



HAL
open science

Les pactes suicidaires : une revue de la littérature

David Bismuth

► **To cite this version:**

David Bismuth. Les pactes suicidaires : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01740767

HAL Id: dumas-01740767

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01740767v1>

Submitted on 22 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse n°3217

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 21 décembre 2017 par

David BISMUTH

Né le 12 septembre 1990 à Marseille (13)

Les pactes suicidaires : Une revue de la littérature

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Membres du jury :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Emmanuelle FLORIS, Juge

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Rapporteur

UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse n°3217

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 décembre 2017 par

David BISMUTH

Né le 12 septembre 1990 à Marseille (13)

Les pactes suicidaires : Une revue de la littérature

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Membres du jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Emmanuelle FLORIS, Juge

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Rapporteur

REMERCIEMENTS

À mes parents, à qui je dois tout. Je ne vous remercierais jamais assez pour votre amour, votre gentillesse, votre générosité, et la confiance dont vous avez fait preuve à mon égard. Merci pour votre soutien durant toutes ces années d'études. Si j'en suis arrivé là, c'est grâce à vous.

À Maman, sans qui je ne serais pas là actuellement. Très vite, tu m'as insufflé une certaine rigueur, ainsi que le souci du travail bien fait. Tu as toujours été disponible et présente pour moi, ton soutien m'a été d'une aide précieuse.

À Papa, à qui je dois ma passion pour la musique et tout particulièrement pour la guitare (dans un autre registre que le tien, je te l'accorde).

À ma petite sœur Sarah, avec laquelle j'ai beaucoup partagé, y compris ma passion pour la musique, les concerts, les festivals, et qui m'a suivi dans ces études. Merci pour ta disponibilité, ton soutien, et ton humour subtil.

À tout le reste de ma famille, et en particulier à mon cousin Alex. Ton humour et ton intérêt pour les photographies abstraites au Nokia 112, ainsi que pour le dentifrice au bacon suscitent mon admiration, ne change rien.

À mes amis d'enfance, avec lesquels on arrive à garder le lien malgré l'éloignement géographique : Guillaume, Mathieu, Olivier, Charles, Stevan (nos sessions gaming me manquent), et Vincent. Vous avez toujours été souteneurs et présents pour moi (jusqu'à m'appeler pendant le réveillon de ma P1 pour que je vous rejoigne faire la fête). À très vite autour d'une bière sur le Vieux-Port.

À mes amis rencontrés à la fac de Marseille. À Jonathan, Florent (et nos sous-colles sur fond de Fast & Furious...), Romain, et Adrien. Les gars, j'ai passé de supers moments à vos côtés pendant ces six années phocéennes, et j'espère en passer d'autres dans le futur. À Sheldon, que j'ai rencontré sur le tard, mais avec qui nous avons pu vouer un culte à E.M. J'en oublie sûrement beaucoup...

À tous les médecins que j'ai rencontrés au cours de mon internat. À Dominique Malet-Pinsolle, Marc Nartowski, Thomas Casenave, Mihaela Cioccanaru, Rufin Rajerison et Gabriel Razafindrabetsoa rencontrés lors de mon premier semestre à Dax. À Yves Coignoux et Emmanuel Berteretche, que j'ai rencontrés lors de mes gardes à Mont-de-Marsan. À Marie-Pauline Sallenave, Komivi Azorbly et Thierry Della, qui ont éveillé mon intérêt pour la psychiatrie médico-légale lors de mon stage à l'USIP de Pau. À Yves Le Loher et Alice Le Tessier du pôle de pédopsychiatrie paloise. À Michel Cazenave et Isabelle Sery, du Pôle de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte. À Patrick Le Bihan, Emmanuelle Floris, Arnaud De Jesus, et Lucie Gasbaoui, du pôle de Psychiatrie Médico-légale de Cadillac, qui m'ont conforté dans mon intérêt pour la psychiatrie médico-légale. À Claire Fourticq-Tiré de l'Hôpital de Jour de Caychac et Anouck Amestoy, Aly Jouni, Toky Rajerison et Cécile Gallot du CRA. À l'équipe du Professeur Marc Auriacombe.

À tous mes collègues de promo. À la team paloise : Paul, Juliette, Aurélie, Romain, Boris, Elise, Lauriane, Alix, Emilie, Valentin, et Rudy. À mes compagnons de DIU : Paul, Gabrielle, Marlène, Marie-Céline. À tous mes co-internes : Fred, Paul, Juliette, Adrien, Sandra, Lauriane, Claire-Lise, Vincent, Raphaëlle, Loriane, Nicolas et Julie. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

À Nicolas et Pierre. Nos répétitions à base de doom et de black métal ont pu me défouler durant la préparation de ce travail. J'ai passé d'excellents concerts et partagé d'intéressantes discussions musicales avec vous. À très vite en concert les gars.

À toutes les équipes soignantes avec lesquelles j'ai eu l'honneur de travailler, et que je ne peux citer de façon exhaustive. J'ai appris beaucoup et je continue d'apprendre par votre expérience et vos points de vue. Je garde un excellent souvenir de vous tous.

À toutes les secrétaires avec lesquelles j'ai travaillé. Merci pour votre gentillesse et votre patience.

À toutes les personnes que j'ai croisées durant mes gardes et mes stages.

À tous ceux que j'oublie.

À tous les patients.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Co-directeur du master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie,

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale,

Centre Hospitalier Henri LABORIT, Poitiers.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de rapporter mon travail de thèse, et en suis particulièrement honoré. Je vous remercie également pour la qualité et la clarté de votre enseignement en psychiatrie criminelle et médico-légale, qui ont fait accroître mon intérêt pour cette discipline. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Docteur Emmanuelle FLORIS

Docteur en Médecine, Psychiatre,
Praticien Hospitalier,
Pôle de Psychiatre Médico-Légale du Docteur Patrick Le Bihan,
Centre Hospitalier de CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Je te suis très reconnaissant d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. J'ai eu la chance d'apprendre énormément à ton contact lors des six mois passés à l'USIP de Cadillac. Je te remercie pour toutes ces connaissances que tu m'as apportées et pour ta disponibilité et ta bienveillance. Ton sens clinique et tes qualités humaines sont restés et resteront un exemple.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur de Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie,
Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Verdoux,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis très honoré que vous ayez accepté de juger ce travail de thèse. J'ai apprécié m'imprégner de vos compétences professionnelles de qualité, lors des cours de D.E.S ainsi que durant le stage effectué au sein de votre pôle. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences et en Médecine, Psychiatre,

Responsable du Centre de référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression,

Coordinateur du DES de psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je n'ai malheureusement pas pu travailler dans votre pôle. Néanmoins, j'ai pu bénéficier et apprécier vos enseignements de qualité dans le cadre des cours de D.E.S. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

AU DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Chargé d'enseignement à l'Université de Bordeaux,

Chef de Pôle de Psychiatrie Médico-légale,

Centre Hospitalier CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité, de votre bienveillance, ainsi que des connaissances que vous m'avez transmises durant la préparation de ce travail. Je tiens également à vous remercier pour le semestre passé à vos côtés à l'unité Minkowski, où j'ai pu bénéficier de la richesse de votre enseignement. J'y ai appris énormément, de par vos qualités humaines et votre sens clinique. J'ai, par ailleurs, eu la chance de bénéficier de vos enseignements dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-légale, qui m'ont été et me seront d'une aide précieuse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU PRÉSIDENT DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Cadillac-sur-Garonne.

Vous me faites m'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse, je vous en remercie très sincèrement. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements durant mon internat. Au cours de mon stage effectué au sein de votre pôle, j'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et la précision et la rigueur de votre exercice médical. Je tiens à vous remercier pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard au cours de mon internat. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Table des matières

1.	Introduction.....	12
1.1.	Définitions	12
1.2.	Contexte	13
1.3.	Quelques pactes suicidaires connus.....	14
1.3.1.	Récits dans l'Antiquité.....	14
1.3.2.	Pactes suicidaires plus récents	15
1.4.	Méthode.....	16
2.	Données épidémiologiques et socio-culturelles	16
2.1.	En Europe	16
2.1.1.	En Angleterre et au Pays de Galles (2,24–26,38)	16
2.1.2.	En France	18
2.1.3.	En Italie	19
2.2.	En Amérique du Nord.....	20
2.2.1.	Aux Etats-Unis	20
2.2.2.	Au Canada.....	21
2.3.	En Asie	21
2.3.1.	En Inde.....	21
2.3.2.	Au Japon	22
2.3.3.	En Chine.....	24
3.	Typologie des pactes suicidaires et modes opératoires	25
3.1.	Les différents types de pactes suicidaires (6,32).....	25
3.1.1.	Suicide dyadique.....	25
3.1.2.	Double suicide avec instigateur dominant.....	26
3.1.3.	Homicide-suicide dans le cadre d'un pacte suicidaire	26
3.1.4.	Pactes suicidaires de petits groupes	27
3.1.5.	Pactes suicidaires scellés sur Internet.....	27
3.1.6.	Suicides collectifs ou suicides de masse.....	28
3.1.7.	Le cas des terroristes auteurs d'attentats-suicides.....	31
3.2.	Les modes opératoires	33
3.2.1.	Les moyens utilisés.....	33
3.2.2.	La préparation	35
4.	Psychopathologie	35
4.1.	Les pathologies concernées	36

4.1.1.	La dépression.....	37
4.1.2.	La « folie à deux ».....	38
4.1.3.	Autres entités psychopathologiques.....	39
4.2.	Les caractéristiques propres aux pactes suicidaires	39
4.2.1.	La relation d'attachement exclusif.....	40
4.2.2.	Un isolement relationnel.....	40
4.2.3.	La notion de menace de séparation.....	41
4.2.4.	Les antécédents de tentative de suicide chez au moins un des protagonistes	41
4.2.5.	La présence de troubles mentaux.....	41
4.3.	Hypothèses explicatives	41
4.3.1.	Abord psychodynamique.....	41
4.3.2.	Hypothèses neurologiques.....	43
4.3.3.	Vision sociologique.....	44
5.	Les diagnostics différentiels	45
5.1.	L'Homicide-suicide	45
5.2.	Le double homicide maquillé	45
5.3.	Le suicide réactionnel.....	45
5.4.	Le suicide simultané sans pacte suicidaire.....	45
5.5.	Le(s) décès provoqués par le suicide.....	46
6.	Les aspects médico-légaux.....	46
6.1.	Le cadre pénal actuel.....	46
6.1.1.	En France	46
6.1.2.	Comparaisons internationales.....	48
6.2.	La question de la responsabilité du/des survivant(s).....	48
6.3.	La question de la responsabilité d'Internet.....	49
7.	Discussion.....	50
8.	Conclusion	51
9.	Références bibliographiques.....	52
10.	Annexes.....	59
11.	Serment d'Hippocrate	63

1. Introduction

Selon les chiffres de l’OMS de 2012, le suicide correspond à la seconde cause de mortalité des 15-29 ans, avec plus de 800 000 victimes chaque année (1). La littérature scientifique est abondante à ce sujet.

Malheureusement, les pactes suicidaires ne font pas l’objet du même intérêt scientifique. Le faible nombre d’articles s’y intéressant contraste avec une large exploitation dans la culture populaire. En effet, il s’agit d’un sujet abondamment rapporté dans la presse (comme dans le cas du suicide de masse de Jonestown, ou encore celui du Temple Solaire), la littérature classique, le théâtre et le cinéma. Plusieurs pactes suicidaires sont célèbres, comme celui de Stefan Zweig, ou d’Adolf Hitler.

C’est ainsi que l’on propose une revue de la littérature, afin d’effectuer un état des lieux de nos connaissances actuelles sur le pacte suicidaire, en l’abordant de la façon la plus holistique possible, tenant en compte de la psychopathologie, des facteurs environnementaux, socio-culturels, ainsi que du cadre pénal dans lequel il évolue.

Après avoir apporté des définitions nécessaires et exposé quelques cas connus, nous nous intéresserons à l’épidémiologie du pacte suicidaire et à ses données sociodémographiques. Ensuite, nous aborderons leur typologie, en prenant soin d’évoquer le cas des suicides de masse et le parallèle entre pacte suicidaire et suicide-terroriste, puis un point essentiel de psychopathologie avec quelques hypothèses explicatives. Avant de discuter ce travail et d’en apporter la conclusion, nous repositionnerons le pacte suicidaire dans la loi après un bref historique du cadre légal.

1.1. Définitions

Un pacte (du latin *pactum*, signifiant « accord » ou « convention ») correspond à un accord solennel convenu entre deux ou plusieurs personnes. Le suicide (du latin *sui*, « soi », et *caedere*, « tuer »), caractérise l’acte de mettre fin à ses jours.

Pour définir ce qu’est un pacte suicidaire, la plupart des auteurs s’appuient sur la description de Cohen, en 1961, décrivant comme pacte suicidaire un arrangement mutuel

entre deux personnes afin de se donner la mort au même moment et, quasiment toujours, au même endroit (2). En somme, cette définition décrit le double suicide.

Nous pouvons élargir cette définition en incluant les arrangements entre plus de deux personnes, du fait des caractéristiques psychopathologiques communes (3) avec les doubles suicides, que nous évoquerons plus tard.

Les termes de « suicide collectif », ou de « suicide de masse » sont également utilisés, et bien que n'ayant pas de définition précise à ce jour, ces derniers sont employés dans le cas de pactes suicidaires impliquant plus de deux participants, et faisant allusion en général à une composante religieuse, politique ou sectaire (3–8).

Evoquons également l'homicide-suicide, qui est classiquement défini comme un meurtre (ou une tentative de meurtre) suivi du suicide (ou de la tentative de suicide) de l'auteur, dans un délai bref (en général inférieur à 24 heures). D'autres termes sont souvent employés, comme « meurtre suicide », « suicide élargi », ou « suicide altruiste » (faisant allusion à la motivation) (9,10). Il s'agit là du principal diagnostic différentiel du pacte suicidaire, excepté les cas où l'homicide est consenti par la victime (cf. *infra*). L'homicide, lorsqu'il est consenti, peut rentrer dans le cadre d'un pacte suicidaire.

Les cyber-suicides, d'apparition plus récente, correspondent aux pactes suicidaires scellés entre des individus rencontrés sur Internet (11–16).

Ces éléments décrits rentrent dans une autre entité, plus large, celle des suicides accompagnés. Selon P. Denis, cité par Millet *et al.* : « On appelle suicide accompagné toute conduite suicidaire que le suicidant fait précéder ou accompagner du meurtre ou du suicide d'autres individus » (17). Cette définition très large comprend donc les pactes suicidaires, les homicides suicides, ainsi que les très rares homicides réciproques, où chaque individu donne la mort à son partenaire.

1.2. Contexte

Les pactes suicidaires bénéficient d'une couverture médiatique plus importante que les autres suicides (11,18,19). Nous pouvons prendre pour exemple l'étude de Machlin *et al.* de 2012, visant à décrire quels types de suicides sont plus fréquemment rapportés dans les médias (20). Sur les 2161 suicides survenus en Australie sur une période d'un an, seuls 29 ont

été rapportés dans les médias, soit 1,3 % des suicides. Parmi ces 29 suicides, le plus médiatisé (100 articles) était celui d'une adolescente qui avait scellé un pacte suicidaire avec une amie. Cela peut s'expliquer – en plus du jeune âge des victimes – par l'impact émotionnel important que peut susciter un tel geste.

De plus, comme nous l'aborderons plus tard, les exemples littéraires ou impliquant des personnages célèbres sont très nombreux (6–8).

Cependant, peu d'articles dans la littérature scientifique traitent du pacte suicidaire. La première étude l'abordant date de 1961 (2). En France, seule une étude épidémiologique s'y est intéressée (21), et la dernière revue de la littérature publiée date de plus de dix ans (6).

Il s'agit d'un phénomène difficilement étudiable pour plusieurs raisons. La première, évidente, réside dans le fait que les deux protagonistes décèdent la plupart du temps (6,22). D'autre part, souvent les seules données disponibles sont les observations des médecins légistes, les rapports de police, d'éventuels entretiens avec la famille, mais très peu de données sur le plan psychologique et psychiatrique. De plus, les psychiatres peuvent se sentir mal à l'aise à l'idée de s'entretenir avec les survivants (23).

Dans ce contexte, il semble important de faire un état des lieux des données actuelles concernant le pacte suicidaire à partir des quelques études épidémiologiques (11,21,24–31), des articles de synthèses et revues de la littérature (3,6,23), ainsi que des *case report* traitant de ce sujet.

À noter que certains auteurs suggèrent que l'on a peut-être tendance à sous-estimer les incidences et prévalences des pactes suicidaires en ne tenant pas compte des pactes scellés non aboutis (32).

1.3. Quelques pactes suicidaires connus

1.3.1. Récits dans l'Antiquité

Dans la Rome Antique, Arria, épouse de Caecina Paetus, avait accompagné son mari dans la mort. Lorsque Néron avait ordonné à Caecina Paetus de se suicider, celle-ci l'avait précédé dans son geste en se poignardant le thorax avec un couteau avant de le remettre à son époux lui disant « *non dolet, Paete !* » (« *Cela ne fait pas mal, Paetus !* ») (6). Dans sa correspondance

avec son ami Macer, Pline le Jeune lui racontait l'histoire d'une jeune femme se guidant avec son mari dans la mort. Après avoir découvert des ulcères génitaux chez son mari, prise de désespoir, celle-ci l'exhorta de mourir, puis s'attacha à lui avant de se défenestrer dans le lac de Côme (33).

1.3.2. Pactes suicidaires plus récents

On peut citer le cas de l'écrivain Stefan Zweig, s'étant suicidé à 60 ans le 22 février 1942 avec sa seconde épouse, Charlotte Elisabeth Altmann. L'écrivain, juif de confession, était en exil depuis l'arrivée du nazisme en Europe. Devant l'expansion croissante du régime du 3^{ème} Reich en Europe et au-delà, après de nombreuses pérégrinations, décrivant la sensation d'être étranger partout, et devant l'aggravation de l'asthme sévère de son épouse – à qui il avait proposé à plusieurs reprises de mourir ensemble – Stefan Zweig perdit espoir. Des thèmes dépressifs teintaient sa correspondance et son journal. Certains de ses ouvrages évoquaient déjà le suicide à deux, comme *l'Ivresse de la métamorphose* (34) ou son essai sur Kleist *Le combat avec le démon* (35) où il justifiait le double suicide de ce dernier. Le 22 février 1942, à Petrópolis au Brésil où il s'était réfugié depuis plusieurs mois, Stefan Zweig écrivit une lettre d'adieu avant de se suicider avec son épouse par intoxication aux barbituriques, méthode non violente. La préparation du geste était méticuleuse, les livres empruntés avaient été mis en évidence, les manuscrits étaient bien rangés (6,7,34,35).

Le pacte suicidaire d'Hitler et Eva Braun en est également un exemple connu (7,8,36). Adolf Hitler et Eva Braun entretenaient une relation depuis plus de vingt ans, et bien qu'Eva Braun se vantait depuis le début qu'Hitler allait l'épouser, il a toujours refusé. En avril 1945, lorsque Berlin était assiégée, Eva Braun avait rejoint Hitler contre sa volonté. Le 29 avril, ils se sont mariés, et le lendemain, ils se sont suicidés ensemble. Hitler par une arme à feu, et Eva Braun par intoxication. Dans la lettre laissée par Hitler, il expliquait : « *Bien que je ne considérais pas pouvoir prendre la responsabilité de me marier pendant ces années de lutte, j'ai maintenant décidé de choisir comme épouse la femme qui est entrée dans cette ville pour partager mon destin – à son gré elle mourra avec moi comme ma femme – moi et mon épouse choisissons la mort* » clarifiant le pacte suicidaire (36).

Les excellents ouvrages de Minois (37) et de Monestier (7) comportent de nombreuses autres références de pactes suicidaires connus.

1.4. Méthode

Afin de rédiger cette revue de la littérature, une recherche bibliographique contenant les termes « suicide pact », « pacte suicidaire », « dyadic death », « double suicide », « paired suicide », « mass suicide », « multiple suicide », « suicide collectif » a été effectuée sur le site PubMed afin d'obtenir un maximum d'articles. Ce travail s'est également appuyé sur quelques ouvrages de référence traitant du suicide, et sur les sources citées dans les articles.

2. Données épidémiologiques et socio-culturelles

Les caractéristiques épidémiologiques et démographiques du pacte suicidaire varient en fonction du lieu étudié (6,8,29). Elles ont été extraites du peu d'études épidémiologiques sur ce sujet. Certaines régions du globe ne sont donc pas représentées. Les résultats des principales études épidémiologiques internationales ont été illustrés dans l'Annexe 1.

2.1. En Europe

Les caractéristiques sociodémographiques européennes du pacte suicidaire contrastent avec l'image romantique classiquement retenue du jeune couple d'amoureux se donnant la mort devant des obstacles insurmontables à leur union. En effet, les résultats des quelques études épidémiologiques réalisées dans notre continent vont globalement dans le même sens. Les populations concernées sont essentiellement des couples mariés, d'un âge plutôt avancé (avec des âges moyens variant entre 54 et 78,3 ans), où la plupart du temps au moins une personne du couple présente une maladie grave et/ou invalidante. Les pactes suicidaires correspondent à une très faible part des suicides survenus dans la même période et dans la même région étudiée (entre 0,4 et 2,5 % de l'ensemble des suicides).

2.1.1. En Angleterre et au Pays de Galles (2,24–26,38)

L'Angleterre et le Pays de Galles sont la région la mieux évaluée concernant l'épidémiologie du pacte suicidaire. En effet, deux études d'envergures ont été réalisées (2,25,26).

2.1.1.1. L'étude princeps de Cohen (1961)

La première étude épidémiologique européenne sur le sujet a été effectuée par Cohen en 1961 (2), recensant les données concernant l'ensemble des pactes suicidaires survenus entre 1955 et 1958 en Angleterre et Pays de Galles. Au total, 58 pactes suicidaires ont été retrouvés, soit 0,56 % des 20 788 suicides survenus pendant cette période. Ces chiffres sont plus de trois fois inférieurs à ceux de l'étude de Sainsbury, citée par Norton (22).

L'âge moyen était de 55,2 ans. Plus précisément, 71 % des pactes suicidaires concernaient des individus âgés entre 40 et 59 ans.

On note que 72 % concernaient des couples mariés, 14 % concernaient des parents proches (mère-fils, mère-fille, père-fils, frère-sœur, sœur-sœur), 9 % des couples hétérosexuels non mariés, et 5 % concernaient des couples homosexuels et des amis. La moitié des couples mariés n'avaient pas d'enfant.

Dans l'immense majorité (98 %) des pactes suicidaires survenus à cette période, les victimes ont eu recours à une méthode non violente (86,2 % au gaz domestique, 6,9 % aux médicaments, 3,4 % au gaz d'échappement, 1,7 % à l'empoisonnement, 1,7 % à la noyade). En « complément » des méthodes citées-ci-dessus, les victimes de pactes suicidaires avaient également recours aux barbituriques ou à l'alcool, afin « d'engourdir l'esprit ».

Dans 29 % des pactes, les deux victimes présentaient une pathologie grave et 60 % des victimes avaient un handicap, physique ou mental.

2.1.1.2. Les études de Brown et Barraclough (1995-1999)

Plus de trente ans plus tard, Brown et Barraclough ont réalisé les mêmes travaux, en recensant les données de l'ensemble des pactes suicidaires survenus entre 1988 et 1992, toujours en Angleterre et aux Pays de Galles (25,26). A l'exception d'une incidence en diminution de 27 % (de 0,83 à 0,61 par million d'habitant), les caractéristiques sociodémographiques sont comparables à celles de l'étude de Cohen. Ces pactes suicidaires représentaient 0,6 % des suicides survenus entre 1988 et 1992.

Ils concernaient essentiellement des couples mariés (77,4 %), et dans une moindre mesure des parents proches (8 %) et des couples d'amoureux (6,4 %). La population avait un âge moyen de 56 ans.

Les méthodes privilégiées étaient pour la plupart d'entre elles non violentes (67,7 % des pactes suicidaires par gaz d'échappement, 24,2 % ont eu recours à des médicaments, et 1,6 % des victimes de pactes suicidaires se sont empoisonnées). Par ailleurs, 73 % de ces victimes de pacte suicidaire présentaient un handicap physique ou psychique.

Pour 44,5 % des pactes suicidaires survenus pendant cette période, un membre de la dyade avait exprimé une intentionnalité suicidaire, et dans 66,7 % de ces pactes une lettre signée par les deux partenaires a été retrouvée.

2.1.1.3. L'étude de Hunt et al. (2008)

Plus récemment, en 2008, Hunt *et al.* s'étaient intéressés à la prévalence des pactes suicidaires chez les personnes souffrant de troubles mentaux (38). Ils ont également comparé leurs caractéristiques sociodémographiques avec celles des victimes sans suivi psychiatrique. Sur les 278 victimes de pactes suicidaires survenus entre 1996 et 2005, 77 (28 %) étaient en contact avec des services de santé mentale dans l'année précédant leur décès.

Les victimes suivies en psychiatrie étaient plus jeunes que le reste des suicidés par pacte (âge moyen de 45 ans *versus* 59 ans). Concernant les méthodes employées, l'intoxication au monoxyde de carbone était privilégiée, suivie par les overdoses (intoxications médicamenteuses volontaires ou utilisation de substances illicites). Cependant, le recours aux méthodes violentes (pendaison, précipitation) chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques était plus élevé que pour le reste des victimes.

2.1.2. En France

À ce jour, en France, aucune étude d'envergure ne s'est intéressée aux pactes suicidaires (8).

La seule étude française s'intéressant sur le sujet, réalisée par Prat *et al.* en 2013, recensait les cas survenus en Indre-et-Loire et Loir-et-Cher entre 2003 et 2010 (21). Elle comptait au total, sur cette période, six pactes suicidaires.

Tous ces pactes concernaient des couples mariés hétérosexuels. L'âge est plus élevé que dans les autres études européennes (entre 71 et 85 ans). Sur ces six pactes, trois étaient de véritables doubles suicides. Les trois autres étaient des homicides-suicides s'intégrant dans le cadre d'un pacte suicidaire.

Concernant la méthode employée, pour 50 % de ces pactes suicidaires, une arme à feu a été utilisée (homicide-suicide), et pour chacun de ces pactes suicidaires avec composante homicide, le geste létal était commis par le mari. Les autres victimes sont décédées de noyade dans leur véhicule (16,6 %), d'intoxication au monoxyde de carbone dans leur véhicule (16,6 %), et de pendaison à une seule corde (16,6 %).

Chaque couple a utilisé la même méthode. Pour chacun des six pactes suicidaires, une lettre de suicide a été retrouvée, dont une a été signée par les deux victimes. Dans un cas, de l'alcool a été retrouvé dans le sang d'une victime, et dans un autre cas une victime avait pris des benzodiazépines pour accompagner le geste.

Seul pour une victime, un antécédent psychiatrique a été retrouvé (dépression). Dans tous les cas, au moins une victime présentait une pathologie grave et/ou invalidante, avec une notion de perte d'autonomie et de risque de séparation (décès ou institutionnalisation).

2.1.3. En Italie

En Italie, seule une étude s'intéressant aux pactes suicidaires a été réalisée à notre connaissance (30). Celle-ci visait à déterminer l'incidence des pactes suicidaires survenus dans la région de Toscane, en Italie centrale, entre 1987 et 1998. Durant cette période, sur les 3955 individus décédés par suicide, seuls 16 l'ont été dans le cadre d'un pacte suicidaire. Cela correspond à 0,4 % des suicides survenus sur ces 12 ans. Sur ces 16 personnes, 11 étaient de sexe masculin (69 %), et 5 étaient de sexe féminin (31 %). En comparaison aux suicides solitaires survenus sur cette période dans cette région, la population masculine concluant un pacte suicidaire est plus jeune (âge moyen de 48,8 *versus* 58,4 ans), contrairement à la population de sexe féminin (âge moyen de 66 *versus* 59 ans).

2.2. En Amérique du Nord

2.2.1. Aux Etats-Unis

À ce jour, seule une étude concernant l'épidémiologie du pacte suicidaire figure dans la littérature scientifique (28). Fishbain *et al.* ont repris les données du comté de Dade, en Floride, concernant les pactes suicidaires survenus entre 1957 et 1981. Sur les 5895 suicides survenus pendant cette période, seuls 20 pactes suicidaires (40 victimes) ont été identifiés, correspondant à 0,68 % des suicides. Comme dans le cas des études européennes évoquées précédemment, les victimes de pactes suicidaires sont essentiellement des couples mariés (70 %), le reste concernait des couples d'amoureux (20 %) et des doubles suicides parent-enfant (10 %). L'âge moyen est comparable aux études européennes (51 ans). Concernant les moyens utilisés, 40 % de ces vingt pactes suicidaires ont eu recours à une arme à feu, 27,5 % à une overdose, 25 % au monoxyde de carbone. Notons que 45 % de ces pactes suicidaires sont des homicides-suicides, contredisant les propos de Cohen, qui considérait les pactes suicidaires comme non agressifs. Concernant les pathologies psychiatriques, 45 % des patients suicidés présentaient un état dépressif, 57,5 % avaient recours à l'alcool, et 50 % associaient alcool et barbituriques.

Les données de ces vingt pactes suicidaires ont été comparées à celles de 120 victimes de suicides solitaires survenus durant la même période dans la même région, en guise de groupe de contrôle. En comparaison avec le groupe de suicidés solitaires, les victimes de pacte suicidaires ont moins d'antécédents de dépression (47 % *versus* 76,6 % pour les suicides solitaires), ou d'évènements déclenchants récents (perte d'un proche, difficultés financières...), corroborant les propos d'Hemphill *et al.* dans leur publication de 1969 (36). De même, les victimes de pactes suicidaires font leur geste plutôt le matin, ce qui peut étayer les résultats de Cohen, où dans les lettres de suicide figuraient des plaintes liées au sommeil (2). Par ailleurs, 50 % des suicides par pacte ont lieu au domicile d'une des victimes contre 79,6 % des suicides solitaires. Pour 65 % des pactes suicidaires, une lettre avait été retrouvée, contre 25,8 % chez les suicidés solitaires. Notons également que le recours à l'alcool était plus important chez les victimes de pactes suicidaires que chez le groupe de personnes qui se sont suicidées seules.

2.2.2. Au Canada

A partir d'une liste incomplète des données issues du registre du Bureau du Coroner, une recension des pactes suicidaires survenus au Québec entre 1990 et 1997 a pu être faite par Séguin *et al.* (32). Elle dénombre 31 pactes suicidaires (à l'origine de 53 décès) sur un total de 10376 dossiers de suicide, soit 0,51 % des suicides. Sur ces 31 pactes suicidaires, 22 (71 %) ont causé la mort des deux membres de la dyade, et neuf (29 %) se sont soldés par le décès d'un des deux membres. Parmi les 22 pactes suicidaires doublement létaux, dix impliquaient un couple hétérosexuel, neuf impliquaient deux hommes, et trois impliquaient deux femmes. L'âge moyen est plus jeune en comparaison aux autres résultats occidentaux : 31 ans chez l'homme et 33 ans chez la femme.

2.3. En Asie

2.3.1. En Inde

L'étude de Sathyavathi de 1975 recensait les pactes suicidaires survenus dans la ville de Bangalore (capitale de l'Etat du Karnataka) entre 1967 et 1973 (27). Sur les 1834 suicides enregistrés dans cette région à cette période, 23 pactes suicidaires ont été conclus, à l'origine de 46 décès, soit 2,3 % des suicides. Ces pactes suicidaires impliquaient essentiellement des couples mariés (57, 1% ; n = 28) puis des couples d'amoureux (19 % ; n = 8), des amis (19 % ; n = 8) ainsi que deux sœurs (4,9 %). Contrairement aux résultats des études occidentales, la totalité des couples mariés vivaient avec leurs enfants. Sur ces 23 dyades, la majorité (n = 21) était de religion hindoue. Concernant la méthode utilisée, une grande majorité des victimes de pacte suicidaire ont eu recours à une intoxication aux organophosphorés (insecticides). L'auteur décrit un taux d'abus d'alcool de 21,7 %, et d'association combinée d'alcool et de barbituriques à 13 %. Très peu de lettres ont été retrouvées (4,3 % parmi l'ensemble des pactes), l'auteur explique cela par le fort taux d'illettrisme touchant l'Inde. Parmi les motifs en lien avec ces pactes suicidaires, figurent principalement les difficultés financières ainsi que les conflits familiaux.

Quelques *case report* plus récents font mention de pactes suicidaires suite au décès d'un proche (39), ou dans le cas d'une relation adultère découverte par un mari, décidant de se donner la mort avec ses enfants pour ne pas vivre dans la culpabilité au sein de la société (40).

Notons également, sur le plan socio-culturel, que les mariages en Inde sont arrangés selon la base des horoscopes. Dans ce cadre ils sont fréquemment forcés, et il arrive que des jeunes individus soient prêts à mourir, s'inscrivant alors dans un mouvement de révolte, plutôt qu'à s'y soumettre.

Ces *case report* de pactes suicidaires survenus en Inde diffèrent de l'image de la Sati, pratique funéraire ancienne où la veuve s'immolait au décès de son mari dans le but de le rejoindre dans l'au-delà, et de vivre plusieurs milliers d'années de béatitude en sa compagnie (2,7,8).

2.3.2. Au Japon

Les pactes suicidaires au Japon sont malheureusement peu traités dans la littérature scientifique. Les articles récents qui portent sur le phénomène du suicide d'une façon générale au Japon ne portent pas ou peu de place aux pactes (41–44).

Seuls deux articles l'abordent de façon spécifique : l'article de Ohara de 1963 (31), qui est la seule étude épidémiologique Japonaise d'envergure, et l'article plus récent d'Ozawa-de Silva, qui s'intéresse aux « cyber-pactes » suicidaires et à la notion de crainte de mourir seul (14), qui motiverait le passage à l'acte groupé.

Au Japon, les pactes suicidaires sont plus fréquents qu'en Occident (6,31,45). D'après Ohara, sur les 64050 suicides survenus au Japon en 1954, 2562 auraient été réalisés dans le cadre de pactes suicidaires (*shinju*), ce qui correspond à un chiffre de 4% de l'ensemble des suicides. Parmi eux, 58 % concernaient des pactes d'amoureux (*kyoshi*), 22 % impliquaient une dyade parent-enfant, 10 % impliquaient un couple marié, et 4 % impliquaient des couples homosexuels (31). L'âge moyen des victimes n'a malheureusement pas été communiqué par les auteurs. Les victimes de pacte suicidaire au Japon avaient recours préférentiellement à l'empoisonnement (43,5 %) et à la noyade (33,8 %). En enlevant les pactes suicidaires parent-enfant (devant la difficulté évidente pour déterminer le consentement de l'enfant), on obtient un chiffre de 3,1 % de l'ensemble des suicides survenus à cette période. Parmi les motifs en lien avec le geste suicidaire, les auteurs décrivent des obstacles insurmontables à l'union des jeunes couples, ils supposent une composante dépressive et/ou réactionnelle vis-à-vis des difficultés financières, familiales, ou dans un contexte de deuil.

Une étude ultérieure décrivait un taux de 3,6 % correspondant aux pactes suicidaires sur l'ensemble des suicides survenus au Japon entre 1948 et 1960 (8,46,47).

Les médias grand public décrivaient également une « vague » de suicides collectifs de jeunes japonais(e)s après avoir conclu un pacte suicidaire sur Internet. De nombreux corps avaient été retrouvés, asphyxiés *via* des réchauds à charbon, dans des voitures fermées hermétiquement, dans le début des années 2000 (6,48).

Notons que dans la culture japonaise, la vision du suicide est différente des modèles occidentaux. Si en Occident, le suicide est classiquement vu comme un crime, au Japon ce geste est considéré comme une façon honorable d'éviter l'échec lorsque celui-ci devient inévitable (7,31,49). Les pactes suicidaires étaient largement abordés dans la littérature nipponne ainsi qu'au théâtre (6,49) si bien que des mesures répressives ont été prises. Un édit de 1723 censurait les pièces de théâtre, interdisait l'enterrement des victimes, et condamnait les survivants au pilori (2,6,31,49).

Il était classiquement décrit il y a plusieurs siècles, le cas d'épouses ou des serviteurs, se suicidant en réaction à la mort de leur mari ou de leur maître, afin de les accompagner dans l'au-delà. Notons que dans la culture japonaise, le suicide est classiquement vu comme un acte de fidélité, suscitant le respect. Nous pouvons citer en exemple la pratique du *hara-kiri / seppuku* pendant l'époque féodale, ou encore celle des kamikazes de la seconde guerre mondiale, pour lesquels choisir la mort avec fierté était vue comme une démonstration de leur fidélité. Ajoutons à cela, la dimension divine et sacrée liée à la mort. Dans la culture japonaise, quels que soient les péchés commis durant la vie d'un individu, ceux-ci sont pardonnés à sa mort, et l'individu devient adoré parmi les esprits sacrés. Il est classiquement accepté au Japon que lorsque des difficultés financières ou de santé de présentent, la mort soit préférable à une vie de dépendance et d'assistanat.

En plus des éléments décrits à l'instant, un autre facteur pouvant expliquer ces taux de pactes suicidaires plus importants au Japon est l'accès au soin. En effet, si dans notre culture occidentale lorsque des individus sont en difficulté, ils tendent à demander de l'aide à des professionnels de santé mentale, au Japon, il reste encore difficilement envisageable le fait de dévoiler ses problèmes personnels. Ainsi l'offre de soins psychiatriques et psychologiques est limitée. A titre d'exemple, en 1962, 23 % des centres hospitaliers universitaires disposaient

d'un service de santé mentale. Ces chiffres sont passés à 60 % en 1982, puis à 64,3 % en 1983, puis à 85,5 % en 2002 (16).

2.3.3. En Chine

En Chine, seule une étude épidémiologique a été réalisée à notre connaissance. Celle-ci s'est limitée au recensement *via* une recherche web et bibliographique de l'ensemble des « cyber-pactes » suicidaires survenus en Chine continentale avant le 1^{er} juin 2015 (11).

Elle comptait au total 159 victimes pour 62 pactes rapportés par les médias. Sur ces 159 victimes, 69,8 % ($n = 111$) étaient de sexe masculin, et 30,2 % de sexe féminin ($n = 48$), le sex-ratio étant de 2,3 : 1. Par ailleurs, 52,2 % ($n = 83$) des victimes sont décédées, 29,6 % ($n = 47$) ont survécu à la tentative de suicide, et 18,2 % ($n = 29$) ont abandonné leur tentative de suicide après avoir été dissuadé par leurs amis, leurs proches, ou la police. L'âge moyen était de 23,1 ans, et 84,1 % ($n = 106$) des individus avaient entre 20 et 30 ans. Un pic saisonnier était constaté en été (40,5 %), suivant la tendance des suicides solitaires de la région. De plus, 56,5 % des pactes impliquaient deux personnes, et 32,2 % impliquaient trois personnes.

Pour seulement 27,7 % des victimes ($n = 44$), des informations concernant leur vie professionnelle ont été retrouvées : 45,5 % d'entre elles avaient un emploi rural, 25 % étaient étudiant(e)s, et 18,2 % étaient des employés. Ces données, bien que largement incomplètes, contrastent avec les résultats des études occidentales, où la majorité des victimes de pactes suicidaires sont sans emploi (retraités).

Autre différence avec le reste de la littérature occidentale : le lieu. Près de 97 % des pactes suicidaires rapportés se sont déroulés ailleurs du domicile d'une des victimes (67,7 % dans un hôtel, 19,4 % dans un hébergement de location, et 9,7 % ailleurs).

L'intoxication au monoxyde de carbone par combustion de charbon de bois est la méthode employée la plus fréquente, et de loin, représentant 80,6 % des décès par pacte suicidaire. Dans un autre article, Chan décrivait qu'entre 2002 et 2003, sur les 22 pactes suicidaires survenus à Hong Kong, 20 (soit 91 %) ont été réalisés *via* combustion de charbon de bois.

Pour 131 victimes, on notait des idéations suicidaires exprimées dans le passé. Parmi elles, 125 (soit 93,3 %) avaient préparé leur suicide. Concernant les motifs, là encore les données sont incomplètes, et ont été trouvées que pour 61,6 % des victimes ($n = 98$). Le facteur

précipitant le plus important décrit dans cette étude était un isolement social, avec repli et humeur pessimiste (26,5 %), suivis par les situations de « dysharmonies familiales » par manque de lien affectif familial (25,5 %), avec difficultés émotionnelles (64 % étaient issus de familles séparées par des divorces, décès, etc.).

Concernant les antécédents psychiatriques, 23 victimes suicidées (14,5 %) avaient un trouble psychiatrique selon le DSM-5. Parmi ces 23 personnes, 20 (87 %) étaient atteintes d'un trouble dépressif, 2 (8,7 %) étaient atteintes d'un trouble anxieux, et une (4,3 %) avait un trouble de l'usage des substances. Par ailleurs, seize personnes suicidées avaient déjà eu des comportements auto-agressifs, et dix avaient déjà fait au moins deux tentatives de suicide.

Les données propres aux pactes suicidaires conclus sur Internet seront développées plus loin.

3. Typologie des pactes suicidaires et modes opératoires

3.1. Les différents types de pactes suicidaires (6,32)

Plusieurs types de pactes suicidaires sont décrits dans la littérature, et peuvent se recouper par certains aspects.

3.1.1. Suicide dyadique

Une dyade (du grec *δυάς* et du latin *dyas*, voulant dire « deux ») définit un couple de deux sujets, ou de deux éléments en interaction. Un suicide dyadique correspond donc au suicide de deux personnes.

Dans ce cas de figure, les deux individus décident délibérément de mourir au même moment, dans le même lieu. Bien souvent, chaque protagoniste est dans un état de souffrance physique ou psychique telle qu'à un moment, la vie est décrite comme ne pouvant plus être vécue dans ces conditions. Il peut arriver qu'une personne de la dyade initie l'élaboration du projet suicidaire et que l'autre accepte de s'y joindre. Généralement, il y a accord entre les deux personnes, mais chacune envisage l'organisation et la réalisation de sa propre mise à mort, indépendamment (6). Chaque partenaire peut donc utiliser un moyen différent. Aussi,

il semble que chaque partenaire encourage l'autre, ce qui par conséquent, intensifie l'urgence du passage à l'acte. Il s'agit là d'un véritable double suicide, où chaque protagoniste est actif dans sa démarche funeste, tout en restant engagé dans le même projet suicidaire (32).

3.1.2. Double suicide avec instigateur dominant

Dans les quelques articles présents dans la littérature scientifique, décrivant des entretiens avec des survivants de pactes suicidaires (50–53), il est souvent décrit une relation inégale dans la dyade. En effet, il est bien souvent décrit la présence d'un instigateur, ou personne dominante, et une personne passive ou dominée. L'instigateur est la plupart du temps de sexe masculin, présentant une pathologie dépressive sous-jacente, des antécédents de troubles du comportement auto-agressif (voire de tentatives de suicides) et a souvent des antécédents de comportements antisociaux. Il est décrit une pression menée sur sa ou son partenaire, initialement réticent(e). Un cas a été décrit, où après plusieurs disputes abordant le sujet du pacte suicidaire, un individu avait réussi à convaincre son épouse. Notons que l'instigateur décède plus fréquemment que la personne passive. Souvent, les deux partenaires présentent un trouble de la personnalité. Les deux partenaires ne vivent que l'un pour l'autre dans un isolement presque total (36).

En cas de pathologie chronique et invalidante, l'instigateur, dans une relation d'emprise narcissique, va emporter avec lui sa ou son partenaire dans son projet funeste (8). Bien que dans la majorité des cas il s'agit d'un couple (marié ou d'amoureux), cette situation peut également concerner des dyades d'ami(e)s. Hemphill et Thornley parlaient « d'unité encapsulée » (36). Cette situation représente environ la moitié des pactes suicidaires, et doit être probablement sous-estimée. Elle émaille la coloration romantique classiquement admise du pacte suicidaire (6).

3.1.3. Homicide-suicide dans le cadre d'un pacte suicidaire

Dans certains cas de figure, il arrive qu'un des protagonistes de la dyade donne la mort à l'autre, qui avait donné son consentement au préalable (6,8,21,28,54). L'auteur de l'homicide est classiquement le parti dominant de « l'unité encapsulée ». C'est lui qui décide et planifie la mise en exécution de ce plan de mort. Ce cas de figure peut également se retrouver dans des dyades où l'un des partenaires présente une pathologie invalidante l'empêchant de se

donner la mort indépendamment. Néanmoins, l'absence de consentement infirmera le diagnostic de pacte suicidaire, et nous entrerons dans le cadre d'un véritable homicide-suicide (9,10,55).

3.1.4. Pactes suicidaires de petits groupes

Beaucoup plus rarement, il peut s'agir de suicides de petits groupes d'individus, généralement de trois ou quatre personnes se connaissant bien. Ce type de relation se retrouve généralement chez des adolescents ou de jeunes adultes (6,32). On y retrouve des caractéristiques communes aux autres types de pacte suicidaire, à savoir une relation d'attachement exclusif avec isolement social, la crainte d'être séparés les uns des autres, la présence d'un partenaire dominant, et la présence de troubles de santé mentale qui peuvent se caractériser par le besoin d'avoir un contrôle absolu sur les autres partenaires. Ont été décrits dans la littérature des temps de contact (physique ou téléphonique) de plus de 12 heures par jour (56).

3.1.5. Pactes suicidaires scellés sur Internet

La fin du 20^{ème} et le début du 21^{ème} siècle ont vu l'émergence, avec l'arrivée d'Internet, de pactes suicidaires scellés sur cette plateforme. Au début des années 2000, les médias ont rapporté plusieurs cas de pactes suicidaires au Japon, impliquant de petits groupes de jeunes individus, ne se connaissant pas initialement (6,14,16,57). Naito disait en 2007 que chaque année, survenait dans ce pays une vingtaine de « cyber-pactes » impliquant 60 victimes, et que les chiffres ne cesseraient d'augmenter (16). Ces victimes prennent contact *via* des forums, des sites « spécialisés » dans le suicide, ou boîtes de *chat*, et conviennent ensemble des modalités pratiques, et ne se rencontrent que le jour du suicide. Ainsi, en 2005, deux cas de pactes suicidaires scellés sur internet ont été rapportés dans la presse, où des cadavres étaient retrouvés dans une voiture, fermée hermétiquement, avec un réchaud à charbon en guise d'instrument de mort (58,59). Cette pratique contraste avec l'immense majorité des pactes suicidaires, où les protagonistes se connaissent et ont souvent un lien proche. Bien que la majorité des « cyber-pactes » se concrétise sur des sites manifestement pro-suicide (14), où sont exposées des techniques ou des conseils pour mener à bien ce projet de mort, il a été paradoxalement décrit plusieurs pactes réalisés à partir de sites inscrits dans une démarche

de prévention du suicide (16). Cela laisse à supposer une certaine vulnérabilité des individus impliqués dans ces pactes. Certains recherchent par ce type de suicide à remédier à leur solitude (14).

D'après Lee (48), dans les deux mois qui ont suivi la large diffusion dans les médias de ces pactes suicidaires, se sont rajoutés quatre autres pactes suicidaires, à l'origine de 13 autres décès. Tous ces pactes suicidaires ont été réalisés exactement selon les mêmes modalités que les cas princeps, initialement rapportés par la presse : rencontre des partenaires sur internet, planification, rencontre le jour de la réalisation du suicide, par intoxication au monoxyde de carbone *via* combustion de charbon de bois. Cette « nouvelle » méthode semble être de plus en plus utilisée dans les suicides solitaires et les pactes suicidaires (48,60,61). Contrairement à la pendaison ou à la précipitation, il s'agit d'un moyen pouvant être facilement partagé, peu coûteux et facile d'accès. De plus il est décrit comme indolore et sans modification visible sur le corps (non défigurant, non mutilant). Les partenaires impliqués dans un même « cyber-pacte » peuvent habiter dans différentes régions.

Devant les éléments décrits ci-dessus, nous pouvons nous poser la question de l'impact, ainsi que de la responsabilité d'Internet et des médias dans le cadre des pactes suicidaires (12,15,62–64). Concernant l'impact des médias sur le suicide, le cas précédemment décrit nous rappelle facilement l'effet Werther. Pour rappel, en 1774, à la sortie du roman de Goethe *Les souffrance du jeune Werther*, décrivant entre autres le suicide du jeune personnage principal, une vague de suicides impliquant de jeunes personnes a été constatée. L'effet Werther est défini comme une relation causale entre la présentation écrite ou imagée du suicide et une augmentation consécutive du taux de suicides comparables aux présentations.

Concernant la responsabilité d'Internet, la réponse est plus complexe, et sera développée en détail *infra*.

3.1.6. Suicides collectifs ou suicides de masse

Les suicides de masse sont, fort heureusement extrêmement rares, et présentent quelques différences avec les pactes plus « traditionnels ». Certains auteurs excluent même les suicides de masse de l'étude des pactes suicidaires. Il semble important de les évoquer, car ils se rapprochent des pactes au sens strict sur bien des aspects (3,7).

Dans ces cas de figure, l'intensité de la relation interpersonnelle est remplacée par de puissantes « forces sociales ». Comme pour les pactes suicidaires intrafamiliaux, les suicides de masse surviennent à des moments où l'existence d'un groupe ou d'une société est grandement menacée par des forces extérieures. A certains égards, le suicide de masse peut être paradoxalement vu comme un moyen de préserver ce groupe ou cette société. Comme dans de nombreux pactes suicidaires, les suicides de masse ont souvent un instigateur, un *leader* charismatique (3). L'Histoire regorge d'exemples de suicides de masse, qu'il s'agisse de récits célèbres ou d'exemples plus récents (6,7).

3.1.6.1. Récits historiques

On peut citer l'exemple des juifs fanatiques de Massada, en 73 après JC. La ville, assiégée par les Romains, où toute fuite était impossible, aurait été le théâtre du suicide de masse de 960 personnes. Comme le décrit le récit de Flavius Josèphe, il s'agissait d'un geste d'insoumission, où la mort était perçue comme préférable à une vie de servitude : « *Que nos femmes meurent, sans subir d'outrages ; que nos enfants meurent sans connaître la servitude ! Après les avoir tués nous nous rendrons les uns aux autres un généreux office, en conservant la liberté qui sera notre noble linceul. Mais d'abord détruisons par le feu nos richesses et la forteresse ! Les Romains, je le sais bien, seront affligés de n'être pas les maîtres de nos personnes et d'être frustrés de tout gain. Laissons seulement les vivres ; ceux-ci témoigneront pour les morts que ce n'est pas la disette qui nous a vaincus, mais que, fidèles à notre résolution première, nous avons préféré la mort à la servitude.* » (65) Notons toutefois que de nos jours, l'hypothèse du suicide de masse est sujette à la controverse. De plus, le consentement des enfants est très discutable.

Nous pouvons aussi évoquer le mouvement russe des *Old Believers* (anciens croyants). Durant le 17^{ième} siècle, pour les membres de cette congrégation, le jour de l'arrivée de l'Antéchrist était censé être imminent, et pour échapper à ses griffes, les paysans, pressés par les prêtres et les moines avaient fait une zone en feu, dans laquelle ils s'étaient blottis (3,5). Notons que ce cas de figure de suicide de masse à coloration religieuse contraste avec les données scientifiques actuelles, où il est communément admis que la religion est un facteur protecteur contre le suicide.

3.1.6.2. *Le suicide de masse de Jonestown*

Un autre exemple, plus récent, est celui du suicide de masse de Jonestown, considéré comme le plus important du 20^{ième} siècle. Il s'agit également du suicide de masse le plus documenté de l'Histoire (4,7,66).

Jonestown était une ville du Guyana (ancienne Guyane britannique), où s'était établie de 1974 à 1978 la secte du *Temple du Peuple*, dirigée par le gourou James Jones. James Jones avait fondé le *Temple du Peuple* à Indianapolis en 1957. La secte, à l'origine basée sur le méthodisme, est devenue bientôt un sujet d'investigation de la presse. Après avoir déplacé leurs quartiers généraux en Californie au milieu des années soixante, le *Temple du Peuple* s'est installé au milieu de la jungle au Guyana, lieu que Jones baptisa modestement Jonestown en 1974.

Le gourou, décrit comme ayant des traits de personnalité paranoïaque avec impulsivité, et aux antécédents de trouble du comportement agressif (la presse avait rapporté par exemple des cérémonies durant lesquelles les enfants étaient battus, où leurs pleurs étaient diffusés *via* des haut-parleurs), avait développé un intérêt vis-à-vis de l'exécution des époux Rosenberg aux Etats-Unis en 1953, qu'il considérait comme une « mort révolutionnaire ».

Le facteur précipitant a été une visite-inspection d'un comité d'investigation en novembre 1978, suite à l'éveil des soupçons du gouvernement. Plusieurs membres de cette commission ont été fusillés lors d'une embuscade juste avant leur retour aux Etats-Unis, par des membres du Temple du Peuple. Dans les instants qui ont suivi, Jones a convié tous les membres de la communauté à un « suicide révolutionnaire » où chacun devait boire une mixture composée de cyanure, de sédatifs, d'analgésiques et de limonade. Au total, 917 personnes ont trouvé la mort, dont Jones, ce dernier d'une balle dans la tête. D'après les derniers enregistrements au moment du massacre, les ordres de Jones auraient connu une très faible opposition, noyée dans le soutien de l'immense majorité de la communauté (3).

Comme d'autres groupes ou sociétés qui se sont éteintes *via* un suicide de masse, le *Temple du Peuple* était devenu un groupe isolé et exclusif, à la tête duquel siégeait un leader charismatique. Cette société était basée sur des règles rigides avec de sévères sanctions en cas de transgression. Notons que l'ultime discours de Jones reprenait les mêmes thèmes que celui du leader de Massada (cf. *supra*) : « *Si nous ne pouvons pas vivre en paix, laissez-nous*

mourir en paix [...] passer tranquillement ; Parce que nous ne nous suicidons pas ; C'est un acte révolutionnaire [...] Il n'y a pas d'autre moyen de survivre ».

Cependant, cet évènement diffère par certains aspects des autres suicides de masse. Tout d'abord, ce geste a été répété plusieurs fois auparavant, durant des opérations « nuits blanches » durant lesquelles avait été administré le même cocktail sans les composants létaux – ce qu'ignoraient les membres – afin d'évaluer leur loyauté. Ce suicide était également teinté d'un caractère ritualiste, comparable aux suicides religieux. De plus, le danger représenté par une menace extérieure était plus faible que dans les cas évoqués précédemment. Jones avait probablement surestimé les menaces de dissolution de la secte.

On peut supposer qu'il s'agissait d'une société dont la cohérence et la structure reposaient sur la perception d'une menace extérieure croissante (3).

3.1.6.3. *Au total*

Nous avons là trois exemples différents de suicide de masse. Le premier est survenu dans un contexte de défaite, le second, dans un cadre religieux et le troisième, dans un contexte de loyauté, d'accompagnement dans la mort. Bien qu'ils diffèrent des actuels cas rapportés de pactes suicidaires, nous avons pu voir qu'ils en ont des caractéristiques similaires. De nombreux autres cas peuvent être cités, comme celui du *Temple Solaire* ou de David Koresh et la secte des *Davidiens* (7).

3.1.7. Le cas des terroristes auteurs d'attentats-suicides

Au cours de différents échanges avec des collègues, a été posée la question de l'inclusion ou non des terroristes qui décèdent entre eux au cours de leurs missions d'attentats suicides dans la nosologie du pacte suicidaire.

En suivant simplement la définition princeps de Cohen – à savoir l'arrangement commun de deux personnes afin de se donner la mort au même endroit et le plus souvent au même moment – (2) il serait tentant d'y inclure ces personnes. En effet, dans plusieurs cas d'attentats suicides, les auteurs étaient au nombre de deux. Ils semblaient également (du moins indirectement) s'inscrire dans une démarche d'autolyse, conscients que leur geste aurait pour

résultante leur mort. De plus, dans la plupart des attentats suicides, les auteurs décèdent au même moment, au même endroit, et bien souvent par le même moyen.

Or, si on y compare les données actuelles de la littérature issues des articles de revue, des études épidémiologiques et des cas rapportés, de nombreuses différences fondamentales à notre sens y figurent.

Tout d'abord, concernant les pactes suicidaires, il est extrêmement rare que des individus pour lesquels le désir de mort est clair chez chacun des deux membres (ou du moins l'acceptation de celle-ci), emportent d'autres personnes dans leur autolyse (2). Dans le cadre du suicide terroriste, la mort des victimes est l'effet recherché (cf. *infra*), et celles des auteurs la conséquence inéluctable, voire le *dommage collatéral*, l'homicide étant alors au premier plan, le suicide au second. Notons également concernant le mode opératoire, que les pactes suicidaires utilisent préférentiellement des méthodes non violentes (6,8,21,45), peu défigurantes ou mutilantes, ce qui n'est évidemment pas le cas des suicides terroristes.

Puis, concernant le motif, les deux situations contrastent. Les pactes suicidaires incluent majoritairement des couples ou des amis dont la relation est exclusive, où l'isolement social et relationnel est quasi-total, et où ces éléments capitaux sont menacés par une pathologie invalidante, un projet d'union impossible, ou d'autres facteurs précipitants, là où les suicides terroristes répondent aux exigences et buts du terrorisme, qui rappelons-le, se caractérise par « *le fait de mener des actions violentes et intimidatoires afin d'instaurer un climat de peur, de panique, permettant de modifier rapidement la conscience des populations dans le but d'aboutir à un changement de société* » (67).

Même en comparant le motif des suicides de masse avec celui des suicides terroristes, il est difficile d'y voir des points de rapprochement. Bien que dans un suicide de masse, perçu comme spectaculaire, la méthode employée est souvent violente, il est considéré comme étant le seul moyen de pouvoir faire « vivre » à travers la mort leur groupe ou société (3,7). De plus, ce dernier survient dans un contexte soit de défaite, de dévouement religieux, ou d'accompagnement loyal, ce qui n'est pas le cas des suicides terroristes, qui exécutent la définition du terrorisme évoquée précédemment.

Ainsi le suicide terroriste semble plus relever, s'il fallait le déterminer sur le plan nosologique, d'une sorte d'homicide-suicide multiple (simultané ou non), voire d'un suicide

par procuration (55). Cette comparaison nous fait également entrevoir les limites de la définition princeps du pacte suicidaire de Cohen, qui est purement factuelle, et qui ne tient pas compte des éléments sociaux, culturels, épidémiologiques, et psychopathologiques impliqués dans la dynamique du suicide partagé. Nous pouvons définir le pacte suicidaire comme un arrangement funeste entre deux personnes ou plus survenant au même moment, souvent au même endroit, donc les mécanismes sont sous-tendus par une perturbation de la dynamique relationnelle, où les motifs sont étroitement liés à l'environnement (géographique, culturel, économique, social).

Notons tout de même qu'aucune publication à notre connaissance ne fait le parallèle directement entre ces deux cas de figures. Il est fort probable que d'autres caractéristiques similaires ou d'opposition entre ces phénomènes nous échappent.

3.2. Les modes opératoires

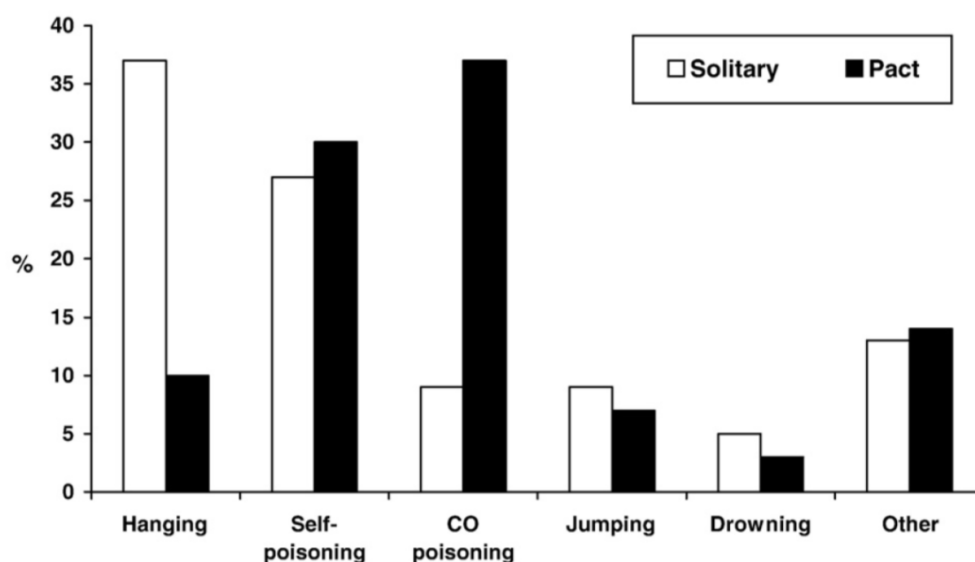
3.2.1. Les moyens utilisés

D'après les études épidémiologiques et les cas rapportés dans la littérature, il apparaît que les pactes suicidaires sont réalisés en priorité *via* des méthodes passives, et moins violentes. Le diagramme 1, comparant les méthodes utilisées entre les pactes suicidaires et les suicides solitaires survenus en Angleterre et au Pays de Galles entre 1996 et 2005 (38), repris plus bas illustre cette tendance. Ces dernières permettent l'absence de douleur, et sont également choisies en fonction des coutumes et de leur accessibilité. Le plus souvent, les protagonistes utilisent la même méthode, pouvant suggérer préméditation et coopération entre les partenaires, sans coercition d'un membre sur l'autre. Il peut également arriver que chaque partenaire utilise une méthode différente. (45)

Dans les pays occidentaux, les overdoses (par intoxication médicamenteuse volontaire ou par prise de substance illicite) sont très majoritaires. En Inde, l'utilisation d'insecticides organophosphorés est prédominante (27). Aux Etats-Unis, l'emploi d'armes à feu – facilement accessibles dans cette région – concerne 40 % des pactes suicidaires (28).

Les suicides solitaires utilisent généralement des méthodes plus violentes, probablement du fait du plus jeune âge des victimes ainsi que de la composante plus impulsive du geste. (45)

Diagramme 1 : Comparaison des méthodes létales entre les suicides solitaires et les pactes suicidaires Angleterre et Pays de galles, 1996-2005



Source : Hunt *et al.* : *Suicide pacts in the mentally ill : A national clinical survey* (2009) (38)

L'abord longitudinal des moyens utilisés, lorsqu'il est possible, semble intéressant à étudier, nous montrant les adaptations et aménagements liés au niveau d'accessibilité d'une méthode. A titre d'exemple, dans les années 1950 en Angleterre ainsi qu'au Pays de Galles, le recours au gaz domestique était prépondérant (2), puis le gouvernement a décidé d'en modifier la composition. Trente ans plus tard, l'utilisation du gaz d'échappement s'y est substituée (24–26), avant la généralisation des pots d'échappement catalytiques.

On peut également noter dans quelques cas rapportés de la littérature l'utilisation de moyens inhabituels et/ou combinés. Jayanth en 2014 avait rapporté le cas en Inde d'un couple qui s'était immolé après échec d'une pendaison. L'immolation était déjà prévue en cas d'échec de la pendaison, il s'agissait alors d'un pacte suicidaire secondairement combiné (68). Lasczowski avait décrit le cas de deux jeunes hommes qui avaient combinés au moins trois méthodes létales différentes (69). Un autre cas a été décrit, où deux individus ont utilisé une tronçonneuse pour s'amputer un bras après avoir pris des anticoagulants (70).

3.2.2. La préparation

Comme il a été mentionné dans l'introduction, une des raisons pour lesquelles les pactes suicidaires sont peu étudiés est la forte létalité de ceux-ci. Contrairement aux suicides solitaires, les pactes suicidaires se font rarement – si ce n'est jamais – sur un mode impulsif. Le geste est soigneusement préparé, voire répété, et gardé secret jusqu'à plusieurs mois avant le passage à l'acte (3,6,8,21,45). Les partenaires prennent soin de s'occuper de leurs dernières dispositions, de leur testament, des démarches administratives, de leur domicile, de leurs animaux domestiques. Des lettres d'adieu sont plus fréquemment retrouvées que dans le cas des suicides solitaires (8).

Ces éléments illustrent le haut degré d'intentionnalité propre aux pactes suicidaires.

4. Psychopathologie

Les motifs des pactes suicidaires ont été abordés précédemment. Nous en résumons les principaux dans le Tableau 1 ci-dessous. Les résultats des principaux *case report*, eux, sont illustrés dans l'Annexe 2.

Nous allons là nous pencher sur les pathologies associées aux pactes suicidaires, à leurs caractéristiques propres, et nous finirons par tenter d'évoquer quelques hypothèses psychopathologiques explicatives.

Tableau 1 : Principaux facteurs étiologiques des pactes suicidaires

Couples adultes et âgés	Couples jeunes
Isolement social	Obstacle à la passion amoureuse
Maladie organique grave	Conflits avec les parents
Handicap important	Mariage forcé
Dynamique euthanasique	Révolte contre la société
Perte d'autonomie du dominant	Recherche d'une union impérissable
Incapacité à rester seul	Demande d'une preuve d'amour
Enfants absents	Peur d'être abandonné
Infidélité possible	Peur de mourir seul
Désir d'homicide de l'auteur	Attitude négative devant la vie
Facteurs communs aux pactes les plus fréquents	
Idées suicidaires, dépression, troubles mentaux	
Attachement fusionnel et exclusif	
Impossibilité de supporter la séparation	
Perte d'espoir	
Circonstances extérieures précipitantes	
Menace de dissolution du couple	
Instigateur de sexe masculin	
Difficultés financières	

Source : Le Bihan et Bénézech : *Pactes suicidaires – une revue de la littérature* (2006) (6)

4.1. Les pathologies concernées

Il est difficile d'étudier les pathologies mentales des victimes de pactes suicidaires, ces derniers étant extrêmement létaux (cf. *supra*). De plus, les psychiatres ont rarement l'occasion de s'entretenir avec les survivants (6). Cette étude se résume à la pratique de l'autopsie psychologique, qui consiste en une « enquête rétrospective permettant le recueil de l'ensemble des informations pertinentes : données de l'entourage, antécédents médicaux, sources policières ou médico-légales, contexte affectif, messages d'adieu et documents testamentaires, circonstances et *modus operandi* ». (6) Les principales études traitant des pathologies mentales touchant les victimes de pactes suicidaires se sont basées sur cette pratique (36,53,71).

Dès l'étude princeps de Cohen en 1961, un lien entre pathologie et pactes suicidaires avait été évoqué. Sur les 116 patients décédés de pactes suicidaires, 70 (soit 60 %) souffraient d'une pathologie physique ou mentale invalidante (2).

En 1995, sur leur étude de neuf cas de pactes suicidaires, Brown et Barraclough avaient rapporté que sur les 18 individus suicidés, la moitié était suivie ou avait un antécédent de suivi psychiatrique (24). Les mêmes auteurs, quatre ans plus tard, avaient compté sur les 124 victimes de pactes suicidaires survenus en Angleterre et au Pays de Galles entre 1988 et 1992, 73 victimes qui avaient probablement un trouble psychiatrique, soit 59 %. Ces proportions sont moins importantes que pour le cas de suicides solitaires où les chiffres vont de 70 à 90 %. (26)

4.1.1. La dépression

Bien qu'elle semble moins toucher les victimes de pactes suicidaires, la dépression est le trouble psychiatrique le plus représenté parmi cette population. Fishbain dénombrait 45 % de sujets atteints de dépression parmi les membres de pactes au moment de leur mort (28). Dans sa publication s'intéressant à neuf cas de pactes suicidaires, Brown en comptait une moitié d'individus souffrant de dépression (24). Hunt *et al.* décrivaient les troubles affectifs (non précisés) comme la principale pathologie présentée par les victimes de pactes suicidaires (46 %) (38). Dans son article où ont été interviewés sept survivants de pactes suicidaires, Latha décrivait des éléments dépressifs qui concernaient 57 % d'entre eux (53).

Par ailleurs, Rosenbaum considérait en 1983 la dépression comme la principale pathologie psychiatrique touchant les auteurs d'homicides « domestiques » (à savoir les individus sans antécédents d'homicide, ayant tué un proche), les auteurs d'homicide-suicide, et les instigateurs de pactes suicidaires. Il considérait également les taux importants de comportements suicidaires (tentatives de suicides, menaces ou idéations de suicide) chez ces trois catégories, qui sont présents chez 15 %, 31,5 %, et 100 % de ces groupes respectifs. Ces éléments soulignent le lien important entre dépression et homicide. (23)

En 1986, avec Bennett, Rosenbaum avait abordé plus en détail le questionnement vis-à-vis de ce lien, dont ils soulignaient une certaine négligence dans la littérature scientifique (72). Sur 17 ouvrages de psychiatrie sélectionnés aléatoirement, incluant quelques-uns traitant de

la dépression et du suicide, onze n'ont pas abordé une seule fois l'homicide. Dans seulement deux des six ouvrages restants, était évoqué un lien possible entre homicide et dépression. Après une étude de sept cas rapportés et une ré-analyse des résultats d'une autre publication étudiant, entre autres, des patients souffrant de dépression, les résultats étaient intéressants. Les sept cas décrivaient des patients dépressifs connus, pour lesquels des comportements homicides avaient été rapportés (menaces ou tentatives de meurtre). Pour chacun de ces cas, étaient décrits des difficultés relationnelles, avec une importante colère, en lien avec une infidélité réelle ou fantasmée. Il s'agissait alors du facteur précipitant. Concernant la ré-analyse, sur les 35 patients dépressifs, 15 (soit 43 %) avaient présenté un trouble un comportement homicide, la plupart sans facteur précipitant particulier.

Aussi, il apparaissait que les patients atteints de dépression et à risque d'homicide étaient plus sujets aux troubles de la personnalité, avec des antécédents d'agressions sexuelles subies durant l'enfance, des troubles de l'usage des substances, et d'avoir des comportements suicidaires (menaces ou tentatives de suicide).

Il semble donc important d'évaluer le risque homicide chez les patients souffrant de dépression.

4.1.2. La « folie à deux »

Décrite par Lasègue et Falret en 1877 (73), ainsi que dans la thèse de Régis en 1880 (74), la folie à deux, ou folie communiquée correspond à la situation où des éléments délirants, présents initialement chez un individu d'une dyade, sont transmis à l'autre individu, dans le cadre d'une relation affective d'une intensité inhabituelle.

La folie à deux est caractérisée par une relation de dépendance complexe entre les personnes impliquées. Généralement, un individu « dominant » présente d'authentiques symptômes productifs, dans le cadre d'une véritable pathologie psychiatrique. La schizophrénie et le trouble bipolaire sont les pathologies sous-jacentes les plus fréquemment décrites. Les éléments délirants sont à thématique de persécution, de mégalomanie, voire de ruine. Ces derniers sont induits et apparaissent dans la symptomatologie psychique de la personne « dominée », dépendante, vulnérable et suggestible. La folie à deux, comme nous l'avons écrit précédemment, survient dans le cadre d'une relation affective d'intensité

inhabituelle, impliquant deux partenaires isolés (socialement, géographiquement, culturellement). En cas de séparation, il se peut que ces éléments s'estompent chez la personne dépendante.

Classiquement décrite dans la littérature chez deux individus, la folie à deux peut dépasser le cadre d'une dyade et s'étendre à plus de partenaires. De même, elle peut dépasser le cadre de la relation amoureuse ou maritale. Certains articles par exemple rapportent le cas de folie à deux impliquant des sœurs.

Quelques auteurs décrivaient des cas de folie à deux ayant abouti en de véritables pactes suicidaires (75–77). Du fait des caractéristiques propres au pacte suicidaire et à la folie à deux, le parallèle entre ces deux entités nosologiques semble compréhensible. Le partenaire « dominant » induisant la symptomatologie productive correspond classiquement à l'instigateur du pacte suicidaire.

Autrefois présente dans le DSM-IV-TR au titre des troubles psychotiques partagés (78), elle a disparu de la dernière classification de l'APA (79). Elle reste présente dans la CIM-10, sous l'intitulé « troubles délirants induits » (F.24) (80).

4.1.3. Autres entités psychopathologiques

Outre les éléments décrits plus haut, d'autres pathologies psychiatriques sont décrites dans le cadre des pactes suicidaires : les troubles de la personnalité (de type paranoïaque, borderline, dépendante, antisociales...), ainsi que les troubles d'usage de substances. (6,50)

4.2. Les caractéristiques propres aux pactes suicidaires

De nombreux auteurs considèrent cinq éléments retrouvés fréquemment dans le cadre de pactes suicidaires. (32) Le Tableau 2 en résume les principales différences.

Tableau 2 : Principales différences entre les pactes suicidaires et les suicides solitaires

Pactes suicidaires	Suicides solitaires
Geste préparé	Composante impulsive
Forte létalité	Echecs fréquents, létalité moins importante
Moyens employés moins violents	Moyens plus violents employés
Dépression associée moins fréquemment	Dépression associée plus fréquemment
Composante réactionnelle en lien avec l'environnement	
Dynamique relationnelle perturbée	

4.2.1. La relation d'attachement exclusif

Il est généralement décrit entre les victimes de pactes suicidaires une relation privilégiée, d'une intensité inhabituelle, où chaque partenaire impliqué vit pour l'autre. Noyes parlait de « fusion de la victime avec l'instigateur » (54). Hemphill appelait cette dyade sociale « unité encapsulée » (36). Milin décrivait une jalousie mutuelle avec le désir important de contrôler et de monopoliser l'autre, pouvant découler sur une colère importante, voire de la haine vis-à-vis de la famille – alors considérés comme des obstacles – dans le cas des pactes d'amoureux contrariés. (56)

4.2.2. Un isolement relationnel

L'isolement social et relationnel est le corollaire de cette relation privilégiée. Cette « solitude à deux », décrite par Lange et Ficker et citée par Rosen, peut être géographique, culturelle, linguistique. (3)

Plusieurs éléments des cas rapportés sont en faveur de cet isolement : l'absence d'enfants – ou le peu de contact réguliers avec eux lorsqu'il y en a – ou encore le fait que les victimes aient été vues pour la dernière fois et dont les corps sont fréquemment découverts par des personnes n'appartenant pas à l'entourage familial (6,45).

4.2.3. La notion de menace de séparation

Lorsque, dans le cas de cette « unité encapsulée », survient un évènement ou une condition risquant de séparer les partenaires, le pacte suicidaire s'impose, anticipant la séparation, puisqu'il semble impossible pour les partenaires de la dyade de survivre à ce bouleversement.

Ce facteur précipitant peut être une maladie chronique et invalidante dans le cadre des couples âgés, l'opposition de la famille à leur union dans le cadre des pactes d'amoureux, la présence d'éléments délirants de persécution dans le cadre de la folie à deux, ou les soupçons du gouvernement dans le cadre d'un suicide de masse de secte.

4.2.4. Les antécédents de tentative de suicide chez au moins un des protagonistes

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il est fréquemment décrit dans la littérature des antécédents de comportement auto-agressif voire de tentatives de suicide, intéressant volontiers l'instigateur du pacte suicidaire, plus que la personne dépendante (23).

4.2.5. La présence de troubles mentaux

Bien que lors des comparatifs entre suicides solitaires et pactes suicidaires, ces derniers comportaient moins de personnes atteintes de troubles mentaux (28), il reste important de les considérer. Plusieurs auteurs, dont Rosenbaum en 1983, constataient que les instigateurs de pactes suicidaires sont classiquement atteints de troubles psychiatriques. La dépression est la pathologie la plus fréquemment retrouvée (cf. *supra*). (6,8,23)

4.3. Hypothèses explicatives

4.3.1. Abord psychodynamique

Il semble important d'évoquer quelques pistes psychodynamiques s'intéressant aux relations entre les membres de pactes suicidaires, ainsi que du lien proche entre suicide et homicide.

Sur le plan relationnel, Millet *et al.* décrivaient un acte sous-tendu par trois facteurs associés (17) :

- 1) L'existence d'un lien privilégié, mais de type immature entre les personnes impliquées. Pour la plupart des cas (neuf cas sur dix), il s'agit d'un lien anaclitique, faisant intervenir un besoin de dépendance parasitaire de l'agent actif par rapport à l'agent passif. Contrairement à la relation fusionnelle, le besoin d'autrui n'est plus absolu, mais le sujet n'a pas atteint sa capacité d'intériorisation et éprouve à l'égard de son objet, un désir contraignant et ambivalent. En effet, chacun supporte mal de dépendre d'autrui, mais le lien est si fort que la simple crainte de perdre l'objet entraîne une jalousie majeure, du ressentiment, de la colère voire de la haine, en même temps qu'un profond désarroi, car sans l'objet le sujet se trouve vide, perdu, démuné.

- 2) Une importante agressivité, où sont le plus souvent liées auto et hétéro-agressivité, dans un sens comme dans l'autre, corroborant les propos de Freud (cf. *infra*). Les auteurs soulignent également l'importante participation de la haine et de la colère, dont ils font la distinction. En effet, la colère correspond à la recherche de la souffrance de l'autre afin de se réhabiliter au regard de ce dernier. La haine, en revanche, correspond au ressentiment, longuement mûri et médité, dans le cadre d'un lien fusionnel ou anaclitique, puis déçu. La haine comporte le désir de la destruction d'autrui qui, par disparition de l'objet privilégié, souvent entraînera aussi la destruction de soi-même. Le pacte suicidaire semble plus relever de cette seconde entité.

- 3) Des circonstances particulières favorisant le passage à l'acte, pourtant longtemps prémédité sur le plan fantasmatique. Suite à une tension émotionnelle extrême et durable, ayant favorisé l'angoisse, les troubles du sommeil et les modifications neuro-végétatives, semblent installer une sorte de perturbation des facteurs de conscience et de vigilance, entraînant un vécu inhabituel. Les auteurs décrivent l'acte agressif comme *hors du sujet* et *hors du temps*, ce qui pourrait expliquer l'amnésie lacunaire entourant l'acte du suicide accompagné.

De plus, entre suicide et homicide, Freud décrivait en 1915 dans son ouvrage *Deuil et mélancolie* un lien étroit (81). La torture que s'inflige le mélancolique représente « *la satisfaction des tendances sadiques et haineuses qui, visant un objet ont subi de cette façon*

un retournement sur la personne propre », le Moi est écrasé par l'objet aussi bien dans l'état amoureux que dans le suicide (45). Ainsi, l'autolyse s'inscrirait dans le détournement d'une pulsion meurtrière originellement dirigée vers autrui, retournée contre soi dans le cadre de la mélancolie (8). Notons qu'un lien entre homicide et suicide est également décrit, 15 à 30 % des auteurs d'homicide se suicident après leur geste (45).

François, dans sa revue de la littérature en 2006 faisait le rapprochement entre pacte suicidaire et crime passionnel en citant De Greef : « *l'expérience nous apprend que les suicides et les homicides par amour ne relèvent nullement de l'intensité de l'amour ni de la qualité inouïe de la passion, mais uniquement d'insuffisances graves dans la personnalité du coupable* ». (45) Zagury, lui, a tenté d'isoler les traits de personnalité pathologique dont sont porteurs les auteurs de crimes passionnels. Il en ressort des traits paranoïaques, histrioniques, borderlines et surtout narcissiques (45,82). Ces derniers sont parfois retrouvés dans les quelques *case report* de pactes suicidaires (50,54,66).

4.3.2. Hypothèses neurologiques

Comme nous l'avons déjà vu, en Occident, les personnes âgées sont les principales victimes de pactes suicidaires (2,21,24–26,28,30). Outre les facteurs environnementaux abordés précédemment, il semble important d'évoquer l'intrication entre les troubles cognitifs et la symptomatologie suicidaire. Richard-Devantoy avançait en 2012 l'hypothèse d'un déficit de l'inhibition cognitive, à l'origine d'idéations suicidaires plus envahissantes, et d'un recours moindre aux stratégies de *coping*, ce qui faciliterait le passage à l'acte (83).

L'autre paramètre qui éveille notre attention est l'empathie. Du grec év (« dans » ; « à l'intérieur ») et πάθος (« souffrance » ; « ce qui est éprouvé »), l'empathie correspond à l'aptitude à ressentir et comprendre les émotions ou cognitions. Les travaux de l'équipe de Singer ont permis d'isoler des zones en lien avec l'empathie *via* des séquences d'IRM fonctionnelle, notamment une partie de l'insula et du cortex cingulaire antérieur (84). Ces zones étaient activées lorsqu'un stimulus douloureux était ressenti par le partenaire. Ces zones étaient déjà reconnues comme étant le siège de l'expérience émotionnelle liée à la douleur. De plus, les personnes pour lesquelles l'activation était plus importante avaient des scores plus élevés aux échelles d'empathie (84). On peut donc imaginer le rôle de l'empathie dans la réalisation d'un pacte suicidaire, notamment dans le cas de couples âgés, dont un des

partenaires souffre d'une pathologie chronique, invalidante et douloureuse. Nous pouvons supposer que les personnes impliquées dans ce genre de pactes ont, peut-être, une activation plus importante de ces structures.

4.3.3. Vision sociologique

Les travaux du Durkheim ont permis d'apporter un regard sociologique sur le suicide (85), le considérant comme un « fait social », à étudier dans sa globalité.

Il avait émis un postulat basé sur quatre types sociaux de suicide, se basant sur deux notions, *l'intégration*, caractérisée par la solidarité entre les individus, et la *régulation*, s'appuyant sur un ensemble de règles et de principes acceptés et respectés par tous :

- Le suicide égoïste, par défaut d'intégration au tissu social, à l'origine d'un excès d'individualisme,
- Le suicide altruiste, par excès d'intégration, où les individus sont soumis fortement à des valeurs collectives encourageant le renoncement individuel,
- Le suicide anémique, par défaut de régulation, dans le cas de perturbation de l'ordre collectif,
- Le suicide fataliste, par excès de régulation, du fait du caractère « inéluctable et inflexible de la règle ».

Les pactes suicidaires peuvent appartenir aux deux premières catégories. En effet, on retrouve le défaut d'intégration sociale chez les personnes impliquées dans une « unité encapsulée » (36) qui vivent en retrait, ainsi que l'excès d'intégration, d'altruisme et d'empathie chez les couples où l'un des partenaires est gravement malade.

Durkheim s'intéressait également aux liens statistiques entre le mariage, le divorce et le taux de suicide. Selon lui, le taux de suicide des femmes serait inversement proportionnel à la pratique du divorce : si les femmes divorçaient plus, elles se suicideraient moins. Cela peut s'expliquer par l'inégalité des sexes sous-tendus par le mariage traditionnel, qui impliquerait une pression plus importante sur la femme que sur l'homme.

Toujours sur le statut familial, les travaux de Besnard (86) considéraient la présence d'enfants comme facteur protecteur contre le suicide. Ces travaux corroborent les principaux

résultats des études épidémiologiques du pacte suicidaire, concernant en grande partie les couples sans enfant (2,24,28).

Ces travaux rappellent l'intérêt d'étudier les victimes de suicides et de pactes suicidaires – et plus largement nos patients – dans leur globalité, en tenant compte de leur environnement dans lequel ils évoluent.

5. Les diagnostics différentiels

Nous pouvons identifier cinq diagnostics différentiels du pacte suicidaire, qu'il faut éliminer, du fait des enjeux médico-légaux qui en découlent. (6)

5.1. L'Homicide-suicide

Il s'agit là du principal diagnostic différentiel du pacte suicidaire. Contrairement à celui-ci où le consentement de la victime est retrouvé, l'homicide est fait sans consentement de la victime, précédant le suicide de l'auteur. Il est largement étudié dans la thèse d'Anne-Sophie Chocard (9,10) ainsi que dans d'autres articles plus récents (55).

5.2. Le double homicide maquillé

Dans ce cas-là, les deux victimes retrouvées ont été mises en scène pour égarer la justice.

5.3. Le suicide réactionnel

Il s'agit là du cas où en découvrant l'être aimé décédé, éventuellement par suicide, l'autre partenaire, dans un moment de détresse intense lié à la perte d'objet, se suicide à son tour. Nous pouvons citer les exemples célèbres de la littérature et de la mythologie que sont Roméo et Juliette, Tristan et Iseult, Léandre et Héro, ou encore celui de Cléopâtre et Antoine dans l'histoire. (37)

5.4. Le suicide simultané sans pacte suicidaire

Cette situation peut survenir lorsque deux personnes qui se connaissent décèdent de suicide au même moment, mais dans un lieu différent, sans pacte suicidaire.

5.5. Le(s) décès provoqués par le suicide

Dans certains cas, un suicide peut entraîner d'autres décès, par exemple lorsqu'une voiture est utilisée, ou lors d'incendies ou explosions (utilisation de gaz).

6. Les aspects médico-légaux

Bien que le suicide soit décrit de tout temps, il faudra attendre la Révolution de 1789 puis le Code Pénal Napoléonien de 1810 pour que celui-ci soit dépénalisé de notre pays. En effet, il était auparavant interdit et légalement puni, l'Église le considérait comme une trahison envers Dieu, où Satan était considéré comme l'instigateur de cet « abominable pêché ». Ainsi les corps des suicidés subissaient des châtiments post-mortem, leurs biens étaient confisqués, leurs familles condamnées. Les auteurs de tentatives de suicides étaient, paradoxalement, condamnés à mort.

La déclaration des droits de l'homme de 1789 dont l'article 5 stipulait : « *la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisible à la société* » était un premier pas vers la dépénalisation. Le Code Pénal Napoléonien, paru 21 ans plus tard, libère le suicide de son statut d'homicide volontaire, le faisant dorénavant échapper à toute loi pénale (37). Il faudra attendre 1870 pour que celui-ci soit totalement dépénalisé outre-Manche (3).

6.1. Le cadre pénal actuel

6.1.1. En France

Contrairement au suicide – dont le statut pénal est clairement défini – il est plus délicat de se prononcer dans le cas du pacte suicidaire, notamment au sujet de la responsabilité de chaque protagoniste dans le passage à l'acte de l'autre. La tâche en est d'autant plus délicate lorsqu'il est question de la mettre en lien avec les données de l'enquête. En théorie, le ou les survivants d'un pacte suicidaire sont passibles de poursuites judiciaires. Le pacte suicidaire se rapproche pénalement du suicide assisté et de l'euthanasie.

L'article 221-1 du Code Pénal français stipule que le fait de donner la mort volontairement à autrui constitue un meurtre, puni par trente ans de réclusion criminelle (87). L'article 221-3 ajoute qu'en cas de préméditation ou guet-apens, il s'agit alors d'un assassinat, passible de la

réclusion à perpétuité (88). L'article 221-4 définit d'autres circonstances aggravantes passibles de la réclusion à perpétuité, notamment le fait que la victime soit « *un mineur de quinze ans, un ascendant légitime ou naturel, les parents adoptifs, ou encore une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur du crime* ». (89)

Ainsi, l'auteur d'un homicide-suicide, même dans le cadre d'un pacte suicidaire avec le consentement de la victime, est susceptible de poursuites judiciaires pour meurtre voire assassinat, sachant qu'il existe souvent une préméditation. Ajoutons que si la victime présente une vulnérabilité telle qu'une pathologie ou un handicap sévère – ce qui est souvent le cas dans les *case report* – les circonstances aggravantes s'accumulent alors à l'encontre de l'auteur.

Concernant le suicide, l'article 223-13 stipule que le « *fait de provoquer au suicide d'autrui est puni des trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide. Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque la victime est un mineur de quinze ans* ». (90) De même, l'article 223-14 stipule que « *la propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ». (91) Dans le cas d'un double suicide, un éventuel survivant peut ainsi, théoriquement, être passible de poursuite pour « provocation au suicide ».

Enfin, nous pouvons citer l'article 122-1 du Code Pénal français statuant au sujet de l'irresponsabilité pénale : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.* » (92) Ainsi, lorsqu'au moment du passage à l'acte, l'auteur présentait une production délirante abolissant ses facultés de discernement, il peut y avoir un verdict d'irresponsabilité pénale. Dans notre sujet, cela peut se retrouver par exemple

dans la situation d'un homicide-suicide dans le cadre d'une folie à deux, si le passage à l'acte est motivé par les éléments productifs.

6.1.2. Comparaisons internationales

Dans la plupart des pays, la législation condamne la complicité ou l'aide au suicide, à l'exception de la Belgique, la Suisse, les Pays Bas, le Luxembourg et quelques états américains dans le cadre du suicide médicalement assisté, voire de l'euthanasie pour les Pays Bas, le Luxembourg, la Colombie et la Belgique (8).

Comme nous l'avons dit plus haut, au Royaume Uni (pays le plus fourni en études épidémiologiques sur le pacte suicidaire), le suicide a été dépénalisé tardivement par rapport à notre pays (cf. *supra*). Dans ce pays, le cadre légal du pacte suicidaire est défini par l'*Homicide Act* de 1957 et le *Suicide Act* de 1961.

La quatrième section de la première partie de l'*Homicide Act* définit le pacte suicidaire comme une « *entente commune entre deux ou plusieurs personnes visant la mort de toutes, que chacune mette elle-même ou non fin à ses jours, mais aucun acte commis par une personne ayant conclu un pacte suicidaire ne sera considéré comme commis en vertu du pacte à moins que cette personne n'ait la ferme intention de mourir conformément au pacte conclu* ». (93) Cet article propose ainsi une définition plus large que celle proposée par Cohen en 1961 (2) incluant les homicides-suicides consentis – ce qui diffère de notre législation – et la présence éventuelle de plus de deux partenaires.

Le *Suicide Act* de 1961 a permis la décriminalisation du suicide et de sa tentative. Néanmoins, selon la section 2 du chapitre 60, il punit la complicité ou l'aide au suicide : « *Tombe sous le coup de la loi et est passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque aide, encourage, conseille ou procure le suicide ou la tentative de suicide d'une personne* ».

6.2. La question de la responsabilité du/des survivant(s)

Bien qu'en théorie, comme nous venons de le voir, les éventuels survivants d'un pacte suicidaire sont passibles de poursuites judiciaires, il en est tout autrement dans les faits. En effet, ils font rarement l'objet de poursuites, en l'absence d'homicide ou de tentative

d'homicide de son partenaire. La tendance générale est celle de la décriminalisation *de facto* (6,12,49,53,72). Parry-Jones et Auxéméry évoquaient chacun une clémence des juges, favorisant un recours au soins (12,94).

Il semble également important d'évoquer l'apparition d'un nouveau mode de suicide d'adolescents *via* Internet, bien qu'il ne rentre pas dans le cadre du pacte suicidaire. Apparu en 2015 en Russie, le *Blue Whale Challenge* consiste en une série de défis, de difficulté croissante, l'ultime étant le suicide du « *challenger* ». Ces défis sont donnés par un « parrain », souvent inconnu de la victime, rencontré *via* les réseaux sociaux (*Facebook, Twitter, Instagram, Tumblr*). Ces derniers ont permis au phénomène de prendre de l'importance, il est d'ailleurs de plus en plus rapporté dans les médias internationaux (95). Actuellement, seule une tentative de suicide, non aboutie, a été rapportée en France (96). Sur le plan pénal, ce cas de figure rentre dans le cadre de la provocation au suicide définie par l'article 223-13 du Code Pénal français.

6.3. La question de la responsabilité d'Internet

En 2010 en Chine, les parents d'un jeune homme ont poursuivi un fournisseur de service d'Internet. Ce jeune homme de 20 ans avait répondu à une invitation à un pacte suicidaire d'un autre individu, *via QQ Groups*, le service de messagerie instantanée le plus populaire de Chine, et a été retrouvé mort dans une chambre d'hôtel, par intoxication au monoxyde de carbone, toujours *via* combustion de charbon. En octobre 2010, les parents du défunt ont lancé des poursuites judiciaires contre l'individu ayant fait l'invitation au pacte suicidaire, qui a survécu, ainsi que contre la société possédant *QQ Groups, Tencent Holdings*, pour ne pas avoir bloqué ou supprimé l'invitation au pacte. En décembre 2010, la Cour a statué que le jeune homme à l'origine du pacte suicidaire ainsi que *Tencent Holdings* étaient responsables respectivement à 20 % et 10 % du suicide du jeune homme de 20 ans, et devaient payer une somme de 111 224 yens (soit 12 000 €) ainsi qu'une somme de 55 612 yens d'indemnisation. Le juge voulait par cette sanction dissuasive sensibiliser le public à ce sujet. (97)

La Cour avait cité l'item 7 de la Décision du Comité Permanent du Congrès Populaire National concernant le maintien de la sécurité d'Internet, en vigueur depuis décembre 2000, pour soutenir la condamnation de *Tencent Holdings*. Cet item dit que « *les unités engagées dans les services Internet doivent lancer des activités conformément à la loi et, lorsqu'ils*

découvrent qu'Internet est utilisé pour des comportements illégaux ou des informations nuisibles, doit prendre des mesures pour empêcher la diffusion de ces informations nuisibles et, en même temps, le signaler aux autorités compétentes ». Il s'agissait là de la première fois que la Cour chinoise avait défini des informations en ligne à propos d'un pacte suicidaire comme étant des « informations nuisibles », et affirmaient que les « cybers entreprises » ont le devoir de signaler ce type d'informations aux autorités compétentes.

L'Australie et le Royaume Uni ont également mis à jour leur législation pour sanctionner ceux qui aident, contribuent, conseillent ou provoquent un suicide ou une tentative de suicide sur la toile. Cependant, les cyber-compagnies sont rarement tenues responsables ou pénalisées pour inaction.

Citons également l'affaire ayant impliqué le géant du web, Google, en 2010. Après avoir admis avoir vendu des publicités sur un groupe Google où deux étrangers britanniques se sont arrangés pour se suicider ensemble, Google a déclaré qu'il ne modèrerait ni ne supprimerait les forums de discussion sur le suicide des groupes Google.

Ce cas a suscité des discussions auprès du public, ainsi qu'un questionnement sur la responsabilité d'un site web. Certains disent qu'il appartient aux responsables des groupes concernés (et non la firme possédant ces espaces web) de surveiller les publications de leurs membres. D'autres internautes soulevaient la question si oui ou non les opérateurs téléphoniques devaient être poursuivis et punis si quelqu'un répand des propos « pro-suicide » par téléphone. (97)

7. Discussion

Cette revue de la littérature a ses limites, qui invitent à l'interpréter avec prudence. Nous allons les exposer dans cette partie.

Tout d'abord, concernant la définition même du pacte suicidaire, l'ensemble des auteurs ne se basent pas sur la même description (45). Certains excluent les suicides à plus de deux partenaires, d'autres incluent les homicides-suicides (21,28). Ainsi, l'importante proportion d'utilisation d'armes à feu (40 %) dans l'étude de Fishbain peut également s'expliquer par cette inclusion (en plus de l'accessibilité des armes à feu aux États-Unis) (28). De même,

certaines études incluent les dyades impliquant un enfant, dont le consentement est évidemment discutable.

Autre limite, celle de la faible puissance des études épidémiologiques. Peu d'études d'envergure ont été menées, certaines comprenant que quelques cas de pactes (21,30). Notons également que certaines ont plus de 30 ans (2,27,31,47), et ne tiennent pas compte d'éventuelles évolutions concernant par exemple les moyens utilisés (de nos jours en Occident, le gaz domestique est détoxifié, les voitures ont des pots d'échappement catalytiques...).

Par ailleurs, il a été vu plus haut que les études décrivaient des prévalences de dépression moins importantes chez les victimes de pactes suicidaires en comparaison avec celles de suicides solitaires, cependant il est possible que ces chiffres soient biaisés. En effet, du fait de la proportion plus importante de sujets âgés chez les victimes de pactes suicidaires, et de la coloration particulière de leur symptomatologie dépressive, leur inadéquation avec les critères diagnostiques peut expliquer en partie les résultats de certains auteurs, montrant que les auteurs de pactes suicidaires seraient moins sujets à la dépression.

8. Conclusion

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène rare et peu traité, il semble important d'attirer la vigilance du clinicien vis-à-vis des patients qui expriment le projet de pacte suicidaire, ou en ont déjà fait la tentative, du fait de sa forte létalité. Une relation d'attachement exclusif avec isolement social, une menace de séparation, notamment lorsqu'un partenaire souffre d'une pathologie chronique et invalidante, la sensation de perte d'espoir et les antécédents d'idéations suicidaires sont des situations à risque de pacte suicidaire qu'il convient de rechercher et de répondre par une prévention nécessaire, adaptée, et proportionnée. Notons également l'évaluation du risque hétéro-agressif voire homicide chez les patients atteints de dépression, évaluation bien souvent négligée.

9. Références bibliographiques

1. OMS | Données et statistiques sur le suicide [Internet]. WHO. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
2. Cohen J. A Study of Suicide Pacts. *Med Leg J.* 1 sept 1961;29(3):144-51.
3. Rosen BK. Suicide pacts: a review. *Psychol Med.* août 1981;11(3):525-33.
4. Black A. Jonestown--two faces of suicide: a Durkheimian analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 1990;20(4):285-306.
5. Robbins T. Religious mass suicide before Jonestown: the Russian Old Believers. *SA Sociol Anal.* 1986;47(1):1-20.
6. Le Bihan PL, Bénézech M. Pactes suicidaires : une revue de la littérature. /data/revues/00034487/01640004/06000023/ [Internet]. [cité 9 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/50540>
7. Monestier M. Suicides: histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire des origines à nos jours. Paris: Le cherche midi éditeur; 1995.
8. Le Pouder S. Le pacte suicidaire : revue de la littérature et observation de deux cas. Reims; 2016.
9. Chocard A-S. L'acte homicide-suicide. Revue de la littérature. À propos de 14 observations cliniques. Université d'Angers; 2002.
10. Chocard A-S, Juan F. Les meurtres-suicides - Revue de la littérature. 2002;(12):47-52.
11. Jiang F-F, Xu H-L, Liao H-Y, Zhang T. Analysis of Internet Suicide Pacts Reported by the Media in Mainland China. *Crisis.* janv 2017;38(1):36-43.
12. Y. Auxéméry, G. Fidelle. Impact d'Internet sur la suicidalité. À propos d'une « googling study » sur la rétro-information médiatique d'un pacte suicidaire échafaudé sur le Web. *Ann Méd-Psychol.* sept 2010;166(7):481.
13. Gunnell D, Bennewith O, Kapur N, Simkin S, Cooper J, Hawton K. The use of the Internet by people who die by suicide in England: a cross sectional study. *J Affect Disord.* 10 déc 2012;141(2-3):480-3.
14. Ozawa-de Silva C. Too lonely to die alone: internet suicide pacts and existential suffering in Japan. *Cult Med Psychiatry.* déc 2008;32(4):516-51.
15. Thompson S. The Internet and its potential influence on suicide. *Psychiatr Bull.* 1 août 1999;23(8):449.
16. Naito A. Internet suicide in Japan: implications for child and adolescent mental health. *Clin Child Psychol Psychiatry.* oct 2007;12(4):583-97.
17. Millet L, Vives P, Moron P, Duguet AM, Arbus L. Contribution à l'étude du suicide accompagné. *Médecine Légale Toxicol.* 10 août 1979;23(2):123-34.

18. Balázs J, Keresztény A, Pelbát G, Sinka L, Szilvás F, Torzsa T. Online media report on a Hungarian double suicide case: comparison of consecutively published articles. *Psychiatr Danub.* sept 2013;25(3):248-54.
19. Sisask M, Mark L, Värnik A. Internet comments elicited by media portrayal of a familicide-suicide case. *Crisis.* 2012;33(4):222-9.
20. Machlin A, Pirkis J, Spittal MJ. Which suicides are reported in the media - and what makes them « newsworthy »? *Crisis.* 1 janv 2013;34(5):305-13.
21. Prat S, Rérolle C, Saint-Martin P. Suicide pacts: six cases and literature review. *J Forensic Sci.* juill 2013;58(4):1092-8.
22. Norton A. Double suicide. *Br Med J Clin Res Ed.* 4 févr 1984;288(6414):346-7.
23. Rosenbaum M. Crime and punishment--the suicide pact. *Arch Gen Psychiatry.* sept 1983;40(9):979-82.
24. Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts. A clinical study of a consecutive series 1974-93. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 1995;167(4):448-51.
25. Brown M, Barraclough B. Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-92. *BMJ.* 2 août 1997;315(7103):286-7.
26. Brown M, Barraclough B. Partners in life and in death: the suicide pact in England and Wales 1988-1992. *Psychol Med.* nov 1999;29(6):1299-306.
27. Sathyavathi K. Usual and unusual suicide pacts in Bangalore. A report. *Indian J Soc Work.* 1975;(36):173-80.
28. Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S, Aldrich TE. A controlled study of suicide pacts. *J Clin Psychiatry.* avr 1984;45(4):154-7.
29. Fishbain DA, Aldrich TE. Suicide pacts: international comparisons. *J Clin Psychiatry.* janv 1985;46(1):11-5.
30. Crocetti E. Epidemiology of suicide pacts in central Italy. *Epidemiol Camb Mass.* nov 2000;11(6):737-8.
31. Ohara K. Characteristics of suicides in Japan especially of parent-child double suicide. *Am J Psychiatry.* oct 1963;120:382-5.
32. Séguin M, Godin G, Payette T, Gagnon A. Les pactes suicidaires : sont-ils plus fréquents qu'on le pense ? *Rev Can PSYCHO-Educ.* 2001;30(1):27-39.
33. Plin le Jeune. Lettres [Internet]. Vol. Livre VI. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/plinejeune/six.htm>
34. Zweig S, Hausser I, Dumont R. *Ivresse de la métamorphose.* Paris: Librairie générale française; 2011.
35. Zweig S, Hella A, Bournac O. *Le combat avec le démon: Kleist, Hölderlin, Nietzsche.* Paris: Librairie générale française; 2010.

36. Hemphill RE, Thornley FI. Suicide pacts. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde*. 1 nov 1969;43(44):1335-8.
37. Minois G. *Histoire du suicide: la société occidentale face à la mort volontaire*. Paris: Fayard; 1995. 421 p.
38. Hunt IM, While D, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, et al. Suicide pacts in the mentally ill: a national clinical survey. *Psychiatry Res*. 15 mai 2009;167(1-2):131-8.
39. Sikary AK, Swain R, Dhaka S, Gupta SK, Yadav A. Jumping Together: A Fatal Suicide Pact. *J Forensic Sci*. nov 2016;61(6):1686-8.
40. Sarkar S, Srinivas B, Grover S. Quadruple pact suicide attempt involving a man and three adolescents. *Indian J Psychol Med*. oct 2014;36(4):422-4.
41. Jeon SY, Reither EN, Masters RK. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. *BMC Public Health*. 23 avr 2016;16:356.
42. Takeuchi T, Okumura Y, Uezato A, Nishikawa T. Clinical characteristics of suicidal behavior in an intensive care unit at a university hospital in Japan: A 7-year observational study. *Asian J Psychiatry*. 7 nov 2017;
43. Kimura T, Iso H, Honjo K, Ikehara S, Sawada N, Iwasaki M, et al. Educational Levels and Risk of Suicide in Japan: The Japan Public Health Center Study (JPHC) Cohort I. *J Epidemiol*. 5 juin 2016;26(6):315-21.
44. Kanwal S, Perveen S, Sumbal Y. Causes and severity of suicide in developed nations of East Asia. *JPMA J Pak Med Assoc*. oct 2017;67(10):1588-92.
45. François L. Les pactes suicidaires : données actuelles. *Nervure*. juin 2006;4-8.
46. Iga M, Yamamoto J, Noguchi T, Koshinaga J. Suicide in Japan. *Soc Sci Med*. nov 1978;12(6A):507-16.
47. Kato M. Self-destruction in Japan: a crosscultural, epidemiological analysis of suicide. *Folia Psychiatr Neurol Jpn*. 1969;23(4):291-307.
48. Lee DTS, Chan KPM, Yip PSF. Charcoal burning is also popular for suicide pacts made on the internet. *BMJ*. 12 mars 2005;330(7491):602.
49. Pinguet M. *La mort volontaire au Japon*. Ouvrage reproduit. Paris: Gallimard; 1991. 380 p. (Collection Tel).
50. Amin S, Fisher K. A failed suicide pact. *Ir J Psychol Med*. juin 1996;13(2):74-5.
51. Hocaoglu C. Double suicide attempt. *Singapore Med J*. févr 2009;50(2):e81-84.
52. Swartzburg M, Schwartz AH, Lieb J, Slaby AE. Dual suicide in homosexuals. *J Nerv Ment Dis*. août 1972;155(2):125-30.
53. Latha KS. Suicide pact survivors: some observations. *Med Sci Law*. oct 1996;36(4):295-8.
54. Noyes R, Frye SJ, Hartford CE. Single case study. Conjugal suicide pact. *J Nerv Ment Dis*. juill 1977;165(1):72-5.

55. Vandevoorde J, Estano N, Painset G. Homicide-suicide: Clinical review and psychological assumptions. *L'Encephale*. 19 sept 2016;
56. Milin R, Turgay A. Adolescent couple suicide: literature review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mars 1990;35(2):183-6.
57. Ozawa-De Silva C. Shared death: self, sociality and internet group suicide in Japan. *Transcult Psychiatry*. juill 2010;47(3):392-418.
58. Japon: ils pactisent pour mourir. *Libération.fr* [Internet]. 1 nov 2004 [cité 12 juin 2017]; Disponible sur: http://www.liberation.fr/grand-angle/2004/11/01/japon-ils-pactisent-pour-mourir_497874
59. Les inquiétants cybersuicides japonais. *leparisien.fr* [Internet]. 27 janv 2005 [cité 12 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/faits-divers/les-inquietants-cybersuicides-japonais-27-01-2005-2005652322.php>
60. Wong PWC, Liu PMY, Chan WSC, Law YW, Law SCK, Fu K-W, et al. An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide Life Threat Behav*. févr 2009;39(1):82-90.
61. Chan KPM, Yip PSF, Au J, Lee DTS. Charcoal-burning suicide in post-transition Hong Kong. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2005;186:67-73.
62. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theroretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. juin 1974;39(3):340-54.
63. Lerner BH. Knowing When to Say Goodbye: Final Exit and Suicide in the Elderly. *Suicide Life Threat Behav*. 1 déc 1995;25(4):508-12.
64. Verrecchia B, Gohier B, Goeb JL, Rannou-Dubas K, Garré JB. Psychoses collectives, phénomènes de panique et suicides de masse. Rôle des médias. *Actual En Psychiatr*. oct 2003;(7):195-200.
65. Josephus F, Savinel P, Vidal-Naquet P. *La guerre des Juifs*. Paris: Éditions de Minuit; 1977. 602 p. (Arguments).
66. Baechler J. *Les suicides*. Paris: Calmann-Lévy; 1975. 650 p. (Archives des sciences sociales).
67. Bénézech M, Estano N. À la recherche d'une âme : psychopathologie de la radicalisation et du terrorisme. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2016;174(4):235-49.
68. Jayanth SH, Girish Chandra YP, Hugar BS, Kainoor S. Secondary combined suicide pact. *J Forensic Leg Med*. mars 2014;23:76-9.
69. Lasczkowski G, Röhrich J, Bratzke H. Suicidal excess - presentation of an unusual case. *Arch Kriminol*. oct 1998;202(3-4):100-8.
70. Schwartz AC, Spitalnick JS, Short DK, Garlow SJ. Suicide pact by mutual simultaneous arm amputation. *Psychosomatics*. déc 2009;50(6):633-7.

71. van Wijngaarden EJ, Leget CJW, Goossensen A. Till Death Do Us Part: The Lived Experience of an Elderly Couple Who Chose to End Their Lives by Spousal Self-euthanasia. *The Gerontologist*. déc 2016;56(6):1062-71.
72. Rosenbaum M, Bennett B. Homicide and depression. *Am J Psychiatry*. mars 1986;143(3):367-70.
73. Lasègue C, Falret J. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Med Psychol*. 1877;(18):321-55.
74. Régis E. La folie à deux ou folie simultanée avec observations recueillies à la clinique de Pathologie mentale [Internet]. Paris; 1880. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?69999x145x01>
75. Ilechukwu STC, Okyere E. Folie à Deux in Two Sisters: Case Report from Nigeria. *Can J Psychiatry*. 1 avr 1987;32(3):216-8.
76. Salama AEAA, Wilson R. Two Sisters Folie à Deux: A Case of Attempted Suicide. *Can J Psychiatry*. 1 juin 1982;27(4):334-5.
77. Salih MA. Suicide pact in a setting of Folie à Deux. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1981;139:62-7.
78. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
79. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding M-C, American Psychiatric Publishing. DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 2013 [cité 9 juin 2017]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/lib/ulaval/Doc?id=11140751>
80. Classification Internationale des Maladies (CIM-10) [Internet]. 2008 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#>
81. Freud S, Francoual H, Douville O. Deuil et mélancolie: texte intégral (1915). 2017.
82. Zagury D. Les crimes passionnels. *Champ Psy*. 2010;57(1):149-61.
83. Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, Turecki G, Olié JP, Annweiler C, et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord*. oct 2012;140(2):193-9.
84. Singer T, Seymour B, O'Doherty J, Kaube H, Dolan RJ, Frith CD. Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*. 20 févr 2004;303(5661):1157-62.
85. Durkheim É, Paugam S. Le suicide: étude de sociologie. Paris: PUF; 2013.
86. Besnard P. 8. Durkheim et les femmes ou le suicide inachevé. In: *Études durkheimiennes* [Internet]. Genève: Librairie Droz; 2003. p. 99-139. (Travaux de Sciences Sociales). Disponible sur: <http://www.cairn.info/etudes-durkheimiennes--9782600008723-p-99.htm>
87. Code pénal - Article 221-1. Code pénal.
88. Code pénal - Article 221-3. Code pénal.

89. Code pénal - Article 221-4. Code pénal.
90. Code pénal - Article 223-13. Code pénal.
91. Code pénal - Article 223-14. Code pénal.
92. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.
93. Homicide Act - Section 4 [Internet]. Sect. 4 1957. Disponible sur: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/5-6/11/section/4>
94. Parry-Jones WL. Criminal law and complicity in suicide and attempted suicide. *Med Sci Law.* avr 1973;13(2):110-9.
95. Qu'est-ce que le Blue Whale Challenge ? Le Monde [Internet]. 4 avr 2017 [cité 11 juin 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/videos/video/2017/04/04/qu-est-ce-que-le-blue-whale-challenge_5105559_1669088.html
96. Blue Whale Challenge : une pendaison évitée dans le Pas-de-Calais, nouvelles alertes contre ce défi mortel sur Facebook [Internet]. LCI. [cité 11 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.lci.fr/societe/blue-whale-challenge-une-pendaison-evitee-dans-le-pas-de-calais-nouvelles-alertes-contre-ce-defi-mortel-sur-facebook-2030276.html>
97. Cheng Q. Are internet service providers responsible for online suicide pacts? *BMJ.* 13 avr 2011;344:d2113.
98. Ohara K, Reynolds D. Love-Pact Suicide. *OMEGA - J Death Dying.* 1 oct 1970;1(3):159-66.
99. Mehta D, Mathew P, Mehta S. Suicide pact in a depressed elderly couple: case report. *J Am Geriatr Soc.* mars 1978;26(3):136-8.
100. Santy PA. Observations on double suicide: review of the literature and two case reports. *Am J Psychother.* janv 1982;36(1):23-31.
101. Young D, Rich CL, Fowler RC. Double suicides: four modal cases. *J Clin Psychiatry.* nov 1984;45(11):470-2.
102. Avis SP, Hutton CJ. Dyadic suicide. A case study. *Am J Forensic Med Pathol.* mars 1994;15(1):18-20.
103. Ryabik B, Schreiner M, Elam SM. Triple suicide pact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1995;34(9):1121-2.
104. Altindag A, Yanik M. Suicide pact among three young sisters. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2005;42(4):278-80.
105. Rastogi P, Nagesh KR. Suicide pact by hanging: a case report. *Med Sci Law.* juill 2008;48(3):266-8.
106. Watanabe K, Hasegawa K, Suzuki O. A double-suicide autopsy case of potassium poisoning by intravenous administration of potassium aspartate after intake of some psychopharmaceuticals. *Hum Exp Toxicol.* 29 juill 2010;30(7):777-81.

107. Marcikic M, Vuksic Z, Dumencic B, Matuzalem E, Cacinovic V. Double suicide. *Am J Forensic Med Pathol.* sept 2011;32(3):200-1.
108. Jakhar JK, Paliwal PK, Pal V. Suicide Pact by Hanging: A Case Report. *J Indian Acad Forensic Med.* 2012;34(4):367-9.
109. Behera C, Karthik K, Singh H, Deepak P, Jhamad AR, Bhardwaj DN. Suicide pact by drowning with bound wrists: a case of medico-legal importance. *Med Leg J.* mars 2014;82(1):29-31.
110. Behera C, Rautji R, Kumar R, Pooniya S, Sharma P, Gupta SK. Double Hanging with Single Ligature: An Unusual Method in Suicide Pact. *J Forensic Sci.* janv 2017;62(1):265-6.
111. Fellmeth G, Oo MM, Lay B, McGready R. Paired suicide in a young refugee couple on the Thai-Myanmar border. *BMJ Case Rep.* 15 sept 2016;2016.

10. Annexes

Annexe 1 : Principales études internationales portant sur les données démographiques et les caractéristiques des pactes suicidaires

Etude	Japon, 1954 (31)	Angleterre et pays de Galles, 1955- 1958 (2)	Bangalore, 1967-1793 (27)	Floride, 1957- 1981 (28)	Southampton, 1974-1993 (24)	Angleterre et pays de Galles, 1988- 1992 (25)	Toscane, 1987- 1998 (30)
Total des suicides	64 050	20 788	1834	5895	722	19 721	3955
Nombre de pactes suicidaires	1281	58	23	20	9	62	8
Nombre de victimes de pactes	2562	16	46	40	18	124	16
Pourcentage de victimes de pacte	3,1 %	0,56 %	2,3 %	0,68 %	2,5 %	0,6 %	0.4 %
Age moyen		55,2 ans	33 ans	51 ans	54 ans	56 ans	57,4 ans
Relation							
Couple marié	10 %	72,4 %	57,1 %	70 %	77,8 %	77,4 %	37,5 %
Amoureux	58 %	8,6 %	19 %	20 %		6,4 %	
Amis		3,4 %	19 %		11,1 %	3,2 %	
Parent-enfant	22 %	6,9 %		10 %		4,8 %	
Fratrie		6,9 %	4,9 %			3,2 %	
Autre	10 %	1,7 %			11,1 %	4,8 %	37,5 %
Non précisé							25 %
Moyen							
Gaz domestique		86,2 %		5 %			
Gaz d'échappement		3,4 %		20 %	77,8 %	67,7 %	25 %
Médicaments		6,9 %		27,5 %	11,1 %	24,2 %	
Empoisonnement	43,5 %	1,7 %	86,9 %			1,6 %	
Arme à feu				40 %			6,25 %
Instrument coupant				2,5 %			
Noyade	33,8 %	1,7 %	8,6 %			1,6 %	12,5 %
Asphyxie mécanique				5 %		3,2%	12,5 %
Précipitation						1,6 %	47,65 %
Collision					11,1 %		
Non précisé	22,7 %		4,5 %				

Annexe 2 : Principaux *case report* de pactes suicidaires dans la littérature

Auteur Année Pays	Type	Sexe (âge)	Lien relationnel	Aspects psychopathologiques	Motif	Moyen utilisé	Alcool	Résultat	Planification	Lettre
Hemphill 1969 États-Unis (36)	PS	F (± 60) F (± 60)	Amis, vivant dans la même institution	- -	Séparation	Empoisonnement	-	Survie Survie	-	-
	PS	M (35) F (-)	Couple marié, 2 enfants	- -	Eloignement géographique professionnel	Noyade après homicide des enfants	-	Décès Décès	-	-
	PS	F (± 30)* F (-)	Couple	Transsexualisme	Impossibilité de changer de sexe	Gaz	-	Décès Décès	-	-
	PS	M (43) F (43)	Couple marié, un enfant	-	Problèmes financiers	IMV (hypnotiques)	-	Survie initiale Survie initiale	-	Oui
	PS	M (17) M (15)	Amis	-	Amitié refusée par la famille	IMV (anti-épileptiques)	-	Survie Survie	Une semaine	-
Ohara 1970 Japon (98)	PS	M (28) F (24)	Amoureux	Aucun Dépression	Problèmes financiers et familiaux	IMV (hypnotiques)	-	Survie Survie	Plusieurs semaines	Oui
	PS	M (43) F (21)	Amants	Aucun Dépression avec TS	-	Empoisonnement	-	Survie Survie	Plusieurs jours	-
Swartzburg 1972 Etats Unis (52)	PS	M (21)* M (22)	Amis	Dépression, difficulté avec son homosexualité TP borderline, fantasmes violents	Dépression Désespoir lié à abstinence sexuelle	IMV (benzodiazépine) Liquide de nettoyage domestique	-	Survie Survie	-	-
Noyes 1977 Etats Unis (54)	PS	M (65)* F (55)	Couple marié	Dépression Dépression	Isolement social	IMV (benzodiazépine) et gaz	Non Non	Survie Survie	Un an Six mois	Oui
Mehta 1978 Etats Unis (99)	PS	M (65) F (55)	Couple marié	Dépression et idées suicidaires Dépression et anxiété	Difficultés financières Handicap de la femme	Arme à feu	-	Survie	Trois mois	-
Salih 1981 Etats Unis (77)	PS	F (58) F (48)	Amies	Schizophrénie Folie à deux	Difficultés financières	IMV (barbituriques)	-	Survie	-	-
Santy 1982 Etats Unis (100)	PS	F (25) F (30)	Rencontre à l'hôpital	Relation pathologique, dépersonnalisation, TS TS	Vengeance	Overdose	-	Décès Décès	-	-
	PS	M (52)* F (49)	Couple marié	Alcoolisme Alcoolisme – TS	Perte d'élan vital	IMV (barbituriques)	-	Survie Survie	-	-
Rosenbaum 1983 Etats Unis (23)	PS	M (49) F (20)*	Couple marié	Aucun Dépression	-	IMV (barbituriques)	-	Survie Décès	Deux jours	Oui
	PS	M (21)* F (20)	Amoureux	Dépression avec TS Aucun	Opposition familiale	Intoxication	-	Décès Survie	Quelques heures	-
	PS	M (77)* F (70)	Couple marié	Dépression avec TS Aucun	Maladie évolutive	IMV (barbituriques)	-	Survie Décès	Quelques heures	-
	PS	M (40) F (37)*	Couple marié	Dépression Dépression avec idées suicidaires	Handicap du mari	IMV (barbituriques)	-	Décès Survie	-	-
Young 1984 Etats Unis (101)	PS	M (60)* F (56)	Couple marié	Aucun Aucun	Difficultés financières et problèmes de santé	Cyanure	Non Non	Décès Décès	-	Oui

Auteur Année Pays	Type	Sexe (âge)	Lien relationnel	Aspects psychopathologiques	Motif	Moyen utilisé	Alcool	Résultat	Planification	Lettre
	PS	M (76)* F (73)	Couple marié	Dépression Dépression avec TS	Problèmes de santé	Intoxication au CO en voiture	Non Non	Décès Décès	-	Oui
	PS	M (71)* F (65)	Couple marié	Alcoolisme et troubles cognitifs Alcoolisme et probable démence débutante	Problèmes de santé	IMV (barbituriques)	Oui Oui	Décès Décès	Un an	Non
	PS	M (62) F (49)*	Couple marié	Alcoolisme Alcoolisme et trouble de l'humeur	-	Arme à feu	Oui Oui	Décès Décès	Quelques mois	Oui
Milin 1990 Etats Unis (56)	PS	M (17) F (16)*	Amoureux	Aucun Problèmes identitaires et trouble d'opposition	Relation contrariée	Overdose de diphenhydramine	-	Survie Survie	Deux jours	Non
Avis 1994 Canada (102)	PS	M (38) F (31)	Couple marié	- -	-	Double pendaison (une seule corde)	Non	Décès Décès	-	-
Ryabik 1995 Etats Unis (103)	HS	M (18) M (18) F (14)	Amis	Dépression et TUS Dépression TUS et TP borderline Dépression et TUS	Problèmes de santé -	Arme à feu	-	Décès Décès Survie	Une semaine	-
Amin 1996 Angleterre (50)	PS	F (24)* F (20)	Amies	Antécédent de TS Aucun	-	Paracétamol + automutilation Paracétamol	Oui	Survie Survie	Quelques heures	Oui
Latha 1996 Inde (53)	PS	F (20) F (19)	Amies	-	Difficultés financières	Empoisonnement	-	Survie Survie	-	-
	PS	M (23)* F (21)	Amoureux	-	Relation contrariée	Empoisonnement	-	Survie Décès	-	-
	PS	M (40)* F (26)	Couple marié	Dépression -	Difficultés financières, violence au travail	Empoisonnement	-	Survie Survie	-	-
	PS	M (38)* F (30)	Couple marié	Dépression -	Dépression du mari	IMV (barbituriques)	-	Survie Survie	-	Non
Altindag 2005 Turquie (104)	PS	F (17)* F (19) F (22)	Sœurs	Dépression Dépression et TS Dépression, TS et TP borderline	Violence du père	Empoisonnement	-	Décès Survie Survie	-	-
Naïto 2007 Japon (16)	PS	M (26) F (24) F (22)	Inconnus rencontrés sur Internet	- - -	- Difficultés socio- économiques -	Monoxyde de carbone	-	Décès Décès Décès	4 mois	-
	PS	M (22) M (25) M (20) F (21) F (41) F (30)	Inconnus rencontrés sur Internet	TS - - - - -	Difficultés affectives - - - - -	Monoxyde de carbone	-	Décès (6/6)	Plusieurs mois	Oui (3/6)
	PS	F (20) M (14) F (17)	Inconnus rencontrés sur Internet	- - -	- - -	Monoxyde de carbone	-	Décès (3/3)	-	-
	PS	M (30) F (21) F (18)	Inconnus rencontrés sur Internet	TS - TS	-	Monoxyde de carbone	-	Décès (3/3)	-	Oui
Rastogi 2008 Inde (105)	PS	M (20) F (21)	Amoureux	Aucun Aucun	Relation contrariée	Double pendaison (une seule corde)	-	Décès Décès	-	-

Auteur Année Pays	Type	Sexe (âge)	Lien relationnel	Aspects psychopathologiques	Motif	Moyen utilisé	Alcool	Résultat	Planification	Lettre
Hocaoglu 2009 Turquie (51)	PS	M (22) M (22)	Frères	Dépression Dépression et TS	Problèmes financiers et de santé	Gaz	Oui	Survie Survie	Quelques heures	-
Schwartz 2009 Etats Unis (70)	PS	M (41)* M (40)	Couple	Trouble bipolaire Dépression	Problèmes financiers	Amputation bras après prise d'anticoagulants	-	Survie Survie	-	Oui
Auxéméry 2010 France (12)	PS	F (<25) F (<25)	Rencontre internet	TS dans un pacte suicidaire TS	-	Dans une voiture sur une voie ferrée	-	Décès Décès	-	-
Watanabe 2010 Japon (106)	PS	M (±30) F (±30)	Couple	-	-	IMV (benzodiazépines + phénobarbital + potassium IV)	Non Non	Décès Décès	-	Oui
Marcicic 2011 Croatie (107)	PS	M (±20) M (±20)	Amis	Aucun Dépression	-	Double pendaïson (deux cordes)	Oui	Décès Décès	-	Non
JakHar 2012 Inde (108)	PS	M (19) M (20)	Amis	Toxicomanie Toxicomanie	Conflit familial	Pendaïson (une corde)	-	Décès Décès	-	-
Jayanth 2014 Inde (68)	PS	M (26) F (20)	Couple	-	Relation contrariée	Pendaïson puis immolation	-	Décès Décès	-	-
Grover 2014 Inde (40)	PS	M (41)* F (14) M (12) M (11)	Père et enfants	-	Epouse dans une relation extra-conjugale	Empoisonnement	-	Décès Survie Survie Survie	Quelques heures	Oui
Behera 2014 Inde (109)	PS	M (20)* F (16)	Amis proches	-	Culpabilité devant non- respect de coutumes	Noyade	-	Décès Décès	-	Oui
Sikary 2016 Inde (39)	PS	M (35) F (30)	Couple marié	-	Décès du fils	Précipitation	-	Décès Décès	-	Oui
Behera 2016 Inde (110)	PS	M (30) F (26)	Couple	-	Notion de décès récent de proche	Pendaïson (une corde)	-	Décès Décès	-	Non
Fellmeth 2016 Thaïlande (111)	PS	M (22) F (18)	Couple	Alcoolisme chronique Dépression	Dépression et conflit familial	Intoxication	-	Décès Décès	Quelques heures	Non

PS : Pacte suicidaire

HS : Homicide-suicide

M : Homme

F : Femme

TS : Tentative de suicide

TUS : Trouble de l'usage des substances

TP : Trouble de la personnalité

CO : Monoxyde de carbone

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

IV : Intraveineux

* : Instigateur du pacte suicidaire

11. Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

**Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée
dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n° 4)**

LES PACTES SUICIDAIRES : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Résumé : Les pactes suicidaires peuvent être définis comme un arrangement mutuel entre au moins deux personnes qui décident de mourir ensemble en même temps, le plus souvent au même endroit. La littérature scientifique est peu abondante, contrastant avec l'intérêt médiatique qu'ils suscitent. Plusieurs exemples connus sont décrits, de Stefan Zweig au suicide de masse de Jonestown.

C'est un phénomène rare, représentant entre 0,4 % et 3,1 % des suicides. En Occident, ils concernent des couples d'un âge relativement avancé dans un contexte de pathologie chronique invalidante. Au Japon, il s'agit plutôt de jeunes couples contrariés dans leur projet d'union. Depuis l'avènement d'Internet, ont été décrits des cas de « cyber-pactes ».

Plusieurs éléments sont retrouvés chez les victimes : une relation d'attachement exclusif avec isolement social, des antécédents de tentative de suicide, des troubles psychiatriques sous-jacents, la présence d'un instigateur, et une notion de menace de séparation venant précipiter le passage à l'acte. Les méthodes utilisées sont non violentes, et la préparation est minutieuse, expliquant la forte létalité du pacte suicidaire, ainsi que le haut niveau d'intentionnalité des protagonistes. Ainsi, son étude psychopathologique repose essentiellement sur l'autopsie psychologique. La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment retrouvée. Quelques hypothèses explicatives sont décrites, sur le plan psychodynamique, neurobiologique, en tenant compte de la vision sociologique de Durkheim. Le principal diagnostic différentiel à éliminer est l'homicide-suicide.

Il semble important d'attirer la vigilance du clinicien vis-à-vis des patients qui expriment un projet de pacte suicidaire, par sa forte létalité. Une relation d'attachement exclusif avec isolement social, une menace de séparation, notamment lorsqu'un partenaire souffre d'une pathologie chronique et invalidante, la sensation de perte d'espoir et les antécédents d'idéations suicidaires sont des situations à risque qu'il convient de rechercher et d'y répondre par une prévention adaptée.

Mots clés : Pacte suicidaire, double suicide, homicide suicide, dépression, folie à deux

Discipline : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33067 Bordeaux CEDEX