.11.010>

Curran, V., Brignell, C., Fletcher, S., Middleton, P., & Henry, J. (2002). Cognitive and subjective dose-response effects of acute oral Δ 9 -tetrahydrocannabinol (THC) in infrequent cannabis users. *Psychopharmacology*, 164(1), 61-70.
<https://doi.org/10.1007/s00213-002-1169-0>

Crane, N. A., Schuster, R. M., Fusar-Poli, P., & Gonzalez, R. (2012). Effects of Cannabis on Neurocognitive Functioning : Recent Advances, Neurodevelopmental Influences, and Sex Differences. *Neuropsychology Review*, 23(2), 117-137.
<https://doi.org/10.1007/s11065-012-9222-1>

Crawford, M. (1996). Book reviews : Ward, Colleen A. (1995) Attitudes Toward Rape : Feminist and Social Psychological Perspectives. London : Sage Publications, 232 pp. *International Social Work*, 39(2), 237-238.
<https://doi.org/10.1177/002087289603900214>

Dany, L. et Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14(4), 335-344.
<https://doi.org/10.3917/spub.024.0335>

Davies, M., & Rogers, P. (2006). Perceptions of male victims in depicted sexual assaults : A review of the literature. *Aggression And Violent Behavior*, 11(4), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.01.002>

Davies, M., Rogers, P., & Bates, J. (2008). Blame Toward Male Rape Victims in a Hypothetical Sexual Assault as a Function of Victim Sexuality and Degree of Resistance. *Journal Of Homosexuality*, 55(3), 533-544. <https://doi.org/10.1080/00918360802345339>

Davies, M., Austen, K., & Rogers, P. (2011). Sexual Preference, Gender, and Blame Attributions in Adolescent Sexual Assault. *The Journal Of Social Psychology*, 151(5), 592-607. <https://doi.org/10.1080/00224545.2010.522617>

Dawtry, R. J., Cozzolino, P. J., & Callan, M. J. (2019). I Blame Therefore It Was : Rape Myth Acceptance, Victim Blaming, and Memory Reconstruction. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 45(8), 1269-1282. <https://doi.org/10.1177/0146167218818475>

De Meneses-Gaya, C., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*, 2(1), 83-97. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12>

Dossier spécial sur le viol en Belgique. (s. d.). Amnesty International Belgique. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/stop-violences-sexuelles>

DSM 5 Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive. (2022, 23 mars). Internet Archive. <https://archive.org/details/dsm-5-fr-en/DSM-5%20-%20Manuel%20diagnostique%20et%20statistique%20des%20troubles%20mentaux/page/n8/mode/1up>

Edwards, K. M., Turchik, J. A., Dardis, C. M., Reynolds, N., & Gidycz, C. A. (2011). Rape Myths : History, Individual and Institutional-Level Presence, and Implications for Change. *Sex Roles*, 65(11-12), 761-773. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9943-2>

European Union Drugs Agency. (2005). *Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)*. European Union Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en

European Union Drugs Agency. (2024, 11 juin). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. Luxembourg : Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

European Commission. (2016, novembre). *Special Eurobarometer 449: Gender-based violence*. Brussels : European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2115>

Eurotox. (2025, mai). *État des lieux de la consommation de kétamine en Belgique francophone*. Eurotox – Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Consommation-de-ketamine-en-Belgique-francophone_Eurotox-2025.pdf

Finch, E., & Munro, V. E. (2007). The Demon Drink and the Demonized Woman : Socio-Sexual Stereotypes and Responsibility Attribution in Rape Trials Involving Intoxicants. *Social & Legal Studies*, 16(4), 591-614.
<https://doi.org/10.1177/0964663907082737>

Fox, R., & Carey, L. A. (1999). Therapists' collusion with the resistance of rape survivors. *Clinical Social Work Journal*, 27(2), 185-201.
<https://doi.org/10.1023/A:1022874807892>

Fromme, K., Katz, E. C., & Rivet, K. (1997). Outcome expectancies and risk-taking behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 21(4), 421-442.
<https://doi.org/10.1023/A:1021932326716>

Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepen, J. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care : Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism Clinical And Experimental Research*, 29(11), 2001-2007.
<https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>

Garcia-Marques, L., Santos, A. S. C., & Mackie, D. M. (2006). Stereotypes : Static Abstractions or Dynamic Knowledge Structures ? *Journal Of Personality And Social Psychology*, 91(5), 814-831. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.814>

Gaussot, L. (2004). *Modération et sobriété : Études sur les usages sociaux de l'alcool*. Paris : L'Harmattan. <https://hal.science/hal-04136033>

George, W. H., Blayney, J. A., & Davis, K. C. (2024). Impact of Acute Alcohol Consumption on Sexuality : A Look at Psychological Mechanisms. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 20(1), 307-331. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-075423>

George, W. H., & Martínez, L. J. (2002). Victim Blaming in Rape : Effects of Victim and Perpetrator Race, Type of Rape, and Participant Racism. *Psychology Of Women Quarterly*, 26(2), 110-119. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00049>

Gerger, H., Kley, H., Bohner, G., & Siebler, F. (2007). The acceptance of modern myths about sexual aggression scale : development and validation in German and English. *Aggressive Behavior*, 33(5), 422-440. <https://doi.org/10.1002/ab.20195>

Gesser, N., Katz, B. W., Chiu, T., Burmeister, E. M., & Anderson, R. E. (2024). "I Think You Covered the Three Levels of Drugs and Consent" : Qualitatively Testing Different Operationalizations of an Alcohol and Other Drugs-Involved Sexual Violence. *Archives Of Sexual Behavior*, 53(9), 3595-3608.
<https://doi.org/10.1007/s10508-024-02947-w>

Godefroid, L., Didone, V., Quertemont, E. (2024). *Prevalence of drug-facilitated sexual assault in Belgium*. Psychology & Neuroscience of Cognition – PsyNCog, Uliège, Belgium. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/319868/1/Poster%20BAPS.pdf>

- Goodwin, D. W., Crane, J. B., & Guze, S. B. (1969). Alcoholic "blackouts": A Review and Clinical Study of 100 Alcoholics. *The American journal of psychiatry*, 126(2), 191–198. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.2.191>
- Grubb, A., & Harrower, J. (2008). Attribution of blame in cases of rape : An analysis of participant gender, type of rape and perceived similarity to the victim. *Aggression And Violent Behavior*, 13(5), 396-405. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.06.006>
- Grubb, A., & Turner, E. (2012). Attribution of blame in rape cases : A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming. *Aggression And Violent Behavior*, 17(5), 443-452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.06.002>
- Hall, J., & Moore, C. (2008). Drug facilitated sexual assault – A review. *Journal Of Forensic And Legal Medicine*, 15(5), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2007.12.005>
- Hammock, G. S., & Richardson, D. R. (1997). Perceptions of rape: The influence of closeness of relationship, intoxication and sex of participant. *Violence and Victims*, 12(3), 237–246.
- Honey, G. D., O'Loughlin, C., Turner, D. C., Pomarol-Clotet, E., Corlett, P. R., & Fletcher, P. C. (2005). The Effects of a Subpsychotic Dose of Ketamine on Recognition and Source Memory for Agency : Implications for Pharmacological Modelling of Core Symptoms of Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 31(2), 413-423. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300846>
- Infor-Drogues asbl. (2025, 16 juin). *Kétamine - Infor Drogues & ; Addictions asbl*. Infor Drogues & Addictions Asbl. <https://infordrogues.be/informations/produits/ketamine/>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025, 10 janvier). *Coup d'œil sur l'alcool*. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychotropes/alcool/dossier>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025, juin). *La plante de cannabis, ses composants et leur rôle sur les effets recherchés* (Fascicule 1). Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3672-cannabis-composants-effets-ressentis.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Cannabis : effets psychoactifs*. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychotropes/cannabis/cannabis-effets-psychoactifs>
- Jackman, M. R. (2001). License to kill: Violence and legitimacy in expropriative social relations. In J. T. Jost & B. Major (Eds.), *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations* (pp. 437-467). Cambridge, United Kingdom : Cambridge University Press.
- Jansen, K. L. R. (1993, 6 mars). Non-medical use of ketamine. *BMJ*, 306 (6878), 601-602. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6878.601>

- Johnson, B. E., Kuck, D. L., & Schander, P. R. (1997). Rape myth acceptance and sociodemographic characteristics: A multidimensional analysis. *Sex Roles*, 36(11-12), 693-707. <https://doi.org/10.1023/A:1025671021697>
- Jordan, J. (2004). Beyond belief ? *Criminal Justice*, 4(1), 29-59. <https://doi.org/10.1177/1466802504042222>
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal Of Social Psychology*, 33(1), 1-27. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01008.x>
- Kahn, A. S., Jackson, J., Kully, C., Badger, K., & Halvorsen, J. (2003). Calling it Rape : Differences in Experiences of Women Who do or do not Label their Sexual Assault as Rape. *Psychology Of Women Quarterly*, 27(3), 233-242. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00103>
- Kalof, L., & Cargill, T. (1991). Fraternity and sorority membership and gender dominance attitudes. *Sex Roles*, 25(7-8), 417-423. <https://doi.org/10.1007/BF00292531>
- Kleinke, C. L., & Meyer, C. (1990). Evaluation of Rape Victim by Men and Women with High and Low Belief in A Just World. *Psychology Of Women Quarterly*, 14(3), 343-353. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1990.tb00024.x>
- Knowles, E. D., Lowery, B. S., Hogan, C. M., & Chow, R. M. (2009). On the malleability of ideology : Motivated construals of color blindness. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 96(4), 857-869. <https://doi.org/10.1037/a0013595>
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., & Russo, N. F. (1994). No safe haven : Male violence against women at home, at work, and in the community. Dans *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/10156-000>
- Lambert, A. J., & Raichle, K. (2000). The Role of Political Ideology in Mediating Judgments of Blame in Rape Victims and their Assailants : A Test of the Just World, Personal Responsibility, and Legitimization Hypotheses. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 26(7), 853-863. <https://doi.org/10.1177/0146167200269010>
- Lerner, M. J., & Matthews, G. (1967). Reactions to suffering of others under conditions of indirect responsibility. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 5(3), 319-325. <https://doi.org/10.1037/h0024304>
- Lolk, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1994). Rape myths. *Psychology Of Women Quarterly*, 18(2), 133-164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Lynch, J. (2003, October 15–18). Date rape and drug-assisted rape: Clinical implications. Paper presented at the Conference of Nurse Practitioners in Women's Health

(NPWH), Savannah, Georgia. Retrieved from
<http://www.medscape.com/viewarticle/465852>

Maurer, T. W., & Robinson, D. W. (2007). Effects of Attire, Alcohol, and Gender on Perceptions of Date Rape. *Sex Roles*, 58(5-6), 423-434.
<https://doi.org/10.1007/s11199-007-9343-9>

Mason, G. E., Riger, S., & Foley, L. A. (2004). The Impact of Past Sexual Experiences on Attributions of Responsibility for Rape. *Journal Of Interpersonal Violence*, 19(10), 1157-1171. <https://doi.org/10.1177/0886260504269094>

Meier, M. H., & White, M. (2018). Do young-adult cannabis users show amotivation ? An analysis of informant reports. *Translational Issues In Psychological Science*, 4(1), 99-107. <https://doi.org/10.1037/tps0000150>

Mikos, R. A., & Kam, C. D. (2019). Has the “M” word been framed ? Marijuana, cannabis, and public opinion. *PLoS ONE*, 14(10), e0224289.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224289>

Morean, M. E., & Corbin, W. R. (2009). Subjective Response to Alcohol : A Critical Review of the Literature. *Alcoholism Clinical And Experimental Research*, 34(3), 385-395.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.01103.x>

Morgan, C. J. A., Mofeez, A., Brandner, B., Bromley, L., & Curran, H. V. (2003). Ketamine impairs response inhibition and is positively reinforcing in healthy volunteers : a dose ? response study. *Psychopharmacology*, 17(1), 1.
<https://doi.org/10.1007/s00213-003-1656-y>

Morgan, C. J. A., & Curran, H. V. (2006). Acute and chronic effects of ketamine upon human memory : a review. *Psychopharmacology*, 188(4), 408-424.
<https://doi.org/10.1007/s00213-006-0572-3>

Morrison, P. D., Zois, V., McKeown, D. A., Lee, T. D., Holt, D. W., Powell, J. F., Kapur, S., & Murray, R. M. (2009). The acute effects of synthetic intravenous $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol on psychosis, mood and cognitive functioning. *Psychological Medicine*, 39(10), 1607. <https://doi.org/10.1017/s0033291709005522>

Mynatt, C. R., & Allgeier, E. R. (1990). Risk Factors, Self-Attributions, and Adjustment Problems Among Victims of Sexual Coercion1. *Journal Of Applied Social Psychology*, 20(2), 130-153. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb00403.x>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2019). *Interruption des souvenirs : Trous noirs induits par l'alcool* (NIH Publication No. 19-AA-8018 F). U.S. Department of Health and Human Services.
https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Blackouts_French.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2024, 24 septembre). *Cannabis (Marijuana)*.
<https://nida.nih.gov/research-topics/cannabis-marijuana#references>

Neame, A. (2003). *Beyond « drink Spiking » : Drug and Alcohol Facilitated Sexual Assault*.

- Norris, J., Nurius, P. S., & Dimeff, L. A. (1996). Through her eyes. *Psychology Of Women Quarterly*, 20(1), 123-145. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00668.x>
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (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)
- Qi, S. J., Starfelt, L. C., & White, K. M. (2015). Attributions of responsibility, blame and justifiability to a perpetrator and victim in an acquaintance rape scenario : the influence of Marijuana intoxication. *Journal Of Sexual Aggression*, 22(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/13552600.2015.1025868>
- Newins, A. R., Wilson, L. C., & White, S. W. (2018). Rape myth acceptance and rape acknowledgment : The mediating role of sexual refusal assertiveness. *Psychiatry Research*, 263, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.029>
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2022). *Rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolutions* (Édition française). Office des publications de l'Union européenne. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5886-EDR2022-FR.pdf
- Odem, M. E., & Clay-Warner, J. (1998). *Confronting rape and sexual assault*. Wilmington, DE : Scholarly Resources.
- Ohno, N. M., Yamamoto, N. T., & Watanabe, N. S. (1994). Intrahippocampal administration of a glycine site antagonist impairs working memory performance of rats. *European Journal Of Pharmacology*, 253(1-2), 183-187. [https://doi.org/10.1016/0014-2999\(94\)90776-5](https://doi.org/10.1016/0014-2999(94)90776-5)
- Parks, K. A., & Scheidt, D. M. (2000). Male bar drinkers' perspective on female bar drinkers. *Sex Roles*, 43(11-12), 927-941. <https://doi.org/10.1023/A:1011045207587>
- Parwani, A., Weiler, M. A., Blaxton, T. A., Warfel, D., Hardin, M., Frey, K., & Lahti, A. C. (2005). The effects of a subanesthetic dose of ketamine on verbal memory in normal volunteers. *Psychopharmacology*, 183(3), 265-274. <https://doi.org/10.1007/s00213-005-0177-2>
- Persson, S., & Dhingra, K. (2021). Moderating Factors in Culpability Ratings and Rape Proclivity in Stranger and Acquaintance Rape : Validation of Rape Vignettes in a Community Sample. *Journal Of Interpersonal Violence*, 37(13-14), NP11358-NP11385. <https://doi.org/10.1177/0886260521991294>
- Quertemont, E., & Didone, V. (2025). *Étude sur les violences sexuelles facilitées par une substance (partie 1)*. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/documentation/etude-sur-les-violences-sexuelles-facilitees-par-une-substance-partie-1>

Rall, T. W. (1990). Hypnotics and sedatives: Ethanol. In L. S. Goodman & A. Gilman (Eds.), *The pharmacological basis of therapeutics* (8^e éd., pp. 361-398). New York, NY : Macmillan Publishing.

Ramaekers, J. G., Kauert, G., Van Ruitenbeek, P., Theunissen, E. L., Schneider, E., & Moeller, M. R. (2006). High-Potency Marijuana Impairs Executive Function and Inhibitory Motor Control. *Neuropsychopharmacology*, 31(10), 2296-2303. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301068>

Ramaekers, J. G., Mason, N. L., Kloft, L., & Theunissen, E. L. (2021). The why behind the high : determinants of neurocognition during acute cannabis exposure. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(7), 439-454. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00466-4>

Ranganathan, M., & D'Souza, D. C. (2006). The acute effects of cannabinoids on memory in humans : a review. *Psychopharmacology*, 188(4), 425-444. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0508-y>

RESPADD. (2022, octobre). *Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)* : Questionnaire de dépistage des troubles liés à l'usage de drogues. Réseau de prévention des addictions. <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2022/10/Flyer-DUDIT-BAT.pdf>

Richardson, D., & Campbell, J. L. (1982). Alcohol and Rape. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 8(3), 468-476. <https://doi.org/10.1177/0146167282083013>

Robinson, D. T., Gibson-Beverly, G., & Schwartz, J. P. (2004). Sorority and Fraternity Membership and Religious Behaviors : Relation to Gender Attitudes. *Sex Roles*, 50(11/12), 871-877. <https://doi.org/10.1023/b:sers.0000029104.87813.d5>

Romero-Sánchez, M., Krahé, B., Moya, M., & Megías, J. L. (2017). Alcohol-Related Victim Behavior and Rape Myth Acceptance as Predictors of Victim Blame in Sexual Assault Cases. *Violence Against Women*, 24(9), 1052-1069. <https://doi.org/10.1177/1077801217727372>

Ross, L. D., Amabile, T. M., & Steinmetz, J. L. (1977). Social roles, social control, and biases in social-perception processes. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 35(7), 485-494. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.7.485>

Russell, K. J., & Hand, C. J. (2017). Rape myth acceptance, victim blame attribution and Just World Beliefs : A rapid evidence assessment. *Aggression And Violent Behavior*, 37, 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.008>

Saunders, D. G., Lynch, A. B., Grayson, M., & Linz, D. (1987). The inventory of beliefs about wife beating: The construction and initial validation of a measure of beliefs and attitudes. *Violence and Victims*, 2(1), 39-55. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.2.1.39>

Sassano-Higgins, S., Baron, D., Juarez, G., Esmaili, N., & Gold, M. (2016). A REVIEW OF KETAMINE ABUSE AND DIVERSION. *Depression And Anxiety*, 33(8), 718-727. <https://doi.org/10.1002/da.22536>

- Schneider, N. (2020). Blackout Versus Pass Out in Allegations of Alcohol-involved Sexual Assault. *Journal Of Psychiatric Practice*, 26(2), 141-145. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000452>
- Schuller, R. A., & Stewart, A. (2000). Police responses to sexual assault complaints : The role of perpetrator/complainant intoxication. *Law And Human Behavior*, 24(5), 535-551. <https://doi.org/10.1023/a:1005519028528>
- Schuster, R. M., Mermelstein, R. J., & Hedeker, D. (2016). Ecological momentary assessment of working memory under conditions of simultaneous marijuana and tobacco use. *Addiction*, 111(8), 1466-1476. <https://doi.org/10.1111/add.13342>
- Scully, D. (1991). *Understanding sexual violence: A study of convicted rapists*. Boston, MA : Unwin Hyman.
- Shaver, K. G., & Drown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame : A theoretical note. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 50(4), 697-702. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.4.697>
- Shaver, K. G. (1970). Defensive attribution : Effects of severity and relevance on the responsibility assigned for an accident. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 14(2), 101-113. <https://doi.org/10.1037/h0028777>
- Smith, K. M., Larive, L. L., & Romanelli, F. (2002). Club drugs : methylenedioxymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate. *American Journal Of Health-System Pharmacy*, 59(11), 1067-1076. <https://doi.org/10.1093/ajhp/59.11.1067>
- Solowij, N., & Battisti, R. (2008). The Chronic Effects of Cannabis on Memory in Humans : A Review. *Current Drug Abuse Reviews*, 1(1), 81-98. <https://doi.org/10.2174/1874473710801010081>
- Stephens, D. N., & Duka, T. (2008). Cognitive and emotional consequences of binge drinking : role of amygdala and prefrontal cortex. *Philosophical Transactions Of The Royal Society B Biological Sciences*, 363(1507), 3169-3179. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0097>
- Stewart, D. N., & Jacquin, K. M. (2010). Juror Perceptions in a Rape Trial : Examining the Complainant's Ingestion of Chemical Substances Prior to Sexual Assault. *Journal Of Aggression Maltreatment & Trauma*, 19(8), 853-874. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.522951>
- Suarez, E., & Gadalla, T. M. (2010). Stop Blaming the Victim : A Meta-Analysis on Rape Myths. *Journal Of Interpersonal Violence*, 25(11), 2010-2035. <https://doi.org/10.1177/0886260509354503>
- Süssenbach, P., Eyssel, F., Rees, J., & Bohner, G. (2015). Looking for Blame : Rape Myth Acceptance and Attention to Victim and Perpetrator. *Journal Of Interpersonal Violence*, 32(15), 2323-2344. <https://doi.org/10.1177/0886260515591975>

Talbot, K. K., Neill, K. S., & Rankin, L. L. (2010). Rape-accepting attitudes of university undergraduate students. *Journal Of Forensic Nursing*, 6(4), 170-179. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2010.01085.x>

Testa, M., & Livingston, J. A. (2009). Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization : Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape ? *Substance Use & Misuse*, 44(9-10), 1349-1376. <https://doi.org/10.1080/10826080902961468>

Tobore, T. O. (2020). On alcohol disinhibition and inhibition : The intricate relationship between oxidative stress and behavior. *Aggression And Violent Behavior*, 51, 101378. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101378>

Tourigny, M., & Dufour, M. H. (2000, avril). *La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits*. Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie – Gouvernement du Québec. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/consommation-drogues-alcool-facteur-risque-agressions-sexuelles-enfants_avr-2000.pdf

Tulving, E. (1998). Neurocognitive processes of human memory. In C. von Euler, I. Lundberg, & R. Llinás (Eds.), *Basic mechanisms in cognition and language* (pp. 261-281). Amsterdam, Netherlands : Elsevier.

Uhlmann, E. L., Brescoll, V. L., & Machery, E. (2010). The Motives Underlying Stereotype-Based Discrimination Against Members of Stigmatized Groups. *Social Justice Research*, 23(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11211-010-0110-7>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts* (ST/NAR/45). United Nations. https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_se_xual_a

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World drug report 2020* (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6). United Nations. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index2020.html>

Van Der Bruggen, M., & Grubb, A. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming : An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. *Aggression And Violent Behavior*, 19(5), 523-531. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.008>

Varelas, N., & Foley, L. A. (1998). Blacks' and Whites' Perceptions of Interracial and Intraracial Date Rape. *The Journal Of Social Psychology*, 138(3), 392-400. <https://doi.org/10.1080/00224549809600391>

Walsh, K., Zinzow, H. M., Badour, C. L., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (2015). Understanding Disparities in Service Seeking Following Forcible Versus

Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape. *Journal Of Interpersonal Violence*, 31(14), 2475-2491. <https://doi.org/10.1177/0886260515576968>

Ward, C. (1988). The Attitudes Toward Rape Victims Scale : Construction, Validation, and Cross-Cultural Applicability. *Psychology Of Women Quarterly*, 12(2), 127-146. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1988.tb00932.x>

Ward, R. M., Matthews, M. R., Weiner, J., Hogan, K. M., & Popson, H. C. (2012). Alcohol and Sexual Consent Scale : Development and Validation. *American Journal Of Health Behavior*, 36(6), 746-756. <https://doi.org/10.5993/ajhb.36.6.3>

Ward, S. B., Hassanpour, P., & Walsh, K. (2025). Alcohol Use and Hostility Toward Women : Individual and Perceived Peer Attitudes Shape College Men's Consent Behavior. *Sex Roles*, 91(1). <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01551-5>

White A. M. (2003). What happened? Alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 27(2), 186–196.

White, A. M., Signer, M. L., Kraus, C. L., & Swartzwelder, H. S. (2004). Experiential Aspects of Alcohol-Induced Blackouts Among College Students. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 30(1), 205-224. <https://doi.org/10.1081/ada-120029874>

Wenger, A. A., & Bornstein, B. H. (2006). The Effects of Victim's Substance Use and Relationship Closeness on Mock Jurors' Judgments in an Acquaintance Rape Case. *Sex Roles*, 54(7-8), 547-555. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9014-2>

World Health Organization. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd Ed). Author.

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.). World Health Organization. <https://icd.who.int/en>

World Health Organization : WHO. (2023, 4 janvier). Aucun niveau de consommation d'alcool n'est sans danger pour notre santé. www.who.int/europe/fr/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health.

Yamawaki, N. (2009). THE ROLE OF RAPE MYTH ACCEPTANCE AND BELIEF IN a JUST WORLD ON VICTIM BLAME ATTRIBUTION : A STUDY IN JAPAN. *PSYCHOLOGIA*, 52(3), 163-174. <https://doi.org/10.2117/psych.2009.163>

Yapp, E. J., & Quayle, E. (2018). A systematic review of the association between rape myth acceptance and male-on-female sexual violence. *Aggression And Violent Behavior*, 41, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.002>

14. Annexes

14.1. Annexe 1

Traduction échelle de Ward (2012)

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

* = item inversé

Ward, R. M., Matthews, M. R., Weiner, J., Hogan, K. M., & Popson, H. C. (2012). Alcohol and sexual consent scale: Development and validation. *American journal of health behavior*, 36(6), 746-756.

14.2. Annexe 2

Vignette version kétamine

Alice arrive avec son groupe d'amis pour fêter le nouvel an en boîte. L'atmosphère est électrique, la musique résonne intensément et tout le monde est enjoué. Au bout d'un moment, le groupe se dissout pour que chacun puisse profiter de la soirée à sa manière. Alice a consommé de la kétamine et se sent euphorique. Les couleurs, les lumières, la musique deviennent envoûtantes. Elle se dirige vers la piste de danse, se laissant porter par la foule jusqu'à rencontrer Charles.

Ils échangent des sourires et commencent à danser ensemble, se perdant dans l'euphorie de la nuit. Ils parlent, rient et leur complicité grandit. Le temps passe et Alice ressent de plus en plus les effets de la kétamine. Au bout d'un moment, Charles propose de la ramener à son domicile et ils quittent la fête ensemble.

Le lendemain matin, Alice se réveille seule. La tête lourde, le corps engourdi et l'esprit encore brumeux, elle trouve un emballage de préservatif vide sur le sol de sa chambre. Les souvenirs sont fragmentés, flous, une suite de sensation sans lien. Alex tente de se rappeler la veille. En repensant à la soirée, à Charles, il manque des pièces du puzzle.

14.3. Annexe 3

Traduction échelle « Blame Attribution »

1. (nom victime) ne peut pas être blâmée pour ce qu'il s'est passé *
2. (nom victime) aurait pu éviter cet incident
3. Cet incident est de la faute de (nom victime)
4. (nom victime) avait le contrôle de la situation
5. Le comportement de (nom victime) est à blâmer pour ce que son ami a fait
6. (nom victime) aurait pu agir différemment pour éviter ce résultat
7. (nom victime) n'est pas responsable des circonstances *
8. La situation a été influencée par (nom victime)
9. (nom victime) est à blâmer pour ces circonstances
10. (nom victime) est responsable de ce qu'il s'est passé
11. (nom victime) est la cause de ce qu'il s'est passé

12. (nom agresseur) ne peut être blâmé pour ce qu'il s'est passé *
13. Cet incident est de la faute de (nom agresseur)
14. (nom agresseur) ne peut être blâmé pour ce qu'il s'est passé. (nom victime) était juste au mauvais endroit, au mauvais moment *
15. Le comportement de (nom agresseur) est à blâmer pour ce qu'il a fait
16. (nom de l'agresseur) aurait pu agir différemment pour éviter ce résultat
17. (nom agresseur) n'est pas responsable de ces circonstances *
18. La situation a été influencée par (nom de l'agresseur)
19. (nom agresseur) est à blâmer pour ces circonstances
20. (nom agresseur) est responsable de ce qu'il s'est passé
21. (nom agresseur) est la cause de ce qu'il s'est passé

* = item inversé

Persson, S., & Dhingra, K. (2021). Blame, control, or responsibility? Validation of sexual assault culpability measures.

14.4. Annexe 4

Justification des participants concernant la difficulté de transposition de leur jugement de la vignette à une situation réelle.

Justifications des participants

Participant Justification

1 Manque d'info quant au consentement éventuel d'Alice

2 Car on interprète trop facilement et rapidement des situations en fonction de notre expérience et nos émotions. Le raisonnement spontané est que Charles est un mauvais garçon car il a eu une relation sexuelle avec Alice et puis est parti. Mais il y a peut être des infos qu'on n'a pas et qui expliquent son départ etc. On ne sait pas non plus si Alice avait consenti ou non. Peut être que oui et qu'elle ne se rappelle pas de la soirée

3 Charles pourrait se sentir de la même manière et regretter le lendemain. Sou étant d'ébriété de Alice, il n'a pas conscience du non. Alors faut-il éviter tout rapport sexuel sous alcool pour être certain du consentement? Il y a confusion - Car on ne sait pas quel état le degré d'ébriété de Alice. Inconsciente ou juste pompette et joyeuse?

4 Il y a toujours une barrière entre le réel et le fictif. Je pense que mon jugement aurait été dans le même sens mais peut-être plus exacerbé

5 Je n'ai pas assez d'informations pour juger les deux personnes...

6 On manque énormément d'information si Alice a pris d'autre substance ou non, si Charles était sur l'effet de substance aussi ? Charles a-t'il remarqué que Alice était sous substance ? Et plein d'autre éléments importants dans une situation réel on peut facilement en savoir plus et cela peut énormément changer la situation et les points de vue

7 Car j'aurais demandé plus amples informations mais mes aprioris (et jugements si pas plus d'informations) correspondent à mes réponses

8 Le scénario ne précise pas s'il y a eu rapport sexuel. - C'est la consommation de cannabis par le couple qui est la cause de la situation sans doute de rapport sexuel. - Perte de contrôle pour les deux ou seulement de la part d'Alice ? - Si Charles est aussi imbibré qu'Alice, quid ?

9 Il semble ressortir du scénario que Charles a profité de l'état provoqué par la prise volontaire de cannabis d'Alice pour la violer. Cependant, aucun détail n'est donné du moment de la sortie de la boîte de nuit jusqu'au matin. - On ne peut pas affirmer avec certitude qu'Alice ait marqué son NON consentement à un rapport sexuel avec Charles. Cependant, vu l'état dans lequel elle SEMBLAIT se trouver, on SUPPOSE que Charles a profité de la situation et aurait du la raccompagner chez elle et se conduire en gentleman.

15. Résumé

Cette recherche examine la perception du consentement et de la responsabilité dans des scénarios d'agressions sexuelles opportunistes facilitées par une substance (ASFS), en se concentrant sur l'alcool, le cannabis et la kétamine. Elle mobilise différentes approches psychosociales telles que l'étude des mythes du viol, l'attribution du blâme, la théorie du monde juste et certains biais cognitifs. Trois hypothèses guident l'étude. La première suppose qu'une victime sous cannabis ou kétamine est davantage blâmée qu'une victime sous alcool. La deuxième postule que la consommation personnelle de substances par le participant influence le blâme attribué à la victime. La troisième énonce que l'adhésion aux mythes du viol augmente le blâme envers la victime, quelle que soit la substance en cause. Les variables dépendantes retenues sont le blâme attribué à la victime et à l'agresseur, le consentement perçu (0–100), la reconnaissance de l'agression (0–100) et la peine de prison proposée (0–20 ans). Les analyses effectuées reposent sur des ANOVA et des corrélations de Spearman.

Un questionnaire en ligne a été diffusé sur les réseaux sociaux. Les participants, au nombre final de 101, répondaient d'abord à des questions socio-démographiques, puis évaluaient une vignette décrivant une ASFS impliquant l'une des trois substances, attribuée de manière aléatoire. L'évaluation s'appuyait sur plusieurs outils : la Blame Attribution Scale de Persson et Dhingra (2021) traduite en français, l'AUDIT-C (Babor et al., 2001) sur la consommation d'alcool, le DUDIT (Berman et al., 2004) pour les autres substances, l'échelle de Ward (2012) pour les attitudes envers l'alcool et le consentement, et l'AMMSA (Courtois et al., 2021) sur les mythes du viol.

Les résultats montrent que l'adhésion aux mythes du viol est le facteur le plus déterminant. Une forte adhésion augmente le blâme envers la victime, réduit celui envers l'agresseur, surtout dans les conditions cannabis et alcool, diminue la reconnaissance de l'agression, accroît le consentement perçu, notamment avec l'alcool et la kétamine, et conduit à proposer des peines plus faibles. Un score élevé à l'AUDIT-C est associé à un blâme accru envers la victime, en particulier avec la kétamine, tandis qu'un score élevé au DUDIT correspond à un blâme moindre dans toutes les conditions. Aucune donnée significative ne valide l'hypothèse concernant l'effet spécifique de la substance sur le blâme.

En conclusion, les croyances des observateurs pèsent davantage que la substance consommée sur la perception des ASFS. Malgré certaines limites, ces résultats encouragent à élargir les

recherches aux substances autres que l'alcool et à mettre en place des interventions déconstruisant les mythes du viol afin que les agresseurs soient tenus responsables et les victimes pleinement reconnues dans leur statut.