



Étude sur les violences sexuelles facilitées par une substance

PARTIE 1

Table des matières

I.	Introduction.....	3
II.	Ampleur du phénomène de violences sexuelles facilitées par une substance.....	5
	1 Consommation auto-rapportée de drogue et d'alcool	5
	2 Identification des cas de violences sexuelle facilitées par une substance... ..	7
	3 Agressions sexuelles facilitées par une substance de type opportuniste versus proactive.....	8
III.	Relations entre les variables liées aux substances et les variables de suivi et de contexte	11
	1 Consommation volontaire de substances psychoactives	11
	2 Déclaration d'un état d'intoxication à l'alcool ou aux drogues.....	13
	3 Déclaration d'un état de blackout	14
	4 Sentiment qu'une drogue a pu être administrée	14
IV.	Conclusion	16
V.	Recommandations pour la réalisation d'une étude prospective.....	18
VI.	Bibliographie.....	20
	Colophon.....	21



I. Introduction

Les résultats et les conclusions de ce premier rapport sont basés sur une analyse rétrospective des données collectées par les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Deux bases de données fusionnées étaient disponibles. La première base de données est constituée d'informations collectées lors des examens médico-légaux (anamnèses) de première admission des victimes qui se sont présentées dans les CPVS entre octobre 2017 et octobre 2018. La seconde comprend les données de suivi des victimes lors de la prise en charge suivant la première admission et couvre les périodes d'octobre 2017 à décembre 2021.

Les informations permettant d'identifier les cas de violences sexuelles facilitées par une substance sont essentiellement collectées lors de l'examen médico-légal (notamment consommation d'alcool et de drogue, expérience de blackout). En conséquence, les analyses qui suivent ne portent que sur la période octobre 2017 – octobre 2018 pour laquelle les données des examens médico-légaux étaient disponibles.

Par rapport à la thématique de la consommation/l'administration de substances psychoactives, il est rapidement apparu lors des analyses que cette problématique concernait très peu les victimes en deçà de l'âge de 16 ans. Les analyses qui suivent se sont donc limitées aux victimes âgées de plus de 16 ans et plus. En conséquence, l'ensemble des analyses a porté sur un échantillon total de 743 dossiers ouverts dans les CPVS de Bruxelles, Gand et Liège entre octobre 2017 et octobre 2018 (voir tableau 1).

Il est important de noter que les données toxicologiques n'étaient pas disponibles pour les dossiers analysés dans ce rapport. Les résultats et les conclusions portent donc sur des informations auto-rapportées par les victimes et sont dès lors sujettes aux biais connus dans ces circonstances. On peut citer par exemple la tendance à sous-estimer sa propre consommation d'alcool ou de drogue, les erreurs liées aux souvenirs qui augmentent avec le temps écoulé, les perturbations mnésiques induites par les effets d'une intoxication, etc...

Enfin, il faut garder à l'esprit que les données analysées dans le présent rapport n'ont pas été initialement collectées dans le but d'étudier le phénomène de violences sexuelles facilitées par une substance. Les conclusions doivent donc être envisagées avec une prudence particulière.

Une dernière limite des analyses réalisées à partir de cette base de données est liée aux nombreuses données manquantes pour certaines variables, ce qui fragilise certaines conclusions.



TABLEAU 1: DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON SUR LEQUEL A PORTÉ LES ANALYSES

Variable	
Genre	Femmes (inclus trans.) : N = 679 – 91 % Hommes (inclus trans.) : N = 64 – 9 %
Age	≥ 16 ans : N = 743 (Exclus < 16 ans : N = 187) Age moyen : 28 ans (± 11.3) Min. : 16 ans – Max. : 83 ans
Date d'admission	Octobre 2017 – Octobre 2018
CPVS d'admission	Bruxelles : N = 380 – 51 % Gand : N = 195 – 26 % Liège : N = 168 – 23 %
Délai entre l'admission et les faits	≤ 12 heures : N = 266 – 37 % Entre 12 et 24 heures : N = 116 – 16 % Entre 1 jour et 1 semaine : N = 205 – 29 % Entre 1 semaine et 1 mois : N = 48 – 7 % > 1 mois : N = 80 – 11 %



II. Ampleur du phénomène de violences sexuelles facilitées par une substance

1 Consommation auto-rapportée de drogue et d'alcool

La littérature scientifique indique une très forte présence de substances psychoactives dans les dossiers de violences sexuelles. L'alcool éthylique est en particulier très souvent associé à ce type d'infraction. Sur base d'analyses toxicologiques, plusieurs études publiées ont rapporté dans les dossiers de violences sexuelles des taux de détection d'alcool allant de 10 à 46% selon les études et les pays (Anderson et al., 2017). Lorsque la consommation d'alcool est auto-rapportée par les victimes, on observe parfois des taux de présence d'alcool encore plus importants. Par exemple, dans l'étude de Hurley et al. (2006), 77% des victimes rapportaient avoir consommé de l'alcool, alors que les analyses toxicologiques ne permettaient d'identifier la présence d'alcool que dans 37% des cas (le plus souvent en raison du délai trop important entre les faits et le prélèvement des échantillons toxicologiques). Dans les études antérieures, les analyses toxicologiques détectaient également d'autres types de drogues avec des fréquences variables, les benzodiazépines, la cocaïne et le cannabis étant les substances les plus fréquemment identifiées (Anderson et al., 2017 ; García et al., 2021).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, une variable principale de la base de données des CPVS permet d'en évaluer l'ampleur : « Aviez-vous bu de l'alcool ? » (Variable AnSV3Alc) avec 610 réponses (133 données manquantes). A noter que l'encodage d'une seconde variable qui porte sur le type et la quantité d'alcool consommé (Variable AnSV3ANr) n'est pas suffisamment standardisé pour permettre une analyse satisfaisante. La consommation de drogue est évaluée par une variable similaire (Variable AnSV3DTak) avec 436 réponses (307 données manquantes). Les résultats obtenus sur ces deux variables (tableau 2) indiquent une haute prévalence de consommation auto-rapportée d'alcool (54% ou 45% si on inclut les données manquantes dans les calculs), mais aussi un pourcentage significatif de dossiers dans lesquels les victimes déclarent avoir consommé des drogues (13% ou 8% si on inclut les données manquantes). Les trois drogues les plus citées sont par ordre décroissant le cannabis (n = 30), la cocaïne (n = 14) et l'ecstasy (n = 4). Il faut cependant noter que la manière dont les victimes ont répondu à la question sur les drogues n'est pas très claire et que certaines victimes pourraient ne pas avoir fait la distinction entre drogues volontairement consommées et drogues administrées à leur insu.

Afin d'obtenir une meilleure estimation de la prévalence de consommation de substances psychoactives (alcool et drogues) dans les violences sexuelles, une nouvelle variable a été créée en combinant la consommation d'alcool et de drogue. Les victimes positives sur cette variable déclarent avoir consommé de l'alcool ou de la drogue au moment des faits. Afin d'obtenir une estimation conservatrice de cette consommation, les dossiers ont été catégorisés en deux groupes.



D'un côté ceux qui rapportent explicitement une consommation de substances psychoactives (alcool ou drogue) et de l'autre tous les dossiers pour lesquels aucune consommation de substance n'est rapportée ou pour lesquels l'information n'est pas disponible. Toutefois les dossiers pour lesquels les données sont manquantes pour les deux variables n'ont pas été inclus dans les analyses.

TABLEAU 2 : CONSOMMATIONS AUTO-RAPPORTÉES D'ALCOOL ET DE DROGUE

	Dossiers (N)	Oui	Non	Inconnu
Consommation d'alcool	610	54.4 %	43.9 %	1.6 %
Consommation de drogue	436	13.5 %	81.9 %	4.6 %
Consommation de drogue ou d'alcool	610	56 %	44 %	-

Comme le montre le tableau 2, cette estimation conservatrice indique que des substances psychoactives sont impliquées dans 56 % des dossiers de violences sexuelles enregistrés par les CPVS pendant la période couverte par l'étude (46% si on inclut les données manquantes). On peut donc raisonnablement conclure que plus de la moitié des cas de violences sexuelles que connaissent les CPVS sont concernés par la problématique des substances psychotropes. Ces chiffres importants correspondent bien aux données de la littérature qui indiquent une forte prévalence de consommation d'alcool et d'autres drogues psychotropes dans les agressions sexuelles (Anderson et al., 2017 ; Hagemann et al., 2013). Cette conclusion est cependant basée uniquement sur les informations rapportées explicitement par les victimes, sans confirmation par des analyses toxicologiques. En vertu des connaissances accumulées sur le sujet dans la littérature scientifique, il est vraisemblable que ces chiffres représentent encore une sous-estimation de la problématique. En effet, les victimes de violences sexuelles ont tendance à sous-rapporter leur consommation de substances psychotropes, en particulier lorsqu'il s'agit de drogues illégales, par honte, peur d'être jugées ou crainte des problèmes judiciaires qui pourraient en résulter (Tiemensma et Davies, 2018). Par ailleurs, des études antérieures ont montré que la probabilité qu'une victime de violences sexuelles s'adresse à un service d'aide et/ou porte plainte diminue lorsqu'elle était en état d'intoxication au moment des faits (Dinis-Oliveira et Magalhaes, 2013). Ces deux phénomènes contribuent habituellement à sous-estimer l'implication des substances psychoactives dans les violences sexuelles et il est donc vraisemblable que le chiffre de 56% sous-estime le taux de consommation de substances psychoactives dans les violences sexuelles en Belgique.



2 Identification des cas de violences sexuelles facilitées par une substance

Une agression sexuelle facilitée par une substance se définit comme une infraction dans laquelle une victime est sujette à des actes sexuels non consentis alors qu'elle est incapacitée ou inconsciente à cause des effets d'une substance et est donc incapable de résister ou de donner son consentement (Hall et Moore, 2008).

Le fait qu'une victime rapporte une consommation d'alcool ou de drogue lors des faits n'implique donc pas automatiquement qu'il s'agisse d'un cas de violence sexuelle facilitée par une substance. Pour être autorisé à parler d'agression sexuelle facilitée par une substance, il faut encore que les effets de la substance soient effectivement de nature à faciliter l'agression. C'est donc bien l'état d'intoxication de la victime qui détermine cette classification. Etablir précisément si un dossier implique une agression sexuelle facilitée par une substance nécessite donc un examen de l'état de la victime juste après les faits et une confirmation par des analyses toxicologiques (McBrierty et al., 2013). Malheureusement, ces informations sont rarement disponibles en raison du délai parfois important entre les faits et le premier examen médico-légal. C'est pourquoi la littérature scientifique se contente habituellement de donner des chiffres liés à la présence de différentes substances dans les analyses toxicologiques et/ou la consommation auto-rapportée de substances psychotropes par les victimes sans se prononcer explicitement sur la facilitation de l'agression sexuelle.

Dans la base de données des CPVS, plusieurs variables permettent d'approcher cette définition à partir des effets d'intoxication rapportés par les victimes. Une variable porte sur l'état d'ébriété (Variable AnSV2VicA). Une autre variable porte sur l'état d'intoxication après la prise de drogue (la victime se sentait « high », variable AnSC2VicD). Enfin deux variables concernent l'état de blackout ressenti par les victimes (variables AnSV2VicBO et AnaSV2Mem). La première variable liée au blackout portait plus spécifiquement sur la perte de connaissance alors que la seconde, plus générale, incluait également d'autres symptômes du blackout comme les pertes de mémoire.

Sur base des propos rapportés par les victimes quant à leur état d'intoxication lors des faits, on peut grossièrement estimer que la facilitation par une substance concerne 20 à 30% des dossiers de violences sexuelles enregistrés par les CPVS. Il s'agit d'un pourcentage inférieur aux 56% de dossiers dans lequel la consommation de substances psychoactives étaient impliquées. Cela s'explique par le fait que les quantités d'alcool ou de drogue consommées par les victimes sont dans un certain nombre de cas insuffisantes pour exercer un rôle causal majeur dans la commission des violences. Ces dossiers ne tombent dès lors pas dans la catégorie des agressions sexuelles facilitées par une substance. Ainsi, par exemple, seules 39% des victimes qui ont consommé de l'alcool rapportent spontanément un état d'ébriété.



TABLEAU 3 : ETATS D'INTOXICATION AUTO-RAPPORTÉS PAR LES VICTIMES

	Dossiers (N)	Oui	Non	Inconnu
Etat d'ébriété éthylique	553	22.6 %	72.0 %	5.4 %
Etat d'intoxication aux drogues	551	8.5 %	84.2 %	7.3 %
Blackout – Perte de connaissance	551	22.1 %	73 %	4.9 %
Blackout en général	527	30.9 %	60 %	9.1 %

Il est important de souligner à nouveau que la procédure utilisée ici pour identifier les cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance est très imparfaite. En effet, les questions posées aux victimes n'ont pas été définies pour permettre précisément cette catégorisation. D'autre part, les données toxicologiques n'étaient pas disponibles pour confirmer ou infirmer l'état intoxication dont témoigne la victime.

3 Agressions sexuelles facilitées par une substance de type opportuniste versus proactive

On distingue habituellement deux formes d'agressions sexuelles facilitées par une substance : celles de nature opportuniste et celles de nature proactive (Anderson et al., 2017). La distinction entre ces deux formes porte sur la manière dont la substance incriminée a été administrée. Dans les violences sexuelles de nature opportuniste, c'est la victime qui a volontairement consommé la substance, souvent à des fins récréatives, et l'agresseur profite de l'état de vulnérabilité induit par l'intoxication. Dans les violences sexuelles de nature proactive, c'est l'agresseur qui administre la substance à la victime, le plus souvent à son insu, pour ensuite commettre une agression sexuelle. L'administration de substance constitue dans ce cas une étape dans un schéma prémédité par l'agresseur pour faciliter l'agression sexuelle. A noter que des situations intermédiaires existent dans lesquelles la victime a consommé volontairement des substances psychoactives (par exemple de l'alcool) alors qu'elle subit aussi l'administration d'une substance à son insu (par exemple du GHB ajouté dans son verre). Il arrive aussi que l'agresseur, dans le but d'abuser d'une victime, lui propose une substance qu'elle consomme alors volontairement sans anticiper les conséquences.

En raison de l'émoi médiatique que suscitent souvent les agressions sexuelles facilitées par une substance de nature proactive (par exemple la campagne « Balance ton bar » à Bruxelles en octobre 2021), plusieurs études scientifiques en discutent la prévalence (par exemple Anderson et al., 2017) mais sans avancer de chiffres précis. Il s'agit en effet d'une opération difficile pour plusieurs raisons. Les différentes substances impliquées dans les agressions sexuelles partagent des symptômes d'intoxication assez similaires. Il est donc difficile d'identifier une substance sur base du seul témoignage des victimes. Ces dernières peuvent également confondre les effets d'une intoxication éthylique suite à une consommation volontaire d'alcool avec les effets d'autres substances (Quigley et al., 2009).



Enfin, nombre de molécules utilisées dans les agressions sexuelles proactives sont rapidement métabolisées par l'organisme. Si le prélèvement d'un échantillon d'urine ou de sang n'est pas réalisé dans les heures qui suivent l'agression, une analyse toxicologique n'est en général plus capable de détecter ces substances. Dans de nombreux cas, il est donc impossible de confirmer avec certitude une agression sexuelle proactive. Les études scientifiques publiées sur ce sujet permettent néanmoins de conclure que les agressions sexuelles de nature proactive ne constituent qu'une petite fraction des agressions sexuelles facilitées par une substance (Anderson et al., 2017). La grande majorité des cas d'agressions sexuelles facilitées par une substance sont de nature opportuniste et impliquent le plus souvent l'alcool (Poulsen et al., 2021). Parmi les substances les plus fréquemment impliquées dans les dossiers de violences sexuelles de nature proactive, on retrouve le GHB, le flunitrazépam (Rohypnol ; molécule de la famille des benzodiazépines) et la kétamine (Costa et al., 2020).

Dans les bases de données des CPVS, en plus des variables portant sur le blackout qui peuvent donner une indication, les victimes étaient interrogées sur la possibilité qu'une drogue leur ait été administrée (Variable AnSV3DAdm). Cette variable donne des indications de suspicion d'agression sexuelle de nature proactive chez la victime. Le tableau 4 montre que 51 victimes estiment qu'une drogue a pu leur être administrée. Cela représente 17% des dossiers pour lesquels la réponse à la question est connue et 7% de l'échantillon total si on inclut les données manquantes. Toutefois, les données disponibles indiquent également que ces chiffres pourraient surestimer le nombre de cas réels d'agressions sexuelles proactives parmi ces dossiers. En effet, comme cela a déjà été rapporté dans des études précédentes (par exemple, Tiemensma et Davies, 2018), les victimes qui pensent qu'une drogue leur a été administrée à leur insu rapportent aussi plus fréquemment une consommation volontaire d'alcool et/ou de drogue (figure 1), pouvant conduire à des confusions dans l'identification des symptômes. Dans les données des CPVS, il y a ainsi une relation statistiquement significative entre le sentiment qu'une drogue a été administrée et la consommation volontaire d'alcool ou de drogue chez les victimes ($\chi^2(4) = 35.74$; $p < 0.0001$). Il est intéressant de noter qu'il n'y a que 9 dossiers dans lesquels la victime pense qu'une drogue lui a été administrée alors qu'elle ne rapporte aucune consommation volontaire d'alcool ou de drogue. Par ailleurs, les commentaires à la question sur les drogues consommées indiquent de fortes suspicions d'administration d'une substance à l'insu des victimes dans 16 dossiers. Pour ces quelques dossiers, la probabilité qu'il s'agisse d'agressions sexuelles de nature proactive est donc élevée, même en l'absence d'analyses toxicologiques.

TABLEAU 4 : SENTIMENT QU'UNE DROGUE A ÉTÉ ADMINISTRÉE

Est-ce qu'une drogue a pu être administrée ?	Nombre de cas (N)	Pourcentage
Oui	51	17 %
Non	219	71 %
Ne sait pas	37	12 %



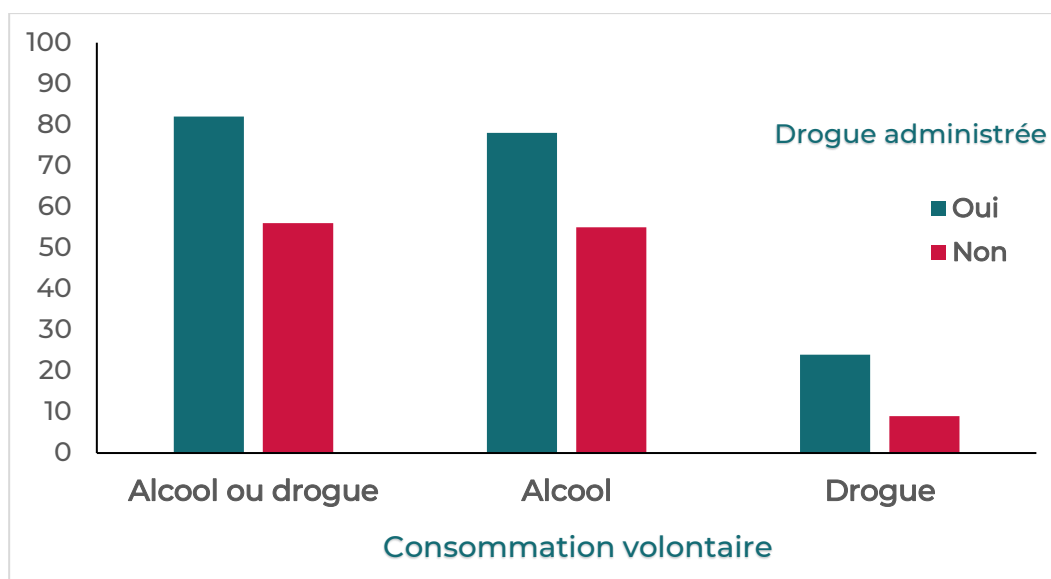


FIGURE 1: SENTIMENT D'ADMINISTRATION DE DROGUE EN FONCTION DE LA CONSOMMATION VOLONTAIRE AUTO-RAPPORTÉE D'ALCOOL ET/OU DE DROGUE. L'AXE VERTICAL REPRÉSENTE LE POURCENTAGE DE DOSSIER IMPLIQUÉS.

Le chiffre obtenu de 17% (7% avec les données manquantes) de dossiers pour lesquels les victimes suspectent l'administration d'une substance par une autre personne correspond à une minorité de dossier comparativement à ceux pour lesquels une consommation volontaire de substances psychoactives est impliquée ou ceux qui peuvent être considérés comme des cas d'agression sexuelle facilitée par une substance. Cette conclusion rejoint les résultats de nombreuses études publiées qui constatent que les agressions sexuelles facilitées par une substance de nature opportuniste sont de loin les plus fréquentes (voir revues dans Anderson et la., 2017 ; Hall et Moore, 2008). Il faut néanmoins rappeler que plusieurs facteurs sont susceptibles de biaiser les résultats obtenus dans la présente étude, aussi bien dans le sens d'une sous-estimation (les agressions sexuelles de cette nature sont en général moins reportées aux services d'aide ; Dinis-Oliveira et Magalhaes, 2013) que d'une surestimation (les symptômes d'une possible drogue administrée peuvent être confondus avec ceux des substances volontairement consommées ; Tiemensma et Davies, 2018). Dans la littérature scientifique, les cas d'agression sexuelle facilitée par une substance de nature proactive sont généralement confirmés par une analyse toxicologique. Ces données n'étaient malheureusement pas disponibles pour la présente étude. Nous ne disposons donc pas des informations nécessaires pour confirmer plus objectivement ces conclusions.



III. Relations entre les variables liées aux substances et les variables de suivi et de contexte

Afin de déterminer s'il y a des relations significatives entre l'administration/la consommation de substances psychoactives et d'autres variables de suivi ou de contexte, quatre variables liées aux substances ont été sélectionnées. La première variable prend en compte la simple consommation volontaire de substances psychoactives. Il s'agit de la variable qui a été créée en combinant la consommation auto-rapportée d'alcool et de drogue (voir point II.1). La deuxième variable combine les états d'intoxication auto-rapportés pour l'alcool et pour les drogues. Avec toutes les réserves émises ci-dessus, cette variable est celle qui s'approche le mieux de la définition d'une agression sexuelle facilitée par une substance. La troisième variable prend en compte le blackout auto-rapporté qui peut aussi être un indicateur de violence sexuelle facilitée par une substance. Enfin la quatrième variable concerne le sentiment rapporté par la victime qu'une drogue a pu lui être administrée. Cette variable peut indiquer une suspicion d'agression sexuelle facilitée par une substance de nature proactive, en gardant à l'esprit les risques de surestimation discutés dans le point II.3.

1 Consommation volontaire de substances psychoactives

Le tableau 5 décrit les variables pour lesquelles il y a des différences statistiquement significatives entre les victimes qui déclarent une consommation volontaire d'alcool et/ou de drogue lors des faits et celles qui n'en déclarent pas. Lorsqu'on contraste ces deux types de dossiers, une différence inattendue apparaît. Le délai avant la première admission dans un CPVS est plus réduit chez les personnes qui déclarent avoir consommé des substances psychoactives lors des faits (délai médian de 15 heures versus 28 heures). Ces résultats semblent contradictoires avec les conclusions habituelles de la littérature scientifique, à savoir que la consommation d'alcool ou de drogue a tendance à retarder les demandes d'aide et la dénonciation des faits (García et al., 2021). Nous pensons que l'explication de cette observation surprenante est liée au fait que les personnes qui se présentent après un long délai (parfois plusieurs années après les faits) ne sont plus capables de se souvenir ou ne mentionnent pas une simple consommation d'alcool ou de drogue. Ainsi, dans les dossiers pour lesquels les faits sont anciens, les victimes rapporteraient moins une simple consommation d'alcool ou de drogue, ce qui biaiserait la comparaison. Il est possible de confirmer cette explication en excluant des analyses les dossiers dont le délai entre les violences sexuelles et l'admission dépasse une semaine. En procédant de la sorte avec les données fournies par les CPVS, on voit disparaître la différence statistiquement significative au niveau du délai entre les deux groupes (délai médian de 14 heures versus 16 heures).



Concernant les faits, la consommation de substances psychoactives caractérise des dossiers dans lesquels les violences sont plus fréquemment commises par des inconnus (51% versus 38%), moins souvent par le partenaire (2% versus 14%) et sont plus souvent non spécifiées (20% versus 7%). On ne trouve par contre pas de différence significative quant à la volonté de porter plainte (70% versus 68%). L'évaluation du risque par les intervenants et la durée du suivi ne différencient pas non plus les deux catégories de dossiers. Sans surprise, les victimes qui déclaraient une consommation de substances psychoactives lors des faits, souvent de l'alcool, sont aussi des personnes qui présentent globalement une consommation d'alcool à risque mesurée par l'AUDIT (score moyen de 10.6 caractéristique d'une consommation dangereuse versus 3.6 caractéristique d'une consommation à faible risque). Cette consommation d'alcool à risque préexistait vraisemblablement aux faits dans de nombreux cas. Enfin les victimes qui déclarent une consommation de substances psychotropes rapportent plus souvent un état de blackout lors des faits (39% versus 18%) ou le sentiment qu'une drogue a pu leur être administrée à leur insu (22% versus 8%).

TABEAU 5 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES QUI DISTINGUENT LES DOSSIER AVEC OU SANS CONSOMMATION VOLONTAIRE D'ALCOOL OU DE DROGUE

Variable	Avec consommation volontaire d'alcool ou de drogue	Statistique
Délai avant la première admission	Délai plus réduit	P < 0.0001
Type de violence sexuelle	Plus de violences non spécifiées	P < 0.0001
Relations entre la victime et l'agresseur	Moins de partenaires Plus d'inconnus	P < 0.0001
Anxiété (GAD-7)	Moins d'anxiété	P = 0.001
Dépression (PHQ-9)	Moins de dépression	P = 0.001
Stress post-traumatique (PCL-5)	Moins de stress post-traumatique	P < 0.0001
Consommation d'alcool (AUDIT)	Consommation plus à risque	P < 0.0001
Déclaration de blackout	Plus de blackouts	P < 0.0001
Administration de drogue par une autre personne	Plus de sentiment d'avoir pu recevoir une drogue à son insu	P < 0.0001

Une observation surprenante est que les victimes qui déclarent une consommation volontaire de substances psychoactives obtiennent de meilleurs résultats sur les échelles d'évaluation psychologique. Elles présentent des niveaux significativement inférieurs sur l'échelle d'anxiété GAD-7 (score moyen de 10.8 versus 13.3), sur l'échelle de dépression PHQ-9 (score moyen de 13.8 versus 17.1) et sur la mesure de stress post-traumatique (score moyen de 38 versus 45). Ces observations étonnantes ne sont pas expliquées par le biais de délai



de présentation puisque les différences persistent lorsqu'on limite les analyses aux admissions effectuées dans les 7 jours après les faits.

2 Déclaration d'un état d'intoxication à l'alcool ou aux drogues

Le tableau 6 présente les variables pour lesquelles il y a des différences statistiquement significatives entre les victimes qui déclarent un état d'intoxication à l'alcool ou aux drogues lors des faits et celles qui n'en déclarent pas. Cette variable permet de distinguer des profils sensiblement différents de ceux qui apparaissent avec la simple consommation de substances.

TABLEAU 6 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES QUI DISTINGUENT LES DOSSIERS AVEC OU SANS ÉTAT D'INTOXICATION DÉCLARÉ

Variable	Avec état d'intoxication déclaré	Statistique
Délai avant la première admission	Délai plus long	P = 0.01
Type de violence sexuelle	Moins de v. sex. sans pénétration Plus de violences non spécifiées	P < 0.0001
Relations entre la victime et l'agresseur	Moins de partenaires	P < 0.0001
Volonté de porter plainte	Plus de refus de porter plainte	P = 0.006
Consommation d'alcool (AUDIT)	Consommation plus à risque	P < 0.0001
Déclaration de blackout	Plus de blackouts	P < 0.0001
Administration de drogue par une autre personne	Plus de sentiment d'avoir pu recevoir une drogue à son insu	P < 0.0001

En accord avec les conclusions de la littérature scientifique, le délai est allongé lorsqu'il y a un état d'intoxication (délai médian de 27 heures versus 17 heures) et les victimes sont moins enclines à porter plainte (62% versus 73%). L'état d'intoxication est moins souvent associé avec des violences sexuelles sans pénétration (5% versus 15%) et plus souvent avec des violences sexuelles non spécifiées (25% versus 10%). Lorsqu'il y a une intoxication, l'auteur présumé est moins souvent le partenaire (2% versus 9%). Comme pour la consommation de substance, on n'observe pas de différence pour l'évaluation du risque par les intervenants et pour la durée du suivi. Il est intéressant de noter que contrairement à ce qui était observé pour la simple consommation de substances, l'état d'intoxication n'est pas associé à une différence significative au niveau des échelles d'évaluation psychologique (pas de différence pour l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique).



Par contre, on retrouve à nouveau une différence au niveau de la consommation d'alcool qui est plus à risque chez les victimes qui déclarent un état d'intoxication (score médian à l'AUDIT de 9 versus 4). On retrouve également des différences significatives au niveau du taux de blackouts rapportés (44% versus 25%) et du sentiment qu'une drogue peut avoir été administrée à leur insu (33% versus 8%).

3 Déclaration d'un état de blackout

Le tableau 7 montre les variables pour lesquelles il y a des différences statistiquement significatives entre les victimes qui déclarent un état de blackout lors des faits et celles qui n'en déclarent pas. La différence entre ces deux profils est sensiblement la même que pour l'état d'intoxication. On retrouve chez les personnes qui déclarent un blackout un délai plus long avant de se présenter dans un CPVS (délai médian de 19 heures versus 13 heures), des violences sexuelles plus fréquemment exercées par un inconnu (56% versus 41%) et une moindre volonté de porter plainte (67% versus 80%). Les victimes qui déclarent un blackout ont également une consommation d'alcool plus à risque (score médian à l'AUDIT de 9 versus 4) et sont naturellement plus susceptibles de penser qu'on leur a administré une drogue à leur insu (28% versus 10%).

4 Sentiment qu'une drogue a pu être administrée

Le tableau 8 décrit les variables pour lesquelles il y a des différences statistiquement significatives entre les victimes qui pensent ou non qu'une drogue a pu être administrée à leur insu. La distinction peut être considérée comme un indicateur, quoiqu'assez peu fiable, de suspicion de violence sexuelle de nature proactive, au moins de la part de la victime. Contrairement aux observations de la littérature scientifique (García et al., 2021), on ne trouve pas de différence statistiquement significative au niveau du délai avant de s'adresser aux CPVS (délai médian de 19 heures versus 15 heures), ni au niveau de la volonté de porter plainte (80% versus 84%). Les principales variables qui distinguent les victimes qui pensent avoir reçu une drogue à leur insu concernent la consommation auto-rapportée de substances psychoactives et les déclarations d'intoxication et de blackout. Ainsi ces victimes déclarent plus fréquemment avoir consommé volontairement de l'alcool (78% versus 55%) ou de la drogue (24% versus 9%), être en état d'intoxication éthylique (50% versus 22%) ou sous les effets d'une autre drogue (42% versus 6%) ou avoir fait l'expérience d'un blackout (53% versus 25%). Par contre, on n'observe pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne les variables de suivi ou les échelles d'évaluation psychologique.



TABLEAU 7 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES QUI DISTINGUENT LES DOSSIERS AVEC OU SANS DÉCLARATION DE BLACKOUT

Variable	Avec blackout déclaré	Statistique
Délai avant la première admission	Délai plus long	P = 0.01
Type de violence sexuelle	Moins de v. sex. sans pénétration Plus de violences non spécifiées	P < 0.0001
Relations entre la victime et l'agresseur	Plus d'inconnus	P = 0.03
Volonté de porter plainte	Plus de refus de porter plainte	P < 0.0001
Consommation d'alcool (AUDIT)	Consommation plus à risque	P = 0.01
Administration de drogue par une autre personne	Plus de sentiment d'avoir pu recevoir une drogue à son insu	P < 0.0001

TABLEAU 8 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES QUI DISTINGUENT LES DOSSIERS DANS LESQUELS LA VICTIME A OU NON LE SENTIMENT QU'UNE DROGUE A PU ÊTRE ADMINISTRÉE PAR UNE AUTRE PERSONNE

Variable	Avec sentiment qu'une drogue a pu être administrée	Statistique
Type de violence sexuelle	Plus de violences non spécifiées	P < 0.0001
Consommation d'alcool lors des faits	Plus de consommation volontaire d'alcool	P < 0.0001
Consommation de drogue lors des faits	Plus de consommation volontaire de drogue	P < 0.0001
Déclaration d'état d'intoxication éthylique	Plus d'état d'intoxication éthylique	P < 0.0001
Déclaration d'état d'intoxication aux drogues	Plus d'état d'intoxication aux drogues	P < 0.0001
Déclaration de blackout	Plus de blackouts	P < 0.0001



IV. Conclusion

L'analyse de la base de données des CPVS pour la période octobre 2017 – octobre 2018 indique que les violences sexuelles sont souvent accompagnées de consommation de substances psychoactives (56% des dossiers). Cette haute prévalence de violences sexuelles accompagnées de substances psychoactives est confirmée par de nombreuses autres études (voir revue dans Anderson et al., 2017). Comme dans la grande majorité des études précédentes, c'est l'alcool qui est la substance la plus souvent associée aux agressions sexuelles rapportées aux CPVS durant cette période (54% des dossiers). La prévalence de violences sexuelles facilitées par une substance peut être estimée sur base des analyses à 20-30 % des dossiers ouverts. Sans résultats d'analyses toxicologiques, il est très difficile d'estimer la part des violences sexuelles facilitées par une substance de nature opportuniste et proactive. Il semble néanmoins clair que les agressions de type opportuniste sont nettement plus fréquentes que les agressions de nature proactive qui représentent certainement moins de 7% des cas des dossiers ouverts dans les CPVS de Bruxelles, Gand et Liège durant la période couverte.

Les résultats décrits ci-dessus confirment les conclusions d'études antérieures qui montrent que l'état d'intoxication et le blackout retardent les demandes d'aide et diminuent la probabilité de porter plainte (García et al., 2021). Selon la littérature scientifique, cela contribue à la sous-estimation de la prévalence des violences sexuelles facilitées par une substance, participe aux difficultés à identifier celles de nature proactive, et diminue dès lors les chances que des poursuites judiciaires aboutissent. Etant donné la vitesse de métabolisation des drogues généralement incriminées dans ce type d'agression (en particulier le GHB), il est recommandé de prélever des échantillons de sang ou d'urine le plus tôt possible après les faits (Dinis-Oliveira et Magalhaes, 2013). Au-delà de 24 heures, les analyses toxicologiques ont beaucoup de chances de ne plus être fiables pour détecter ce type de substance. Or comme le montrent les résultats ci-dessus, un état d'intoxication retarde la visite aux CPVS de 10 heures (le délai médian passe de 17 heures à 27 heures) rendant ainsi improbable la détection de substances comme le GHB.

Les résultats obtenus montrent aussi que toutes les variables en lien avec les substances psychoactives (y compris l'alcool) sont liées les unes aux autres. On note en particulier que le sentiment des victimes qu'une substance a pu être administrée à leur insu est lié à leur consommation volontaire de substances psychoactives (alcool et drogues). Cela suggère que certaines victimes pourraient confondre les symptômes d'alcoolisation et d'autres substances qu'elles ont consommées volontairement avec les effets d'une drogue qui aurait été administrée à leur insu. Seuls les résultats d'analyses toxicologiques sur des échantillons prélevés dans les heures qui suivent les violences permettraient de confirmer l'administration d'une telle substance. Malheureusement, les présents résultats confirment les conclusions d'autres études qui indiquent que le sentiment des victimes quant à l'administration d'une substance à leur insu est un indicateur assez peu fiable de la nature proactive des violences sexuelles.

On peut également conclure de l'analyse des données des CPVS que les violences sexuelles accompagnées ou facilitées par une substance psychoactive sont plus souvent le fait d'un inconnu et sont plus fréquemment de gravité supérieure (viol avec pénétration). Cela n'est guère étonnant étant donné que la consommation de substances psychoactives se déroule souvent dans un contexte festif extérieur au domicile privé.



Notons néanmoins que même dans ces circonstances, l'auteur est encore fréquemment une connaissance de la victime plutôt qu'un inconnu.

Contrairement à ce qui est parfois rapporté dans la littérature (Anderson et al., 2017), les variables de suivi semblent peu affectées par les effets de substances psychoactives lors des violences sexuelles. On n'observe pas de différences statistiquement significatives au niveau de l'évaluation des risques par les intervenants, concernant la durée du suivi ou sur les échelles d'évaluation psychologique, à l'exception de l'AUDIT qui mesure la consommation d'alcool à risque. Comme l'AUDIT mesure le niveau de risque en lien avec la consommation habituelle d'alcool, les résultats indiquent qu'une consommation élevée d'alcool est un facteur de risque pour les violences sexuelles facilitées par une substance.

Pour terminer, il n'est pas inutile de rappeler les limites de la présente étude déjà mentionnées en début de rapport. Les conclusions ne portent que sur une période restreinte (octobre 2017 à octobre 2018) et un nombre réduit de CPVS (Bruxelles, Gand, Liège) qui venaient d'être créés. En raison de cette création récente, il n'est pas exclu que les pourcentages rapportés évoluent avec le temps et l'ouverture de nouveaux CPVS. Par ailleurs, les conclusions ne reposent que sur les informations auto-rapportées par les victimes sans confirmations toxicologiques. Il est bien connu dans la littérature que les données auto-rapportées dans ce type de circonstances peuvent subir des distorsions cognitives liées aux événements traumatiques et aux effets psychotropes des substances. Enfin, une dernière limite est liée au caractère rétrospectif des analyses réalisées sur une base de données qui n'a pas été explicitement créée pour répondre aux objectifs de l'étude.



V. Recommandations pour la réalisation d'une étude prospective

Quelques recommandations peuvent être formulées sur base de l'analyse rétrospective des données de la période octobre 2017 – octobre 2018 afin d'améliorer les conclusions concernant l'implication de substances psychoactives dans les violences sexuelles.

Nous recommandons tout d'abord de concentrer l'étude prospective sur les dossiers pour lesquels la victime est âgée de 16 ans ou plus et avec un délai de présentation qui n'est pas supérieur à une semaine. Les analyses rétrospectives indiquent en effet que l'administration de substances psychoactives concerne peu les dossiers des mineurs en dessous de 16 ans. Concentrer les analyses sur les dossiers récents (une semaine ou moins entre l'admission et les faits) permettra aussi de tirer des conclusions plus précises.

L'accès aux données toxicologiques pour l'étude prospective permettrait de confirmer plus objectivement certaines conclusions, et en particulier celles qui portent sur les violences sexuelles facilitées par une substance de nature proactive.

Depuis la période couverte par les analyses du présent rapport (2017 – 2018), des améliorations significatives ont été réalisées dans le manuel de collecte des données. Elles permettront de lever certaines ambiguïtés relevées dans le présent rapport. Nous nous permettons néanmoins de formuler ci-dessous quelques suggestions d'améliorations supplémentaires qui permettraient de mieux aborder la problématique de l'implication des substances psychoactives dans les violences sexuelles.

1. Clarifier les questions portant sur le blackout

Plusieurs questions portent sur le blackout rapporté par la victime dans l'actuel manuel de collecte des données : « La victime a-t-elle eu un black-out, une perte de conscience, une perte de mémoire ou s'est-elle endormie avant/pendant les violences sexuelles (présumées) ? ». Nous pensons que ces questions sont de nature à confondre les pertes de conscience et de mémoire liées à l'administration/ la consommation d'une substance avec d'autres phénomènes d'origine psychologique (par exemple : troubles de mémoire liés à un événement traumatique), ce qui est confirmé par les échanges que nous avons eus avec du personnel des CPVS. Nous suggérons donc de dissocier les questions afin que l'une d'elle porte explicitement sur le sentiment de la victime d'avoir subi un blackout d'origine toxicologique (suite aux effets de l'alcool ou d'autres substances). Il serait également intéressant d'ajouter une brève question pour caractériser ce blackout d'origine toxicologique de complet (plus aucun souvenir des événements pendant une période de temps significative) ou fragmenté (pertes de mémoire mais avec quelques souvenirs sous forme de « flashes »).



2. Dissocier l'état d'intoxication du blackout

Indépendamment des questions sur le blackout, une question plus générale sur l'état d'intoxication/d'ébriété ressenti par la victime lors des faits serait utile. En effet, un état d'intoxication susceptible de faciliter les violences sexuelles est possible sans perte de connaissance ou de mémoire avec des symptômes tels que vertiges, vision floue et troubles de la coordination. Il nous semble que la question actuelle sur l'état d'intoxication (Question CD_INTOX_BEFORE_DUR_OFFNC) est trop fortement centrée sur les pertes de conscience ou de mémoire et pourrait négliger d'autres formes d'intoxication (ou produire des confusions lors de l'encodage).

3. Ajouter / maintenir une question explicite sur l'administration d'une substance à l'insu de la victime

Il est utile qu'une question porte explicitement sur le sentiment de la victime qu'une drogue a pu lui être administrée à son insu. Même si cette impression peut s'avérer incorrecte, elle permettra au moins d'évaluer la perception des victimes par rapport au phénomène de violences sexuelles facilitées par une substance de nature proactive.

4. Proposer une liste déroulante de drogues plus complète

La liste de drogues proposée dans le manuel de collecte des données (Question « type de drogues ») est incomplète. N'y figurent pas par exemple des drogues d'usage fréquent comme la cocaïne et l'ecstasy. Nous suggérons d'adopter une liste plus complète sans être trop longue. Il existe plusieurs listes de ce type qui reprennent les grandes familles de substances et qui sont d'usage courant en recherche (exemple : screening tool du National Institute on Drug Abuse).

5. Clarifier les questions portant sur la consommation pendant les faits

Comme défini dans le manuel de collecte des données, il est important de différencier les consommations d'alcool, de drogue ou de médicament qui ont lieu avant, pendant ou après les faits. Suite à nos discussions avec les membres du personnel des CPVS, il serait toutefois utile de mieux préciser ce que signifie « pendant les faits » et de limiter cette catégorie à des faits de violence qui se sont étalés sur une période longue (par exemple impliquant une séquestration).

6. Données manquantes

Enfin, dans le cadre de l'étude prospective, il serait utile d'encourager les personnes qui encodent à éviter les données manquantes (cases vides) pour les questions portant sur la consommation de drogue et d'alcool et les états d'intoxication. Il nous semble que les catégories proposées dans le manuel (exemple : « aucun souvenir » et « information inconnue ») permettent de couvrir les différents cas de figure. Il n'y a donc pas lieu d'ajouter d'autres catégories de réponses mais d'encourager leur utilisation.



VI. Bibliographie

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.

Costa, Y.R.S, Lavorato, S.N., Baldin, J.J.C.M.C. (2020). Violence against women and drug-facilitated sexual assault (DFSA): A review of the main drugs. Journal of Forensic and Legal Medicine, 74, 1-10.

Dinis-Oliveira, R.J, Magalhaes, T. (2013). Forensic toxicology in drug-facilitated sexual assault. Toxicology Mechanisms and Methods, 23, 471-478.

García, M.G., Pérez-Carceles, M.D., Osuna, E., Legaz, I. (2021). Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. Journal of Forensic and Legal Medicine, 79, 1-15.

Hagemann, C.T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K.A., Ormstad, K., Schei, B. (2013). Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center - Associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. Journal of Forensic and Legal Medicine, 20, 777-784.

Hall, J.A., Moore, C.B.T (2008). Drug facilitated sexual assault – A review. Journal of Forensic and Legal Medicine, 15, 291-297.

Hurley, M., Parker, H., Wells, D.L. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. Journal of Clinical Forensic Medicine, 13, 181-185.

McBrierty, D., Wilkinson, A., Tormey, W. (2013). A review of drug-facilitated sexual assault evidence: An Irish perspective. Journal of Forensic and Legal Medicine, 20, 189-197.

Quigley, P., Lynch, D.M., Little, M., Murray, L., Lynch, A.-M., O'Halloran, S.J. (2009). Prospective study of 101 patients with suspected drink spiking. Emergency Medicine Australasia, 21, 222-228.

Poulsen, H., McCarthy, M.J., Baker, J., Verma, A., Moir, H.J., Brodie, T., Thatti, B., Trotter, G., Rooney, B. (2021). Toxicological Assessment of the Role of Alcohol and Drugs in Drug-Facilitated Sexual Assault Cases in New Zealand. Journal of Analytical Toxicology, 45, 44-52.

Tiemensma, M., Davies, B. (2018). Investigating drug-facilitated sexual assault at a dedicated forensic centre in Cape Town, South Africa. Forensic Science International, 288, 115-122.



Colophon

Document publié en 2025.

Auteurs

Etienne Quertemont et Vincent Didone
Service de Psychologie Quantitative, Université de Liège

Éditeur responsable

Michel Pasteel, Directeur de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

Place Victor Horta 40

1060 Bruxelles

T 02 233 44 00

info@iefh.be

<https://iefh.be>

Numéro de dépôt

D/2025/10.043/5

Les fonctions, les titres et les grades utilisés dans cette publication font référence aux personnes de tout-e sexe ou identité de genre.

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.

