

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Conséquences psychiatriques et addictologiques des
agressions sexuelles facilitées par la drogue :
une revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2022 à 14h30
au Pôle Formation

Par Camille LANDMANN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Louise CARTON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 Définitions	7
1.1.1 Les agressions sexuelles et le viol	7
1.1.2 Les agressions sexuelles facilitées par la drogue	8
1.1.2.1 La soumission chimique	9
1.1.2.2 La vulnérabilité chimique	10
1.1.2.3 Diagnostics	11
1.1.2.4 Symptômes	12
1.2 Épidémiologie.....	14
1.2.1 Prévalence.....	14
1.2.1.1 Agressions sexuelles	14
1.2.1.2 Agressions sexuelles facilitées par la drogue.....	15
1.2.1.3 Cas particuliers des soumissions et vulnérabilités chimiques.....	17
1.2.2 Difficultés à estimer la prévalence.....	17
1.2.2.1 Discretion des victimes	18
1.2.2.2 Difficultés pour les victimes	19
1.2.2.3 Difficultés pour la justice.....	20
1.3 Contextes	22
1.3.1 Lieux	22
1.3.2 Facilitation par la drogue	23
1.3.2.1 Modus operandi	23
1.3.2.2 Substances psychoactives utilisées	23
1.3.3 Agresser	28
1.3.3.1 Connu de la victime	28
1.3.3.2 Profil	28
1.4 Facteurs de risque	29
1.4.1 Le sexe féminin.....	29
1.4.2 Un jeune âge	29
1.4.3 La consommation de substances psychoactives	30
1.4.4 La pauvreté	30
1.4.5 La victimisation antérieure	30
1.5 Étapes de la prise en charge.....	31
1.5.1 En cas d'agression sexuelle	31
1.5.2 En cas d'agression sexuelle facilitée par la drogue	32
1.6 Conséquences médicales	34
1.6.1 Conséquences non psychiatriques	34

1.6.2	Conséquences psychiatriques et addictologiques	35
1.6.2.1	Le trouble de stress aigu	35
1.6.2.2	Le trouble de stress post-traumatique	36
1.6.2.3	Les troubles dépressifs et les troubles anxieux	37
1.6.2.4	Le trouble de l'usage de substance	37
1.6.2.5	Autres troubles.....	37
1.6.3	Conséquences dans le cas de la facilitation par la drogue	38
1.7	Rationnel et objectifs de cette étude	38
2	MÉTHODES	40
2.1	Critères d'éligibilité.....	40
2.2	Sources d'information et stratégies de recherche	40
2.3	Processus de sélection des études.....	41
2.4	Extraction des données	41
2.5	Risque de biais inhérent à chacune des études	41
2.6	Synthèse des résultats	42
3	RÉSULTATS	43
3.1	Sélection des études.....	43
3.2	Caractéristiques des études.....	45
3.3	Risque de biais des études	50
3.4	Conséquences psychiatriques des agressions sexuelles facilitées par la drogue	54
3.4.1	Trouble de stress post-traumatique	65
3.4.2	Troubles dépressifs et troubles anxieux.....	68
3.4.3	Suivis médicaux et psychothérapie.....	69
3.5	Conséquences addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue.....	69
3.5.1	Usage et trouble de l'usage de l'alcool.....	76
3.5.2	Usage et trouble de l'usage de substances (autres que l'alcool).....	77
4	DISCUSSION.....	78
4.1	Conséquences psychiatriques des agressions sexuelles facilitées par la drogue	78
4.1.1	Généralités	78
4.1.2	Impact de l'usage de la force et autres facteurs	79
4.1.3	Impact de la culpabilité.....	80
4.1.4	Impact d'une agression sexuelle combinée	81
4.1.5	Effets des substances psychoactives	82
4.1.6	Soumission chimique et vulnérabilité chimique	86
4.2	Conséquences addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue.....	86
4.3	Limites de ce travail	87
4.4	Perspectives	89

4.4.1	Pour la pratique clinique	89
4.4.2	Pour la recherche	89
4.4.3	Dans la société	90
5	CONCLUSION	91
6	BIBLIOGRAPHIE	93
7	ANNEXES	107
	Annexe 1 : Historique des lois françaises sur le viol	107
	Annexe 2 : Conseils pour préserver les preuves médico-légales	109
	Annexe 3 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress aigu.....	110
	Annexe 4 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TSPT	112
	Annexe 5 : Checklist PRISMA 2020	114
	Annexe 6 : Echelle d'évaluation NOS pour les études cas témoins.....	117
	Annexe 7 : Echelle d'évaluation NOS pour les études de cohorte.....	120
	Annexe 8 : Exemples de campagnes de prévention	123

ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASFD : Agression Sexuelle Facilitée par la Drogue

ASF : Agression Sexuelle Facilitée

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

FD : Facilité par la Drogue

GHB : acide Gamma HydroxyButyrique

HAS : Haute Autorité en Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

NOS : *Newcastle Ottawa Scale*, Échelle de Newcastle Ottawa

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SC : Soumission Chimique

SPA : Substance PsychoActive

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

UNODC : *United Nations Office on Drugs and Crime*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

VC : Vulnérabilité Chimique

1 INTRODUCTION

La violence sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 2002 comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, sans s'y limiter, le foyer et le travail » (1,2). Il s'agit d'une violation des droits humains (2). Selon l'OMS, la violence sexuelle a été un domaine de recherche négligé, alors que les données disponibles indiquent qu'il s'agit d'un problème de santé publique de grande ampleur (2). Les conséquences de ces agressions sur la santé physique et psychiatrique sont considérables (1,2). L'OMS estime qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches sur tous les aspects de la violence sexuelle (2).

1.1 Définitions

1.1.1 Les agressions sexuelles et le viol

La violence sexuelle comprend toutes les agressions sexuelles, dont le viol, qui est défini comme « un acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet » selon l'OMS (1,2). Elle comprend également d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus (2). Selon l'article 222-23 du Code Pénal français, le viol correspond à tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise. Les agressions sexuelles correspondent à toute atteinte sexuelle, c'est-à-dire tout agissement en rapport avec l'activité sexuelle, commise dans des contextes de violence, contrainte, menace ou surprise (article 222-22) (Annexe 1 : Historique

des lois françaises sur le viol). La contrainte est définie comme le fait de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté. Il est précisé que la contrainte peut être physique ou morale (article 222-22-1). Les méthodes de coercition évoquées par l'OMS sont : la force physique à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage et les menaces (ex. blessures corporelles, absence d'obtention ou renvoi d'un emploi) (1,2).

L'OMS précise que les agressions sexuelles peuvent aussi survenir alors que la personne agressée est dans « l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation » (2).

1.1.2 Les agressions sexuelles facilitées par la drogue

Le terme « crime facilité par la drogue » est utilisé pour des actes criminels ou délictuels commis sur une victime dont les capacités sont altérées par une substance psychoactive (SPA), quelle qu'elle soit (3). Les agressions sexuelles facilitées par la drogue (ASFD) sont un sous-ensemble de crimes facilités par la drogue, dont les actes sont de nature sexuelle (3) (Figure 1).

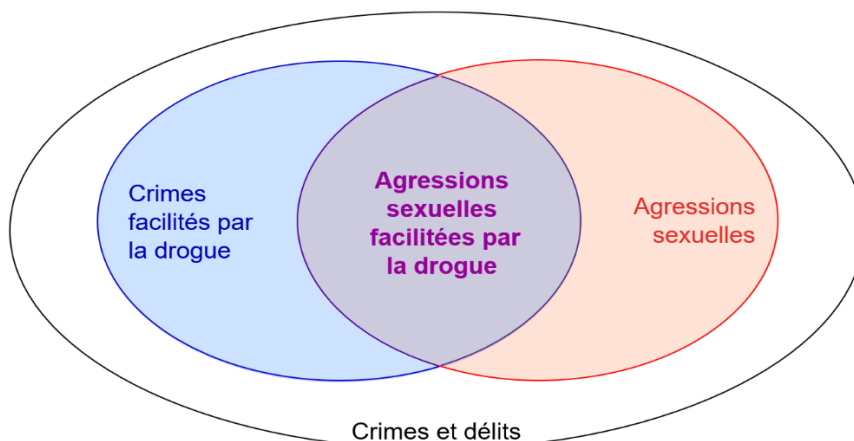


Figure 1 : Diagramme précisant les différents ensembles de crimes

En France, il existe une surveillance nationale des crimes facilités par la drogue, dont la mise en place a commencé en 2003 (4). Ce sont les Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) qui se chargent de répertorier et transmettre les informations à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) qui publie un bilan annuellement (4).

Les crimes facilités par la drogue, dont les ASFD, peuvent être classés en deux catégories : la soumission chimique et la vulnérabilité chimique.

1.1.2.1 La soumission chimique

En France, l'ANSM utilise le terme de soumission chimique (SC) pour l'administration intentionnelle et préméditée d'une SPA à visée d'une agression (sexuelle ou autre). L'administration de SPA peut être faite à l'insu de la victime ou sous la menace (5). Le terme ASFD proactive est utilisé au Royaume-Uni (6,7). Certains auteurs utilisent les termes ASFD de prédation (8).

Dans le Code Pénal français, la SC est reconnue comme « le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle », selon l'article 222-30-1 ajouté en 2018. L'alinéa 15 a aussi été ajouté en 2018 dans l'article 222-24 traitant des circonstances aggravantes de viol : « lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes ».

Les ASFD de type SC sont souvent très médiatisées. En 2021, l'affaire d'un homme qui sédatait sa femme pour la proposer sexuellement à des personnes recrutées sur internet a fait les titres de nombreux journaux de presse français (20minutes, Brut, France info, Le Figaro, Nouvel Obs, etc.). Le mouvement #BalanceTonBar, qui dénonce l'ajout de GHB (acide gamma

hydroxybutyrique) dans des verres par des serveurs, a également pris de l'ampleur sur les réseaux sociaux en Belgique, en France et au Royaume-Uni. Actuellement, l'attention est retenue par des cas d'agressions sexuelles, de vols, ou suspicions de tentatives, qui surviendraient après des « piqûres de GHB » lors d'événements festifs (France Bleu, Le Monde, Le Point, Libération, Slate). Des enquêtes policières ont été ouvertes dans plusieurs villes françaises. À Lille, une jeune femme a porté plainte pour un viol qui aurait eu lieu après qu'elle ait été piquée avec une seringue dans la rue (témoignage Konbini news). La substance n'aurait pas été identifiée.

1.1.2.2 La vulnérabilité chimique

En France, l'ANSM utilise le terme vulnérabilité chimique (VC) pour les agressions (sexuelles ou autres) sur des victimes auto-intoxiquées, c'est-à-dire le fait pour un agresseur de profiter d'une victime sous les effets d'une SPA qu'elle a consommée volontairement (5). Le terme ASFD opportuniste est utilisé au Royaume-Uni (6,7).

Dans la loi française, la notion de contrainte dans un cas d'ASFD de type VC peut être considérée comme due à une faiblesse faisant suite à la prise de SPA par la victime. Elle peut être considérée comme une circonstance aggravante de viol selon l'alinéa 3 de l'article 222-24 du Code Pénal : « lorsque [le viol] est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due [...] à une déficience psychique [...] est apparente ou connue de l'auteur ». La déficience psychique peut être définitive ou temporaire, et liée à un toxique.

Il est évidemment important de souligner que la prise volontaire de produits par la victime ne réduit en rien la culpabilité de l'agresseur, ni ne réduit le statut de la victime. La distinction entre ASFD de type SC et VC est néanmoins importante. La SC implique une intention supplémentaire d'intoxication de la part de l'auteur, ce qui peut avoir des

conséquences lors de poursuites pénales (8). La distinction permet aussi d'identifier les produits utilisés et les facteurs de risque spécifiques de ces deux situations à visée de prévention (4,8).

1.1.2.3 Diagnostics

Selon l'ANSM, le diagnostic de SC est basé sur la présence de (5) :

1. Une agression (sexuelle ou autre) ou tentative suspectée ou signalée
2. Une SPA identifiée ou suspectée
3. Des données cliniques et paramètres chronologiques compatibles avec la pharmacologie de la SPA.

L'ANSM définit deux types de circonstances de SC (4) :

- L'imputabilité vraisemblable : lorsque l'agression ou la tentative d'agression est documentée (dépôt de plainte, témoignage ou aveu/condamnation de l'auteur), avec identification d'une SPA par une analyse toxicologique avec méthode chromatographique, et avec des données cliniques et chronologiques compatibles (5).
- L'imputabilité douteuse : lorsqu'une agression est suspectée, et/ou le dossier clinique est insuffisant, et/ou toxicologie insuffisante en raison d'analyses par méthode immunochimique et/ou d'analyses non pertinentes ou incomplètes et/ou de résultats négatifs (délai trop long) et/ou d'absence d'analyses toxicologiques (5).

Le diagnostic de VC est posé dans tous les cas de crimes facilités par la drogue ne correspondant pas à une SC vraisemblable ou douteuse (4).

Par ailleurs, la VC et la SC ne sont pas mutuellement exclusives. Un agresseur peut administrer une SPA à l'insu d'une victime ayant déjà consommé une SPA volontairement (selon les critères utilisés par l'ANSM, cette situation serait classée en tant que SC) (9,10).

Les termes SC et VC peuvent être utilisés pour faire référence à tous les types de crimes facilités par la drogue (ex. vol, détournement de biens) (Figure 2). Dans cette thèse, sauf précision contraire, ils seront utilisés uniquement pour faire référence à des agressions sexuelles.

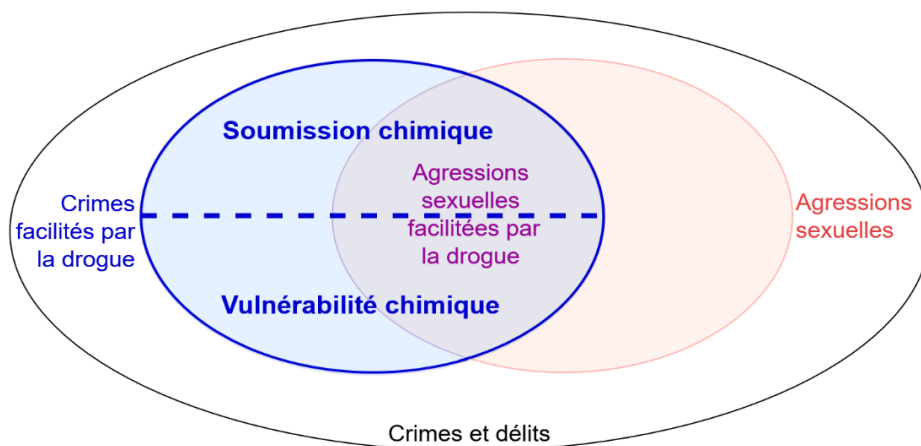


Figure 2 : Diagramme précisant les sous-ensembles de crimes, enrichi par les catégories soumission chimique et vulnérabilité chimique

1.1.2.4 Symptômes

Du Mont *et al.* du Women's College Hospital, hôpital leader au Canada dans le domaine de la santé des femmes, ont proposé en 2009 les critères cliniques suivants pour soupçonner une ASFD (11) :

- Sensation vague que quelque chose ne va pas ou que quelque chose de sexuel s'est produit
- Réveil en découvrant des vêtements en désordre ou en se découvrant nu
- Présence inexplicée de fluides corporels (ex. du sperme) ou de matières étrangères (ex. un préservatif usagé) sur le corps ou à proximité
- Saignement ou ecchymose génitale, anale ou buccale inexplicés
- Blessures corporelles inexplicées (ex. égratignures, ecchymoses)
- Réveil en trouvant une personne non invitée dans son lit ou se réveillant dans un endroit

inconnu

- Victime signalée par un témoin comme ayant été vue dans des circonstances suspectes

Du Mont *et al.* ont également proposé des critères pour soupçonner un état d'incapacité lié à une SPA, pouvant être utilisés dans tous les types de crimes facilités par la drogue (SC ou VC) (11) :

- Amnésie totale ou partielle
- Paralysie consciente
- Trouble de la conscience
- Somnolence voire endormissement (12,13)
- Troubles de l'élocution
- Troubles de la vision
- Confusion (12,13)
- « Gueule de bois » ou symptômes incompatibles avec la quantité d'alcool ou de drogue(s) consommée(s)
- Désinhibition
- État délirant ou hallucinatoire
- Vertiges ou étourdissements (12,13)
- Altération des capacités motrices
- Nausées ou vomissements
- Altération du jugement
- Victime signalée par un témoin comme ayant été vue agir de manière incompatible avec sa personnalité et/ou la quantité d'alcool ou de drogues consommée, avec parfois une victime « active, mais soumise » (sic) qui semble avoir perdu son discernement et qui participe à certains actes contre sa volonté (ex. signature de chèque, retrait d'argent, actes sexuels) (12–14)

Des études réalisées chez des victimes de SC, dans tous types de crimes, rapportent une amnésie dans 52 à 80 % des cas (12,13,15,16). De façon générale, il s'agissait d'une amnésie antérograde, la plupart du temps définitive (12,13). Plusieurs heures après l'événement, lors du report des faits à l'hôpital, les victimes présentent encore fréquemment des troubles de la conscience (sommolence, ralentissement psychomoteur, confusion, perte de conscience) (15,16) et des nausées (13). Chez des victimes d'ASFD, une étude a retrouvé une amnésie totale ou partielle dans 80 % des cas, ainsi que des troubles de la conscience fréquents lors de leur examen aux urgences (17). Une autre étude chez des victimes d'ASFD indique que le rappel des événements par les victimes était considéré comme : parcellaire dans 59 % des cas, « aucun souvenir » dans 24 % des cas, et « clair et concis » dans 15 % des cas (avec 4 % de données manquantes) (18).

1.2 Épidémiologie

Dans les pays occidentaux, plusieurs études et enquêtes nationales ont cherché à déterminer l'incidence et la prévalence des violences sexuelles, en particulier des agressions sexuelles et des viols. Moins de données sont disponibles concernant les ASFD. Les ASFD semblent être le sous-type de crimes facilités par la drogue le plus courant (4,19). La prévalence réelle des crimes facilités par la drogue n'est pas connue (3). Elle est perçue comme étant sous-estimée (20). En outre, les signalements d'ASFD ont augmenté dans les pays occidentaux depuis les années 2000 (21,22).

1.2.1 Prévalence

1.2.1.1 Agressions sexuelles

En France selon l'enquête Virage (Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes) réalisée en 2015 par l'Institut

National d'Études Démographiques (INED), 14,5 % des femmes et 4 % des hommes ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie. Parmi eux, 4 % des femmes et 0,6 % des hommes ont subi une tentative de viol ou un viol (23). À l'étranger, différents chiffres étaient rapportés concernant les tentatives d'agression sexuelle ou de viol au cours de la vie, selon des études nationales et l'OMS : 8 à 15 % des femmes au Canada (2), 8 à 20 % des femmes et 3 % des hommes aux États-Unis (2,24,25), 6 % des femmes en Finlande (2), 20 à 23 % des femmes et 4 % des hommes au Royaume-Uni (2,26), 7,5 % des femmes en Suède et 12 % des femmes en Suisse (2). Les agressions sexuelles au cours de la vie concernaient en Australie 15 à 17 % des femmes et 4,5 % des hommes (27,28) et aux États Unis 33 % des femmes et 17 % des hommes (25). Les viols au cours de la vie concernaient en Australie 8 % des femmes et 2 % des hommes (27,28), aux États Unis 15 % des femmes et 1 % des hommes (24), et au Royaume Uni 5 % des femmes et 0,3 % des hommes (26).

En France, chaque année entre 2008 et 2016, environ 0,5 % de la population a déclaré avoir été victime de violences sexuelles, dont 53 % de viol ou de tentative de viol et 47 % d'attouchements, selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et du Ministère de l'Intérieur (29). L'enquête française Virage de l'INED rapporte qu'en moyenne 0,3 % des femmes seraient victimes de viols ou de tentatives de viol au cours de l'année (29,30). En Angleterre et au Pays de Galles, l'enquête sur la criminalité de 2018 a montré qu'au cours de l'année précédente, 3 % des femmes et 0,8 % des hommes avaient subi une agression sexuelle ou une tentative d'agression sexuelle, et 0,6 % des femmes et moins de 0,1 % des hommes un viol (26).

1.2.1.2 Agressions sexuelles facilitées par la drogue

Des études analysant les déclarations de victimes d'agression sexuelle, relatives à leurs consommations, ont montré qu'une part importante était sous l'emprise de SPA au moment des

faits. Les résultats variaient selon les études : en Australie 77 % des victimes d'agression sexuelle avaient consommé de l'alcool, 49 % des médicaments et 26 % par une/des drogue(s) avant l'agression (18). Aux États-Unis, 52 % des victimes de viols avaient consommé au moins une SPA (alcool et drogues) (31). En Irlande, 37 % des victimes hommes et 29 % des victimes femmes avaient consommé de l'alcool (7). En Suisse, 48 % des victimes se présentant aux urgences avaient consommé de l'alcool et 12 % une/des drogue(s) (32). Parmi les études ayant analysé les échantillons d'urine ou de sang de victimes d'agression sexuelle : aux États-Unis 43 à 88 % étaient positifs à une SPA (alcool ou drogues) (33–39), 60 % en Norvège (40), 47 % en Pologne (41) et 70 % en Suède (42). Une revue de la littérature conduite en 2019 indiquait que 75 % des viols par une connaissance impliquaient l'alcool et/ou la drogue (43).

La présence de SPA chez les victimes d'agression sexuelle semble donc très fréquente. Bien qu'un résultat positif pour une substance ne signifie pas nécessairement que la victime était en incapacité d'exercer sa volonté et de donner son consentement, les études semblent indiquer une consommation importante chez une partie d'entre elles (44,45). Au Royaume-Uni, 20 % des victimes de viol déclaraient avoir consommé une quantité d'alcool ou de drogues ne leur permettant pas de donner leur consentement au moment des faits (21). Dans une étude australienne, 55 % des victimes d'agression sexuelle déclaraient avoir consommé plus de 4 unités d'alcool (40 g d'alcool pur) (18). L'estimation de la quantité moyenne d'alcool consommée lors des dosages sanguins était de plus de 20 unités d'alcool (plus de 200 g d'alcool pur) chez les 37 % de victimes positives à l'alcool (18). Les estimations d'alcoolémie des victimes ayant consommé de l'alcool au moment de l'agression sexuelle étaient de 1,92 g/L en Norvège (40), et de 1,24 g/L en Suède (42).

1.2.1.3 Cas particuliers des soumissions et vulnérabilités chimiques

Certaines études ont cherché à identifier les cas d'ASFD de type SC parmi des cas d'agression sexuelle. Au Canada, une étude retrouvait une suspicion de SC dans 12 % des cas d'agression sexuelle (46). En Australie une étude rapportait 17,5 % de cas de SC suspectée parmi des cas d'agression sexuelle, dont 20 % sont revenus positifs à au moins une drogue que la personne déclarait ne pas avoir consommée volontairement (18). D'autres études ont cherché à différencier les cas de SC des cas de VC parmi des cas d'ASFD : 5 à 29 % des cas étaient des suspicions de SC aux États-Unis (31,39) et 2 % des cas au Royaume-Uni (47). Une revue de littérature de 2022 estimait que 2 à 22 % des cas d'ASFD étaient des cas de SC, et donc 78 à 98 % des cas de VC (48).

Les études rapportent ainsi une plus grande fréquence des ASFD de type VC par rapport au type SC, c'est-à-dire une majorité d'agressions opportunistes (49). Certains auteurs dénoncent une médiatisation trop importante de la SC par rapport à la VC (35,49–53). Cette différence de traitement détournerait l'attention de la VC et pourrait conduire à une mauvaise évaluation des risques par les victimes (49,50,53) et par les acteurs de la prévention (53). Des auteurs conseillent favoriser des programmes couplant prévention des agressions sexuelles et éducation concernant l'alcool (52). D'autres auteurs conseillent de cibler les comportements de prise de SPA dans les milieux étudiants, en particulier les consommations d'alcool excessives (ou « *binge drinking* ») (54).

1.2.2 Difficultés à estimer la prévalence

Les chiffres de la prévalence des agressions sexuelles, des ASFD de type SC ou VC sont variables. Plusieurs raisons peuvent expliquer la difficulté à estimer les chiffres réels. Selon l'OMS, les violences sexuelles peuvent être divisées en 3 catégories. La première correspond aux violences sexuelles dénoncées à la police. La seconde correspond aux violences sexuelles

rapportées dans les enquêtes. La troisième, non quantifiée, réfère aux violences sexuelles qui ne sont pas déclarées (2) (Figure 3).

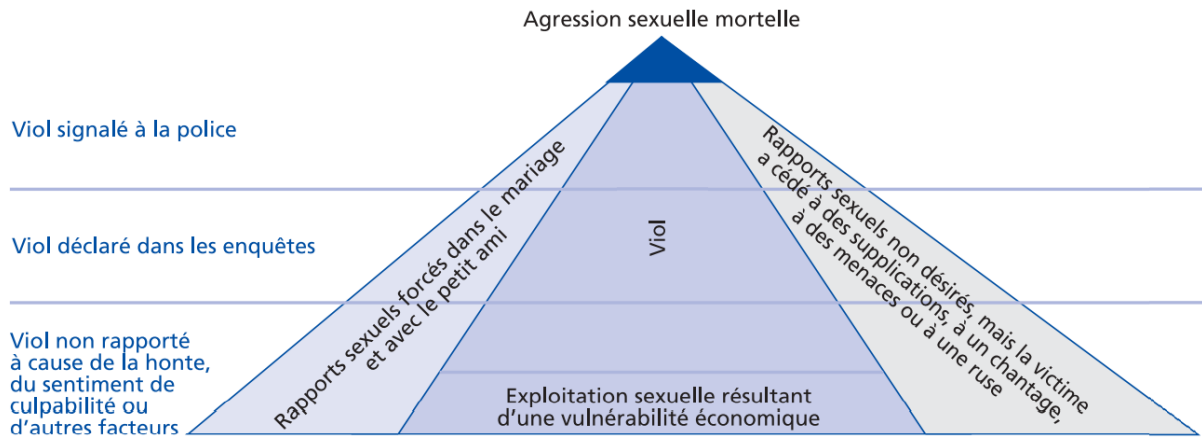


Figure 3 : Diagramme de l'OMS modifié représentant l'ampleur de la violence sexuelle (2002) (2)

Des études se sont intéressées aux difficultés pour les victimes à rapporter l'agression à des proches ou aux autorités, et aux difficultés pour la justice de prouver et punir ces faits.

1.2.2.1 Discrétion des victimes

Selon l'enquête de l'Insee sur les violences sexuelles de 2017, seulement 60 % des victimes auraient parlé de l'AS à un proche, et 40 % à des professionnels de santé, aux autorités ou à des associations (29,55). Au Royaume-Uni, 32 % des victimes ayant subi un viol au cours de leur vie n'en auraient jamais parlé (26). Selon le Centre pour la santé mentale post-traumatique en Australie, les victimes de crimes sexuels sont les victimes de crime les moins susceptibles d'aller signaler l'agression à la police (56). L'Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime (UNODC) indique que moins de 20 % des agressions sexuelles seraient rapportées à la police (3). En France selon l'Insee, 14 % des victimes de violences sexuelles se rendent au commissariat, et 8 % des victimes portent plainte (29). 17 % des victimes de viol au

Royaume-Uni (26) et 15 % des femmes victimes d'agression sexuelle aux États-Unis (52) en auraient parlé à la police.

1.2.2.2 Difficultés pour les victimes

Plusieurs études se sont intéressées aux principaux obstacles au signalement d'une agression sexuelle. Les résultats sont les suivants : des sentiments de culpabilité, de honte, d'embarras, de peur ou d'impuissance ou le déni (1,2,57,58), le fait de ne pas vouloir que les autres soient au courant (52), la peur des représailles de l'agresseur (52,57), la perception de preuves insuffisantes (52,55,57), la peur de ne pas être cru, y compris par les autorités (52,57), la peur de subir des épreuves supplémentaires (55), la peur d'être considéré comme responsable de l'agression (1,2), des expériences négatives avec les autorités et le système judiciaire lors d'un précédent signalement d'agression sexuelle (59), l'incertitude quant à la manière de signaler l'agression sexuelle (52) et l'incertitude quant à la question de savoir si un crime a été commis ou si le mal était intentionnel (52). Les stéréotypes qui décrivent les victimes d'agression sexuelle comme ayant contribué à l'agression sont encore fréquents (56) et peuvent majorer le doute des victimes. Une étude conduite en 2016 rapportait que plus de la moitié des femmes victimes de viol ne reconnaissaient pas avoir été violées (60). L'OMS indiquait que les hommes victimes d'agression sexuelle s'adressaient probablement encore moins aux autorités, en raison des préjugés ancrés sur la sexualité masculine (2). Les victimes ayant été agressées par une connaissance ou un partenaire sont également moins enclines à rapporter l'agression (61), il en va de même pour les victimes ne présentant pas de blessure physique (61).

Concernant les victimes d'ASFD, elles sont moins susceptibles de rapporter l'agression que les victimes d'agression sexuelle sans substance (52,62). L'ingestion volontaire d'alcool ou de drogue(s) par la victime peut majorer les sentiments de culpabilité et d'autoaccusation (62). Les effets des SPA sur la mémoire et la conscience peuvent provoquer de la confusion ou de

l'incertitude concernant les circonstances exactes de l'agression (3,62). Une étude a montré que les victimes d'agression sexuelle qui ont déclaré être intoxiquées et avoir des troubles de la mémoire étaient moins susceptibles de signaler l'incident à la police (63). Du fait de leur moins grande capacité à se défendre liée à la consommation de SPA, les victimes d'ASFD présentent moins de blessures physiques (46,64), ce qui a été mis en relation avec une moindre tendance à signaler les agressions (61). Une autre étude a montré que les victimes d'ASFD identifiaient moins encore leur agression comme étant un viol que les victimes de viol sans substance (65). Ce constat peut être mis en lien avec le fait que les circonstances des ASFD correspondent moins aux idées reçues sur les circonstances des viols (53,65).

Lorsque les victimes signalent l'agression, d'autres raisons peuvent conduire au fait de ne pas identifier des cas d'ASFD parmi les cas d'agression sexuelle. Si elles témoignent, les victimes ont tendance à ne pas reconnaître leur consommation d'alcool et de drogues par peur de perdre en crédibilité (66). En cas d'analyses toxicologiques, l'intervalle de temps entre l'agression présumée et l'échantillonnage (66), les différents délais de détection des SPA (10) et la rapidité de métabolisation de certaines substances constituent des freins à la détection de la substance (8,10). De plus, les effets sédatifs de certaines SPA peuvent conduire à un signalement plus tardif de l'agression par la victime (18,49). La capacité à détecter ces substances varie aussi selon les laboratoires et les techniques employées (10). Des techniques de routine ne sont pas adaptées à la caractérisation de doses faibles (3,10) et toutes les substances potentielles peuvent ne pas être testées (10).

1.2.2.3 Difficultés pour la justice

Le taux de condamnation des auteurs accusés d'agressions sexuelles est connu pour être faible (56,66,67). En France en 2019, 22 % des accusés d'agression sexuelle (soit environ 1,4 % de toutes les agressions sexuelles) ont fait l'objet de poursuites selon l'Insee (55). Ce chiffre

était de 10 % au Royaume-Uni en 2013 (soit environ 1 % des agressions sexuelles) selon un rapport du Ministère de la Justice (58). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces chiffres. D'une part, l'enquête peut être compliquée en raison d'un retard dans le signalement par la victime, pouvant être en lien avec les conséquences psychologiques de l'agression (66). D'autre part, les preuves peuvent ne pas être suffisantes (58). En France et au Royaume-Uni, plusieurs faits doivent être prouvés pour amener à une condamnation : la pénétration ou le toucher sexuel, l'absence de consentement de la victime et l'intentionnalité de l'auteur (68,69). En France, le défaut de consentement étant considéré comme un fait négatif, la loi a procédé à un déplacement de l'objet de la preuve : doit être prouvée la violence, la contrainte, la menace ou la surprise (69). Dans d'autres pays, comme l'Australie, le Canada ou la Suède, c'est l'existence du consentement et sa validité qui sont centrales. Selon le Code criminel canadien, le fait de ne rien dire ou l'absence de résistance n'est pas suffisant pour impliquer un consentement. L'accusé doit prouver qu'il a pris des mesures raisonnables pour obtenir le consentement explicite par les paroles ou le comportement de la victime.

Le question de la capacité à consentir de la victime sous l'emprise de SPA se pose (70). L'incapacité due à une SPA dépend de plusieurs facteurs, tels que la dose consommée, la vitesse de consommation, l'âge, le poids, l'expérience de consommation ou l'utilisation concomitante d'autres substances (42,71). Une étude irlandaise de 2013 rapporte que bien que la capacité et l'incapacité soient considérées comme "les extrêmes d'un continuum", la position souvent adoptée par la justice est qu'un consentement en état d'ébriété est un consentement recevable (10). En Nouvelle-Zélande en 2004, une étude a montré que la police a classé dans 72 % des cas comme faux ou possiblement faux les dossiers de plaintes pour viol lorsque la victime avait consommé de l'alcool (72). Bien qu'il soit compliqué de définir un seuil précis d'incapacité, les analyses toxicologiques peuvent dans certains cas apporter un éclairage. C'est le cas en particulier pour l'éthanol, pour lequel des extrapolations rétrogrades peuvent être réalisées et

permettre une meilleure interprétation des effets au moment des faits allégués (66). Dans une étude britannique de 2006, le calcul des taux d'alcool au moment de l'ASFD pouvait, dans 60 % des cas, être à eux seuls pertinents pour déterminer si la victime avait été ou non en mesure de donner un consentement éclairé (45). En 2021, une étude belge a montré que les analyses toxicologiques dans les cas d'agression sexuelle avec désaccord concernant le consentement mutuel permettaient une diminution des affaires classées sans suite et une augmentation des condamnations (66). Les auteurs recommandent la réalisation d'analyses toxicologiques systématiques dans les cas d'agression sexuelle, au même titre que les échantillons de recherche d'ADN (acide désoxyribonucléique) de l'agresseur (66).

1.3 Contextes

1.3.1 Lieux

Dans la majorité des cas, d'après l'OMS, les agressions sexuelles se produisent dans le foyer de la victime ou de l'agresseur (2). Selon l'Insee en France, lorsque l'auteur de l'agression est extérieur au foyer, celle-ci se déroule au domicile de la victime dans 35 % des cas, et dans la rue ou les transports en commun dans 10 % des cas (55).

Plusieurs études se sont intéressées aux contextes des ASFD. En Afrique du Sud, une étude de 2018 a signalé que la plupart des ASFD se produisaient au domicile de l'agresseur ou de la victime plutôt que dans des lieux publics (73). En Espagne, il a été constaté que l'agression se produisait le plus souvent dans des lieux de divertissement (42 %), des maisons et des hôtels (34 %) et d'autres lieux publics (24 %) (17). Au Canada, une étude a mis en évidence que, dans leur dernier souvenir, un tiers des victimes étaient à leur domicile ou celui de l'agresseur, et un tiers dans un lieu de divertissement (74) Dans les trois quarts des cas l'activité avant l'agression était une activité sociale (fête, bar ou restaurant, recevoir de la visite ou rendre visite) (74). Une

autre étude espagnole a indiqué que 73 % des agressions se produisaient dans un lieu privé, mais que 91 % avaient été précédées d'une activité sociale avec la présence d'alcool (75). En ce sens, cette étude et d'autres (Afrique du Sud, Espagne et Norvège) ont montré que la plupart des ASFD avaient eu lieu la nuit, plus précisément entre minuit et 7 heures du matin (40,73,75), et la moitié avaient lieu le week-end (11,75). En outre, d'autres études ont constaté des variations saisonnières, avec une augmentation des cas d'ASFD pendant les mois d'été en Suède (42,76). Toutefois, ce résultat n'est pas retrouvé par une étude réalisée aux Pays-Bas (77).

1.3.2 Facilitation par la drogue

1.3.2.1 Modus operandi

Les études s'intéressant aux crimes facilités par la drogue, dont les ASFD de type SC, rapportent le plus souvent l'utilisation d'une boisson, alcoolisée ou non, pour faire ingérer la SPA à la victime (12,13,15,74). Des cas d'ingestion via des aliments (13,78) ou un chewing-gum (79) ou d'inhalation de substances volatiles ont aussi été rapportés (80). Dans certains cas, la violence est également utilisée pour forcer la victime à ingérer un produit (13,47,81). Depuis 2021, des cas d'injection intramusculaire de SPA ont également été rapportés (France Bleu, Le Monde, Le Point, Libération, Slate).

Dans le cas de la VC, l'agresseur repère et profite d'une victime en incapacité de lui résister.

1.3.2.2 Substances psychoactives utilisées

Plus de 50 produits ont été retrouvés dans des cas d'ASFD (3). Les études internationales montrent que l'alcool est la substance la plus fréquemment impliquée (10,43,48,49,82,83). Un important nombre de drogues et de médicaments est également retrouvé (Figure 4) (10,48). Des revues de la littérature ont cherché à évaluer la fréquence des

substances détectées. Elles retrouvent : l'éthanol, le cannabis, les anxiolytiques et hypnotiques type benzodiazépines et apparentés, la cocaïne et les amphétamines, les analgésiques type opioïdes, les antidépresseurs, les antipsychotiques, la kétamine, le GHB, les barbituriques et divers autres médicaments en vente libre (3,8,10,48,49). La détection d'un à plusieurs produits associés à l'alcool est fréquente (48,49,71,82). L'alcool peut augmenter les effets de certaines drogues récréatives ou médicaments (20,48) et participer à augmenter le risque de VC (48). Les prévalences des toxiques sont toutefois variables d'une étude à l'autre (66). Ces différences peuvent être liées à des variations interculturelles en ce qui concerne les drogues et les médicaments les plus couramment utilisés dans les pays (35,48,73). Par ailleurs, les délais de détection des différentes substances varient considérablement, ce qui peut amener à sous-estimer certaines d'entre elles (10).

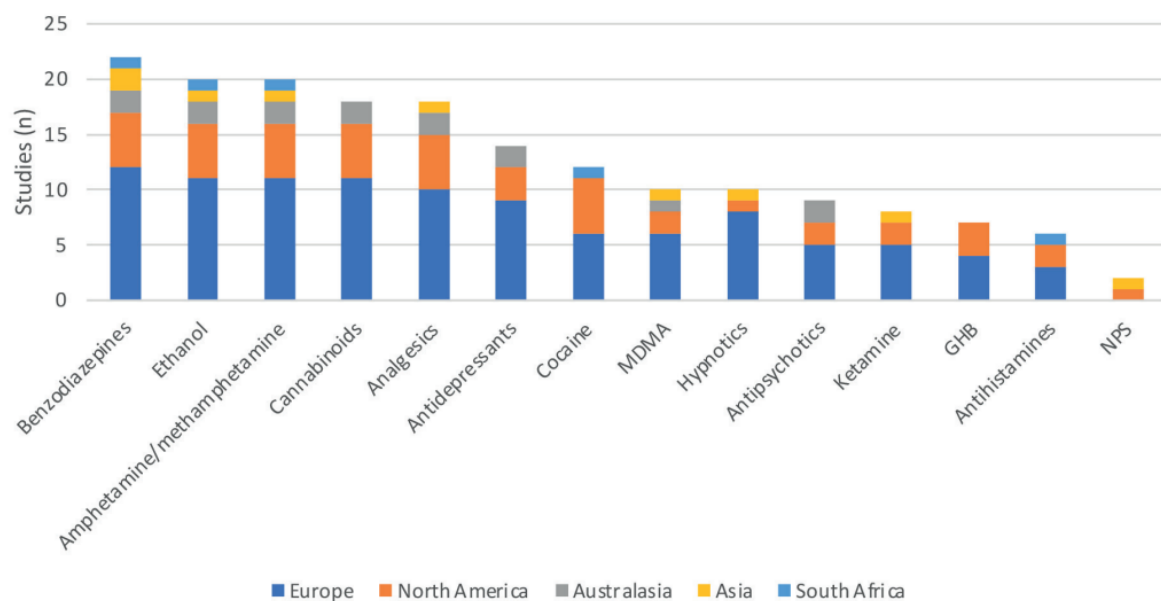


Figure 4 : Nombre et origine des études détectant les substances psychoactives courantes dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par la drogue, parmi les 22 études incluses dans la revue de littérature de l'équipe de Skov *et al.* (2022) (48)

Les données à notre disposition rapportent que les cas d'agressions sexuelles facilitées par l'alcool, par les médicaments ou par les drogues communément consommées de façon récréative sont plus fréquents que les cas de facilitation par des drogues très médiatisées telles que le GHB.

- Vulnérabilité chimique versus soumission chimique

Parmi les ASFD, des études ont cherché à différencier les produits utilisés dans les cas de VC et de SC. Cependant, les critères d'inclusion différents et les informations manquantes rendent difficiles les comparaisons (10,48).

Une revue de la littérature conduite en 2018 conclut que l'alcool et la cocaïne étaient plus susceptibles que d'autres substances d'être impliqués dans les cas de VC (8). En France, l'ANSM rapporte la présence d'alcool dans la majorité des cas de VC (tous types de crimes), avec le cannabis en seconde position (4). En 2019, l'usage de protoxyde d'azote (N₂O) a été repéré pour la première fois (4). Concernant les cas de SC, en France, l'ANSM rapporte la haute fréquence d'utilisation des benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques (dans tous types de crimes) (4,5), le GHB étant rare (4).

Le repérage des substances utilisées est essentiel à l'action des pouvoirs publics. Ainsi, en France, suite à la surveillance réalisée par les CEIP, des changements ont eu lieu dans les réglementations de prescription du clonazépam (RIVOTRIL®) (prescription initiale par neurologue et pédiatre, durée limitée) et du zolpidem (STILNOX®) (produit stupéfiant). Ils ont permis une baisse de leur implication dans les cas de SC (4,5). Historiquement le flunitrazépam (ROHYPNOL®) a été identifié comme fréquemment utilisé dans les cas de SC, ce qui a conduit en 1998 à une modification de sa galénique par le laboratoire pour compliquer sa dissolution lorsqu'il est incorporé dans des boissons, laisser un dépôt à leur surface et leur donner une

couleur bleue (12). Depuis 2012, le RIVOTRIL® en solution buvable a également été coloré en bleu pour les mêmes raisons (84).

- Critères de choix

Les SPA impliquées dans les cas d'ASFD ont, en fonction de leurs propriétés pharmacodynamiques, la capacité à provoquer une sédation et/ou une amnésie antérograde (3,9), ou une désinhibition et/ou une augmentation du désir sexuel (8,53).

Dans les cas de SC, selon l'UNODC, les produits présentant les caractéristiques suivantes sont favorisés (3,9) :

- Caractère inodore et insipide
- Facilement soluble dans les boissons
- Absorption rapide après administration orale
- Efficacité à faible dose
- Demi-vie courte dans le plasma

L'accessibilité du produit par l'agresseur est un facteur très important dans le choix (3). Dans certains cas, des agresseurs se sont servis de leurs propres médicaments sur ordonnance (3).

- Classification des substances psychoactives

Les SPA impliquées dans les cas de crimes facilités par la drogue sont à l'origine de la vulnérabilité du sujet, par différents moyens. Selon la classification de Delay et Deniker, les SPA peuvent être regroupées en trois catégories : les psycholeptiques, les psychoanaleptiques et les psychodysleptiques (Tableau 1) (85,86).

Tableau 1 : Principales caractéristiques des SPA utilisées dans les ASFD, adapté de Delay et Deniker

Catégorie	Effet sur le SNC	Utilisation	Effets cliniques	Effets végétatifs	Mécanismes pharmacologiques	Exemples de molécules
Psycholeptiques	Dépresseur	Fréquente	Ralentissement psychomoteur, anxiolyse, sédation, altérations cognitives et mnésiques, parfois modifications des perceptions	Hypothermie, hypotension, bradycardie	Augmentation de la transmission GABAergique	Éthanol, benzodiazépines, barbituriques, GHB
Psychoanaleptiques	Stimulant	Régulière	Accélération de l'activité psychomotrice, euphorie, sentiment de confiance, désinhibition, augmentation des capacités cognitives et mnésiques, baisse des sensations de faim, fatigue et douleur, parfois hallucinations et idées délirantes	Hyperthermie, hypertension, tachycardie	Augmentation de la concentration de dopamine dans la fente synaptique	Cocaïne, amphétamines, et dérivés : MDMA, ecstasy
Psychodysleptiques	Perturbateur	Plus rare	Modifications des perceptions (hallucinations, déréalisation), altérations cognitives, confusion, idées délirantes, euphorie	Variés	Variés	Hallucinogènes, opioïdes, cannabinoïdes, kétamine

ASFD : Agression(s) sexuelle(s) facilitée(s) par la drogue. GABA : *gamma-Aminobutyric acid*, Acide gamma-aminobutyrique. GHB : Acide gamma hydroxybutyrique. MDMA : 3,4-Methylenedioxyamphetamine. SNC : Système nerveux central

1.3.3 Agresseur

1.3.3.1 Connu de la victime

La plupart des victimes d'agression sexuelle connaissent leur agresseur. En France, d'après une enquête de l'Insee en 2010 concernant les agressions sexuelles et tentatives d'agression sexuelle chez les femmes et les hommes, 30 % et 13 % (respectivement) d'entre elles étaient causées par un partenaire ou ex-partenaire, 11 % et 13 % par un membre de la famille, 21 % et 26 % par une connaissance (ex. cercle amical, collègue), 16 % et 11 % par une personne connue de vue et 15 % et 21 % par un inconnu (87). Concernant les viols, l'enquête CVS de l'Insee de 2017 rapporte que 91 % des victimes connaissaient leur agresseur, et qu'il s'agissait du partenaire ou ex-partenaire dans 45 % des cas (88). Selon l'enquête britannique sur la criminalité de 2018 il s'agissait du partenaire ou ex-partenaire dans 45 %, et d'un inconnu dans 14 % (26).

Concernant les ASFD, une revue de la littérature publiée en 2022 a également retrouvé que dans 48 % à 85 % des cas, la victime connaissait l'agresseur (48). Deux études rapportent des ASFD perpétrées par un partenaire ou ex-partenaire dans 3 % des cas, et une étude dans 12 % des cas (18,67,73). Les ASFD semblent moins souvent se produire chez des personnes ayant une relation amoureuse (89,90).

1.3.3.2 Profil

Les données sur les auteurs de violences sexuelles sont limitées et très polarisées sur les auteurs de viol appréhendés (1,2). Selon l'Insee, dans l'Union européenne en 2018, 98 % des personnes mises en cause pour violences sexuelles étaient des hommes, dont un tiers pour des viols (55). Selon l'OMS, tous les âges et toutes les classes sociales sont représentés (2). L'OMS identifie différents facteurs individuels (consommation de substances), relationnels (milieu

familial et pairs violents), communautaires (tolérance générale des agressions sexuelles, vision inégalitaire des sexes) et sociétaux (lois et politiques dites complaisantes vis-à-vis de la violence sexuelle) pouvant favoriser le risque de passage à l'acte de viol (1,2).

Concernant les cas d'ASFD, il a été constaté que la consommation de SPA par la victime et l'agresseur était souvent concomitante (89,91).

1.4 Facteurs de risque

Les divers facteurs ont un effet cumulatif (2).

1.4.1 Le sexe féminin

Le fait d'être une femme est le principal facteur de risque de violence sexuelle et de viol (9), bien qu'il soit important de préciser qu'il existe une minorité de victimes hommes (92). En France, dans l'enquête CVS de 2017, plus de 80 % des victimes étaient des femmes (29,55). Selon l'Insee, dans l'Union européenne en 2018, 9 victimes de violence sexuelles (dont un tiers de viol) sur 10 étaient des femmes (55). Aux États-Unis, l'enquête nationale de la violence faite aux femmes de 2000 concluait que les femmes ont dix fois plus de risque que les hommes d'être violées à l'âge adulte (24). Durant l'enfance et l'adolescence, ce risque est cinq fois supérieur (24).

Les cas d'ASFD semblent similaires sur ce point, une revue de la littérature retrouvant également une majorité de victimes femmes (de 87 % à 100 %) (48).

1.4.2 Un jeune âge

La jeunesse est un facteur de risque de viol (2,93,94). La proportion de victimes de violences sexuelles diminue avec l'âge, selon l'Insee (55). Dans un pourcentage élevé de cas,

les victimes sont des enfants (2,92,94). En France, d'après l'enquête Virage, parmi les femmes ayant subi des viols et tentatives de viol, 40 % les avaient vécus avant 15 ans, 16 % pendant l'adolescence et 44 % après leur majorité (29). Les hommes étaient victimes très majoritairement lorsqu'ils étaient mineurs (29). Aux États-Unis, l'enquête nationale de la violence faite aux femmes de 2000 concluait que 54 % des victimes de viol avaient moins de 18 ans lorsqu'elles ont subi leur première tentative de viol ou leur premier viol (24), dont 22 % avant l'âge de 12 ans (24).

Concernant les ASFD, le risque augmenterait à partir de l'adolescence, au moment du début des consommations volontaires de SPA (52). Dans une revue de la littérature, l'âge moyen variait de 24 à 31 ans selon les études, la plupart des études ayant recruté des victimes majeures (48).

1.4.3 La consommation de substances psychoactives

Comme nous l'indiquent les données sur la prévalence des ASFD (Chapitre 1.2.1.2), la consommation de SPA par la victime est un facteur de risque majeur d'agression sexuelle (2).

1.4.4 La pauvreté

La pauvreté est un facteur de risque d'agression sexuelle selon l'OMS (2). Le risque d'être victime de violences sexuelles diminue avec l'augmentation du niveau de vie selon l'Insee (55,95). Il n'existe pas de données, à notre connaissance, concernant les ASFD.

1.4.5 La victimisation antérieure

Le risque d'être victime d'agression sexuelle est augmenté en cas d'agression sexuelle antérieure (2,53,56,93,96–98). Dans l'enquête nationale de la violence faite aux femmes aux

États-Unis, les femmes ayant déclaré avoir été violées avant l'âge de 18 ans avaient deux fois plus de risque d'être violées à l'âge adulte (18,3 % versus 8,7 %) (24).

Concernant les ASFD, des études de 2015 et 2013 réalisées chez des étudiantes retrouvaient que les victimes d'ASFD avaient plus de risque de subir une agression sexuelle (avec ou sans SPA) que les personnes non-victimes (38,99).

1.5 Étapes de la prise en charge

1.5.1 En cas d'agression sexuelle

La prise en charge des victimes d'agression sexuelle doit être réalisée rapidement, dans l'idéal dans les 72 heures (92). L'entrevue initiale avec la victime présumée, l'examen par un professionnel de santé et la collecte d'échantillons biologiques sont les principales étapes lors d'une enquête pour agression sexuelle (Annexe 2 : Conseils pour préserver les éléments de preuve) (3). Les prises en charge médicale et médico-légale peuvent être faites de manière concomitante pour éviter de multiplier les interrogatoires et les examens cliniques (3). Des explications détaillées des examens à venir (par exemple sous forme vidéo) peuvent nettement réduire le stress des victimes (2).

Selon la Haute Autorité en Santé (HAS) et l'OMS, les étapes des prises en charge médicale et médico-légale d'une agression sexuelle comprennent (2,92,100) :

- Un interrogatoire détaillé
- Un examen clinique complet : description des éventuelles lésions physiques (si possible photographies sous réserve de consentement), et description des manifestations psychiques, avec demande d'avis spécialisé si nécessaire
- L'organisation de consultations médicales de suivi, selon la clinique
- Des prélèvements de type écouvillons pour la recherche d'ADN, selon l'agression (vaginaux,

vulvaires, buccaux, anaux)

- Une analyse éventuelle des éléments de preuve récoltés sur le lieu de l'agression
- Des prélèvements sanguins : dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et bilan préthérapeutique, si nécessaire
- Une prophylaxie des IST, si nécessaire
- Une prévention de grossesse avec contraceptif d'urgence et des informations sur la possibilité d'une interruption de grossesse, si nécessaire
- Une proposition de suivi psychologique
- Des informations sur la possibilité de porter plainte
- Une information sur l'existence d'associations d'aide aux victimes
- Un signalement aux autorités si la victime est mineure ou s'il s'agit d'une personne vulnérable

1.5.2 En cas d'agression sexuelle facilitée par la drogue

Selon l'UNODC, en cas de suspicion de facilitation par la drogue, les étapes décrites précédemment doivent être complétées par (3) :

- Un prélèvement sanguin pour analyses toxicologiques dans les 48 heures
- Un prélèvement d'urine dans les 120 heures
- Un prélèvement de cheveux si signalement tardif ou imprégnation chronique, après au moins 4 semaines (Figure 5)

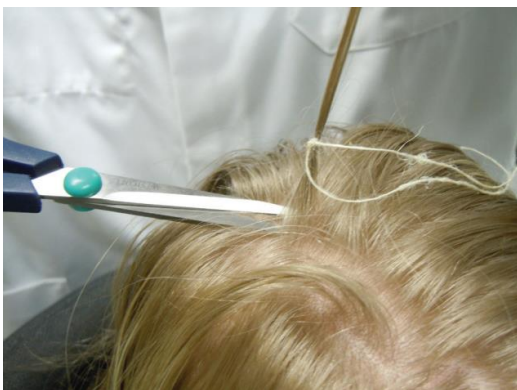


Figure 5 : Prélèvement de cheveux (image du laboratoire Toxlab) (3)

Les éléments de preuves biologiques devraient être prélevés systématiquement dans le cas des ASFD suspectées pour recherche de SPA (101). La possibilité d'un crime de type SC peut être évoquée devant tout patient présentant un trouble neurologique sans cause organique retrouvée, en particulier une amnésie antérograde (14). Les SPA peuvent être à l'origine d'explications confuses de la victime (12), ce tableau clinique est caractéristique, et devrait être reconnu des policiers et des soignants (12). Il est important que tous les professionnels prenant en charge des victimes réduisent au minimum le délai entre l'agression et les prélèvements biologiques (3,12,66), idéalement inférieur à 48h (12). Les échantillons peuvent être prélevés dans n'importe quel hôpital et acheminés en urgence vers des laboratoires équipés en toxicologie criminalistique (3,12). Comparés au sang, les échantillons d'urine offrent une plus grande fenêtre de détection des drogues et de leurs métabolites (3,66,101). Néanmoins, les concentrations sanguines fournissent plus d'informations sur l'incapacité de la victime (66). Le prélèvement de cheveux, ou à défaut d poils du pubis, du torse, des aisselles ou des jambes, ne permet pas un dépistage aussi complet. Toutefois, à distance il permet de différencier une prise ponctuelle d'une imprégnation chronique (3).

La détection de la substance incapacitante peut être difficile, selon le délai entre les faits et le prélèvement et les variations de la pharmacocinétique des SPA impliquées. Les résultats toxicologiques peuvent être biaisés en raison de l'élimination rapide de composés ou de leur présence physiologique à dose minime dans l'organisme (tel que le GHB) (3,66). La détection peut varier en fonction de la quantité consommée et du métabolisme de la personne (66). Un résultat négatif peut être dû à une sensibilité insuffisante (3). L'administration de SPA médicamenteuses avant la réalisation des prélèvements, dans le cadre des premiers soins, peut compliquer l'interprétation des analyses toxicologiques (66).

1.6 Conséquences médicales

Les agressions sexuelles sont à l'origine de conséquences traumatologiques, gynécologiques, infectieuses et psychiatriques impactant le bien être des victimes (1,2). Elles peuvent dans certains cas mener au décès (1,2).

1.6.1 Conséquences non psychiatriques

Dans un rapport publié en 2021, l'Insee rapporte qu'au cours d'une agression sexuelle, 43 % des victimes déclarent avoir subi des violences physiques (coups, gifles, bousculades, etc.), et environ une sur dix porte des blessures physiques visibles après l'agression (55), et ce quels que soient ses liens avec l'agresseur (55). Les traumatismes physiques ne sont pas systématiques dans la mesure où la force physique n'est pas nécessairement employée (2). Les blessures ont été décrites comme moins fréquentes chez les victimes d'ASFD par rapport aux agressions non associées aux substances (46,64).

Le viol a comme conséquences des grossesses non désirées (1,2,92,102) et des complications gynécologiques (douleurs chroniques, infections) (1,2,92). Aux États-Unis, une étude a retrouvé que le taux de grossesse était de 5 % par viol, parmi les victimes en âge de procréer en 1996 (102). Dans les pays où la contraception est moins développée, le taux de grossesse par viol est de 15 à 18 % selon l'OMS (2). Les trois issues des grossesses, avortement, fausse-couche et naissance ont des impacts physiques et psychologiques pouvant être considérables.

Les IST sont également des conséquences des viols (1,2,63,103). Les victimes de viol contractent plus souvent le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) que les personnes ayant des rapports sexuels consentis (92,98). Cela pourrait être en lien avec le plus grand nombre de blessures gynécologiques (92).

Les agressions sexuelles dans l'enfance ont été mises en lien avec une augmentation du risque d'obésité, de douleurs chroniques et de fibromyalgies (98).

1.6.2 Conséquences psychiatriques et addictologiques

Les agressions sexuelles sont des traumatismes psychiques (2). Elles sont associées à plusieurs troubles psychiatriques, tels que le trouble de stress aigu, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de l'usage de substance. Les comorbidités sont fréquentes (56,104–106).

Selon l'Insee, 54 % des victimes de violence sexuelle font état de séquelles psychologiques importantes, 72 % pour les victimes de viols ou tentatives de viol (55).

Après un événement traumatique grave, un certain degré de détresse psychologique est courant et n'est pas considéré comme pathologique (56). De nombreuses personnes peuvent être symptomatiques dans les quinze premiers jours et éprouver un bouleversement émotionnel, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des troubles de l'appétit (56). Certaines auront des réactions supplémentaires telles que des sentiments de peur, de tristesse, de culpabilité ou de colère (56). Les agressions sexuelles sont souvent associées à des réponses additionnelles par rapport aux autres traumatismes, comme un impact sur l'estime de soi ou le fait de se sentir sale (107).

1.6.2.1 Le trouble de stress aigu

Selon les recommandations australiennes concernant les troubles de stress post-traumatique, lorsque la détresse psychologique d'un individu est suffisamment grave pour interférer avec le fonctionnement psychosocial, elle n'est plus considérée comme une réponse normale (56). Dans ces circonstances un diagnostic de trouble de stress aigu peut être envisagé

(56). Il peut être posé entre deux jours et un mois après l'événement traumatisant. Il requiert, selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), la présence d'un minimum de neuf symptômes parmi une liste de symptômes de dissociation, d'intrusion, d'évitement et d'excitation et d'humeur négative (Annexe 3).

1.6.2.2 Le trouble de stress post-traumatique

Les agressions sexuelles sont un facteur de risque de TSPT (1,56,98,108). Le viol et les violences sexuelles sont les traumatismes les plus à même de déclencher un TSPT (56,105,106,109). Le risque de TSPT augmente si la victime est blessée pendant le viol (93). Les agressions sexuelles dues au partenaire ou à un ex-partenaire auraient les mêmes conséquences traumatiques que celles perpétrées par un inconnu (110). Environ la moitié des individus qui présentent un TSPT présentent initialement un trouble de stress aigu, selon le DSM-5.

Le diagnostic de TSPT peut être posé au plus tôt un mois après l'événement traumatisant. Selon le DSM-5, le TSPT est caractérisé par des symptômes d'intrusion, des symptômes d'évitement, des altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et des symptômes d'hyperexcitation (56) (Annexe 4). Les symptômes d'intrusion, ou de réexpérience, sont souvent considérés comme la caractéristique principale du TSPT (56), ils comprennent des pensées et des images intrusives et non désirées de l'événement, ainsi que des rêves ou des cauchemars pénibles (56). L'évitement se caractérise par des tentatives délibérées de garder le souvenir de l'événement hors de l'esprit en évitant activement tout rappel (56). Les altérations des cognitions et de l'humeur correspondent à des symptômes d'engourdissement émotionnel, des cognitions négatives sur soi et le monde, ainsi que des émotions négatives persistantes (56). Les symptômes d'excitation ou d'hypervigilance correspondent à une augmentation de l'activité du système nerveux orthosympathique (56).

Les mécanismes cérébraux précis intervenant dans le développement du TSPT ne sont pas connus (111). Des altérations fonctionnelles, structurelles et biochimiques sont retrouvées dans le réseau formé par l'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal (111–115). Ce réseau permet les processus de mémorisation et d'apprentissage de la peur ainsi que l'expression de la réponse émotionnelle (111).

1.6.2.3 Les troubles dépressifs et les troubles anxieux

Les agressions sexuelles augmentent le risque de troubles dépressifs (1,56,92,98,108) et de troubles anxieux (1,92,98,108). En cas de diagnostic de TSPT, une dépression est retrouvée de façon comorbide chez 50 % des hommes et 51 % des femmes, et un trouble anxieux est retrouvé chez 52 % des hommes et 54 % des femmes, selon une étude australienne de 2012 (56,104).

Le risque de tentative de suicide et de suicide augmente après une agression sexuelle (1,2,98,108,116–118). Il fait partie des conséquences mortelles de ces agressions. Le risque de passage à l'acte auto-agressif non suicidaire est également augmenté (98).

1.6.2.4 Le trouble de l'usage de substance

Le risque de souffrir d'un trouble de l'usage de substance est augmenté en cas d'agression sexuelle, selon une revue de la littérature de 2019 (98). Le TSPT est comorbide au trouble de l'usage de substance chez 65 % des hommes et 32 % des femmes (56,104).

1.6.2.5 Autres troubles

En cas d'agression sexuelle, l'OMS rapporte une augmentation des troubles du sommeil (1). Selon une revue de la littérature de 2019, le risque de souffrir de troubles du comportement alimentaire (98,108) et de trouble de la personnalité borderline est également augmenté (98).

Les traumatismes psychiques de tous types peuvent aussi augmenter le risque de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (56,119).

1.6.3 Conséquences dans le cas de la facilitation par la drogue

De nombreuses SPA influencent la vigilance et l'encodage de l'information. Cela peut être en affaiblissant ou en amplifiant ces facultés, selon le type de molécule. La façon dont les SPA pourraient interférer avec les processus physiopathologiques de troubles psychiatriques après un traumatisme a été peu étudié à notre connaissance. Des études se concentrant sur les symptômes de TSPT chez des victimes ayant consommé de l'alcool au moment de l'agression rapportaient des résultats contradictoires ; avec des symptômes augmentés, amoindris, ou égaux à ceux des victimes sans substance (120). La plupart des études ne différencient pas les ASFD des agressions sexuelles au sens large lors de l'examen des conséquences psychiatriques. En outre, l'amnésie est un symptôme courant chez les victimes de crimes facilités par la drogue (12,13,15–18), associée à une forte anxiété (12,13) et pouvant avoir un impact négatif sur les cognitions suivant le traumatisme (107).

1.7 Rationnel et objectifs de cette étude

La prévalence d'ASFD parmi les agressions sexuelles est importante et sous-estimée. Au sein des ASFD, les cas de SC sont plus médiatisés, mais les données vont dans le sens d'une plus grande prévalence des cas de VC. Les contextes et les facteurs de risque des agressions sexuelles, facilitées ou non par la drogue, sont en grande partie similaires. Les ASFD se distinguent par leur plus grande fréquence à la suite d'événements sociaux, ainsi qu'un mode opératoire spécifique dans les cas de SC. De nombreuses SPA ont été mises en lien avec les ASFD, sédatives et parfois stimulantes, la substance la plus fréquemment retrouvée étant l'alcool. Il est bien connu que les agressions sexuelles sont un facteur de risque majeur de

troubles psychiatriques et addictologiques. Néanmoins, peu d'études ont différencié les agressions sexuelles avec et sans substance lors de l'examen des conséquences psychiatriques et addictologiques. Les effets de la prise de SPA dépressives ou stimulantes au cours de l'agression sexuelle sur les pathologies à venir sont peu connus.

L'objectif principal de cette revue systématique de la littérature était d'étudier les conséquences psychiatriques et addictologiques des ASFD et d'évaluer s'il existe des différences avec les conséquences psychiatriques et addictologiques des agressions sexuelles sans substance. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer si les conséquences peuvent varier selon les SPA ou le type de facilitation par la drogue (SC ou VC).

2 MÉTHODES

Afin de répondre à la question, une revue de la littérature a été réalisée par l'auteure selon le protocole Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Annexe 5 : Liste des critères PRISMA) (121).

2.1 Critères d'éligibilité

2.1.1 Critères d'inclusion

Les articles originaux, disponibles en langue française ou anglaise, traitant des agressions sexuelles survenues dans un contexte de facilitation par la drogue de type SC ou VC ont été inclus. Seules les études apportant des informations sur les conséquences psychiatriques ou addictologiques ont été retenues. Aucune contrainte temporelle n'a été mise en place pour l'inclusion des études. Aucune contrainte n'a été mise en place concernant la population de l'étude.

2.1.2 Critères d'exclusion

Les cas cliniques et les revues de littérature ont été exclus de l'étude. Les articles dont le contenu entier n'était pas disponible ont également été exclus de l'étude.

2.2 Sources d'information et stratégies de recherche

Une recherche préliminaire a été réalisée pour identifier les mots clefs les plus fréquemment utilisés dans la littérature. Puis le moteur de recherche PubMed a été exploré avec le pattern de mots clefs : « chemical submission » OR « drug-facilitated sexual assault » OR « rape drugs » OR « incapacitated rape ». Une veille bibliographique a été réalisée jusqu'au 15 Mars 2022.

Les études référencées dans les articles et les revues de littérature, sortis lors de la recherche par mots clefs, ont également été prises en compte lorsqu'elles correspondaient aux critères d'éligibilité.

2.3 Processus de sélection des études

La sélection des articles a été faite en deux étapes. Le premier tri a été effectué sur lecture de leur titre et abstract. Le second tri a été réalisé sur lecture intégrale de l'article.

2.4 Extraction des données

Les données suivantes ont été extraites lors de la lecture complète des articles :

- Article : auteurs, année de publication
- Étude : type d'étude, période, zone géographique, objectif(s), population cible
- Agression sexuelle : type d'agression sexuelle (viol, autres agressions sexuelles, usage de la force), type de facilitation par la drogue (SC et/ou VC), SPA impliquées
- Conséquences psychiatriques et addictologiques

2.5 Risque de biais inhérent à chacune des études

La qualité des études a été évaluée par l'auteure avec l'échelle de qualité méthodologique de Newcastle Ottawa (NOS) destinée aux études non randomisées (122). Les études sont notées de 0 à 9 selon la qualité de leur méthodologie dans trois domaines : la sélection des groupes d'étude (notée sur 4), la comparabilité des groupes (notée sur 2) et la détermination de l'exposition ou du résultat d'intérêt (notée sur 3). Il existe une version de la NOS pour les études cas témoins et une version pour les études de cohorte, chacune ayant un manuel de cotation spécifique (122) (Annexes 6 et 7). Un score de qualité global a été ajouté selon la note des études. Il était estimé « bon » de 9 à 7, « moyen » de 6 à 4, et « faible » de 3 à 0.

2.6 Synthèse des résultats

Les résultats ont été synthétisés selon les troubles psychiatriques ou addictologiques évalués dans les études.

3 RÉSULTATS

3.1 Sélection des études

Le processus de sélection des études est présenté sous forme d'un diagramme de flux (Figure 6).

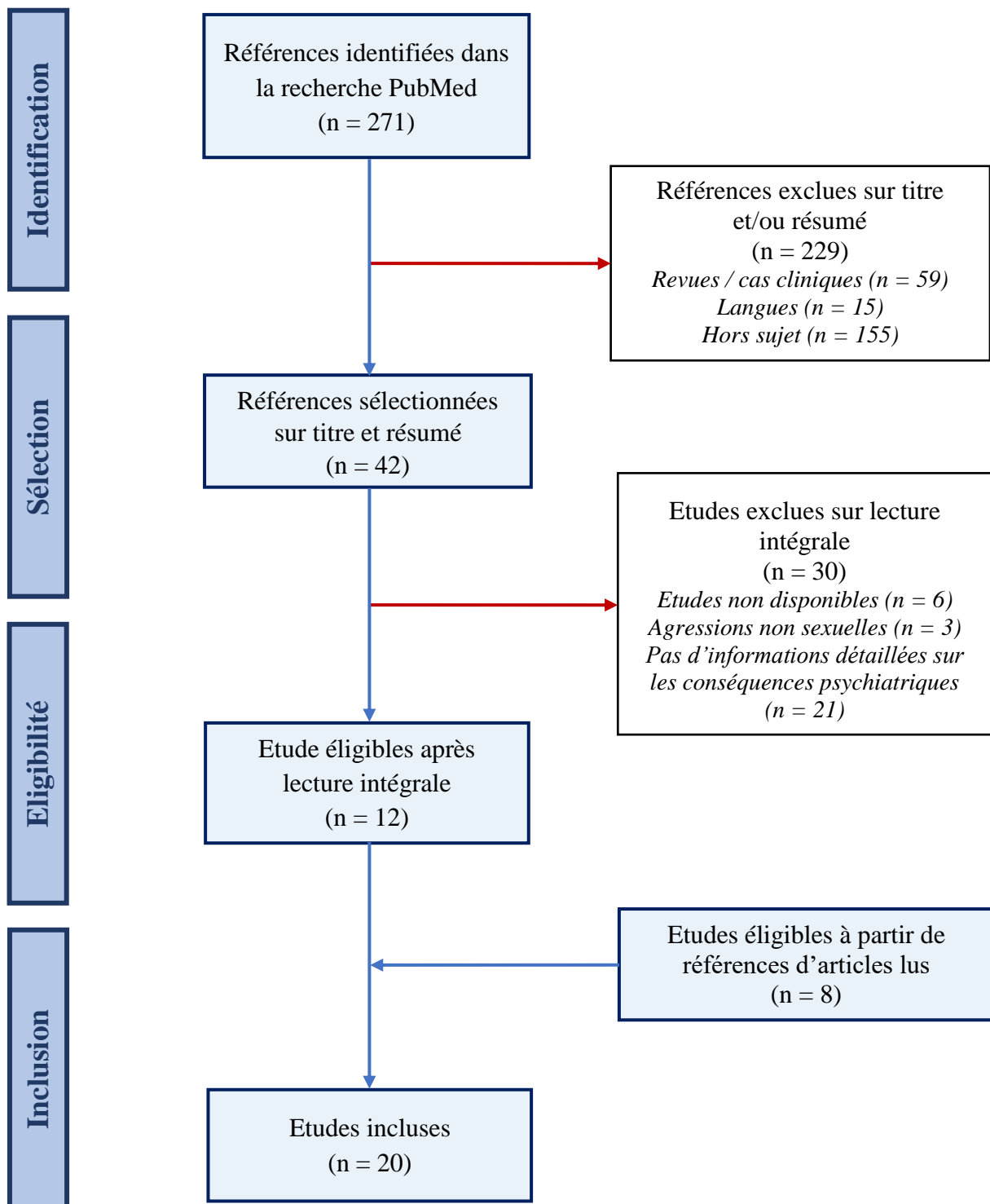


Figure 6 : Diagramme de flux présentant le processus de sélection des études

3.2 Caractéristiques des études

3.2.1 Caractéristiques individuelles des études

Les caractéristiques principales des études sont décrites dans le tableau 3 pour les études évaluant les troubles psychiatriques et le tableau 4 pour les études évaluant les troubles addictologiques (Tableaux 3 et 4).

3.2.2 Synthèse des caractéristiques

3.2.2.1 Études et échantillons

- Type d'étude

80 % des études incluses étaient des études de type cas témoins (52,89,123–136) et 20 % étaient des études de cohorte (31,137–139), avec des suivis de 1 à 2 ans.

- Pays

Toutes les études sauf une ont été réalisées aux États-Unis (31,52,89,123–136,138,139), la dernière ayant été conduite en Norvège (137).

- Population

35 % des études étaient réalisées en population générale (125,129,131,132,134,135,139). Une étude (soit 5 %) a recruté dans un centre de crise destiné aux victimes de viol (31). 40 % des études ont été réalisées dans une population étudiante à l'université (89,123,124,128,130,133,136,138). 15 % traitaient à la fois des femmes de la population générale et des étudiantes (52,126,127).

A noter que plusieurs études sont issues de l'évaluation d'un même échantillon de 5001 femmes. L'étude de départ est une réplique de « l'étude nationale sur les femmes » (*National*

Women Study (NWS)) précédente réalisée aux États-Unis en 1993 (52). Un des objectifs de l'étude était de rassembler un large échantillon représentatif de la population américaine (National Women Study (140)). Parmi les 5001 femmes de la NWS-R, 3001 étaient des femmes de la population générale, qui ont été recrutées via une méthode d'appels aléatoires à partir des numéros de téléphone d'une base nationale. L'autre partie de l'échantillon était composé 2000 étudiantes. Ces dernières ont été recrutées aléatoirement par téléphone à partir de la *American Student List* (liste d'étudiants américains), la liste d'étudiants nationale la plus importante. Dans cette revue de la littérature, 2 études se basaient sur l'échantillon complet de la NWS-R (52,126), 4 études se basaient les 3001 femmes de la population générale (126,131,134,135), et une étude sur l'échantillon de 2000 étudiantes (126).

85 % des études ont porté sur une population exclusivement féminine (52,89,123–136,139) et les 15 % restant portaient sur une population mixte (31,137,138). 65 % des études ont sélectionné des populations jeunes ; étudiantes ou ayant entre 18 et 35 ans, car il s'agit de la population majeure la plus à risque d'agression sexuelle (89,123–125,127–130,132,133,136,138,139), et 35 % n'ont pas instauré de limite d'âge supérieure (31,52,126,131,134,135,139).

La catégorisation dans les groupes d'agressions sexuelles était variable selon les études.

3.2.2.2 Méthodes de mesure

- Agression sexuelle

Différents outils ont été utilisés pour l'évaluation des agressions sexuelles :

- Le questionnaire *Sexual Experiences Survey* (SES) ou des versions modifiées ou révisées, dans huit études (89,124,125,127–129,132,139)

- Des questions fermées utilisant une description de viol ou d’agression sexuelle (52,89,126,130,131,134–137)
- Le questionnaire *Young Adult Alcohol Problem Severity Test* (YAAPST) qui intègre les ASFD dans les conséquences négatives de l’alcool (138)
- L’entretien standardisé *Standardized Trauma Interview* (STI) évaluant différents types de traumatismes (123)
- Évaluation faite par une équipe soignante dans le cadre d’une prise en charge médicale d’urgence (31)
- Une étude n’a pas donné de renseignement concernant l’évaluation de l’agression sexuelle (133).

Concernant la facilitation par la drogue, toutes les études sauf une ont utilisé des questions fermées. Elles ont interrogé les victimes sur le fait d’être « *intoxiquée* », « *défoncée* », ou « *en état d’incapacité* » au moment de l’agression sexuelle, « *trop bourrée ou défoncée pour contrôler son comportement* », ou « *inconsciente* ». La dernière utilisé une cotation de 1 à 5 (132).

Concernant les SPA utilisées, 35 % des études se sont intéressés spécifiquement aux agressions facilitées par l’alcool (89,123,127,128,133,138,139), 45 % aux agressions facilitées par l’alcool et/ou la drogue (31,124–126,129,131,134–136), et 20 % aux agressions facilitées par toutes SPA (médicaments inclus) (52,130,132,137).

35 % des études ont distingué les cas de SC des cas de VC dans l’étude des conséquences psychiatriques et addictologiques (31,52,126,130,131,135,136).

- Troubles psychiatriques évalués

Parmi les études incluses, 60 % ont évalué le TSPT (52,89,124–129,132,134–137,139) et ont utilisé :

- Les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) III et IV et les échelles *PTSD Checklist* (PCL) basées sur les critères du DSM IV (52,125–128,132,134–137,139)
- L'échelle *Perceived Stress Scale* (PSS) (89,124)
- L'inventaire *Trauma Symptom Inventory* (TSI) (129)

20 % des études ont évalué spécifiquement les cognitions post-traumatiques (89,124,132,139) et ont utilisé :

- L'inventaire *PostTraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) (89)
- L'échelle *Cognitive Distortions Scale* (CDS) (124)
- Des items du questionnaire *Rape Attribution Questionnaire* (RAQ) (139)
- Une cotation de la culpabilité de 1 à 7 (132)
- Des questions fermées sur les réactions émotionnelles et psychologiques (125)

35 % des études ont évalué les symptômes dépressifs (52,89,129,134–137) et ont utilisé :

- Les critères du DSM IV pour le diagnostic de l'EDC (52) (52,134–136)
- La version courte de la liste *Hopkins Symptom CheckList* (HSCL-25) (137)
- L'échelle *Center for Epidemiologic Studies Depression scale* (CES-D) (89)
- La version courte de l'inventaire *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) (129)

Une étude a évalué les idées de suicide (IDS) (126) en utilisant une question issue des critères du DSM IV pour le diagnostic de l'EDC (126)

15 % études se sont intéressées aux symptômes anxieux (89,129,137) et ont utilisé :

- La version courte de la liste *Hopkins Symptom CheckList* (HSCL-25) (137)
- L'échelle *Four Dimensional Anxiety Scale* (FDAS) (89)
- La version courte de l'inventaire *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) (129)

Une étude s'est intéressée aux suivis médicaux et psychothérapeutiques de victimes d'agression sexuelle, pendant 2 ans (31). Le critère d'évaluation était la présence des victimes aux rendez-vous (31).

- Usages et troubles addictologiques évalués

15 % des études ont évalué le trouble de l'usage de substances (52,126,134) et ont utilisé pour cela les critères diagnostics du DSM IV pour le trouble de l'usage de substance (52,126,134).

25 % des études se sont intéressées à la consommation d'alcool (89,123,128,133,138) et ont utilisé :

- Le questionnaire *Daily Drinking Questionnaire* (DDQ) ; pour évaluation de la consommation quotidienne (138), adapté pour la consommation hebdomadaire (123) et adapté pour la consommation trimestrielle (133)
- Un pourcentage de jour de consommation sur 30 jours (128)
- Une version du test *Alcohol Use Disorders test* (AUDIT) en 5 points pour évaluer la consommation annuelle (89)

20 % des études ont évalué la consommation excessive d'alcool, ou « *binge drinking* » (52,123,129–131) et ont utilisé :

- Une question fermée pour évaluer la consommation de plus de 50 g en une occasion au moins une fois par mois (52,130,131)

- Une cotation de 1 à 9 pour évaluer la fréquence des consommations de plus de 40 g en une occasion au cours de l'année (129)
- Le questionnaire *Quantity Frequency Questionnaire* (QF) pour évaluer la consommation excessive mensuelle et une estimation du taux d'alcool dans le sang lors de ces consommations avec la formule de Widmark ($Pic = (\text{alcool pur}) / (\text{poids} \times K)$). $K = 0,68$ pour les hommes, $0,55$ pour les femmes. Décroissance d'alcoolémie à $0,13 \text{ g/h}$ (123)

15 % des études ont évalué uniquement les conséquences négatives des consommations d'alcool (123,133,138). Elles ont utilisé une version modifiée de l'index *Rutgers Alcohol Problem Index modified version* (RAPI-M) (123,133,138).

15 % études ont évalué les consommations de cannabis et drogues « illicites » (décrites comme cocaïne, crack, phencyclidine, héroïne, méthadone et substances inhalées) (52,130,131) et le mésusage de médicaments sur ordonnance (52). Elles ont utilisé le critère de 4 consommations de la même SPA au cours de l'année.

3.3 Risque de biais des études

Les études incluses étaient des études de type cas témoins et de cohorte, considérées comme ayant des niveaux de preuve scientifique faible et intermédiaire (grade B et C), selon le système de recommandation de la HAS (141).

Les résultats de l'évaluation du risque de biais par l'échelle NOS sont présentés dans le tableau 2 pour les études cas témoins, et dans le tableau 3 pour les études de cohorte (Tableaux 2 et 3). La majorité des études présentaient un score de qualité global « moyen » ($n = 16$). Trois études ont reçu un score « bon », et deux études un score « faible ».

Tableau 2 : Évaluation du risque de biais des études cas témoins avec l'échelle de Newcastle Ottawa (n = 16) (Annexe 6)

Études	Sélection			Déclaration explicite d'absence d'antécédent chez les témoins	Comparabilité	Exposition		Score de qualité global estimé	
	Validation indépendante des cas	Cas représentatifs	Témoins issus de la même communauté		Facteurs de confusion	Détermination de l'exposition	Méthode de détermination identique chez cas et témoins		Non-réponses
Jaffe et al. 2019		*	*	*	**		*	*	Bon
Gilmore et al. 2018		*	*		*		*		Moyen
Jaffe et al. 2017			*	*	**				Moyen
McConnell et al. 2017		*	*	*	**		*	*	Bon
Masters et al. 2016		*	*				*		Faible
Zinzow et al. 2012		*	*	*	**		*		Moyen
Bedard-gilligan et al. 2011		*	*	*			*	*	Moyen
McCauley et al. 2010		*	*		**		*		Moyen
Nguyen et al. 2010		*	*	*			*		Moyen

Zinzow et al. 2010 (1)	*	*	**	*		Moyen
Zinzow et al. 2010 (2)	*	*	**	*		Moyen
Brown et al. 2009 (1)	*	*	**	*		Moyen
Brown et al. 2009 (2)	*	*	**	*		Moyen
Littleton et al. 2009	*	*	**	*	*	Moyen
McCauley et al. 2008	*	*	**	*		Moyen
Kilpatrick et al. 2007	*	*		*		Faible

* : indique un bon niveau de qualité méthodologique selon l'échelle d'évaluation de la qualité de Newcastle Ottawa (122)

** : La catégorie « comparabilité » peut être notée jusqu'à 2 étoiles si plusieurs facteurs de confusion ont été pris en compte dans l'étude

Tableau 3 : Évaluation du risque de biais des études de cohorte avec l'échelle Newcastle Ottawa (n = 4) (Annexe 7)

Études	Sélection			Comparabilité	Issue			Score de qualité global estimé	
	Cohorte exposée représentative	Cohorte non-exposée similaire à celle exposée	Détermination de l'exposition		Démonstration de l'absence de l'issue en début d'étude	Facteurs de confusion	Évaluation de l'issue		Temps suffisant pour que l'issue se produise
Aakvaag et al. 2019	*	*	*					*	Moyen
Richer et al. 2017		*	*	*	*	*	*	*	Bon
Peter-Hagene et al. 2016	*	*		*	**		*		Moyen
Kaysen et al. 2006	*	*		*	*		*		Moyen

* : indique un bon niveau de qualité méthodologique selon l'échelle d'évaluation de la qualité de Newcastle Ottawa (122)

** : La catégorie « comparabilité » peut être notée jusqu'à 2 étoiles si plusieurs facteurs de confusion ont été pris en compte dans l'étude

3.4 Conséquences psychiatriques des agressions sexuelles facilitées par la drogue

Les principaux résultats concernant les conséquences psychiatriques sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Principales caractéristiques des études et principaux résultats psychiatriques

Auteurs Année de publication	Catégorie Lieu Période	Objectif Échantillon Procédure	Mesures	Principaux résultats
Jaffe <i>et al.</i> 2019 (128)	Étude cas témoins États-Unis NR	Objectif : étude de l'influence d'une ASF par l'alcool sur les symptômes d'intrusion de TSPT par rapport à des victimes d'AS sans alcool Échantillon : 100 étudiantes, dont 67% victimes d'ASF par l'alcool et 33% victimes d'AS sans alcool, ayant au moins un symptôme d'intrusion ou d'hypervigilance de TSPT, et ayant consommé sous forme de <i>binge drinking</i> au cours du dernier mois Procédure : auto-questionnaires quotidiens pendant 30 jours	AS après 14 ans : SES FD : question fermée SPA : alcool TSPT : PCL-S Consommation d'alcool journalière : question fermée	Il n'y avait pas de différence significative dans les symptômes d'intrusion entre les victimes d'ASF par l'alcool et d'AS sans substance, ni les jours avec consommation d'alcool, ni les jours sans. Les victimes d'ASF par l'alcool ont rapporté des symptômes d'intrusion plus sévères les jours de consommation d'alcool que les jours sans consommation ($p < 0,03$), mais pas les victimes d'AS sans substance ($p = 0,885$)
Aakvaag <i>et al.</i> 2018 (137)	Étude de cohorte Norvège NR	Objectif : comparer les différences concernant l'anxiété, la dépression et le TSPT des victimes d'ASFD avec celles d'AS sans substance et avec des non-victimes Échantillon : 1011 personnes, 6 F/H. Parmi elles, 2,9 % victimes d'AS sans	AS avant 18 ans (T1) et au cours de l'étude (12 à 18 mois) (T2) : questions fermées FD : question fermée SPA : NR	Il n'y avait pas de différence significative concernant les symptômes d'anxiété, de dépression et de TSPT, entre les victimes d'ASFD au cours de l'année et celles d'AS sans substance au cours de l'année. Les deux groupes différaient des non-

		<p>substance, 4,9 % victimes d'ASFD et 92,2 % non-victimes</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaires téléphoniques, initial (T1) et de suivi après 12-18 mois (T2)</p>	<p>TSPT (T2) : PCL-6</p> <p>Symptômes dépressifs (T2) : HSCL-25</p> <p>Symptômes anxieux (T2) : HSCL-25</p>	<p>victimes pour l'ensemble des symptômes ($p < 0,001$)</p>
<p>Gilmore et al.</p> <p>2018</p> <p>(126)</p>	<p>Étude cas témoins</p> <p>États-Unis</p> <p>Année 2006</p>	<p>Objectif : comparer les idées suicidaires, le TSPT chez des victimes d'ASFD de type VC ou SC et d'AS avec usage de la force, avec celles des non-victimes</p> <p>Échantillon : 5001 femmes ; dont 2000 étudiantes et 3001 de la population générale (NWS-R). Parmi elles 14,5% victimes d'AS avec usage de la force et 7% victimes d'ASFD</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool et drogues</p> <p>TSPT, au cours des 6 derniers mois : critères du DSM IV</p> <p>IDS, au cours des 6 derniers mois : "Y a-t-il eu une période de deux semaines ou plus où vous avez eu l'impression que les choses allaient si mal que vous avez pensé à vous faire du mal ou que vous seriez mieux mort(e) ?" question tirée des critères du DSM IV</p>	<p>Les ASFD de type VC et SC étaient associées au TSPT par rapport aux non-victimes.</p> <p>Toutes les AS étaient associées indirectement à un risque accru d'IDS, par les biais du TSPT ($p < 0,001$) en milieu étudiant et population générale, et par le biais du trouble de l'usage de drogues en population générale, par rapport à des non-victimes</p>
<p>Jaffe et al.</p>	<p>Étude cas témoins</p>	<p>Objectif : comparer les symptômes de TSPT et leur évolution dans le temps chez des victimes d'ASF par l'alcool et</p>	<p>AS au cours de la vie et au cours de l'étude : SES-M</p>	<p>Il n'y avait pas de différence significative concernant les symptômes de TSPT entre les victimes d'ASF par</p>

2017 (127)	États-Unis NR	d'AS sans alcool, selon le niveau d'intoxication au moment des faits Échantillon : 143 femmes, dont 44% de victimes d'ASF par l'alcool Procédure : auto-questionnaires en ligne tous les 4 mois, pendant un an (M0, M4, M8 et M12)	FD : cotée de 0 à 4 par la victime SPA : alcool TSPT : PCL-C	l'alcool et celles d'AS sans alcool, exceptées celles dont le niveau d'intoxication perçue était élevé, qui étaient associées à des symptômes de TSPT plus sévères (p=0,018), en particulier concernant les symptômes d'intrusion (p=0,024)
McConnell et al. 2017 (132)	Étude cas témoins États-Unis NR	Objectif : comparer les conséquences psychiatriques entre des victimes d'ASFD avec facultés réduites, d'ASFD avec inconscience d'AS avec usage de la force et d'AS combinée Échantillon : 161 femmes victimes d'AS, dont 48 d'AS avec usage de la force, 56 d'ASFD avec facultés réduites, 29 d'AS combinée, et 28 d'ASFD avec inconscience Procédure : auto-questionnaire en ligne	AS après 18 ans : SES modifiée (142) FD : cotée de 1 à 5 par la victime Facultés réduites ou inconscience, et usage de la force : questions fermées SPA : NR TSPT : PCL-C Culpabilité péri-traumatique : cotée de 1 à 7 par la victime	Les victimes d'AS combinée ont rapporté des TSPT plus sévères que les victimes d'AS avec usage de la force et d'ASFD avec facultés réduites (p<0,05), de même pour les symptômes d'intrusion et d'hypervigilance (p<0,05), et des niveaux plus élevés de symptômes d'évitement que les victimes d'ASFD avec facultés réduites (p<0,05). Les victimes d'ASFD avec facultés réduites et avec inconscience ne différaient pas des victimes d'AS avec usage de la force, pour aucun des symptômes de TSPT. Il n'y avait pas de différence concernant le sentiment de culpabilité parmi les victimes d'AS
Richer et al.	Étude de cohorte	Objectifs : étudier les différences entre les victimes d'ASFD de type VC,	AS en « aigue » : selon description des dossiers des urgences	Les victimes d'ASFD présentaient une meilleure assiduité aux rendez-vous de suivi médicaux (p<0,05), et ont assisté à

2017 (31)	États-Unis Années 2007 et 2008	d'ASFD de type SC et d'AS sans substance Échantillon : 390 femmes victimes d'AS, dont 48% victimes d'AS sans substance, 29% d'ASFD de type SC et 23% d'ASFD de type VC Procédure : suivi par l'équipe pendant 2 ans	FD et SC ou VC : évaluation par un examinateur selon critères de Du Mont <i>et al.</i> (11) SPA : alcool, cannabis et autres drogues Suivis médicaux et psychothérapeutiques : présence aux rendez-vous	un plus grand nombre de séances de psychothérapie ($p < 0,0001$) que les victimes d'AS sans substance. Il n'y avait pas de différence entre les victimes de SC et de VC. Il n'y avait pas de différence dans l'acceptation du traitement ($p = 0,763$)
Masters <i>et al.</i> 2016 (129)	Étude cas témoins États-Unis Sept 2008 à janv 2010 et Sept 2010 à avril 2012	Objectif : étudier les différences de symptômes de TSPT et de symptômes dépressifs et anxieux entre victimes d'ASFD et d'AS avec usage de la force Échantillon : 667 femmes victimes d'AS, dont 52 % victimes d'AS avec incapacité et 31 % d'AS avec usage de la force Procédure : auto-questionnaire	AS après 14 ans : SES FD et usage de la force : questions fermées SPA : alcool et drogues Symptômes de TSPT, au cours des 6 derniers mois : sous-échelles « pensées intrusives » et « évitement défensif » du TSI Symptômes d'anxiété et de dépression, au cours de la semaine : BSI-18	Les victimes d'ASFD présentaient moins de symptômes de TSPT de type intrusion ($p < 0,001$) et d'évitement ($p < 0,001$), de symptômes anxieux ($p < 0,001$) et de symptômes dépressifs ($p < 0,01$) que les victimes d'AS avec usage de la force
Peter- Hagene <i>et al.</i>	Étude cohorte	Objectif : comparer le TSPT et les attributions de culpabilité chez des	AS après 14 ans : SES-R	Les victimes d'ASF par l'alcool présentaient moins de TSPT ($p = 0,04$), mais plus d'autoaccusation de leur comportement au moment de l'AS

<p>2016 (139)</p>	<p>États-Unis NR</p>	<p>victimes d'ASF par l'alcool et d'AS sans alcool</p> <p>Échantillon : 1013 femmes victimes d'AS, dont 31% d'ASF par l'alcool et 69% d'AS sans alcool</p> <p>Procédure : auto-questionnaires, initial, à un an et à 2 ans</p>	<p>FD : question fermée Usage de la force : coté de 1 à 5 par la victime</p> <p>SPA : alcool</p> <p>TSPT dans l'année : PDS</p> <p>Culpabilité : 2 items de la RAQ (autoaccusation de soi et de son comportement au moment du viol)</p>	<p>($p < 0,001$) et de soi ($p = 0,003$) que celles d'AS sans alcool. Les différences dans les symptômes de TSPT ne variaient pas entre les 2 groupes au cours du temps.</p> <p>L'autoaccusation de soi-même ($p < 0,001$), mais pas l'autoaccusation de son comportement au moment de l'AS ($p = 0,17$), est liée à l'augmentation des symptômes de TSPT.</p> <p>La facilitation par d'alcool au moment de l'AS était également associée à une augmentation du TSPT par le biais de l'autoaccusation de soi</p>
<p>Zinzow et al. 2012 (134)</p>	<p>Étude cas témoins États-Unis Janvier à juin 2006</p>	<p>Objectif : estimer le risque de TSPT, d'EDC et le trouble de l'usage de substances des victimes d'AS avec usage de la force, d'ASFD ou d'AS combinée, par rapport à des non-victimes</p> <p>Échantillon : 3 001 femmes (NWS-R), dont 299 victimes d'AS par l'usage de la force, 55 victimes d'ASFD, 78 victimes d'AS combinée, et 2561 non-victimes</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool et drogues</p> <p>TSPT, au cours de la vie et des 6 derniers mois : critères du DSM IV</p> <p>EDC, au cours de la vie et des 6 derniers mois : critères du DSM IV</p>	<p>Par rapport à des non-victimes, Les ASFD étaient associées au TSPT et à l'EDC actuels et au cours de la vie ($p < 0,05$) et aux comorbidités TSPT et EDC actuels et TSPT et trouble de l'usage de drogues</p> <p>Les AS par la force étaient associées au TSPT et à l'EDC actuels et au cours de la vie ($p < 0,001$) à la comorbidité TSPT et EDC actuelle.</p> <p>Les AS combinées étaient associées au TSPT et à l'EDC actuels et au cours de la vie ($p < 0,001$) et aux comorbidités TSPT et EDC actuels et TSPT et trouble de l'usage d'alcool</p>

<p>Bedard-Gilligan et al.</p> <p>2011</p> <p>(123)</p>	<p>Étude cas témoins</p> <p>États-Unis</p> <p>NR</p>	<p>Objectif : comparer les consommations d'alcool des victimes d'ASF par l'alcool à celles des victimes d'AS sans alcool et celles des non-victimes</p> <p>Échantillon : 306 étudiantes, dont 184 victimes d'ASF par l'alcool, 69 victimes d'AS sans alcool et 54 non-victimes</p> <p>Procédure : un auto-questionnaire en ligne</p>	<p>AS au cours de la vie : STI</p> <p>FD : quantité d'alcool en grammes</p> <p>SPA : alcool</p> <p>Consommation d'alcool, hebdomadaire : DDQ modifié</p> <p>Consommation excessive d'alcool, au cours du mois : QF et estimation du taux sanguin par la formule de Widmark</p> <p>Conséquences négatives liées à l'alcool : RAPI-M</p>	<p>Les victimes d'ASF par l'alcool consommaient plus d'alcool que les victimes d'AS sans alcool et que les non-victimes ($p < 0,05$). Leur estimation de taux sanguin lors de leurs consommations excessives d'alcool au cours du mois étaient plus importantes que celles des victimes d'AS sans alcool ($p < 0,05$), mais sans différence par rapport aux non-victimes.</p> <p>Les conséquences négatives liées à l'alcool des victimes d'ASF par l'alcool ne différaient pas significativement de celles des victimes d'AS sans alcool. Les 2 groupes d'AS avaient des conséquences négatives supérieures à celles des non-victimes ($p < 0,05$)</p>
<p>Zinzow et al. (1)</p> <p>2010</p> <p>(135)</p>	<p>Étude cas témoins</p> <p>États-Unis</p> <p>Janvier à Juin 2006</p>	<p>Objectif : comparer les symptômes de TSPT et l'EDC chez des victimes d'AS avec usage de la force, d'ASFD type VC et type SC par rapport à des non-victimes</p> <p>Échantillon : 3 001 femmes (NWS-R), dont 3% d'ASFD type VC, 2% d'ASFD de type SC, 15% d'AS avec usage de la force et 80% de non-victimes</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool et drogues</p> <p>TSPT, au cours de la vie : critères du DSM IV</p>	<p>Les AS avec usage de la force ($p < 0,001$) et les ASFD de type SC ($p < 0,05$) étaient associés au TSPT par rapport aux non-victimes, contrairement aux ASFD de type VC. Les ASFD (SC et VC) n'étaient pas associées à l'EDC par rapport aux non-victimes, contrairement aux AS avec usage de la force ($p < 0,001$)</p>

		Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique	EDC, au cours de la vie : critères du DSM IV	
Zinzow et al. (2) 2010 (136)	Étude cas témoins États-Unis NR	<p>Objectif : déterminer le risque de TSPT et d'EDC chez les victimes d'ASFD de type VC, d'ASFD de type SC d'AS avec usage de la force, par rapport à des non-victimes</p> <p>Échantillon : 2000 étudiantes, dont 54,2% victimes d'ASFD de type VC, 2,7% d'ASFD de type SC et 8,7% d'AS avec usage de la force</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool et drogues</p> <p>TSPT, au cours de la vie : critères du DSM IV</p> <p>EDC, au cours de la vie : critères du DSM IV</p>	<p>Les ASFD de type VC ($p < 0,001$ et $p < 0,05$), les ASFD de type SC ($p < 0,001$ et $p < 0,001$) et les AS avec usage de la force ($p < 0,001$ et $p < 0,001$) sont des prédicteurs de TSPT et d'EDC au cours de la vie par rapport à des non-victimes</p>
Brown et al. (1) 2009 (124)	Étude cas témoins États-Unis NR	<p>Objectif : comparer les symptômes de TSPT et les distorsions cognitives des victimes d'ASFD avec celles d'AS avec usage de la force et avec celles de coercition verbale</p> <p>Échantillon : 265 étudiantes, dont 10.9% victimes d'AS avec usage de la force, 41.9% victimes d'ASFD, et 47.2% victimes de coercition verbale</p> <p>Procédure : auto-questionnaire</p>	<p>AS au cours de la vie : SES-M</p> <p>FD, usage de la force et coercition verbale : questions fermées</p> <p>SPA : alcool et drogues</p> <p>TSPT : PSS</p> <p>Distorsions cognitives liées au traumatisme (blâme de soi, autocritique, détresse, désespoir et</p>	<p>Les victimes d'ASFD ont obtenu un moins grand nombre de symptômes de TSPT que les victimes d'AS avec usage de force ($p < 0,05$), et un plus grand nombre que celles de coercition verbale ($p < 0,05$).</p> <p>Les victimes d'ASFD ont obtenu des scores moins élevés de préoccupation du danger que les victimes d'AS avec usage de la force ($p < 0,05$).</p> <p>Les victimes d'ASFD ont montré des scores équivalents de détresse, d'auto-critique et de blâme de soi que les victimes d'AS avec usage de la force, et</p>

			préoccupation du danger), au cours du mois : CDS	plus que les victimes de coercition verbale (p<0,05)
Brown et al. (2) 2009 (125)	Étude cas témoins États-Unis Mai 2000 à avril 2002	Objectif : comparer les TSPT et les réactions émotionnelles des victimes d'ASFD avec celles d'AS avec usage de la force et celles de coercition verbale Échantillon : 244 femmes, dont 30% victimes d'AS avec usage de la force, 20% victimes d'ASFD, et 50% victimes de coercition verbale Procédure : auto et hétéro -questionnaire	AS après 14 ans : SES-R FD, usage de la force et coercition verbale : questions fermées SPA : alcool et drogues TSPT : critères du DSM III-R (auto-questionnaire) Réaction émotionnelle ou psychologique à l'incident et impact sur la vie sociale ou les relations : questions ouvertes (hétéro-questionnaire)	Les victimes d'ASFD ne présentaient pas de différence significative dans leurs symptômes de TSPT avec les victimes d'AS avec usage de la force et les victimes de coercition verbale (p NR). Les victimes d'AS avec usage de la force présentaient plus de symptômes de TSPT que les victimes de coercition verbale (p<0,05). Les victimes d'ASFD ont perçu ont perçu des niveaux équivalents de traumatisme actuel" à celles d'AS avec usage de la force, et plus élevé que les victimes de coercition verbale (p<0,05)
Littleton et al. 2009 (89)	Étude cas témoin États-Unis Automne 2006 à printemps 2007	Objectif : comparer les symptômes de TSPT, d'anxiété, de dépression et les cognitions négatives de victimes d'ASFD avec faculté réduites, d'ASFD avec inconscience et d'AS sans substance Échantillon : 340 étudiantes victimes d'AS, dont 130 victimes d'AS sans substance, 138 victimes d'ASFD avec	AS au cours de la vie FD (plus de 40g d'alcool), facultés réduites ou inconscience : questions fermées SPA : alcool TSPT : PSS	Il n'y avait pas de différence significative dans les symptômes de dépression, d'anxiété, ou de TSPT, ni dans les cognitions négatives sur soi-même ou sur le monde entre les victimes de tous types d'AS (p NR). Les victimes d'ASFD (facultés réduites et inconscience) ont déclaré une plus grande culpabilité (p<0,001) que les victimes d'AS sans substance. Il n'y avait pas de différence significative

		<p>facultés réduites, et 72 victimes d'ASFD avec inconscience</p> <p>Procédure : auto-questionnaire en ligne</p>	<p>Cognitions post-traumatiques (des cognitions négatives sur le monde, sur soi, et auto-accusation) : PCI</p> <p>Dépression : CES-D</p> <p>Anxiété : FDAS</p>	<p>entre les ASFD avec facultés réduites et avec inconscience</p>
<p>Kilpatrick et al.</p> <p>2007</p> <p>(52)</p>	<p>Étude cas témoins</p> <p>États-Unis</p> <p>23 Janvier au 26 Juin 2006</p>	<p>Objectifs : comparer le TSPT, l'EDC des victimes d'ASFD de type SC, de type VC et d'AS avec usage de la force, par rapport à des non-victimes</p> <p>Échantillon : 5 001 femmes, dont 2000 du milieu étudiant, et 3001 femmes de la population générale (NWS-R). Dont 2,5% victimes d'ASDF de type SC, 3,3% de type VC et 13% victimes d'AS avec usage de la force</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool, drogues et médicaments</p> <p>TSPT actuel et au cours de la vie : critères du DSM IV</p> <p>EDC actuel et au cours de la vie : critères du DSM IV</p>	<p>Les prévalences de TSPT et d'EDC au cours de la vie et des 6 derniers mois ($p < 0,01$) étaient plus élevées chez les victimes de tous types d'AS que chez les non-victimes</p>

AS : Agression(s) Sexuelle(s). ASF : Agression(s) Sexuelle(s) Facilitée(s). ASFD : Agression(s) Sexuelle(s) Facilitée(s) par la Droque. BSI-18 : *Brief Symptom Inventory* short version, Version courte de l'inventaire bref des symptômes (143). CDS : *Cognitive Distortions Scale*, Echelle de distorsions cognitives (144). CES-D : *Center for Epidemiologic Studies Depression scale*, échelle de dépression du Centre d'études épidémiologiques (145). DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. EDC : Épisode Dépressif Caractérisé. F/H : ratio femmes/hommes. FD : Facilitation par la Droque (= par des substances psychoactives). FDAS : *Four Dimensional Anxiety Scale*, Echelle d'anxiété quadridimensionnelle (146). HSCL-25 : *Hopkins Symptom Checklist short version*, version courte de la liste des symptômes de Hopkins (147). IDS : Idées De Suicide. NR : Non Renseigné. NWS : *National Women Study*, Étude nationale sur les femmes (140). NWS-R : Réplication de l'étude nationale sur les femmes (52). PCI : *Posttraumatic Cognitions Inventory*, Inventaire des cognitions post-

traumatiques (148). PCL : *PTSD Checklist*, Liste de vérification pour le trouble de stress post-traumatique. PCL-6 : version courte de la PCL pour le DSM-IV (149). PCL-C : *PTSD Checklist-Civilian Version*, Version civile de la PCL pour le DSM-IV (150). PCL-S : version modifiée pour un usage quotidien de la PCL pour le DSM-IV (150). PDS : *Post-traumatic Stress Diagnostic Scale*, Echelle diagnostic de troubles de stress post-traumatiques (151). PSS : *Perceived Stress Scale*, Echelle de stress perçu. RAQ : *Rape Attribution Questionnaire*, Questionnaire d'attribution de viol (152). SC : Soumission Chimique. SES : *Sexual Experiences Survey*, Enquête sur les expériences sexuelle (153). SES-R : enquête sur les expériences sexuelles revisitée (154). SES-M : *Modified Sexual Experiences Survey*, Enquête sur les expériences sexuelles modifiée (155). SPA : Substances PsychoActives. (STI) *Standardized Trauma Interview*, Entretien standardisé sur les traumatismes (156). TSI : *Trauma Symptom Inventory*, Inventaire des symptômes traumatiques (157). TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique. VC : Vulnérabilité Chimique

3.4.1 Trouble de stress post-traumatique

3.4.1.1 Par rapport aux non-victimes

Par rapport aux non-victimes, la plupart des études ont retrouvé une association entre ASFD et TSPT actuel ou vie entière, en population générale ou chez les étudiantes (52,126,134,135,137). Une seule étude, conduite en population générale, n'a retrouvé cette association que dans les cas d'ASFD de type SC, et pas dans les VC (135).

3.4.1.2 Par rapport aux autres victimes d'agression sexuelle

Par rapport aux autres victimes d'agression sexuelle, les résultats étaient discordants, certaines études ne retrouvant pas de différence, d'autres retrouvant des symptômes moins fréquents et d'autres retrouvant des symptômes plus fréquents.

- Absence de différence significative

Plusieurs études ne trouvaient pas de différence concernant les symptômes de TSPT de victimes d'ASFD rapport à des victimes d'agression sexuelle sans substance (89,128,137), avec usage de la force (125,132) et avec coercition verbale (125) en population générale (125,132,137) et étudiante (89,128). Une étude précisait que les symptômes de TSPT ne différaient pas que ce soit concernant les symptômes d'intrusion, d'hypervigilance ou d'évitement (132) et ce, quelles que soient les facultés de la victime au moment des faits (facultés réduites ou inconscience) (132). Des études ont indiqué des niveaux équivalents de traumatisme actuel (125) et de détresse (124) rapportés par les victimes d'ASFD par rapport aux victimes d'agression sexuelle avec usage de la force (124,125).

- Diminution des symptômes

L'étude de Peter-Hagene *et al.* retrouvait quant à elle un moins grand nombre de symptômes de TSPT des victimes d'ASFD par rapport aux victimes d'agressions sexuelles avec usage de la force chez des étudiantes (124). D'autres auteurs retrouvaient moins de symptômes de TSPT de type intrusion et évitement chez les victimes d'ASFD par rapport à des victimes d'AS avec usage de la force (129). De même, une autre étude rapportait moins de TSPT chez des victimes d'ASF par l'alcool par rapport à des victimes d'agression sexuelle sans substance, sans modifications des écarts symptomatiques entre groupes de victimes pendant les 2 ans de suivi (139). Une équipe retrouvait moins de préoccupation du danger chez des victimes d'ASFD que chez des victimes d'agression sexuelle avec usage de la force (124).

- Majoration des symptômes

D'autres auteurs retrouvaient un risque majoré de présenter des symptômes de TSPT chez les victimes d'ASF par l'alcool par rapport à des victimes d'agression sans substance (127). Après examen des symptômes de TSPT selon l'intoxication éthylique perçue au moment de l'agression (cotée sur 4), cette étude précisait que le risque de TSPT était équivalent pour des niveaux faible et moyen d'intoxication, mais plus fort pour des niveaux élevés (127), en particulier concernant les symptômes d'intrusion (127). Une autre étude retrouvait un plus grand nombre de symptômes de TSPT des victimes d'ASFD par rapport aux victimes de coercition verbale, chez des étudiantes (124). Des études ont indiqué des niveaux plus élevés de traumatisme actuel (125) et de détresse (124) rapportés par les victimes d'ASFD par rapport aux victimes d'AS avec coercition verbale (c'est-à-dire « l'accablement par les arguments et la pression continus de quelqu'un » ou « l'utilisation d'une position d'autorité ») (124,125).

Une de ces études, de bonne qualité selon les critères de l'échelle NOS, ne s'intéressait qu'aux victimes d'agression sexuelle ayant des symptômes de TSPT (128). Les symptômes d'intrusion étaient plus sévères les jours de consommation d'alcool chez des étudiantes victimes d'ASF par l'alcool, ce phénomène n'était pas retrouvé chez les victimes d'agression sexuelle sans substance (128).

3.4.1.3 Par rapport à des victimes d'agression sexuelle combinée

Des auteurs ont comparé les symptômes de TSPT d'agression sexuelle combinée (c'est-à-dire avec facilitation par la drogue et usage de la force au cours de la même agression) par rapport aux ASFD et aux agressions sexuelles avec usage de la force (132). Cette étude, de bonne qualité selon les critères de l'échelle NOS, retrouvait des niveaux de TSPT plus importants chez les victimes d'agression sexuelle combinée par rapport à celles d'ASFD et d'agression sexuelle avec usage de la force (132), en particulier des symptômes d'intrusion et d'hypervigilance plus élevés (132). Les symptômes d'évitement étaient plus élevés que ceux des victimes d'ASFD, mais équivalents à ceux des victimes d'agression sexuelle avec usage de la force (132).

3.4.1.4 Cas particulier de la culpabilité

Concernant les distorsions cognitives suivant le traumatisme, une étude retrouvait plus de culpabilité chez les victimes d'ASF par l'alcool comparées à celles d'agression sans substance, avec une autoaccusation de soi et de son comportement plus fortes (139). L'augmentation des symptômes de TSPT en cas d'agression sexuelle, et en particulier en cas d'ASF par l'alcool, était médiée par l'autoaccusation de soi (139). Une étude réalisée chez des étudiantes retrouvait plus de culpabilité, et autant de cognitions négatives sur soi et sur le monde chez les victimes d'ASF par l'alcool par rapport aux victimes d'agression sans alcool (89). Dans

d'autres travaux, les victimes d'ASFD montraient des niveaux équivalents d'autocritique et de blâme de soi que les victimes d'agression sexuelle avec usage de la force, et plus élevés que les victimes de coercition verbale (124).

3.4.2 Troubles dépressifs et troubles anxieux

3.4.2.1 Par rapport aux non-victimes

Par rapport aux non-victimes, la plupart des études ont retrouvé une association entre ASFD et EDC actuel ou vie entière, en population générale et chez les étudiantes (52,134,137). Seule une étude ne retrouvait pas cette association en population générale (135). La comorbidité TSPT et EDC était retrouvée plus fréquemment (134). Une étude basée sur l'échantillon de la NWS-R rapportait que les ASFD étaient associés indirectement à un risque accru d'IDS, par le biais du TSPT, par rapport aux non-victimes (126). La seule étude s'étant intéressée aux symptômes anxieux retrouvait une association avec les ASFD, par rapport aux non-victimes (137).

3.4.2.2 Par rapport aux autres victimes d'agression sexuelle

Sur les trois études ayant évalué les symptômes dépressifs, deux études ne retrouvaient pas de différence entre des victimes d'ASF par l'alcool et des victimes d'agression sexuelle sans substance, en population générale (137) et étudiante (89). La dernière, de faible qualité selon l'échelle NOS, retrouvait moins de symptômes dépressifs chez des victimes d'ASFD que chez des victimes d'AS avec usage de la force (129). Sur les trois études ayant évalué les symptômes anxieux, deux études ne retrouvaient pas de différence entre des victimes d'ASF par l'alcool et des victimes d'agression sexuelle sans substance, en population générale (137) et étudiante (89). Une étude, de faible qualité selon l'échelle NOS, retrouvait moins de

symptômes anxieux chez des victimes d'ASFD que chez des victimes d'AS avec usage de la force (129).

3.4.3 Suivis médicaux et psychothérapie

Chez des victimes d'ASFD se présentant en centre dédié aux agressions sexuelles, une étude américaine, de bonne qualité selon l'échelle NOS, retrouvait une assiduité aux rendez-vous médicaux plus importante (31), et un nombre de séances de psychothérapie plus élevé que celles des victimes d'agression sexuelle sans substance (31). Cette étude comparait également les ASFD de type SC et de type VC (31). Elle ne retrouvait pas de différence dans la présentation aux rendez-vous médicaux et le nombre de séances de psychothérapie (31).

3.5 Conséquences addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue

Les principaux résultats addictologiques sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5 : Principales caractéristiques des études et principaux résultats addictologiques

Auteurs Année de publication	Catégorie Lieu Période	Objectif Échantillon Procédure	Mesures	Principaux résultats
Gilmore et al. 2018 (126)	Étude cas témoins États-Unis Année 2006	Objectif : comparer les troubles de l'usage de substance chez des victimes d'ASFD de type VC ou SC et d'AS avec usage de la force, avec celles des non-victimes Échantillon : 5001 femmes ; dont 2000 étudiantes et 3001 de la population générale (NWS-R). Parmi elles 14,5% victimes d'AS avec usage de la force et 7% victimes d'ASFD Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique	AS au cours de la vie : questions fermées FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées SPA : alcool et drogues Trouble de l'usage de substances, au cours de l'année : critères du DSM IV	Les ASFD de type VC et SC étaient associées aux troubles de l'usage d'alcool et de drogues, et au TSPT par rapport aux non-victimes. Les AS avec usage de la force étaient associées au trouble de l'usage d'alcool et au TSPT dans le milieu étudiant, et au trouble de l'usage de drogues dans la population générale, par rapport aux non-victimes
Masters et al. 2016 (129)	Étude cas témoins États-Unis Sept 2008 à janv 2010	Objectif : étudier les consommations excessives de substances entre victimes d'ASFD et d'AS avec usage de la force Échantillon : 667 femmes victimes d'AS, dont 52 % victimes d'AS	AS après 14 ans : SES FD et usage de la force : questions fermées SPA : alcool et drogues	Les victimes d'ASFD présentaient moins d'épisodes de consommation excessive d'alcool ($p < 0,05$) que les victimes d'AS avec usage de la force

	et Sept 2010 à avril 2012	avec incapacité et 31 % d'AS avec usage de la force Procédure : auto-questionnaire	Consommation excessive d'alcool, au cours de l'année (plus de 40g) : cotation de 1 à 9	
Zinzow et al. 2012 (134)	Étude cas témoins États-Unis Janvier à juin 2006	Objectif : estimer le risque trouble de l'usage de substance des victimes d'AS avec usage de la force, d'ASFD ou d'AS combinée, par rapport à des non-victimes Échantillon : 3 001 femmes (NWS- R), dont 299 victimes d'AS par l'usage de la force, 55 victimes d'ASFD, 78 victimes d'AS combinée, et 2561 non-victimes Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique	AS au cours de la vie : questions fermées FD et usage de la force : questions fermées SPA : alcool et drogues Troubles de l'usage de substances, et leurs conséquences négatives, au cours de l'année : critères du DSM IV	Par rapport à des non-victimes, Les ASFD étaient associées au trouble de l'usage de drogues (p<0,01) et à la comorbidité TSPT et trouble de l'usage de drogues (p<0,05). Les AS combinées étaient associées au trouble de l'usage d'alcool (p<0,01) et à la comorbidité TSPT et trouble de l'usage d'alcool (p<0,01)
Bedard- Gilligan et al. 2011 (123)	Étude cas témoins États-Unis NR	Objectif : comparer les consommations d'alcool des victimes d'ASF par l'alcool à celles des victimes d'AS sans alcool et celles des non-victimes Échantillon : 306 étudiantes, dont 184 victimes d'ASF par l'alcool, 69 victimes d'AS sans alcool et 54 non- victimes	AS au cours de la vie : STI FD : quantité d'alcool en grammes SPA : alcool Consommation d'alcool, hebdomadaire : DDQ modifié Consommation excessive d'alcool, au cours du mois : QF et estimation du	Les victimes d'ASF par l'alcool consommaient plus d'alcool que les victimes d'AS sans alcool et que les non- victimes (p<0,05). Leur estimation de taux sanguin lors de leurs consommations excessives d'alcool au cours du mois étaient plus importantes que celles des victimes d'AS sans alcool (p<0,05), mais sans différence par rapport aux non- victimes.

		Procédure : un auto-questionnaire en ligne	taux sanguin par la formule de Widmark*	Les conséquences négatives liées à l'alcool des victimes d'ASF par l'alcool ne différaient pas significativement de celles des victimes d'AS sans alcool. Les 2 groupes d'AS avaient des conséquences négatives supérieures à celles des non-victimes ($p < 0,05$)
McCauley et al.	Étude cas témoins	Objectif : comparer les consommations de SPA des victimes d'ASFD de type SC, de type VC et d'AS avec usage de la force par rapport à des non-victimes	AS au cours de la vie : questions fermées	L'expérience d'une ASFD de type VC, SC ou d'une AS sans substance au cours de la vie étaient associées à une probabilité accrue de consommation excessive d'alcool ($p < 0,001$, $p < 0,05$ et $p < 0,05$ respectivement), de cannabis ($p < 0,001$ pour toutes) et de drogues illicites ($p < 0,001$ pour toutes), au cours de l'année par rapport à des non-victimes
2010	États-Unis	Échantillon : 3001 femmes (NWS-R) ; dont 19% de victimes d'AS avec usage de la force, 5% d'ASFD de type VC, 3% victimes d'ASFD de type SC et 76% non-victimes	FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées	
(131)	NR	Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique	SPA : alcool et drogues	
			Consommation excessive d'alcool, au cours de l'année (50g) : nombre de jours par mois	
			Consommation de cannabis ou drogues illicites, au cours de l'année : 4 consommations	
Nguyen et al.	Étude cas témoins	Objectif : comparer la consommation d'alcool de victimes d'ASFD et de non-victimes	AS : NR	Les victimes d'ASFD ont signalé des niveaux plus élevés de consommation d'alcool ($p < 0,05$) et davantage de conséquences liées à l'alcool ($p < 0,05$) que les non-victimes
2010	États-Unis	Échantillon : 5565 étudiantes, NR	FD : NR	
(133)	NR		SPA : NR	

		Procédure : auto-questionnaire en ligne	Consommation d'alcool dans les 3 mois : DDQ Conséquences de l'alcool et fonctionnement social et de santé dans les 6 mois : RAPI-M	
Littleton et al. 2009 (89)	Étude cas témoin États-Unis Automne 2006 à printemps 2007	Objectif : comparer les consommations d'alcool de victimes d'ASFD avec faculté réduites, d'ASFD avec inconscience et d'AS sans substance Échantillon : 340 étudiantes victimes d'AS, dont 130 victimes d'AS sans substance, 138 victimes d'ASFD avec facultés réduites, et 72 victimes d'ASFD avec inconscience Procédure : auto-questionnaire en ligne	AS au cours de la vie FD (plus de 40g d'alcool), facultés réduites ou inconscience : questions fermées SPA : alcool Consommation d'alcool au cours de l'année : version en 5 points de l'AUDIT	Les victimes d'ASFD (facultés réduites et inconscience) ont déclaré une consommation d'alcool plus fréquente ($p < 0,001$) que les victimes d'AS sans substance. Il n'y avait pas de différence significative entre les ASFD avec facultés réduites et avec inconscience
McCauley et al. 2008 (130)	Étude cas témoins États-Unis NR	Objectif : comparer la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues chez des victimes d'AS avec usage de la force, d'ASFD de type VC et de type SC, par rapport à des non-victimes	AS au cours de la vie : questions fermées FD, SC ou VC, usage de la force : questions fermées SPA : alcool, cannabis et autres drogues	Les ASFD de type VC et SC étaient associés à une consommation excessive d'alcool ($p < 0,001$ et $p < 0,01$ respectivement) et à une consommation de SPA ($p < 0,001$ et $p < 0,001$) au cours de l'année par rapport à des non-victimes. Les AS avec usage de la force ne

		<p>Échantillon : 1980 étudiantes, dont 167 victimes d'AS avec usage de la force, 82 victimes d'ASFD de type VC et 51 victimes de type SC</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>Consommation excessive d'alcool (50g), au cours de l'année : fréquence mensuelle</p> <p>Consommation de substances (alcool, cannabis, drogues illicites, mésusage de médicaments), au cours de l'année : 4 consommations</p>	<p>présentaient pas de différence significative avec les non-victimes</p>
<p>Kilpatrick et al.</p> <p>2007</p> <p>(52)</p>	<p>Étude cas témoins</p> <p>États-Unis</p> <p>23 Janvier au 26 Juin 2006</p>	<p>Objectifs : comparer les consommations de substances et le trouble de l'usage de substances des victimes d'ASFD de type SC, de type VC et d'AS avec usage de la force, par rapport à des non-victimes</p> <p>Échantillon : 5 001 femmes, dont 2000 du milieu étudiant, et 3001 femmes de la population générale (NWS-R). Parmi elles, 2,5% victimes d'ASDF de type SC, 3,3% victimes d'ASFD de type VC et 13% victimes d'AS avec usage de la force</p> <p>Procédure : hétéro-questionnaire téléphonique</p>	<p>AS au cours de la vie : questions fermées</p> <p>FD, SC ou VC et usage de la force : questions fermées</p> <p>SPA : alcool, drogues et médicaments</p> <p>Consommation excessive d'alcool (50g) : mensuelle</p> <p>Consommation de cannabis, drogues illicites ou mésusage de médicaments sur ordonnance, au cours de l'année : 4 consommations</p> <p>Trouble de l'usage de substance : NR</p>	<p>Les prévalences de la consommation excessive d'alcool ($p < 0,05$) et de la consommation des différentes SPA ($p < 0,05$), étaient plus élevées chez les victimes de tous types d'AS que chez les non-victimes</p>
<p>Kaysen et al.</p>	<p>Étude de cohorte</p>	<p>Objectif : examiner l'association entre ASFD et la consommation d'alcool et les conséquences</p>	<p>AS au cours de la vie et au cours de l'année : YAAPST</p>	<p>Les ASFD étaient significativement associées à une consommation d'alcool et des conséquences négatives liées à</p>

2006 (138)	États-Unis NR	<p>négatives liées à l'alcool pendant la 1^{ère} année d'université</p> <p>Échantillon : 1238 étudiants, 6,7 F/H. Parmi eux, 30 victimes d'ASFD avant la 1^{ère} année d'université, 24 victimes pendant la 1^{ère} année, 26 la 2^e année, 26 la 3^e année, et 1132 non-victimes</p> <p>Procédure : auto-questionnaire en ligne tous les ans, pendant 3 ans</p>	<p>FD : question fermée</p> <p>SPA : alcool</p> <p>Consommation d'alcool quotidienne : DDQ</p> <p>Conséquences négatives liées à l'alcool : RAPI-M</p>	<p>l'alcool plus importantes, avant et après l'ASFD, par rapport aux non-victimes (p : NR)</p>
---------------	----------------------	--	--	--

AS : Agression(s) Sexuelle(s). ASF : Agression(s) Sexuelle(s) Facilitée(s). ASFD : Agression(s) Sexuelle(s) Facilitée(s) par la Drogue. AUDIT : *Alcohol Use Disorders test*, Test de trouble de l'usage d'alcool. DDQ : *Daily Drinking Questionnaire*, Questionnaire consommation quotidienne d'alcool (158). DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. F/H : ratio femmes/hommes. FD : Facilitation par la Drogue (= par des substances psychoactives). NR : Non Renseigné. NWS : *National Women Study*, Étude nationale sur les femmes (140). NWS-R : Réplication de l'étude nationale sur les femmes (52). QF : *Quantity Frequency Questionnaire*, Questionnaire de fréquence des quantités (159). RAPI-M : *Rutgers Alcohol Problem Index modified version*, Indice des problèmes d'alcool de Rutgers version modifiée (160). SC : Soumission Chimique. SES : *Sexual Experiences Survey*, Enquête sur les expériences sexuelles (153). SES-R : Enquête sur les expériences sexuelles revisitée (154). SES-M : *Modified Sexual Experiences Survey*, Enquête sur les expériences sexuelles modifiée (155). SPA : Substances PsychoActives. VC : Vulnérabilité Chimique. YAAPST : *Young Adult Alcohol Problem Severity Test*, Test de gravité des problèmes d'alcool chez les jeunes adultes

* Formule de Widmark: $Pic = (\text{alcool pur}) / (\text{poids} \times K)$. K = 0,68 pour les hommes, 0,55 pour les femmes. Décroissance d'alcoolémie à 0,13 g/h

3.5.1 Usage et trouble de l'usage de l'alcool

3.5.1.1 Par rapport aux non-victimes

Par rapport aux non-victimes, les études réalisées chez des étudiantes retrouvaient une consommation d'alcool moyenne plus élevée chez les victimes d'ASF par l'alcool (123,133,138). Parmi les études traitant des mêmes échantillons, les ASFD étaient associées de manière statistiquement significative aux comportements de consommation excessive d'alcool (« *binge drinking* ») en population générale et étudiante (52,131). Des études réalisées sur des échantillons différents d'étudiantes retrouvaient également une association avec les comportements de consommation excessive d'alcool (130). Parmi les études traitant des mêmes échantillons, les ASFD étaient associées à un trouble de l'usage d'alcool en population générale et chez les étudiantes par rapport aux non-victimes (52,126,134). Des auteurs retrouvaient des conséquences négatives liées à l'alcool plus importantes chez les victimes d'ASF par l'alcool que chez les non-victimes chez les étudiantes (128,133,138).

3.5.1.2 Par rapport aux autres victimes d'agression sexuelle

Les victimes d'ASF par l'alcool consommaient plus d'alcool en moyenne par semaine (12 verres standards (équivalent à 120 g d'alcool pur)) par rapport aux victimes d'AS sans alcool (8 verres standards (80 g)) (123). Une étude retrouvait que l'estimation de l'alcoolémie de victimes d'ASF par l'alcool, au moment de leurs consommations excessives d'alcool au cours du mois, était plus importante que celle des victimes d'AS sans alcool (0,22 g/L contre 0,16 g/L) (123). À l'inverse, d'autres auteurs retrouvaient que les victimes d'ASFD présentaient moins d'épisodes de consommation excessive d'alcool que les victimes d'AS avec usage de la force, dans une étude de qualité plus faible selon l'échelle NOS (129). Les conséquences négatives liées à l'alcool ne différaient pas de celles des victimes d'agression sans alcool (123).

3.5.2 Usage et trouble de l'usage de substances (autres que l'alcool)

3.5.2.1 Par rapport aux non-victimes

Des auteurs retrouvaient une association des ASFD avec la consommation de drogues et le mésusage de médicaments sur ordonnance en population générale et chez les étudiantes par rapport à des non-victimes (52,130,131). Parmi les études traitant des mêmes échantillons, les ASFD étaient associées à un trouble de l'usage de substance (« cannabis et drogues illicites ») en population générale et chez les étudiantes (52,126). La comorbidité TSPT et trouble de l'usage de substances était également retrouvée plus fréquemment que chez les non-victimes (134).

3.5.2.2 Par rapport aux autres victimes d'agression sexuelle

Une étude retrouvait une association significative des ASFD avec un trouble de l'usage de substance (alcool et drogues), contrairement aux agressions sexuelles avec usage de la force (134). La comorbidité TSPT et trouble de l'usage de substance était également plus fréquente chez les victimes d'ASFD que chez les victimes d'agression sexuelle avec usage de la force (134).

4 DISCUSSION

Notre objectif principal était d'étudier les conséquences psychiatriques et addictologiques des ASFD et d'évaluer s'il existe des différences avec les conséquences psychiatriques et addictologiques des agressions sexuelles sans substance. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer si les conséquences pouvaient varier selon les SPA ou le type de facilitation par la drogue (SC ou VC).

De manière générale, les victimes d'ASFD présentaient plus de pathologies psychiatriques, tels que le TSPT, les troubles dépressifs et les troubles anxieux, et de troubles addictologiques que les personnes non-victimes. Concernant les différences avec les victimes d'agression sexuelle sans substance, les résultats concernant les pathologies psychiatriques étaient plus discordants. Les victimes d'ASFD étaient plus concernées par un sentiment de culpabilité. Les comportements de consommation de SPA semblaient plus fréquents et massifs. Les SPA semblaient avoir une influence sur les symptômes de TSPT. Concernant la SC et VC, aucune différence n'a été retrouvée entre ces deux types d'ASFD, mais ce sujet a été peu étudié.

4.1 Conséquences psychiatriques des agressions sexuelles facilitées par la drogue

4.1.1 Généralités

56 % des études ne trouvaient pas de différence concernant les symptômes de TSPT (89,125,128,132,137) et les symptômes dépressifs et anxieux (89,137) des victimes d'ASFD par rapport aux victimes d'agression sexuelle sans substance. 33 % des études trouvaient moins de TSPT chez les victimes d'ASFD (124,129,139), et moins de symptômes dépressifs et anxieux (129), et une étude trouvait plus de symptômes de TSPT (127). Ces résultats sont

hétérogènes, et semblent plutôt en faveur de symptômes équivalents ou moindres chez les victimes d'ASFD.

4.1.2 Impact de l'usage de la force et autres facteurs

Si l'on observe des variables de confusion, il est intéressant de noter que les trois études retrouvant moins de TSPT chez les victimes d'ASFD, dont l'une retrouvait également moins de symptômes dépressifs et anxieux, ont pour point commun de ne pas corriger leurs résultats avec des variables telles que la force physique, les blessures, la peur péritraumatique et la reconnaissance de l'agression sexuelle (124,129,139). En effet, il existe une association entre ces variables et les symptômes psychiatriques chez les victimes d'agressions sexuelles et de crimes (93,135,140,161). Or, ces variables semblent moins fréquentes dans les cas impliquant une facilitation par la drogue. En effet, des études ont retrouvé une association négative entre les ASFD et l'usage de la force (135), les blessures (46,64,135), la peur (135) et la reconnaissance de l'agression sexuelle (65,135) par rapport aux victimes d'agression sans substance. Néanmoins, l'usage de la force, les blessures, la peur péritraumatique et/ou la reconnaissance de l'agression, bien que moins fréquents dans les cas d'ASFD, n'en sont pas systématiquement absents pour autant. Il a notamment été rapporté dans la littérature que la moitié à deux tiers des victimes d'ASFD avaient subi un usage de la force au cours de leur agression (89,134), et qu'un tiers avaient eu peur pour sa vie (162). Il a également été décrit que la consommation de SPA par l'agresseur était associée à une plus grande violence pendant l'agression, et à un nombre plus important de blessures de la victime (89,90), et les consommations de SPA par la victime et l'agresseur sont souvent concomitantes (89,91,139). Il est ainsi important d'individualiser ces facteurs, et considérer qu'ils peuvent influencer négativement la symptomatologie ultérieure.

4.1.3 Impact de la culpabilité

Concernant les distorsions cognitives suivant le traumatisme, deux études retrouvaient plus de culpabilité chez les victimes d'ASF par l'alcool (89,139). Chez les victimes d'ASF par l'alcool, la culpabilité initiale était associée à des symptômes ultérieurs de TSPT plus importants pendant une période de 2 ans, bien que le risque de développer un TSPT était moindre chez les victimes d'ASFD par rapport aux victimes d'agression sexuelle sans substance (139). À l'inverse, d'autres auteurs retrouvaient des niveaux équivalents de culpabilité chez les victimes d'ASFD et d'agression sans substance (124). Les résultats semblent en faveur d'une culpabilité plus importante chez les victimes d'ASFD. Une culpabilité plus forte semblait participer à l'augmentation des symptômes ultérieurs de TSPT parmi les victimes d'ASFD (139). La culpabilité pourrait aussi révéler précocement un TSPT plus important. En effet, si la culpabilité est considérée comme un symptôme de TSPT dans le DSM-5 (altération des cognitions et de l'humeur), elle ne l'était pas dans le DSM IV (utilisé dans la majorité des études de cette revue). Dans la littérature, l'ingestion volontaire d'alcool et/ou de drogue(s) par les victimes d'ASFD majore les sentiments de culpabilité et d'autoaccusation (62,139,163,164). Les victimes peuvent se reprocher la consommation de SPA et se croire responsables de ne pas avoir pu éviter l'agression (107,164). Les circonstances des ASFD correspondent moins aux idées reçues sur les circonstances des agressions sexuelles (53,57,65,107,126), et la société a tendance à blâmer les comportements non normatifs qui augmentent le risque d'agression sexuelle chez les victimes, comme la consommation d'alcool (107,165,166). De plus, il a été retrouvé que les victimes d'ASFD reçoivent moins de réactions de soutien de la part des personnes à qui elles se confient (162). Or, les réactions sociales négatives ont déjà été mises en lien avec des symptômes de TSPT plus importants dans les cas d'agression sexuelle (167). L'ensemble de ces données suggèrent que les victimes d'ASFD sont plus souvent sujettes à un

sentiment de culpabilité, et bénéficient d'un moindre soutien des personnes à qui elles se confient. Cela pourrait avoir des effets négatifs sur le TSPT (139,167). Néanmoins, ces variables ne sont pas spécifiques des ASFD et sont fréquemment retrouvées chez les victimes d'agression sexuelle au sens large (2,89,167).

Une étude retrouvait une plus forte assiduité aux rendez-vous médicaux et un nombre de séances de psychothérapie plus important chez les victimes d'ASFD (31). L'augmentation du nombre de séances de psychothérapie chez les victimes d'ASFD est cohérente avec un travail plus long des victimes d'ASFD avec des cognitions négatives comme la culpabilité. Il est également possible que ce résultat soit en lien avec l'amnésie fréquente dans les cas d'ASFD. Une étude se basant sur la pratique clinique rapportait que l'amnésie peut être à l'origine de ruminations (107), les victimes pouvant avoir besoin de comprendre ou gérer l'incertitude concernant l'agression, des difficultés à intégrer la réalité de l'agression ou l'espoir de retrouver des souvenirs (107).

4.1.4 Impact d'une agression sexuelle combinée

L'étude de McConnell *et al.* a comparé les symptômes de TSPT d'agression sexuelle combinée (facilitation par la drogue et usage de la force) par rapport à ceux des ASFD et ceux des agressions sexuelles avec usage de la force. Elle retrouvait des niveaux de TSPT plus sévères chez les victimes d'agression sexuelle combinée, en particulier des symptômes d'intrusion et d'hypervigilance plus élevés (132). Ce résultat est en faveur d'un effet cumulatif de la facilitation par la drogue et de l'usage de la force sur le risque de TSPT, qui pourrait être en lien avec les facteurs qui leurs sont fréquemment associés. Dans le cas de la facilitation par la drogue, il pourrait s'agir plus souvent d'une augmentation de la culpabilité et d'un manque de soutien social (132). Dans le cas de l'usage de la force, il s'agit plus souvent de plus de

violence, de blessures, de peur au cours de l'agression et de reconnaissance de l'agression comme délit ou crime. Ces variables ne sont pas spécifiques et sont fréquemment retrouvées chez les victimes d'agression sexuelle au sens large. Il semble donc intéressant de les individualiser et de les considérer comme des facteurs de risque surajoutés de développer des troubles psychiatriques, en particulier un TSPT.

4.1.5 Effets des substances psychoactives

Quatre études ont pris en compte spécifiquement la facilitation par l'alcool au moment de l'agression sexuelle (89,127,128,139). Une étude retrouvait des symptômes de TSPT plus forts chez les victimes d'ASFD (127). Après examen des symptômes selon le niveau d'intoxication perçue au moment de l'agression, cette étude précisait que le risque de TSPT était équivalent pour des niveaux faible et moyen d'intoxication, mais plus fort pour un niveau élevé, en particulier concernant les symptômes d'intrusion (127). Deux études ne retrouvaient pas de différence avec les autres victimes d'agression sans substance concernant les symptômes de TSPT (89,128). L'une d'elles distinguait les victimes d'ASFD avec facultés réduites et avec inconscience, pour lesquelles elle retrouvait des résultats similaires (89). L'autre se concentrait uniquement sur les symptômes d'intrusion, et retrouvait des symptômes plus forts les jours de consommations d'alcool uniquement chez les victimes d'ASF par l'alcool (128). Une seule étude retrouvait une baisse de la symptomatologie en cas de prise d'alcool, stable pendant les 2 ans de suivi (139).

Une augmentation de la sévérité des symptômes TSPT était retrouvée pour un niveau élevé d'intoxication perçue. Il est possible que les victimes qui ressentent une forte culpabilité aient plus tendance à se percevoir comme « très intoxiquées » au moment de l'agression. Comme décrit précédemment, la culpabilité était associée à l'augmentation ultérieure des autres

symptômes de TSPT dans une étude (139), et est un symptôme de TSPT en soi (altération des cognitions et de l'humeur, selon le DSM-5). Par ailleurs, l'augmentation de TSPT pour des niveaux élevés d'intoxication perçue pourrait être expliquée par la théorie de la double représentation (127,168). Cette hypothèse stipule que le souvenir d'un événement est basé sur des représentations contextuelles et sensorielles, interconnectées et également saillantes (168). Les représentations de la mémoire contextuelle comprennent le moment, la séquence et l'emplacement des événements, celles de la mémoire sensorielle comprennent les expériences sensorielles et affectives (odeurs, douleur, émotions). Un encodage pathologique se produit lors d'événements traumatiques, il entraînerait des représentations de la mémoire sensorielle saillantes et durables, déconnectées de la mémoire contextuelle correspondante (168). Des intrusions somatiques sont en effet possibles malgré une amnésie (107,169,170). Des niveaux élevés d'intoxication pourraient entraver plus fortement la formation de souvenirs contextuels si bien que les souvenirs de l'agression seraient principalement sensoriels (107,169,170). Dans l'étude, l'intoxication péritraumatique a montré une relation plus forte avec les symptômes d'intrusion par rapport aux symptômes d'hypervigilance et d'évitement (127). Ces souvenirs intrusifs plus fréquents pourraient aussi favoriser le sentiment que le monde n'est pas sûr, ce qui pourrait amener à une augmentation modérée des symptômes d'hypervigilance et/ou d'évitement. La formation inhibée des souvenirs contextuels à des niveaux élevés d'intoxication pourrait alors conduire à des symptômes plus sévères de TSPT (127,168). L'augmentation de TSPT n'était pas retrouvée dans l'étude qui comparait les victimes d'ASFD avec facultés réduites et avec inconscience (89), bien que l'inconscience traduise aussi un niveau élevé d'intoxication. La volonté de l'agresseur de passer outre le consentement de la victime, dans le cas d'inconscience, est évidente. On peut faire l'hypothèse que cela pourrait limiter partiellement le sentiment de culpabilité des victimes, qui se blâmeraient moins comme seules

responsables, et cette culpabilité moins forte renforcerait moins les symptômes de TSPT ultérieurs (139). On peut également faire l'hypothèse, avec la théorie de la double représentation, que la perte de conscience avant une agression sexuelle limite la formation de représentations sensorielles et donc de futurs symptômes d'intrusion, ce qui ne serait pas le cas lors d'une amnésie sans perte de conscience. Dans les deux cas, cette classification (facultés réduites/inconscience) semble ne pas permettre de différencier suffisamment les sous-groupes de victimes.

L'augmentation des symptômes de TSPT lors de la consommation d'alcool, uniquement chez les victimes d'ASF par l'alcool, pourrait être liée au fait que ces victimes ont encodé l'ébriété comme une composante sensorielle de la mémoire du traumatisme (128). Il est possible également que la consommation d'alcool implique l'exposition à des indices environnementaux (lieux, boissons) (128). Ce résultat suggère que la consommation d'alcool après l'agression pourrait être un modérateur potentiel de l'association entre la consommation péritraumatique d'alcool et les symptômes d'intrusion ultérieurs (128).

Dans la littérature, deux études sur des traumatismes non sexuels ont retrouvé des résultats en faveur d'une baisse du risque de TSPT avec la consommation d'alcool au moment de l'événement. Elle permettait une baisse du risque de TSPT à 7, 8 ou 9 mois chez des victimes d'un incendie (171). Chez des victimes d'agression physique (sexuelle ou non), la consommation d'alcool au moment de l'agression était associée à des symptômes d'intrusion plus faibles (120). Ces études retrouvaient donc plutôt une baisse de la symptomatologie, qu'elles mettaient en lien avec l'effet anxiolytique de l'alcool, qui baisserait le stress et la sensation de perte de contrôle perçue au moment du traumatisme ou l'effet GABAergique de

l'alcool limitant la potentialisation à long terme à l'origine d'une baisse de l'encodage, de la consolidation et/ou de la récupération mnésiques (120,171).

Hormis celles portant sur l'alcool, aucune étude incluse dans cette revue ne s'est intéressée spécifiquement à une SPA ou un groupe de SPA et aucune n'a comparé les troubles psychiatriques et addictologiques selon les SPA présentes lors de l'agression. Les études ne discriminant pas la facilitation par la drogue (alcool et/ou autres drogue(s)) retrouvaient des résultats équivalents à ceux des victimes sans SPA concernant le TSPT, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, lorsque l'usage de la force physique, les blessures, la peur et la reconnaissance de l'agression étaient considérés comme des facteurs de confusion (125,132,137). Dans la littérature, une étude chez des victimes de traumatisme physique a retrouvé des symptômes de « détresse » à 9 mois plus élevés lorsque les prélèvements sanguins réalisés aux urgences étaient positifs à une SPA (alcool ou drogues) (172). Concernant la consommation de stimulants (amphétamines et cocaïne), une étude chez des victimes de traumatisme physique a retrouvé une association avec des symptômes de TSPT plus sévères (173). Ces résultats pourraient être en faveur d'un effet différentiel des SPA, selon leurs catégories, sur la mémorisation et les symptômes de TSPT, néanmoins les résultats présentés dans cette revue ne nous permettent pas de conclure.

Comme la culpabilité, le manque de soutien social, l'usage de la force, les blessures et la peur péritraumatique, la consommation de SPA peut être considérée comme un facteur influençant les troubles psychiatriques ultérieurs. Des études complémentaires doivent être menées pour analyser plus précisément le rôle des différents mécanismes des SPA sur les symptômes psychiatriques et les effets liés aux doses.

4.1.6 Soumission chimique et vulnérabilité chimique

Concernant la SC et la VC, seule une étude a comparé directement ces deux types d'agression. Elle ne retrouvait pas de différence concernant l'assiduité aux rendez-vous médicaux et le nombre de séances de psychothérapie (31). Ce résultat pourrait être en lien avec l'amnésie fréquemment présentée par les victimes d'ASFD, souvent associée à des ruminations centrées sur les incertitudes concernant les faits (107).

Les situations de VC et de SC présentent de nombreuses caractéristiques communes, concernant le souvenir de l'agression, la peur péritraumatique, le contexte (134). Néanmoins des différences pourraient influencer les conséquences psychiatriques et addictologiques. Le manque de contrôle lors d'un événement traumatique peut mener à une augmentation des symptômes de TSPT, de même pour le sentiment de préjudice volontaire d'autrui, et ces sentiments peuvent être plus forts dans les cas d'administration de SPA par l'agresseur (135,152,171). La création de sous-groupes d'ASFD dans les études, de façon plus systématique, pourrait apporter un éclairage intéressant.

4.2 Conséquences addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue

Des auteurs trouvaient que les victimes d'ASFD présentaient des consommations d'alcool plus importantes (123,133,138), plus de trouble de l'usage d'alcool et de consommations excessives d'alcool (« *binge drinking* ») (52,126,130,131), et de conséquences négatives liées à l'alcool (123,133,138) par rapport aux non-victimes. Une étude prospective retrouvait une consommation d'alcool moyenne supérieure chez les victimes d'ASFD par rapport aux non-victimes, avant et après l'agression (138). Ce résultat suggère que la consommation d'alcool pourrait être un facteur de risque d'ASFD plutôt qu'une conséquence.

Les autres études étaient transversales et ne permettaient pas de conclure concernant la chronologie des troubles par rapport à l'ASFD. Concernant les autres SPA, les ASFD étaient associées également à la consommation de drogues (52,130,131) et le trouble de l'usage de substance (52,126,134) par rapport à des non-victimes.

Des auteurs retrouvaient une association des ASFD avec une consommation d'alcool moyenne plus élevée (123), des consommations excessives d'alcool moins fréquentes (129) mais plus importantes (123) et des conséquences négatives liées aux consommations d'alcool équivalentes (123) par rapport aux agressions sexuelles sans substance. Ces études sont en faveur d'une consommation d'alcool plus massive lorsqu'elle est présente. Concernant les autres SPA, des auteurs retrouvaient une association des ASFD avec un trouble de l'usage de substance(s) par rapport aux victimes d'agression sans substance (134). Il est possible que les différences dans les consommations d'alcool et autres SPA soient la traduction de facteurs de risque, les personnes consommant plus des SPA ou des quantités plus importantes d'alcool étant susceptibles d'augmenter leur risque d'ASFD. Cependant la transversalité des études ne permet pas de conclure. On peut également envisager que des consommations plus importantes avant l'agression soient plus fortement en lien avec l'utilisation de SPA à visée d'automédication après l'agression. Des études prospectives sont nécessaires pour préciser l'impact d'une ASFD sur l'usage et le trouble de l'usage de l'alcool.

4.3 Limites de ce travail

Cette revue de la littérature a permis de synthétiser les données existantes sur les conséquences psychiatriques et addictologiques des ASFD, sujet peu abordé dans la littérature jusqu'à présent.

Néanmoins, plusieurs limites sont à considérer. Tout d'abord, concernant la méthodologie de la revue, une seule base de données a été consultée. PubMed a été choisie en raison de sa fréquence d'utilisation dans la communauté scientifique et de sa sélection d'études relues par les pairs. L'examen d'autres bases de données pourrait permettre d'enrichir les résultats. De plus, le pattern de mots clefs utilisé, spécifique des ASFD (« chemical submission », « drug-facilitated sexual assault » etc.) a amené de très nombreuses études non éligibles, dans le domaine de la médecine légale. Certaines études éligibles, que nous avons sélectionnées à partir de références d'articles, n'avaient pas été retrouvées lors de notre recherche. Ces études utilisaient des termes plus généraux (ex. « sexual assault », « alcohol »). L'utilisation de mots clefs moins spécifiques pourrait permettre d'élargir la recherche.

Certaines limites étaient quant à elles inhérentes aux études incluses. La majorité était transversale et ne permettait donc pas d'affirmer la chronologie et la causalité de l'agression sexuelle par rapport aux symptômes psychiatriques et addictologiques. De plus, la plupart ont été réalisées aux États-Unis et concernaient les femmes, compliquant la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Sur le plan méthodologique, plusieurs facteurs rendaient difficiles les comparaisons entre les études, notamment l'absence fréquente de précision concernant la temporalité entre l'agression sexuelle et l'évaluation des symptômes et l'hétérogénéité dans la façon de classer les victimes parmi les groupes d'agression sexuelle. Également, l'évaluation des troubles psychiatriques et addictologiques était subjective (auto-questionnaires), pouvant être à l'origine d'un biais d'évaluation. Dans le cas de questionnaires avec évaluation rétrospective s'ajoutait un risque de biais de mémorisation. Enfin, concernant l'interprétation des résultats, les études étaient très hétérogènes dans le choix de correction des facteurs de confusion.

4.4 Perspectives

4.4.1 Pour la pratique clinique

Les agressions sexuelles, facilitées par la drogue ou non, ont un impact psychiatrique et addictologique important. La facilitation par la drogue et l'usage de la force peuvent avoir lieu au cours de la même agression et doivent être considérés par les cliniciens comme des caractéristiques pouvant influencer le développement de troubles psychiatriques. Les victimes d'ASFD présentent très souvent de la culpabilité et une amnésie de l'agression, qui peuvent être travaillées en psychothérapie, la culpabilité semblant associée à l'aggravation des autres symptômes de TSPT (139). Le TSPT est possible malgré l'amnésie, avec en particulier des symptômes d'intrusion somatiques importants à identifier (107,174). Des études suggèrent que ces intrusions somatiques peuvent être travaillées de la même manière que les intrusions des autres modalités sensorielles (107,174).

4.4.2 Pour la recherche

Dans de futures recherches concernant les agressions sexuelles, il serait important de questionner les caractéristiques des agressions (usage de la force, facilitation par la drogue, SC ou VC, peur péritraumatique, reconnaissance de l'agression par la victime, sentiment de culpabilité, soutien ou absence de soutien de l'entourage) en plus des facteurs plus généraux (sociaux démographiques, antécédents psychiatriques, temps passé depuis l'agression, etc.). La différenciation des classes de SPA dans les études sur les traumatismes permettrait de mieux comprendre leur influence sur les symptômes, en particulier le TSPT, et sur le rétablissement. Des études longitudinales permettraient de mieux identifier les conséquences et facteurs de

risque des ASFD, et de mieux comprendre l'évolution des symptômes et les facteurs pouvant les influencer.

4.4.3 Dans la société

Les agressions sexuelles faisant suite à une consommation volontaire de SPA par la victime sont parfois vues comme étant de moindre gravité (52). Nos résultats indiquent que les ASFD sont des événements extrêmement traumatisants qui ont un impact psychiatrique proche de celui des agressions sexuelles sans substance.

Contrairement aux idées reçues, les ASFD sont fréquentes (53,57,65,107,126). Les victimes d'ASFD ayant consommé des substances volontairement ont plus tendance à être blâmées que les autres victimes d'agression sexuelle (107,165,166), elles reçoivent moins de réactions de soutien de la part des personnes à qui elles se confient (162) et sont plus concernées par un sentiment de culpabilité. La culpabilité a été mise en lien avec un risque accru de revictimisation (139,152,175), et la culpabilité et les réactions sociales négatives avec des symptômes de TSPT plus importants (139,167). Les victimes d'ASFD reporteraient aussi moins leur agression à la police (52). Or, il a été montré que le report de l'agression à la police est le facteur le plus associé au fait de recevoir des soins médicaux (63). La diffusion des informations sur les ASFD, et les agressions sexuelles en général, dans la population générale pourrait réduire la stigmatisation et augmenter le soutien des victimes. Les victimes devraient être mieux informées sur l'importance des soins suivant l'agression, et l'importance de prélèvements rapides dans le cas d'ASFD. Des campagnes de prévention pourraient notamment inclure de l'éducation sur le consentement et sur la consommation de SPA, comme cela a déjà été réalisé au Canada et au Royaume-Uni (Annexe 8 : Campagnes de prévention britannique et canadienne). Enfin, sur le plan légal, le passage d'une définition « négative » du consentement

(absence d'emploi de techniques de coercition) à une définition « positive » (recherche de l'expression du consentement par le partenaire) comme l'ont déjà fait d'autres pays (Australie, Canada, Suède) pourrait participer de façon générale à une meilleure identification des comportements sexuels n'impliquant ni consentement ni violence physique comme des agressions, comme dans une partie des cas de facilitation par la drogue.

5 CONCLUSION

Il est bien connu que les agressions sexuelles sont un facteur de risque majeur de troubles psychiatriques et addictologiques. Néanmoins, peu d'études ont différencié les agressions sexuelles avec et sans substance lors de l'examen des conséquences psychiatriques et addictologiques, motivant la réalisation de ce travail. Nous avons retrouvé que les ASFD étaient des événements fréquemment associés à des troubles psychiatriques et addictologiques chez les victimes, similaires à ceux des agressions sexuelles sans substance.

Concernant les différences avec les victimes d'agression sexuelle sans substance, les victimes d'ASFD étaient plus concernées par un sentiment de culpabilité, et moins par l'usage de la force, les blessures, la peur péritraumatique et la reconnaissance de l'agression. L'ensemble de ces facteurs était associé à des troubles psychiatriques, comme le TSPT ou les troubles dépressifs et anxieux. Bien que certains de ces facteurs de risque soient moins courants dans les cas d'ASFD, ils étaient retrouvés chez une large proportion de ces victimes. Leur association pourrait avoir un effet cumulatif, et il semble intéressant de les considérer comme des facteurs de risque ajoutés à l'agression sexuelle. Les SPA semblaient également avoir une influence sur les symptômes de TSPT. Au niveau addictologique, les comportements de consommation de SPA semblaient plus fréquents et massifs chez les victimes d'ASFD par rapport à celles d'agression sans substance. Concernant la SC et VC, aucune différence n'a été

retrouvée. Ces résultats et hypothèses doivent être considérés avec précaution devant le nombre limité de données et les limites méthodologiques des études et justifient des travaux ultérieurs évaluant plus spécifiquement ces facteurs.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. La violence sexuelle. 2012.
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport de situation mondial sur la violence et la santé : rapport du Secrétariat. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2002. Report No.: EB136/12.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Guidelines for the Forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts. United Nations Office on Drugs and Crime.
4. Résultats d'enquêtes pharmacodépendance-addictovigilance - ANSM [Internet]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/page/resultats-denquetes-pharmacodependance-addictovigilance>
5. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Soumission et vulnérabilité chimiques. Enquête nationale n°14 de 2018. 2018.
6. Association of Chief Police Officers (ACPO). Operation Matisse e investigating drug facilitated sexual assault. 2006.
7. McGee H, Garavan R, de Barra M, Byrne J, Conroy R. The SAVI report: sexual abuse and violence in Ireland [Internet]. Royal College of Surgeons in Ireland; 2002 janv. Disponible sur: https://repository.rcsi.com/articles/report/The_SAVI_report_sexual_abuse_and_violence_in_Ireland/10770797/1
8. Grela A, Gautam L, Cole MD. A multifactorial critical appraisal of substances found in drug facilitated sexual assault cases. *Forensic Sci Int.* nov 2018;292:50-60.
9. LeBeau, Mozayani. *Drug-Facilitated Sexual Assault : A Forensic Handbook.* 2001.
10. McBrierty D, Wilkinson A, Tormey W. A review of drug-facilitated sexual assault evidence: an Irish perspective. *J Forensic Leg Med.* mai 2013;20(4):189-97.
11. Du Mont J, Macdonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. *CMAJ.* 3 mars 2009;180(5):513-9.
12. Questel F, Lagier G, Fompeydie D, Djeddar S, Dally S, Elkharrat D, et al. Usage criminel de produits psychoactifs : analyse d'une série parisienne. *Ann Toxicol Anal.* 2002;14(4):371-80.
13. Questel F, Sec I, Sicot R, Pourriat JL. [Drug-facilitated crimes: prospective data collection in a forensic unit in Paris]. *Presse Med.* août 2009;38(7-8):1049-55.

14. Saint-Martin P, Furet Y, O'Byrne P, Bouyssy M, Paintaud G, Autret-Leca E. [Chemical submission: a literature review]. *Therapie*. avr 2006;61(2):145-50.
15. Djezzar S, Questel F, Burin E, Dally S, French Network of Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence. Chemical submission: results of 4-year French inquiry. *Int J Legal Med*. mai 2009;123(3):213-9.
16. Marc B, Baudry F, Vaquero P, Zerrouki L, Hassnaoui S, Douceron H. Sexual assault under benzodiazepine submission in a Paris suburb. *Arch Gynecol Obstet*. avr 2000;263(4):193-7.
17. Caballero C, Quintela O, Landeira A. Alleged drug-facilitated sexual assault in a Spanish population sample. *Forensic Chemistry*. 1 févr 2017;4.
18. Hurley M, Parker H, Wells DL. The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med*. mai 2006;13(4):181-5.
19. Madea B, Musshoff F. Knock-out drugs: their prevalence, modes of action, and means of detection. *Dtsch Arztebl Int*. mai 2009;106(20):341-7.
20. Dorandeu AH, Pagès CA, Sordino MC, Pépin G, Baccino E, Kintz P. A case in south-eastern France: a review of drug facilitated sexual assault in European and English-speaking countries. *J Clin Forensic Med*. juill 2006;13(5):253-61.
21. Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD). ACMD Drug Facilitated Sexual Assault (DFSA) (2007) [Internet]. GOV.UK. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/acmd-drug-facilitated-sexual-assault-dfsa-2007>
22. McGregor MJ, Ericksen J, Ronald LA, Janssen PA, Van Vliet A, Schulzer M. Rising incidence of hospital-reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada. Retrospective population-based study. *Can J Public Health*. déc 2004;95(6):441-5.
23. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
24. Tjaden. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey [Internet]. National Institute of Justice. 2000 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://nij.ojp.gov/library/publications/full-report-prevalence-incidence-and-consequences-violence-against-women>
25. Center for Disease Control and Prevention. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): Summary report. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

26. Office for National Statistics. The Crime survey for England and Wales (CSEW). Office for National Statistics; 2018.
27. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, Creamer M, Silove D, Teesson M, et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. mai 2011;45(5):407-15.
28. Personal Safety, Australia, 2016 | Australian Bureau of Statistics [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/personal-safety-australia/latest-release>
29. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Insécurité et délinquance. Chapitre IX Les violences sexuelles. 2017.
30. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Violences au cours de la vie : enquête sur les contextes et conséquences des violences pour les femmes et les hommes. 2000.
31. Richer LA, Fields L, Bell S, Heppner J, Dodge J, Boccellari A, et al. Characterizing Drug-Facilitated Sexual Assault Subtypes and Treatment Engagement of Victims at a Hospital-Based Rape Treatment Center. *J Interpers Violence*. mai 2017;32(10):1524-42.
32. Ricard-Gauthier D, Abdulcadir J, Tony F, Yaron M. Care of women and girls after sexual assault in Geneva: A descriptive study between 2005 and 2014. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2021;266:77-82.
33. Slaughter L. Involvement of drugs in sexual assault. *J Reprod Med*. mai 2000;45(5):425-30.
34. ElSohly MA, Salamone SJ. Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *J Anal Toxicol*. juin 1999;23(3):141-6.
35. Hindmarch I, ElSohly M, Gambles J, Salamone S. Forensic urinalysis of drug use in cases of alleged sexual assault. *J Clin Forensic Med*. déc 2001;8(4):197-205.
36. Messman-Moore, Coates, Gaffey, Johnson. Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *Journal of interpersonal violence*. déc 2008;23(12).
37. Mohler-Kuo M, Dowdall GW, Koss MP, Wechsler H. Correlates of rape while intoxicated in a national sample of college women. *J Stud Alcohol*. janv 2004;65(1):37-45.
38. Carey KB, Durney SE, Shepardson RL, Carey MP. Incapacitated and forcible rape of college women: prevalence across the first year. *J Adolesc Health*. juin 2015;56(6):678-80.
39. Juhascik MP, Negrusz A, Faugno D, Ledray L, Greene P, Lindner A, et al. An estimate of the proportion of drug-facilitation of sexual assault in four U.S. localities. *J Forensic Sci*. nov 2007;52(6):1396-400.

40. Hagemann CT, Helland A, Spigset O, Espnes KA, Ormstad K, Schei B. Ethanol and drug findings in women consulting a Sexual Assault Center--associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *J Forensic Leg Med.* août 2013;20(6):777-84.
41. Adamowicz P, Kała M. Simultaneous screening for and determination of 128 date-rape drugs in urine by gas chromatography-electron ionization-mass spectrometry. *Forensic Sci Int.* 20 mai 2010;198(1-3):39-45.
42. Jones AW, Kugelberg FC, Holmgren A, Ahlner J. Occurrence of ethanol and other drugs in blood and urine specimens from female victims of alleged sexual assault. *Forensic Sci Int.* 25 oct 2008;181(1-3):40-6.
43. Busardò FP, Varì MR, di Trana A, Malaca S, Carlier J, di Luca NM. Drug-facilitated sexual assaults (DFSA): a serious underestimated issue. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* déc 2019;23(24):10577-87.
44. Prego-Meleiro P, Montalvo G, Quintela-Jorge Ó, García-Ruiz C. An ecological working framework as a new model for understanding and preventing the victimization of women by drug-facilitated sexual assault. *Forensic Sci Int.* oct 2020;315:110438.
45. Scott-Ham M, Burton FC. A study of blood and urine alcohol concentrations in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period. *J Clin Forensic Med.* avr 2006;13(3):107-11.
46. McGregor MJ, Lipowska M, Shah S, Du Mont J, De Siato C. An exploratory analysis of suspected drug-facilitated sexual assault seen in a hospital emergency department. *Women Health.* 2003;37(3):71-80.
47. Scott-Ham M, Burton FC. Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period. *J Clin Forensic Med.* août 2005;12(4):175-86.
48. Skov K, Johansen SS, Linnet K, Nielsen MKK. A review on the forensic toxicology of global drug-facilitated sexual assaults. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* janv 2022;26(1):183-97.
49. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *J Forensic Leg Med.* avr 2017;47:46-54.
50. Beynon CM, McVeigh C, McVeigh J, Leavey C, Bellis MA. The involvement of drugs and alcohol in drug-facilitated sexual assault: a systematic review of the evidence. *Trauma Violence Abuse.* juill 2008;9(3):178-88.
51. Hall J, Goodall EA, Moore T. Alleged drug facilitated sexual assault (DFSA) in Northern Ireland from 1999 to 2005. A study of blood alcohol levels. *J Forensic Leg Med.* nov 2008;15(8):497-504.

52. Kilpatrick D, Resnick H, Ruggiero KJ, Conoscenti LM, McCauley JM. Drug facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. Final report. 1 janv 2007;14:163-77.
53. Prego-Meleiro P, Montalvo G, Quintela-Jorge Ó, García-Ruiz C. Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Sci Int.* oct 2020;315:110460.
54. Testa M, Livingston JA. Alcohol consumption and women's vulnerability to sexual victimization: can reducing women's drinking prevent rape? *Subst Use Misuse.* 2009;44(9-10):1349-76.
55. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Service statistique ministériel de sécurité intérieur (SSMSI). Sécurité et société. France; 2021. Report No.: Edition 2021.
56. Australian PTSD Guidelines | July 2020 [Internet]. Phoenix Australia. Disponible sur: <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
57. Du Mont J, Miller KL, Myhr TL. The Role of "Real Rape" and "Real Victim" Stereotypes in the Police Reporting Practices of Sexually Assaulted Women. *Violence Against Women.* 1 avr 2003;9(4):466-86.
58. Ministry of Justice. An Overview of Sexual Offending in England and Wales [Internet]. GOV.UK. 2013. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/statistics/an-overview-of-sexual-offending-in-england-and-wales>
59. Johnson H. Why Doesn't She Just Report It? Apprehensions and Contradictions for Women Who Report Sexual Violence to the Police. *Canadian Journal of Women and the Law.* 1 avr 2017;29:36-59.
60. Wilson LC, Miller KE. Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma Violence Abuse.* avr 2016;17(2):149-59.
61. McGregor MJ, Wiebe E, Marion SA, Livingstone C. Why don't more women report sexual assault to the police? *CMAJ.* 7 mars 2000;162(5):659-60.
62. Alempijević D, Savić S, Stojanović J, Spasić A. [Drug facilitated sexual assault]. *Srp Arh Celok Lek.* avr 2007;135(3-4):240-2.
63. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine.* 2000;19(4):214-9.
64. Testa M, Livingston JA, Vanzile-Tamsen C, Frone MR. The role of women's substance use in vulnerability to forcible and incapacitated rape. *J Stud Alcohol.* nov 2003;64(6):756-64.
65. Walsh K, Zinzow HM, Badour CL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, Resnick HS. Understanding Disparities in Service Seeking Following Forcible Versus Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape. *J Interpers Violence.* sept 2016;31(14):2475-91.

66. Wille SMR, Van Dijck K, Van Assche A, Di Fazio V, Ramírez-Fernández MDM, Vanvooren V, et al. The Interest of a Systematic Toxicological Analysis Combined with Forensic Advice to Improve the Judicial Investigation and Final Judgment in Drug Facilitated Sexual Assault Cases. *Pharmaceuticals (Basel)*. 4 mai 2021;14(5):432.
67. Hagemann CT, Stene LE, Myhre AK, Ormstad K, Schei B. Impact of medico-legal findings on charge filing in cases of rape in adult women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011;90(11):1218-24.
68. How we prosecute rape | The Crown Prosecution Service [Internet]. Disponible sur: <https://www.cps.gov.uk/about-cps/how-we-prosecute-rape>
69. La charge de la preuve du viol peut-elle évoluer ? Par Carine Durrieu-Diebolt, Avocat. [Internet]. Village de la Justice. 2017. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/charge-preuve-viol-peut-elle-evoluer-par-Carine-DURRIEU-DIEBOLT-Avocat,24149.html>
70. Guillaume B. Démocratie et consentement sexuel. *Raison publique*. 20 oct 2017;21(1):175-83.
71. Fiorentin TR, Logan BK. Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 févr 2019;61:56-64.
72. Jordan J. Beyond belief? Police, rape and women's credibility. *Criminal Justice: International Journal of Policy and Practice*. 2004;4(1):29-59.
73. Tiemensma M, Davies B. Investigating drug-facilitated sexual assault at a dedicated forensic centre in Cape Town, South Africa. *Forensic Sci Int*. juill 2018;288:115-22.
74. Du Mont J, Macdonald S, Kosa D. An Examination of Victim, Assailant, and Assault Characteristics among Cases Classified as Predatory Drug-Facilitated Sexual Assault. *Womens Health Issues*. août 2016;26(4):393-400.
75. Xifró-Collsamata A, Pujol-Robinat A, Barbería-Marcain E, Arroyo-Fernández A, Bertomeu-Ruiz A, Montero-Núñez F, et al. [A prospective study of drug-facilitated sexual assault in Barcelona]. *Med Clin (Barc)*. 8 mai 2015;144(9):403-9.
76. Jones AW, Holmgren A, Ahlner J. Toxicological analysis of blood and urine samples from female victims of alleged sexual assault. *Clin Toxicol (Phila)*. août 2012;50(7):555-61.
77. Bosman IJ, Verschraagen M, Lusthof KJ. Toxicological findings in cases of sexual assault in the Netherlands. *J Forensic Sci*. nov 2011;56(6):1562-8.
78. Ramadan ASE, Wenanu O, Cock ADE, Maes V, Lheureux P, Mols P. Chemical submission to commit robbery: a series of involuntary intoxications with flunitrazepam in Asian travellers in Brussels. *J Forensic Leg Med*. oct 2013;20(7):918-21.

79. Pan M, Wang X, Zhao Y, Liu W, Xiang P. A retrospective analysis of data from forensic toxicology at the Academy of Forensic Science in 2017. *Forensic Sci Int.* mai 2019;298:39-47.
80. Gaillard Y, Masson-Seyer MF, Giroud M, Roussot JF, Prevosto JM. A case of drug-facilitated sexual assault leading to death by chloroform poisoning. *Int J Legal Med.* juill 2006;120(4):241-5.
81. Hagan KS, Reidy L. Detection of synthetic cathinones in victims of sexual assault. *Forensic Sci Int.* déc 2015;257:71-5.
82. Bertol E, Di Milia MG, Fioravanti A, Mari F, Palumbo D, Pascali JP, et al. Proactive drugs in DFSA cases: Toxicological findings in an eight-years study. *Forensic Sci Int.* oct 2018;291:207-15.
83. García MG, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Legaz I. Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. *J Forensic Leg Med.* avr 2021;79:102151.
84. Prescrire - Tous les articles en Une: Archive « “Viol « sous influence » : un médicament coloré en bleu pour réduire le risque” », 1er avril 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/48497/0/2013/ArchiveNewsDetails.aspx?page=1#:~:text=Depuis%20fin%202012%2C%20la%20solution,utilisation%20%20des%20fins%20criminelles>.
85. Bordet, R, Carton, L, Deguil, J, Dondaine, T. *Neuropsychopharmacologie*. France: Elsevier Masson; 2019.
86. Meehan TJ, Bryant SM, Aks SE. Drugs of abuse: the highs and lows of altered mental states in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* août 2010;28(3):663-82.
87. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Femmes et hommes face à la violence - Insee Première - 1473 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
88. Assemblée Nationale. Rapport d'information sur le viol [Internet]. France; 2018. Report No.: 721. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RINFANR5L15B0721.raw#_Toc256000004
89. Littleton H, Grills-Taquechel A, Axsom D. Impaired and Incapacitated Rape Victims: Assault Characteristics and Post-Assault Experiences. *Violence Vict.* août 2009;24(4):439-57.
90. Ullman SE, Brecklin LR. Alcohol and adult sexual assault in a national sample of women. *J Subst Abuse.* 2000;11(4):405-20.
91. Zawacki T, Abbey A, Buck PO, McAuslan P, Clinton-Sherrod AM. Perpetrators of Alcohol-Involved Sexual Assaults: How Do They Differ From Other Sexual Assault Perpetrators and Nonperpetrators? *Aggress Behav.* août 2003;29(4):366-80.

92. Médecins Sans Frontières (MSF). Prise en charge des victimes de violences sexuelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.msf.fr/decryptages/prise-en-charge-des-victimes-de-violences-sexuelles>
93. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord.* déc 1999;13(6):541-63.
94. Greenfeld LA. Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault: executive summary. Washington, DC: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics; 1997. 3 p.
95. Myhill A., Allen J. Rape and Sexual Assault of Women: The Extent and Nature of the Problem | Office of Justice Programs [Internet]. 2002 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/rape-and-sexual-assault-women-extent-and-nature-problem>
96. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl.* août 1997;21(8):789-803.
97. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect.* 1999;23(2):145-59.
98. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 1 oct 2019;6(10):830-9.
99. Messman-Moore TL, Ward RM, Zerubavel N. The role of substance use and emotion dysregulation in predicting risk for incapacitated sexual revictimization in women: Results of a prospective investigation. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2013;27(1):125-32.
100. Haute Autorité en Santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. France; 2011 oct.
101. Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Forensic toxicology in drug-facilitated sexual assault. *Toxicol Mech Methods.* sept 2013;23(7):471-8.
102. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* août 1996;175(2):320-4; discussion 324-325.
103. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, et al. Sexually Transmitted Diseases in Victims of Rape. *New England Journal of Medicine.* 15 mars 1990;322(11):713-6.
104. Chapman C, Mills K, Slade T, McFarlane AC, Bryant RA, Creamer M, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychol Med.* août 2012;42(8):1695-703.

105. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* oct 2001;31(7):1237-47.
106. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* déc 1995;52(12):1048-60.
107. Gauntlett-Gilbert J, Keegan A, Petrak J. DRUG-FACILITATED SEXUAL ASSAULT: COGNITIVE APPROACHES TO TREATING THE TRAUMA. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* avr 2004;32(2):215-23.
108. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* juill 2010;85(7):618-29.
109. Borges G, Benjet C, Petukhova M, Medina-Mora ME. Posttraumatic stress disorder in a nationally representative mexican community sample. *J Trauma Stress.* juin 2014;27(3):323-30.
110. Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, Lefèvre T, et al. Intimate Partner Sexual Assault: Traumatic Injuries, Psychological Symptoms, and Perceived Social Reactions. *Obstet Gynecol.* mars 2016;127(3):516-26.
111. Harnett NG, Goodman AM, Knight DC. PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Exp Neurol.* août 2020;330:113331.
112. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* juill 1995;152(7):973-81.
113. Milad MR, Pitman RK, Ellis CB, Gold AL, Shin LM, Lasko NB, et al. Neurobiological Basis of Failure to Recall Extinction Memory in Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry.* 15 déc 2009;66(12):1075-82.
114. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological Studies of Posttraumatic Stress Disorder. *Nat Rev Neurosci.* nov 2012;13(11):769-87.
115. Yang ZY, Quan H, Peng ZL, Zhong Y, Tan ZJ, Gong QY. Proton magnetic resonance spectroscopy revealed differences in the glutamate + glutamine/creatine ratio of the anterior cingulate cortex between healthy and pediatric post-traumatic stress disorder patients diagnosed after 2008 Wenchuan earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2015;69(12):782-90.
116. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1996;53(6):550-5.
117. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA.* 7 mai 1997;277(17):1362-8.

118. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* avr 2018;99:129-41.
119. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry.* mars 2010;167(3):312-20.
120. Kaysen DL, Lindgren KP, Lee CM, Lewis MA, Fossos N, Atkins DC. Alcohol-Involved Assault and the Course of PTSD in Female Crime Victims. *J Trauma Stress.* août 2010;23(4):523-7.
121. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;372:n71.
122. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. Disponible sur: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
123. Bedard-Gilligan M, Kaysen D, Desai S, Lee CM. Alcohol-involved Assault: Associations with posttrauma alcohol use, consequences, and expectancies. *Addictive behaviors.* nov 2011;36(11):1076.
124. Brown1 AL, Testa M, Messman-Moore TL. Psychological Consequences of Sexual Victimization Resulting From Force, Incapacitation, or Verbal Coercion : étude 1. *Violence Against Women.* août 2009;15(8):898-919.
125. Brown2 AL, Testa M, Messman-Moore TL. Psychological Consequences of Sexual Victimization Resulting From Force, Incapacitation, or Verbal Coercion : étude 2. *Violence Against Women.* août 2009;15(8):898-919.
126. Gilmore AK, Walsh K, Badour CL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG, Resnick HS. Suicidal Ideation, Posttraumatic Stress, and Substance Abuse Based on Forcible and Drug- or Alcohol-Facilitated/Incapacitated Rape Histories in a National Sample of Women. *Suicide Life Threat Behav.* avr 2018;48(2):183-92.
127. Jaffe AE, Steel AL, DiLillo D, Hoffman L, Gratz KL, Messman-Moore TL. Victim Alcohol Intoxication During a Sexual Assault: Relations with Subsequent PTSD Symptoms. *Violence and victims.* 1 août 2017;32(4):642.
128. Jaffe AE, Blayney JA, Bedard-Gilligan M, Kaysen D. Are trauma memories state-dependent? Intrusive memories following alcohol-involved sexual assault. *Eur J Psychotraumatol.* 2019;10(1):1634939.
129. Masters NT, Stappenbeck CA, Kaysen D, Kajumulo KF, Davis KC, George WH, et al. A Person-Centered Approach to Examining Heterogeneity and Subgroups Among Survivors of Sexual Assault. *J Abnorm Psychol.* août 2015;124(3):685-96.
130. McCauley J, Ruggiero KJ, Resnick HS, Conoscenti LM, Kilpatrick DG. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape in relation to substance use problems: results from a national sample of college women. *Addict Behav.* mai 2009;34(5):458-62.

131. McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Incapacitated, forcible, and drug/alcohol-facilitated rape in relation to binge drinking, marijuana use, and illicit drug use: a national survey. *J Trauma Stress*. févr 2010;23(1):132-40.
132. McConnell AA, Messman-Moore TL, Gratz KL, DiLillo D. Beyond the Force-Substance Dichotomy: Examining the Experience of Combined and Incapacitated Type Rapes and Their Relation to PTSD Symptoms. *J Interpers Violence*. nov 2020;35(23-24):5853-76.
133. Nguyen HV, Kaysen D, Dillworth TM, Brajcich M, Larimer ME. Incapacitated rape and alcohol use in White and Asian American college women. *Violence Against Women*. août 2010;16(8):919-33.
134. Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2012;47(6):893-902.
135. Zinzow HM, Resnick HS, Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Drug- and Alcohol-Facilitated, Incapacitated, and Forcible Rape in Relation to Mental Health among a National Sample of Women. *J Interpers Violence*. déc 2010;25(12):2217-36.
136. Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: results from a national sample of college women. *Depress Anxiety*. août 2010;27(8):708-15.
137. Aakvaag HF, Strøm IF, Thoresen S. But were you drunk? Intoxication during sexual assault in Norway. *Eur J Psychotraumatol*. 5 nov 2018;9(1):1539059.
138. Kaysen D, Neighbors C, Martell J, Fossos N, Larimer ME. Incapacitated rape and alcohol use: A prospective analysis. *Addict Behav*. oct 2006;31(10):1820-32.
139. Peter-Hagene LC, Ullman SE. Longitudinal effects of sexual assault victims' drinking and self-blame on posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016;33(1):83-93.
140. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. déc 1993;61(6):984-91.
141. Haute Autorité en Santé (HAS). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : état des lieux. France; 2013 avr.
142. Koss MP, Gidycz CA, Wisniewski N. The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *J Consult Clin Psychol*. avr 1987;55(2):162-70.
143. Asner-Self KK, Schreiber JB, Marotta SA. A cross-cultural analysis of the Brief Symptom Inventory-18. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. avr 2006;12(2):367-75.

144. Cognitive Distortion Scales Archives [Internet]. PAA. Disponible sur: <https://paa.com.au/product/cds/>
145. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1 juin 1977;1(3):385-401.
146. Bystritsky A, Linn LS, Ware JE. Development of a multidimensional scale of anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 1990;4(2):99-115.
147. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. janv 1974;19(1):1-15.
148. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999;11(3):303-14.
149. Lang AJ, Stein MB. An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behav Res Ther*. mai 2005;43(5):585-94.
150. Weathers F, Litz B, Herman D, Huska JA, Keane T. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies. 1 janv 1993;
151. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*. 1997;9(4):445-51.
152. Frazier PA. Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(6):1257-69.
153. Koss MP, Gidycz CA. Sexual Experiences Survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1985;53(3):422-3.
154. Testa M, VanZile-Tamsen C, Livingston JA, Koss MP. Assessing women's experiences of sexual aggression using the sexual experiences survey: Evidence for validity and implications for research. *Psychology of Women Quarterly*. 2004;28(3):256-65.
155. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl*. déc 2010;34(12):967-76.
156. Resick PA, Jordan CG, Girelli SA, Hutter CK, Marhoefer-Dvorak S. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*. 1 juin 1988;19(3):385-401.
157. Briere J, Elliott DM, Harris K, Cotman A. Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*. 1995;10(4):387-401.

158. Collins RL, Parks GA, Marlatt GA. Social determinants of alcohol consumption: the effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *J Consult Clin Psychol.* avr 1985;53(2):189-200.
159. Dimeff LA. *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach.* Guilford Press; 1999. 218 p.
160. White HR, Labouvie EW. Towards the assessment of adolescent problem drinking. *J Stud Alcohol.* janv 1989;50(1):30-7.
161. Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, Best CL, Veronen LJ, Resnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy.* 1 mars 1989;20(2):199-214.
162. Peter-Hagene LC, Ullman SE. Sexual Assault Characteristics Effects on PTSD and Psychosocial Mediators: A Cluster Analysis Approach to Sexual Assault Types. *Psychol Trauma.* mars 2015;7(2):162-70.
163. Donde SD. College Women's Attributions of Blame for Experiences of Sexual Assault. *J Interpers Violence.* nov 2017;32(22):3520-38.
164. Macy RJ, Nurius PS, Norris J. Latent profiles among sexual assault survivors: Implications for defensive coping and resistance. *Journal of Interpersonal Violence.* 2007;22(5):543-65.
165. Schuller RA, Wall AM. The effects of defendant and complainant intoxication on mock jurors' judgments of sexual assault. *Psychology of Women Quarterly.* 1998;22(4):555-73.
166. Ullman SE. Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly.* 2000;24(3):257-71.
167. Littleton HL. The impact of social support and negative disclosure reactions on sexual assault victims: a cross-sectional and longitudinal investigation. *J Trauma Dissociation.* 2010;11(2):210-27.
168. Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N. Intrusive Images in Psychological Disorders. *Psychol Rev.* janv 2010;117(1):210-32.
169. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* avr 2000;38(4):319-45.
170. King NS. "AFFECT WITHOUT RECOLLECTION" IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER WHERE HEAD INJURY CAUSES ORGANIC AMNESIA FOR THE EVENT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* oct 2001;29(4):501-4.
171. Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event

- diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *J Affect Disord.* mars 2001;63(1-3):113-21.
172. Richmond TS, Kauder D. Predictors of psychological distress following serious injury. *J Trauma Stress.* oct 2000;13(4):681-92.
 173. Zatzick DF, Kang SM, Müller HG, Russo JE, Rivara FP, Katon W, et al. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *Am J Psychiatry.* juin 2002;159(6):941-6.
 174. Padmanabhanunni A, Edwards D. Treating the psychological sequelae of proactive drug-facilitated sexual assault: knowledge building through systematic case based research. *Behav Cogn Psychother.* mai 2013;41(3):371-5.
 175. Miller AK, Markman KD, Handley IM. Self-blame among sexual assault victims prospectively predicts revictimisation: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology.* 2007;129-36.
 176. What Is a Sexual Assault Forensic Exam? | RAINN [Internet]. Disponible sur: <https://www.rainn.org/articles/rape-kit>

7 ANNEXES

Annexe 1 : Historique des lois françaises sur le viol, depuis la promulgation du Code Pénal

1791 :

- Reconnaissance du viol comme un crime : article 29 « *Le viol sera puni de six années de fers* »

Note : pas de définition du viol

1810 :

- Mise à jour de la loi sur le viol, reconnaissance de la coercition par l'usage de la force : article 331 « *Quiconque aura commis le crime de viol, ou tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion* »

Note : pas de définition précise de l'acte de viol

Note : viol anal, buccal, digital = attentat à la pudeur, ce qui implique que les hommes ne peuvent pas être violés

1832 :

- Autorisation explicite du viol conjugal : article 2827 « *un mari qui se servirait de la force à l'égard de sa femme ne commettrait point le crime de viol* »

- Présomption de non-consentement des enfants

Note : pas de précision concernant l'âge

1857 :

- Mise à jour de la loi sur le viol, reconnaissance de la coercition par contrainte et surprise : Arrêt Dubas « *Le crime de viol consiste dans le fait d'abuser d'une personne contre sa volonté, soit que le défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action* »

1863 :

- Présomption de non-consentement de l'enfant jusqu'à la majorité (21 ans)

1980 :

- Mise à jour de la loi sur le viol, ajout de description de l'acte comme pénétration sexuelle : article 222-23 « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise* »

- Reconnaissance du viol pour les hommes

1992 :

- Reconnaissance de la possibilité de viol conjugal : « *... la présomption de consentement des époux aux actes sexuels accomplis dans l'intimité de la vie conjugale ne vaut que jusqu'à preuve du contraire* »

1994 :

- Mise à jour de la définition de viol, ajout des menaces dans les méthodes de coercition : « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, menace, contrainte ou surprise* »
- Le terme « *attentat à la pudeur* » devient « *agression sexuelle* »

2006 :

- Le viol entre conjoints devient une circonstance aggravante de viol : alinéa 11 de l'article 222-24 « *Lorsque [le viol] est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* »

2010 :

- Disparition de la notion de présomption de consentement entre époux : « *... quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage* »

2016 :

- Ajout du qualificatif « *incestueux* » pour les viols et agression sexuelle intra-familiaux

2018 :

- Mise à jour de la définition du viol, ajout de la possibilité de viol réalisé sur la personne d'autrui (ex. fellation sur la victime) : « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise* »
- Reconnaissance des agressions sexuelles de type soumission chimique : article 222-30-1 « *Le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle* »
- La soumission chimique est également reconnue comme une circonstance aggravante de viol : alinéa 15 de l'article 222-24 « *Lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes* »
- Présomption de non-consentement des mineurs de moins de 15 ans

2021 :

- Mise à jour de la définition du viol, ajout de la possibilité d'un acte bucco-génital sans pénétration (ex. cunnilingus, anulingus) : « *Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise* »

Annexe 2 : Préserver les preuves médico-légales (176)

Afin de ne pas altérer les éléments de preuve, il est conseillé aux victimes de :

- Se rendre aussi rapidement que possible dans un hôpital pour réaliser un examen physique et des prélèvements biologiques
- Ne pas utiliser les toilettes. A défaut uriner dans un contenant propre et le garder réfrigéré (3)
- Ne pas changer de vêtements ou placer les vêtements (en particulier les sous-vêtements) portés dans un sac en papier
- Ne pas se doucher ou se baigner
- Ne pas se peigner
- Ne pas nettoyer les lieux
- Éviter de prendre des médicaments

La victime pourra prendre le temps nécessaire pour décider si elle souhaite ou non porter plainte, les éléments de preuve seront préservés (176).

Annexe 3 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress aigu

Critère A : Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.

Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.

4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).

Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

Critère B : Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.)
4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets,

situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

Symptômes d'activation :

10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hypervigilance.

13. Problèmes de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

Critère C : La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

Note : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.

Critère D : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

Critère E : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Annexe 4 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique

Critères A : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p.ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Annexe 5 : Checklist PRISMA 2020

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Page de garde
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	NC
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	p. 38
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	p. 39
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	p. 40 et 42
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	p. 40
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	p. 40-41
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p. 41
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p. 41
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	p. 41
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	p. 41
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	p. 41
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	NC
Synthesis	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention	p. 42

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
methods		characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	NC
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	p. 42
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	NC
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	NC
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	NC
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	p. 41
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	NC
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	p. 44
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	p. 45-50
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	p. 50-53
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	p. 55-69 et p. 70-77
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	p. 55-64 et p. 70-75
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	NC
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	NC
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	NC
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	NC
Certainty of	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	NC

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
evidence			
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	p. 78-87
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	p. 87-88
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	p. 87
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	p. 89-91
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	NC
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	NC
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	NC
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	NC
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	NC
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	NC

Annexe 6 : Echelle d'évaluation de la qualité méthodologique de Newcastle Ottawa pour les études cas témoins et son manuel de cotation (122)

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

Selection

- 1) Is the case definition adequate?
 - a) yes, with independent validation *
 - b) yes, eg record linkage or based on self reports
 - c) no description
- 2) Representativeness of the cases
 - a) consecutive or obviously representative series of cases *
 - b) potential for selection biases or not stated
- 3) Selection of Controls
 - a) community controls *
 - b) hospital controls
 - c) no description
- 4) Definition of Controls
 - a) no history of disease (endpoint) *
 - b) no description of source

Comparability

- 1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis
 - a) study controls for _____ (Select the most important factor.) *
 - b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Exposure

- 1) Ascertainment of exposure
 - a) secure record (eg surgical records) *
 - b) structured interview where blind to case/control status *
 - c) interview not blinded to case/control status
 - d) written self report or medical record only
 - e) no description
- 2) Same method of ascertainment for cases and controls
 - a) yes *
 - b) no
- 3) Non-Response rate
 - a) same rate for both groups *
 - b) non respondents described
 - c) rate different and no designation

Manuel de cotation :

SELECTION

1) Is the Case Definition Adequate?

- a) Requires some independent validation (e.g. >1 person/record/time/process to extract information, or reference to primary record source such as x-rays or medical/hospital records) ☆
- b) Record linkage (e.g. ICD codes in database) or self-report with no reference to primary record
- c) No description

2) Representativeness of the Cases

- a) All eligible cases with outcome of interest over a defined period of time, all cases in a defined catchment area, all cases in a defined hospital or clinic, group of hospitals, health maintenance organisation, or an appropriate sample of those cases (e.g. random sample) ☆
- b) Not satisfying requirements in part (a), or not stated.

3) Selection of Controls

This item assesses whether the control series used in the study is derived from the same population as the cases and essentially would have been cases had the outcome been present.

- a) Community controls (i.e. same community as cases and would be cases if had outcome) ☆
- b) Hospital controls, within same community as cases (i.e. not another city) but derived from a hospitalised population
- c) No description

4) Definition of Controls

- a) If cases are first occurrence of outcome, then it must explicitly state that controls have no history of this outcome. If cases have new (not necessarily first) occurrence of outcome, then controls with previous occurrences of outcome of interest should not be excluded. ☆
- b) No mention of history of outcome

COMPARABILITY

1) Comparability of Cases and Controls on the Basis of the Design or Analysis

- c)
- d) A maximum of 2 stars can be allotted in this category
Either cases and controls must be matched in the design and/or confounders must be adjusted for in the analysis. Statements of no differences between groups or that differences were not statistically significant are not sufficient for establishing

comparability. Note: If the odds ratio for the exposure of interest is adjusted for the confounders listed, then the groups will be considered to be comparable on each variable used in the adjustment.

There may be multiple ratings for this item for different categories of exposure (e.g. ever vs. never, current vs. previous or never)

Age =★ , Other controlled factors = ★

EXPOSURE

1) Ascertainment of Exposure

Allocation of stars as per rating sheet

2) Non-Response Rate

Allocation of stars as per rating sheet

Annexe 7 : Echelle d'évaluation de la qualité méthodologique de Newcastle Ottawa pour
les études de cohorte et son manuel de cotation (122)

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

Selection

- 1) Representativeness of the exposed cohort
 - a) truly representative of the average _____ (describe) in the community *
 - b) somewhat representative of the average _____ in the community *
 - c) selected group of users eg nurses, volunteers
 - d) no description of the derivation of the cohort
- 2) Selection of the non exposed cohort
 - a) drawn from the same community as the exposed cohort *
 - b) drawn from a different source
 - c) no description of the derivation of the non exposed cohort
- 3) Ascertainment of exposure
 - a) secure record (eg surgical records) *
 - b) structured interview *
 - c) written self report
 - d) no description
- 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study
 - a) yes *
 - b) no

Comparability

- 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis
 - a) study controls for _____ (select the most important factor) *
 - b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Outcome

- 1) Assessment of outcome
 - a) independent blind assessment *
 - b) record linkage *
 - c) self report
 - d) no description
- 2) Was follow-up long enough for outcomes to occur
 - a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest) *
 - b) no
- 3) Adequacy of follow up of cohorts
 - a) complete follow up - all subjects accounted for *
 - b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > ____ % (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost) *
 - c) follow up rate < ____% (select an adequate %) and no description of those lost
 - d) no statement

Manuel de cotation :

SELECTION

1) Representativeness of the Exposed Cohort

Item is assessing the representativeness of exposed individuals in the community, not the representativeness of the sample of women from some general population. For example, subjects derived from groups likely to contain middle class, better educated, health oriented women are likely to be representative of postmenopausal estrogen users while they are not representative of all women (e.g. members of a health maintenance organisation (HMO) will be a representative sample of estrogen users. While the HMO may have an under-representation of ethnic groups, the poor, and poorly educated, these excluded groups are not the predominant users of estrogen).

Allocation of stars as per rating sheet

2) Selection of the Non-Exposed Cohort

Allocation of stars as per rating sheet

3) Ascertainment of Exposure

Allocation of stars as per rating sheet

4) Demonstration That Outcome of Interest Was Not Present at Start of Study

In the case of mortality studies, outcome of interest is still the presence of a disease/incident, rather than death. That is to say that a statement of no history of disease or incident earns a star.

COMPARABILITY

1) Comparability of Cohorts on the Basis of the Design or Analysis

A maximum of 2 stars can be allotted in this category

Either exposed and non-exposed individuals must be matched in the design and/or confounders must be adjusted for in the analysis. Statements of no differences between groups or that differences were not statistically significant are not sufficient for establishing comparability. Note: If the relative risk for the exposure of interest is adjusted for the confounders listed, then the groups will be considered to be comparable on each variable used in the adjustment.

There may be multiple ratings for this item for different categories of exposure (e.g. ever vs. never, current vs. previous or never)

Age = ☆ , Other controlled factors = ☆

OUTCOME

1) Assessment of Outcome

For some outcomes (e.g. fractured hip), reference to the medical record is sufficient to satisfy the requirement for confirmation of the fracture. This would not be adequate for vertebral fracture outcomes where reference to x-rays would be required.

- a) Independent or blind assessment stated in the paper, or confirmation of the outcome by reference to secure records (x-rays, medical records, etc.) ☆
- b) Record linkage (e.g. identified through ICD codes on database records) ☆
- c) Self-report (i.e. no reference to original medical records or x-rays to confirm the outcome)
- d) No description.

2) Was Follow-Up Long Enough for Outcomes to Occur

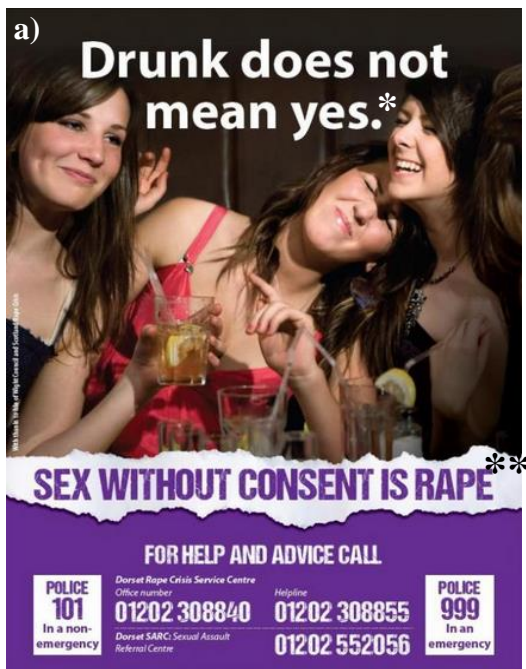
An acceptable length of time should be decided before quality assessment begins (e.g. 5 yrs. for exposure to breast implants)

3) Adequacy of Follow Up of Cohorts

This item assesses the follow-up of the exposed and non-exposed cohorts to ensure that losses are not related to either the exposure or the outcome.

Allocation of stars as per rating sheet

Annexe 8 : Exemples de campagnes de prévention « *Drinking is not a crime, rape is* » (*boire n'est pas un crime, violer si*) au Royaume-Uni en 2014 (a) et « *Sois pas ce gars-là* » au Canada en 2011 (b, c et d)



* *Ivre ne veut pas dire oui*

** *Le sexe sans consentement est un viol*



AUTEUR : LANDMANN Camille

Date de soutenance : 29 avril 2022

Titre : Conséquences psychiatriques et addictologiques des agressions sexuelles facilitées par la drogue : une revue systématique de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2022

Psychiatrie - Addictologie

Mots clefs : Agression sexuelle facilitée par la drogue, soumission chimique, vulnérabilité chimique, drogues du viol, substances psychoactives, trouble de stress post-traumatique, culpabilité, dépression, anxiété, trouble de l'usage de substance

Résumé

Contexte : Les agressions sexuelles sont des facteurs de risque majeurs de troubles psychiatriques et addictologiques. Peu d'études ont différencié les conséquences des ASFD et des agressions sexuelles sans substance. L'objectif était d'étudier les conséquences psychiatriques et addictologiques des ASFD et d'évaluer s'il existait des différences avec celles des agressions sexuelles sans substance.

Méthodes : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir de la base de données PubMed avec le pattern de mots clefs « chemical submission », « drug-facilitated sexual assault », « rape drugs » et « incapacitated rape », sans contrainte temporelle. Seules les études présentant des données originales ont été retenues.

Résultats : 20 études ont été incluses. Les ASFD étaient associés à un risque accru de TSPT, de troubles dépressifs et anxieux et de troubles de l'usage de substance par rapport aux non-victimes. Par rapport aux victimes d'agression sexuelle sans substance, les victimes d'ASFD étaient plus concernées par un sentiment de culpabilité. Les SPA semblaient également avoir une influence sur les symptômes de TSPT avec des résultats discordants selon les études (augmentation, diminution des symptômes, ou absence d'effet). Sur le plan addictologique, les comportements de consommation de SPA étaient plus fréquents et massifs chez les victimes d'ASFD.

Conclusion : Les ASFD ont des conséquences psychiatriques et addictologiques qui se rapprochent de celles des agressions sexuelles sans substance, avec certaines spécificités comme une culpabilité plus importante et un risque plus important sur le plan addictologique. Ces résultats doivent être considérés avec précaution devant le nombre limité de données et les limites méthodologiques des études.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN, Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directrice de thèse : Madame la Docteure Louise CARTON