



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Marie KLEIN et Julie NOUCHI

le 17 juin 2016

HOMICIDE PATHOLOGIQUE ET DÉCAPITATION : CARACTÉRISTIQUES

SOCIODÉMOGRAPHIQUES, CLINIQUES ET CRIMINOLOGIQUES

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE 13 OBSERVATIONS

Examineurs de la thèse :

M. Jean-Pierre Kahn	Professeur	Président
M. Bernard Kabuth	Professeur	Juge
M. Laurent Martrille	Maître de Conférences	Juge
M. Jean-Luc Senninger	Docteur en Médecine	Juge
M. Eliseo Velasco	Docteur en Médecine	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelynne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn

Professeur de Psychiatrie d'adultes
Praticien Hospitalier
Chef de Pôle
Centre Psychothérapique de Nancy

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger notre travail.
Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement au cours de nos études.*

Nous vous sommes reconnaissantes pour l'expérience qui est la vôtre et que vous vous appliquez à nous transmettre.

*Nous vous remercions pour vos précieux conseils lors de la rédaction de notre thèse.
C'est avec un profond respect que nous vous adressons ces remerciements.*

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth

Professeur de Pédopsychiatrie
Docteur en Psychologie
Praticien Hospitalier
Chef de Pôle
Centre Psychothérapique de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de juger notre travail.

Nous avons apprécié la qualité de vos enseignements de pédopsychiatrie au cours des séminaires et les anecdotes que vous avez partagées avec nous.

Nous avons été très sensibles à votre implication dans la formation des internes en psychiatrie de Lorraine.

Que ce travail soit la marque de notre reconnaissance et de notre considération.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Laurent Martrille

Maître de Conférences des Universités en Médecine légale et droit de la santé
Docteur en Médecine
Praticien Hospitalier
Chef de Service
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy

Nous vous sommes très reconnaissantes d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de notre thèse.

Nous espérons que vous trouverez, par le biais de ce travail, l'expression de notre sincère considération.

À notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Luc Senninger

Docteur en Médecine
Praticien Hospitalier
Chef de Pôle
Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

La qualité de votre enseignement et vos précieux conseils lors de nos stages dans vos services, ont contribué à développer un intérêt certain pour la psychiatrie légale. Nous vous remercions pour votre aide et votre disponibilité, lors de la réalisation de cette thèse, que vous avez accepté de diriger. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre admiration.

À notre Juge et Codirecteur de thèse

Monsieur le Docteur Eliseo Velasco

Docteur en Médecine
Praticien Hospitalier
Président de la Commission Médicale d'Établissement
Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Nous avons beaucoup apprécié de travailler à vos côtés au cours de nos semestres d'internat.

Nous vous remercions de vous être proposé pour codiriger notre travail.

Merci pour votre aide, votre écoute, votre disponibilité et surtout pour votre confiance.

Sans votre soutien, nous aurions pu perdre la tête !

À Monsieur le Docteur Damien Van Gysel

*Ancien Chef de Clinique des Universités – Assistant des Hôpitaux
AP – HP
Hôpital Bichat – Claude-Bernard*

Nous te remercions d'avoir accepté de nous aider pour la méthodologie de l'étude, l'analyse statistique de nos données et l'interprétation de nos résultats. Nous te sommes très reconnaissantes du temps que tu as passé avec nous sur cette thèse.

À Monsieur le Docteur Bruno Scheifler

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Un grand merci pour ton aide au pied levé, ta patience et ta relecture de ce travail. Merci aussi pour les conseils, l'enseignement et la confiance que tu nous as témoignée lorsque nous sommes passées dans ton service. Tu nous as permis de nous découvrir « une passion » pour les malades dits « difficiles ». Ce fût un plaisir de travailler à tes côtés.

À Monsieur le Docteur Alexandre Baratta

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Merci tout d'abord de nous avoir aidé dans notre recherche de cas. Merci aussi pour ton soutien, ton dynamisme et ta disponibilité lors de notre année passée dans le service.

À Monsieur le Docteur Denis Meyer

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Merci beaucoup pour ton soutien, ton enthousiasme et ta bonne humeur au cours de cette année passée au 1er service.

**À Madame le Docteur Anne-Sophie Léger et à l'équipe médicale de l'Unité pour
Malades Difficiles Henri Colin**

Établissement Public de Santé Paul-Guiraud (Villejuif)

À Monsieur le Docteur Pierre Giordano

Centre Hospitalier Sainte-Marie (Nice)

À Monsieur le Docteur José Fernandez

Centre Psychothérapique de Nancy (Laxou)

Pour leur réactivité, leur accueil et l'aide précieuse apportée lors de l'inclusion des auteurs dans notre étude. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

À Maryse

Nous te remercions pour ton aide dans nos recherches et ta patience lorsque nous étions au 1er service.

À Florence

Merci pour ton soutien lors des moments d'attente de rendez-vous avec le chef !

À Manette

Pour nos journées de consultations allégées au CMP qui nous ont bien aidées !

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE MARIE KLEIN

À mes Maîtres de stage

À Monsieur le Docteur Frédéric Triebsch

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Merci pour votre soutien et votre enseignement lors de mes débuts en psychiatrie en tant qu'interne.

À Madame le Docteur Valentina Matei

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

Merci pour ton soutien, ta compréhension ainsi que le temps libre que tu m'as accordé afin de terminer ce travail.

À mes collègues et amis

Jilanix, « la version X de Jilani », merci de me supporter et de me faire rire.

Aurélie, « Muppet », merci pour tes conseils et ton soutien.

Samuel « Pépé Aroudj », merci aussi pour ton soutien et tes conseils avisés.

La Team de Sarreguemines: Jeanne (tu vois j'ai mis ton nom), Dalil (notre petit rayon de soleil), Laura (notre cuisinière), Sophie (et ses Martini), Sylvie (et ses petites pauses transat) mais aussi Julien, Guillaume, Livia, Marie... Merci d'avoir été compréhensifs et de m'avoir soulagée des super gardes de Sarreguemines !!!

Et à tous les autres qui ont rendu cet internat bien plus qu'agréable: Andrei (et sa bonne humeur !!!!), Codrut, Mélanie...

À ma famille

Ma Moun évidemment, qui m'a soutenue et même bien plus que cela et sans qui tout cela n'aurait pas été possible. « Aujourd'hui tu peux être bien plus fière de toi que de nous car nous n'en serions pas là sans toi ».

Mon frère, sur qui je peux compter et qui m'a soutenu, à sa manière !

Coralie, qui a elle seule m'a fait réviser un grand nombre de pathologies !!

Mes Grands-Parents, qui m'ont soutenue, épaulée, écoutée, chouchoutée.

Véronique et son Marlouff pour leur présence et leur soutien.

Kiki et Paulette pour être revenus du bout du monde pour me soutenir aujourd'hui.

Mes cousin(e)s: mon Artiche, Matété, ma Plugie, Emilie, Céline et tous les autres !!

À mes amis

Julie et son JR, Claire et son Bénitou, Elo et son Roro, mon Nono, Juliette, Elo, Niasha, Aurélie, Claire, Pauline, Stephy...

Merci pour ces années passées avec vous et pourvu que ça dure !!

Et le meilleur pour la fin : un grand MERCI à Julie pour ces mois à travailler ensemble. Merci d'abord de m'avoir proposé de travailler avec toi sur cette thèse, merci pour ta patience, merci pour ta correction de mes phrases philosophiques... Bref Merci !

Merci aussi à Surm, notre relecteur, qui mériterait presque son nom sur la couverture.

Je suis fière de notre travail et surtout de l'avoir réalisé avec toi. Je ne suis pas sûre que sans toi tout ce serait aussi bien passé, psychologiquement en tout cas !

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE JULIE NOUCHI

À mes Maîtres de stage

À Monsieur le Professeur Raymund Schwan

Professeur de Psychiatrie d'adultes et d'addictologie
Praticien Hospitalier
Chef de Pôle
Centre Psychothérapique de Nancy
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy

Je vous remercie pour votre enseignement et la confiance que vous m'accordez. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de ma respectueuse considération.

À Madame le Docteur Isabelle Mouric

À Monsieur le Docteur Pierre Horrach

Centre Psychothérapique de Nancy
Centre Hospitalier de Lorquin

Je vous remercie pour vos conseils avisés et le partage de votre expérience clinique durant mes stages. Vos solides connaissances de la psychiatrie en milieu pénitentiaire ont été pour moi très enrichissantes.

À Madame le Docteur Émilie Parenty

Centre Psychothérapique de Nancy

Un grand merci pour ta bienveillance à mon égard, ton écoute, ta disponibilité et tes qualités humaines. Tu m'as beaucoup appris au cours de ces deux semestres passés à l'UHSA de Nancy. Je te suis également très reconnaissante d'avoir accepté de m'encadrer pour le mémoire de DES. J'espère pouvoir travailler et apprendre encore longtemps à tes côtés.

À Madame le Docteur Elsa Clerget

Centre Psychothérapique de Nancy

Merci pour ces moments au travail (et même après le travail !), pour la confiance que tu m'accordes et ta gentillesse. Je suis très honorée d'être « ton » interne.

Aux équipes avec qui j'ai eu l'honneur de travailler

Au 1^{er} service du CHS de Sarreguemines

C'est auprès de vous que j'ai fait mes premiers pas d'interne et découvert les particularités du Bitcherland. Je vous remercie pour votre accueil chaleureux. Mes amitiés à toute l'équipe des Acacias.

Au CMP enfants et adolescents du CHS de Sarreguemines

À l'UHSA de Nancy

Une pensée particulière à toute l'équipe de l'étage avec qui j'ai passé une année géniale et aux agents de l'Administration pénitentiaire pour leur sympathie.

À l'Unité Sanitaire du Centre Pénitentiaire de Nancy – Maxéville

Un grand merci à Denise (notre super cadre de santé !) et à nos surveillants pour leur humour qui égaye mes journées.

À mes co-internes, à mes collègues lorrains et aux membres de l'Association Lorraine des Internes de Psychiatrie

À Guillaume, Aurélie, Jil, Sam et Julien, qui ont rendu mon arrivée en Moselle plus agréable.

Anca, Armand, Charlotte, François N., Géraldine, Guillaume, Hugo, Julie B., Justine, Laura, Maxence, Nathalie qui est repartie pour Marseille, Quentin, Sonia, Sophie, Vanessa... Vous êtes trop nombreux pour tous vous citer mais je vous envoie une affectueuse pensée.

À mes parents chéris

*Merci Papa !
Merci Maman !*

Pour votre soutien inconditionnel et votre aide inestimable au cours de ces très longues années d'études. Que cette thèse soit l'expression de ma reconnaissance. Je vous aime.

À mon Jouni

Tu m'as accompagné à Sarcophage et tu es resté. Pour ces années d'internat passées ensemble, nos « premières fois » en Lorraine ou ailleurs, les souvenirs et tous les autres bons moments. Merci aussi pour ton calme, ta patience, ta gentillesse, ta compréhension, les petits repas du soir et le reste car la liste est trop longue...

*Mille mousis, tibuke !
Tānan !*

À mes sœurs

À mes amis

Pour tous les souvenirs que je garde en tête malgré la distance : « on a bien rigolé ! »

Une pensée particulière pour Marine, ma « mémé » du bistrot, et le temps passé à discuter sur les bancs publics ou sur le canapé rouge.

À Élodie « Dodie la Dodz » et Florence « la Flo », pour notre amitié débutée de manière imprévue dans des conditions improbables et pour les bons moments passés à Scaliéro.

À Damien C. pour son soutien autour d'un café et son optimisme. Tu avais raison !

À Baptiste, parce que je serai toujours « ta Greta » et que tu as ouvert la voie du choix pour Nancy.

To Mike, my « James Bond » friend, mon traducteur et mon ami rencontré par hasard à Bali. À nos futurs voyages ensemble !

À Julie E., Marine N., et Hannah, mes copines de la fac à Nice depuis la P1.

À Manue et Sophie pour notre très longue amitié. Je pense à vous souvent.

À Alex, pour les sympathiques discussions et les moments passés ensemble à l'Hôpital St Roch.

À mes autres amis de la Faculté de Médecine de Nice.

Et, parce que je souhaite encore te remercier, à Damien V.G. pour notre amitié depuis mes premiers pas d'externe à mes derniers pas d'interne... et plus encore ! Je suis certaine que Snowflake ne m'en veut plus !

À Coquillette, Moumoute et Minu Tuli

Mes petits compagnons d'aventures en Lorraine.

Aux patients rencontrés et aux rencontres à venir

À ceux que j'ai oubliés

À tous les autres qui, de près ou de loin, ont rendu ce jour possible

Et le meilleur pour la fin aussi : à Marie, mon binôme de choc !

MERCI POUR TOUT !

Depuis nos débuts d'internes à Steinbach à ces mois à travailler sur notre thèse... en passant par la case shopping bien sûr ! J'ai beaucoup apprécié nos moments passés ensemble.

Tu peux être fière de toi Marie Klein !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	23
MATÉRIELS ET MÉTHODES	23
Schéma d'étude, population et sites concernés	23
Procédure d'inclusion des auteurs	24
Présentation de la grille de lecture	24
Recueil des données, traitement, saisie et analyse statistiques	25
Aspects réglementaires et éthiques	26
RÉSULTATS	26
Caractéristiques sociodémographiques	26
Caractéristiques cliniques	29
Caractéristiques psychodynamiques et criminologiques	31
DISCUSSION	37
Le profil des malades mentaux auteurs de décapitation	37
L'acte criminel	39
La victime	40
Les biais et limites de l'étude	40
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES	44
ANNEXES	46

INTRODUCTION

Dans la conscience collective, la décapitation est un acte rare, ancestral et barbare.

Outre les pays où elle est pratiquée en sentence pénale dans le cadre de la peine de mort, nous la retrouvons dans certains cas de suicides [14], d'accidents mais aussi dans des contextes homicides ; elle représente 0,1% des cas d'autopsies médico-légales [5,16]. La décapitation homicide peut être *ante* ou *post mortem*. Elle est qualifiée de complète en cas de séparation totale de la tête du corps. Elle est incomplète en cas d'atteinte des vertèbres cervicales et de la majorité des structures anatomiques du cou ; mais la tête reste liée au tronc par du tissu [35].

La décapitation, considérée comme bien plus violente que l'homicide en lui-même, questionne la psychopathologie des personnes souffrant de troubles mentaux ayant commis cet acte. Historiquement, le cas de Henriette Cornier interrogea sur l'association trouble mental et passage à l'acte par décapitation. En 1825, à l'âge de 27 ans, elle avait décapité la petite fille de la famille dans laquelle elle travaillait. Esquirol [9] va défendre la notion de monomanie homicide qu'avaient soutenu Michu [21] et Georget [11].

Plusieurs études ont été réalisées sur les homicides commis par des malades mentaux [2,27], les mutilations criminelles [15,25] ou sur les aspects médico-légaux des homicides avec décapitation [36]. Toutefois, la littérature reste pauvre en ce qui concerne l'étude des personnes atteintes de trouble mental ayant commis un passage à l'acte homicide avec décapitation.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation.

MATÉRIEL et MÉTHODES

Schéma d'étude, population et sites concernés

Cette recherche épidémiologique rétrospective, non interventionnelle, multicentrique,

descriptive portait sur une série de cas d'auteurs d'homicides dont les victimes ont été décapitées en France Métropolitaine. En mars 2014, un courrier explicatif de la recherche de cas a été envoyé, par voie postale, aux différents services de psychiatrie susceptibles d'avoir pris en charge ce type de patients : 7 Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), 10 Unités pour Malades Difficiles (UMD) et 5 Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP). En novembre 2015, ce même courrier a été adressé aux 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) des établissements pénitentiaires métropolitains.

Procédure d'inclusion des auteurs

Nous n'avons pas de critères d'inclusion relatifs à l'âge, au sexe de l'auteur, ni à la date de commission des faits. La taille de l'échantillon était indéterminée. La date d'arrêt d'inclusion a été arbitrairement fixée au 1^{er} mars 2016.

Nous avons défini des critères d'inclusion : au moins une victime de l'acte meurtrier décapitée (décapitation complète ou incomplète), un diagnostic de trouble mental lors du passage à l'acte et un suivi en psychiatrie dans les suites du crime.

Présentation de la grille de lecture

La collecte de données a été réalisée à partir d'une grille de recueil multidimensionnelle établie après une étude de la littérature qui portait sur la psychiatrie légale, la psychocriminologie et l'agressologie [6-8,18,32]. Nous avons pris en compte les critères de dangerosité (psychiatrique et criminologique), les facteurs associés au risque de violence et les caractéristiques cliniques (facteurs statiques et dynamiques) retrouvés chez les auteurs d'homicides souffrant de troubles mentaux et les auteurs de mutilations corporelles. D'autres variables ont été sélectionnées à partir des échelles d'évaluation du risque de violence et de la dangerosité [12].

Nous avons déterminé les axes principaux de notre recherche et analysé plusieurs paramètres :

- les éléments biographiques, les antécédents et les pathologies mentales de la population étudiée ;
- l'état mental de l'auteur et son comportement avant, pendant et après le passage à l'acte ;
- les caractéristiques victimologiques ;
- le contexte, les conditions de survenue et les modalités du crime ;
- les conséquences médico-légales et le devenir de l'auteur.

La bibliographie a été recherchée avec *Medline* et *ScienceDirect*. Les termes français recherchés étaient : « décapitation », « démembrement », « mutilation criminelle » et « homicide ». En langue anglaise, nous avons recherché les termes : *decapitation*, *beheading*, *dismemberment*, *homicide* et *criminal mutilation*.

Recueil des données, traitement, saisie et analyse statistiques

La collecte des données a été effectuée à partir des dossiers médicaux informatisés et/ou « papier » : observations médicales, infirmières, sociales mais aussi certificats d'hospitalisation sous contrainte.

Lorsqu'ils étaient disponibles, le matériel comprenait les expertises psychiatriques, les ordonnances d'irresponsabilité pénale, les rapports d'expertises médico-légales (autopsies des victimes), les articles de presse et les procès verbaux établis par les Officiers de Police Judiciaire.

Après l'obtention des autorisations, le recueil a été effectué de façon totalement anonyme à partir de données non identifiantes. La grille de recueil a été remplie, indépendamment et pour chaque dossier, par deux lectrices. Les diagnostics et la synthèse des données ont été analysés selon la *Classification Internationale des Maladies, 10^e révision* (CIM-10). Les diagnostics

d'héboïdophrénie ont été classés en schizophrénie simple avec trouble de la personnalité dyssociale.

Nous avons étudié 114 variables. Les données ont été décrites avec les indices de position et de dispersion pour les variables quantitatives (moyenne, écart type) et qualitatives (pourcentages). La recherche de lien statistique a été faite par le Test de Wilcoxon pour étudier l'association entre une variable qualitative et une variable quantitative, et le Test exact de Fisher pour l'association entre deux variables qualitatives. Pour les analyses, nous avons utilisé les logiciels *R* version 3.2.2 et Microsoft® *Excel*®. Le seuil de significativité statistique retenu était : p inférieur ou égal à 0,05.

Aspects réglementaires et éthiques

Ce travail a été soumis à l'avis du Comité de Réflexion Éthique Nancéien Hospitalo-Universitaire (CRENHU) qui n'a émis aucune réserve éthique à sa réalisation.

RÉSULTATS

L'effectif total de notre étude était de 13 auteurs de décapitations. Ces homicides pathologiques ont été commis entre 1991 et 2013. Deux dossiers sélectionnés ont été exclus après leur collecte car les auteurs ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Les centres d'inclusion ont été trois UMD, une USIP, deux unités sanitaires en milieu pénitentiaire et un service de psychiatrie générale.

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociofamiliales, socioprofessionnelles et socioéconomiques, les événements de vie significatifs ainsi que les antécédents judiciaires des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation ont été détaillés dans le tableau 1.

Données sociales et familiales

Les auteurs d'un homicide avec décapitation présentant un trouble mental étaient à 92,3 % des hommes ($n = 12$) âgés de 16 à 48 ans (30,1 ans en moyenne ; écart type 9,8) et issus d'une fratrie nombreuse de 4 à 9 enfants ($n = 7 : 53,8 \%$). La famille était d'origine non immigrée ($n = 9 : 69,2 \%$) et d'un niveau socioéconomique précaire ($n = 6 : 46,2 \%$). Onze auteurs vivaient dans un domicile privé (84,6 %). Huit étaient célibataires ou n'avaient pas d'enfant (61,5 %). Le niveau éducatif était faible avec huit auteurs sans diplôme (61,5 %). Cinq auteurs présentaient une instabilité professionnelle (38,5 %) et quatre n'avaient jamais travaillé (30,8 %). Six étaient sans ressources (46,2 %) et un seul auteur bénéficiait d'une mesure de protection des biens. Le niveau socioéconomique personnel était précaire ($n = 5 : 38,5 \%$) ou moyen ($n = 6 : 46,2 \%$). Les liens familiaux étaient conflictuels ($n = 9 : 69,2 \%$) et les relations interindividuelles marquées par un manque d'étayage amical : rejet des pairs avec retrait social ($n = 6 : 46,2 \%$) ou sociabilité superficielle ($n = 4 : 30,8 \%$).

Événements de vie significatifs

Nous avons retrouvé une grande instabilité des relations intimes ($n = 9 : 69,2 \%$). Les auteurs étaient carencés sur les plans affectif ou éducatif ($n = 6 : 46,2 \%$) voire témoins de violences familiales ($n = 5 : 38,5 \%$). Trois auteurs ont été victimes d'agressions physiques dans leur jeunesse (23,1 %). Nous avons relevé un cas de changement de pays dans l'enfance, un abandon ainsi qu'un cas de viol extra familial.

Antécédents judiciaires

Cinq auteurs avaient des antécédents judiciaires (38,5 %). Seuls quatre auteurs ont été condamnés par le passé (30,8 %). A noter que l'un de ces derniers avait déjà commis un homicide.

Tableau 1 : Caractéristiques sociofamiliales, socioprofessionnelles et socioéconomiques, événements de vie significatifs et antécédents judiciaires des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation ($n = 13$)

Les auteurs de la décapitation	Effectif n	Fréquence (%)
<i>Données sociales et familiales</i>		
Âge		
Âge inférieur à 40 ans	11	84,6
Hommes de moins de 40 ans	10	76,9
Statut marital et parentalité		
Célibataire sans enfant	5	38,5
En couple sans enfant	3	23,1
En couple avec enfant	2	15,4
Célibataire avec enfant	1	7,7
Veuf avec enfant	1	7,7
Séparé avec enfant	1	7,7
Domicile		
Cohabite	10	76,9
Vit seul	3	23,1
Sans domicile fixe	1	7,7
Origines		
Famille immigrée	4	30,8
Niveau socioéconomique familial élevé	4	30,8
Niveau socioéconomique familial moyen	3	23,1
Naissance à l'étranger	1	7,7
Fratrie		
Dernier de la fratrie	4	30,8
Enfant unique	2	15,4
Aîné	2	15,4
Jumeau	1	7,7
Qualité des relations		
Climat familial non conflictuel	4	30,8
Étayage amical	2	15,4
<i>Données scolaires, socioprofessionnelles et socioéconomiques</i>		
Profil scolaire		
Scolarité difficile	7	53,8
Diplômé	4	30,8
Scolarité en cours	2	15,4
Enseignement supérieur	2	15,4
Enseignement spécialisé	1	7,7
Revenus et emploi		
Versement de l'allocation aux adultes handicapés	4	30,8
Revenus professionnels réguliers	3	23,1
Dépendance financière	2	15,4
Emploi stable	2	15,4
<i>Événements de vie significatifs</i>		
Carences (affectives et éducatives) dans l'enfance	6	46,2
Témoign de violences familiales	5	38,5
Victime d'agression physique	3	23,1
Séparation parentale	3	23,1
Mésentente parentale	3	23,1
Père absent ou inconnu	2	15,4
Service militaire	2	15,4
Abandon suivi d'une adoption	1	7,7
Victime de violences sexuelles intrafamiliales	NC	NC
Décès d'un parent ou d'un proche dans l'enfance	NC	NC
Placement en foyer ou famille d'accueil	NC	NC
Voyage pathologique	NC	NC
<i>Antécédents judiciaires</i>		
Condamnation pour coups et blessures	4	30,8
Condamnation pour vol	2	15,4
Incarcération	2	15,4
Cruauté envers les animaux	1	7,7
Antécédents familiaux	NC	NC

NC : non connu

Caractéristiques cliniques

Les diagnostics principaux retenus au moment des faits et anamnèses psychiatriques des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation ont été résumés dans le tableau 2.

Le diagnostic de schizophrénie était prépondérant ($n = 9 : 69,2 \%$). Sept auteurs souffraient d'une forme paranoïde de la maladie ($53,8 \%$). Tous les auteurs pour lesquels une psychose a été diagnostiquée présentaient une symptomatologie psychotique positive avec des idées délirantes de persécution, mystiques ou mégalomaniaques ($n = 10 : 76,9 \%$). Étaient associées une anosognosie ($n = 9 : 69,2 \%$), une méfiance et une réticence pathologiques ($n = 7 : 53,8 \%$), une faible alliance thérapeutique ($n = 6 : 46,2 \%$) avec une mauvaise compliance aux soins ($n = 6 : 46,2 \%$). Six auteurs schizophrènes ont bénéficié de la prescription d'un traitement antipsychotique ($46,2 \%$) mais l'observance était médiocre ($n = 5 : 38,5 \%$).

Les principales comorbidités et diagnostics associés étaient des antécédents suicidaires personnels ($n = 6 : 46,2 \%$) et des conduites addictives : polyconsommation de substances psychoactives ($n = 5 : 38,5 \%$), consommation d'alcool non associée à d'autres toxiques ($n = 2 : 15,4 \%$) et consommation exclusive de cannabis ($n = 1 : 7,7 \%$). Parmi les troubles de la personnalité, la personnalité dyssociale comorbide ($n = 3 : 23,1 \%$) ou en diagnostic principal ($n = 2 : 15,4 \%$) était majoritaire. Les critères cliniques associés à ce type de personnalité étaient : impulsivité ($n = 12 : 92,3 \%$) et troubles des conduites dans l'enfance ou l'adolescence ($n = 7 : 53,8 \%$).

Sept auteurs avaient déjà été pris en charge en soins sous contrainte ($53,8 \%$) ; dans la plupart des cas, des faits de violence déclenchaient les hospitalisations ($n = 6 : 46,2 \%$). Les hospitalisations sous contrainte et celles pour violence étaient liées dans $38,5 \%$ des cas ($p = 0,001748$).

Aucun trouble d'origine neurologique n'a été retrouvé.

Tableau 2 : Diagnostics principaux retenus au moment des faits et anamnèses psychiatriques des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation ($n=13$)

Les auteurs de la décapitation	Effectif n	Fréquence (%)
<i>Diagnostic principal</i>		
F20 Schizophrénie	9	69,2
F20.0 Schizophrénie paranoïde	7	53,8
F20.6 Schizophrénie simple	2	15,4
F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision	1	7,7
F32.3 Episode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques	1	7,7
F60 Trouble de la personnalité	2	15,4
F60.2 Personnalité dyssociale	2	15,4
<i>Comorbidités</i>		
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	8	61,5
F19.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, utilisation nocive pour la santé	5	38,5
F10.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé	2	15,4
F12.1 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation nocive pour la santé	1	7,7
F41.9 Trouble anxieux, sans précision	1	7,7
F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision	8	61,5
F60 Troubles de la personnalité	6	46,2
F60.2 Personnalité dyssociale	3	23,1
F60.0 Personnalité paranoïaque	2	15,4
F60.1 Personnalité schizoïde	1	7,7
F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision	2	15,4
Non	2	15,4
NC	11	84,6
<i>Éléments sémiologiques</i>		
Quotient intellectuel normal	13	100
Capacité à demander de l'aide	6	46,2
Capacité d'insight faible	3	23,1
Émoussement affectif	2	15,4
Participation affective intense	1	7,7
Désorganisation psychique	1	7,7
<i>Prise en charge antérieure et antécédents psychiatriques</i>		
F91.9 Troubles des conduites, sans précision	7	53,8
Longue durée de psychose non traitée	3	23,1
F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision	2	15,4
Traitement anxiolytique	1	7,7
Hospitalisation en soins libres	1	7,7
Désinstitutionnalisation	NC	NC
Antécédents familiaux	NC	NC

NC : non connu

Caractéristiques psychodynamiques et criminologiques

Les caractéristiques des victimes décapitées ont été décrites dans le tableau 3.

Les caractéristiques psychodynamiques, criminologiques et l'analyse du mode opératoire criminel des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation selon les six variables fondamentales du crime violent ont été détaillées dans le tableau 4.

La période précriminelle

Peu avant le crime, l'état mental de l'auteur traduisait un état de crise ($n = 5 : 38,5 \%$). Cinq auteurs évoquaient des ruminations de scénario violent ($38,5 \%$), trois des fantasmes violents ou sadiques ($23,1 \%$) et deux auteurs une volonté de tuer ($15,4 \%$). Huit auteurs n'avaient pas d'idéation homicide ni d'événements de vie négatifs dans l'année écoulée ($61,5 \%$).

Six auteurs étaient en conflit avec la victime ou avaient commis des violences à son encontre ($46,2 \%$). Les facteurs émotionnels antérieurs, proches du crime, étaient prégnants et liés à un désir de vengeance ($n = 8 : 61,5 \%$), une passion amoureuse ($n = 2 : 15,4 \%$) ou un sentiment dépressif ($n = 1 : 7,7 \%$).

Les facteurs relationnels étaient pour 11 auteurs liés au contexte familial sans qu'aucune provocation de la victime n'ait été retrouvée ($84,6 \%$).

Les affects étaient statistiquement liés aux infractions associées au crime ($p = 0,01399$) : les auteurs présentant une symptomatologie psychotique positive et un émoussement affectif, n'ont pas commis d'infraction durant leur crime ($69,2 \%$). Les éléments circonstanciels étaient un environnement ($n = 6 : 46,2 \%$) ou une occasion ($n = 3 : 23,1 \%$) favorables.

L'étude de la composante opérationnelle écartait les notions de chasse de la proie, de stratégie d'approche, de repérage (lieu du crime choisi) ou d'utilisation d'un véhicule.

La victime

Pour l'ensemble de notre population de 13 meurtriers, nous avons retrouvé au total 17 victimes (5 hommes et 12 femmes) dont 13 décapitées et une survivante, avec un nombre moyen de victime par auteur de 1,3 (écart type 0,6). Dix victimes appartenaient à la famille, quatre au cercle extrafamilial, trois aux relations amoureuses. Dans la majorité des cas, la victime était unique ($n = 10$). Deux sont doubles et un auteur a fait trois victimes. Nous avons retrouvé dix homicides uniques et trois doubles.

Les 13 victimes décapitées (76,5 % des victimes totales) comptaient 9 femmes (69,2 %) et 4 hommes (30,8 %) et leurs âges étaient compris entre 5 et 90 ans. Douze auteurs connaissaient leur victime décapitée (92,3 %). La proximité affective était prépondérante ($n = 10 : 76,9 \%$) avec trois uxoricides, trois parricides (deux matricides et un patricide), un infanticide et un fratricide.

Un lien statistique significatif a été retrouvé entre les carences affectives de l'enfance et la proximité affective de la victime ($p = 0,03263$). Une seule victime manifestait de l'hostilité envers son agresseur.

La présence d'une arme d'opportunité apparaissait chez 12 des victimes décapitées (92,3 %). Avant le crime, un auteur intimidait sa victime mais aucune n'avait été droguée, harcelée ou menacée de mort avant le passage à l'acte.

Tableau 3 : Caractéristiques des victimes décapitées des auteurs d'un homicide pathologique ($n = 13$)

Les victimes décapitées	Effectif n	Fréquence (%)
Catégories d'âge		
Moins de 10 ans	1	7,7
Entre 10 et 20 ans	2	15,4
Entre 40 et 60 ans	5	38,5
Supérieur à 60 ans	3	23,1
NC	2	15,4
Type de victime		
Spécifique (familiale)	11	84,6
Semi-spécifique (amicale)	1	7,7
Aspécifique (inconnue)	1	7,7
Catégories socioprofessionnelles		
Retraitée	3	23,1
Scolarisée	2	15,4
Employée	1	7,7
Statut d'invalidité	1	7,7
NC	6	46,2
Causes de la mort		
Coups de poignard	5	38,5
Égorgement	2	15,4
Coups et blessures	1	7,7
Strangulation	1	7,7
Décapitation	1	7,7
NC	3	23,1
Antécédents		
<i>Maladie physique</i>		
Non	10	76,9
Oui	1	7,7
NC	2	15,4
<i>Maladie mentale</i>		
Non	11	84,6
Oui	1	7,7
NC	1	7,7
<i>Conduites addictives</i>		
Non	11	84,6
Abus d'alcool	1	7,7
NC	1	7,7
Enfant (futur auteur) / parent (future victime)	8	61,5
Relations conflictuelles	5	38,5
Relations satisfaisantes	2	15,4
Mère hyper protectrice, accaparante, étouffante	1	7,7
Père autoritaire	NC	NC
Perception de la victime par l'auteur		
Vécu persécutif	7	53,8
Vécu mystique	2	15,4
Vécu de préjudice	1	7,7
NC	4	30,8

NC : non connu

La période criminelle : le passage à l'acte

L'homicide pathologique avec décapitation a eu lieu au sein d'un domicile privé ($n = 12 : 92,3 \%$), rarement dans un lieu public ($n = 1$). Il fut commis le soir ou la nuit ($n = 9 : 69,2 \%$), le matin ($n = 2$) ou encore l'après-midi ($n = 1$). L'auteur était seul (100 %), le crime sans témoin ($n = 9 : 69,2 \%$) et non associé à d'autres infractions ($n = 10 : 76,9 \%$). Il n'a pas été commis dès le contact initial avec la victime ($n = 8 : 61,5 \%$) et un mobile a toujours été retrouvé (100 %). Les motivations étaient internes ($n = 12 : 92,3 \%$) et sans facteur déclencheur ($n = 7 : 53,8 \%$).

Nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre le diagnostic principal et la classification de l'homicide ($p = 0,006993$). L'homicide était de type psychotique délirant avec projection délirante ($n = 9 : 69,2 \%$) pour huit schizophrènes. Pour les autres auteurs, il était de type impulsif avec colère pathologique ($n = 2 : 15,4 \%$) ou passionnel ($n = 2 : 15,4 \%$). La symptomatologie positive ($n = 9 : 69,2 \%$) comportait : un délire de persécution ($n = 6 : 46,2 \%$), des hallucinations acoustico-verbales ($n = 4 : 30,8 \%$), des injonctions hallucinatoires ($n = 2 : 15,4 \%$), un délire mystique ($n = 2$) ou un automatisme mental ($n = 2$). Une rupture de traitement a pu favoriser l'acutisation délirante (7,7 %).

L'unique femme de notre étude présentait une symptomatologie évocatrice d'un épisode dépressif sévère de forme mélancolique avec symptômes psychotiques : idées délirantes de ruine, culpabilité excessive et péjoration de l'avenir.

La prise de toxiques au moment de l'homicide fut retrouvée chez cinq auteurs (38,5 %) : alcool ($n = 4 : 30,8 \%$), cannabis ($n = 3 : 23,1 \%$) et cocaïne ($n = 1 : 7,7 \%$).

L'état mental et les affects de l'auteur étaient liés au niveau d'organisation du crime ($p = 0,001818$). Dans neuf cas (69,2 %), l'homicide avec décapitation n'était ni planifié ni prémédité. Le crime était volontiers associé à un archarnement et une violence excessive ($n = 9 : 69,2 \%$). Le niveau d'organisation du crime était fréquemment émotionnel et désorganisé ($n = 5 : 38,5 \%$) et l'état mental de l'auteur marqué par une hostilité envers la victime ($n = 3 : 23,1 \%$).

La décapitation était toujours une mutilation agressive (100 %). Complète ($n = 9 : 69,2 \%$) ou incomplète ($n = 4 : 30,8 \%$), elle a été réalisée *post mortem* ($n = 12 : 92,3 \%$), à l'arme blanche (100 %) : couteau ($n = 10 : 76,9 \%$), hache ($n = 2 : 15,4 \%$) ou machette ($n = 1 : 7,7 \%$).

Nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre le diagnostic principal et le type de décapitation ($p = 0,01538$). La décapitation complète associée à la schizophrénie fut retrouvée dans 61,5 % des cas. Les deux auteurs présentant un trouble de la personnalité dyssociale, comme diagnostic principal, ont commis une décapitation incomplète. Le lien entre impulsivité et type de décapitation n'était pas statistiquement significatif.

La période postcriminelle précoce et tardive

Après le crime, 12 auteurs ont reconnu les faits (92,3 %). Les affects étaient marqués par une indifférence, une froideur affective et une absence de culpabilité ($n = 11 : 84,6 \%$). Tous les auteurs (100 %) ont commis des blessures ou mutilations *post mortem* témoignant de leur agressivité. Aucun n'a exprimé de remord ni de critique.

Aucun élément d'ordre sexuel ne fut observé. Le corps a été laissé sur place pour 12 victimes décapitées (92,3 %), cinq têtes ont été déplacées (38,5 %) et de nombreux indices ont été retrouvés sur la scène de crime ($n = 6 : 46,2 \%$). L'enlèvement ou la destruction des preuves médico-légales, la mise en scène pour tromper enquêteurs et le nettoyage des lieux ou de la personne de l'agresseur, n'ont été observés que deux fois (15,4 %). Sept auteurs se sont laissés interpeler facilement (53,8 %), trois se sont livrés aux autorités (23,1 %) ou ont tenté d'échapper à la justice (23,1 %). L'un d'eux s'est dénoncé spontanément puis s'est suicidé dans les jours suivant son crime.

Tableau 4 : Caractéristiques psychodynamiques, criminologiques et analyse du mode opératoire criminel des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation selon les six variables fondamentales du crime violent [4] (n = 13)

Caractéristiques psychocriminologiques des auteurs	Effectif n	Fréquence (%)
<i>Période précriminelle</i>		
Absence de comportement violent antérieur sur la victime décapitée	6	46,2
Absence d'arme au domicile	6	46,2
Facteurs contextuels dans l'année écoulée	5	38,5
Chômage	3	23,1
Divorce ou séparation conjugale	2	15,4
Victime de violences physiques	1	7,7
Absence de ruminations de scénario violent	4	30,8
Absence de fantasmes violents ou sadiques	3	23,1
Fascination pour les armes	1	7,7
<i>Période criminelle</i>		
Facteur déclencheur	6	46,2
Dispute	2	15,4
Rupture	2	15,4
Regard	1	7,7
Différend antérieur à la confrontation directe	1	7,7
Homicide dès le contact initial avec la victime décapitée	5	38,5
Absence d'acharnement sur la victime décapitée	4	30,8
Préméditation et planification	3	23,1
Crime long <i>ante mortem</i>	3	23,1
Crime court <i>post mortem</i>	3	23,1
Motivations externes	1	7,7
Niveau d'organisation de l'homicide		
Homicide émotionnel et organisé	3	23,1
Homicide instrumental et désorganisé	2	15,4
Homicide émotionnel	1	7,7
Homicide organisé	1	7,7
<i>Composantes du crime</i>		
Composante violente	13	100
Siège, nature, gravité, nombre, cause des traumatismes	11	84,6
Niveau de force élevé durant l'agression	10	76,9
Acharnement	7	53,8
Aggression impliquant plusieurs victimes ou auteurs	2	15,4
Asphyxie, brûlures, incisions	1	7,7
Tortures physiques ou mentales	1	7,7
Éviscération	1	7,7
Vandalisme	1	7,7
Composante émotionnelle	13	100
Froidueur affective ou colère, rage, haine, excitation, domination, anxiété, réassurance	13	100
Moyens trouvés sur place	7	53,8
« Violence affective »	7	53,8
Consommation d'alcool	4	30,8
Scène aléatoire et désordonnée	2	15,4
Composante opérationnelle	9	69,2
Crime parfois long	9	69,2
Nature de l'arme	5	38,5
« Violence organisée »	4	30,8
« Violence instrumentale »	2	15,4
Niveau élevé d'organisation	2	15,4
Effraction, enlèvement et séquestration	2	15,4
Scène planifiée	1	7,7
Surprise, rapt violent ou ruse	1	7,7
Composante sexuelle	2	15,4
Caresses, tripotages, baisers, succion, léchage, morsure	2	15,4
Composante relationnelle	6	46,2
Exécution d'un scénario mental	6	46,2
Composante circonstancielle	4	30,8
Témoins	4	30,8
Modification, interruption du scénario criminel par une tierce personne	1	7,7

Conséquences médico-légales et judiciaires

La prise en charge psychiatrique dans les suites (précoces ou tardives) du passage à l'acte a pris la forme d'une hospitalisation en UMD ($n = 10 : 76,9 \%$), en USIP ($n = 3 : 23,1 \%$), d'un suivi en milieu pénitentiaire ($n = 2 : 15,4 \%$) ou d'une hospitalisation en psychiatrie générale ($n = 1 : 7,7 \%$).

Pour neuf auteurs (69,2 %), les experts ont conclu à une abolition du discernement au moment des faits (article 122-1 alinéa 1 du Code pénal) et pour un seul, à une altération du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal. Trois auteurs présentaient une dangerosité exclusivement criminologique (23,1 %).

Un lien significatif entre le diagnostic principal et les conséquences médicales ($p = 0,03403$) ou judiciaires ($p = 0,04196$) fut retrouvé. Dix auteurs (dont huit schizophrènes : 61,5 %) ont bénéficié d'une prise en charge immédiate en hospitalisation. Les trois autres ont été placés en détention (23,1 %).

DISCUSSION

N'ayant pas trouvé d'étude similaire dans la littérature, nous avons décidé de comparer nos résultats à ceux des études portant sur le profil sociodémographique, clinique et médico-légal des malades mentaux meurtriers (tableau 5).

Le profil des malades mentaux auteurs de décapitation

Les auteurs de décapitation de notre série sont majoritairement jeunes, non immigrés, célibataires et sans enfant. Sans diplôme ni ressources, ils sont de niveau socioéconomique moyen. Plus de la moitié des cas présente des antécédents psychiatriques de soins sous contrainte pour des faits de violence. Les relations familiales sont conflictuelles et les relations sociales marquées par un retrait social ou une sociabilité superficielle.

Les symptômes positifs [39], le diagnostic de schizophrénie avec idées délirantes de persécution [34] et de mécanisme interprétatif sont surreprésentés et associés à un risque accru de passage à l'acte violent. Seule la moitié des auteurs inclus bénéficie d'un traitement médicamenteux. L'absence de traitement ou une longue durée de psychose non traitée sont des facteurs de risque de passage à l'acte médico-légal [17].

Les principales comorbidités retrouvées sont les troubles de la personnalité (personnalité dyssociale), une impulsivité et la consommation de substances psychoactives. Même si nous ne retrouvons pas de lien statistique significatif entre conduites addictives et impulsivité, les recherches scientifiques suggèrent leur association expliquée par une appétence pour les substances dont l'abus est un facteur de risque de violence [37]. Putkonen *et al.* écrivent que 47 % des homicides pathologiques reposent sur la triade maladie mentale, personnalité dyssociale et consommation de substances psychoactives [24]. Pour ces auteurs, la consommation de toxiques associée à la maladie mentale augmente de 7,58 le risque de commettre un homicide contre 1,9 pour une maladie mentale sans cette consommation.

Nos résultats corroborent les caractéristiques sociodémographiques et cliniques du meurtrier pathologique (tableau 5) et les critères d'évaluation de la dangerosité chez les personnes ayant des troubles schizophréniques publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) [13]: un âge inférieur à 40 ans, le genre masculin, un statut économique précaire, un faible niveau d'éducation ou un célibat. Cette recommandation note que la schizophrénie paranoïde, l'abus de substances psychoactives ou la présence d'une personnalité dyssociale comorbide sont des facteurs de risque de dangerosité ; caractéristiques que nous retrouvons également dans notre étude de sujets.

La seule femme souffre de mélancolie délirante et a décapité son fils. Cette exception renvoie aux données de la littérature selon laquelle les malades homicides atteints de trouble mélancolique sont majoritairement des femmes, d'âge moyen, avec une bonne insertion

socioprofessionnelle et un bon niveau d'études. Leurs victimes sont principalement intra familiales et préférentiellement des enfants [28,29].

Richard Devantoy se sert d'un trépied clinique reposant sur la recherche de facteurs de risques, l'évaluation de l'imminence du passage à l'acte et l'évaluation du danger de l'acte homicide [26]. Il utilise dans sa démarche l'*Homicidal Behaviors Survey* (HBS), un auto-questionnaire qui permet l'évaluation du risque de comportement violent ou homicide [1]. Seul un des auteurs de notre série avait déjà commis un homicide. Les échelles d'évaluation de la dangerosité, de l'état mental ou encore du risque de récurrence, n'ont pas été utilisées à notre connaissance dans cette série. En pratique courante, elles représentent une piste de recherche et peuvent permettre une prise en charge adaptée et individualisée [19].

L'acte criminel

Le type de décapitation est lié à la pathologie mentale comme la décapitation complète avec le diagnostic de schizophrénie.

Les auteurs de notre série, tout comme les meurtriers malades mentaux, commettent leur crime isolément, de manière non préméditée, à l'aide d'une arme blanche et d'opportunité, de manière soudaine et brutale et avec une violence de type émotionnelle [18,27].

Nous retrouvons une importante intrication des composantes émotionnelle, violente, opérationnelle, relationnelle et circonstancielle, dans l'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène ; ce que décrivent Bénézech *et al.* [4].

Les crimes sont le plus souvent commis la nuit ou le soir [30] et au domicile de la victime [27]. Après le crime, les auteurs de notre étude ne mettent pas en place de conduites de réparation. Ils modifient peu la scène de crime, se laissent arrêter par les forces de l'ordre ou se rendent spontanément [27].

La psychose, souvent associée à des comorbidités (consommation de substances psychoactives ou trouble de la personnalité), provoque une altération des perceptions et du

jugement, qui accentue la dimension émotionnelle de l'acte et rend compte de son caractère non prémédité [28].

La victime

La victime est spécifique [6], intrafamiliale et de sexe féminin [27,29]. Du fait de la composante émotionnelle de l'acte, les victimes d'auteurs malades mentaux subissent de nombreuses mutilations qui s'inscrivent dans un contexte d'acharnement. Même si nous ne retrouvons pas de lien significatif entre la pathologie ou l'impulsivité et l'acharnement, il semble important de le rappeler, au regard des données de la littérature [27].

Les mutilations sont dites agressives selon la taxonomie de Ziemke, modifiée par Püschel and Koops, qui les classe en 4 catégories: offensives, défensives, agressives et nécro maniaques [15,22,23]. Les mutilations agressives sont représentées par les démembrements et, dans la majorité des cas, par les décapitations. Pour Bénézech *et al.*, l'ablation ou la destruction de la tête peuvent avoir des raisons différentes comme le fétichisme, la déshumanisation ou le cannibalisme [3].

Les biais et limites de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective, principalement basée sur un travail de dossiers. Nous n'avons rencontré personnellement que deux des treize auteurs.

Les entretiens non standardisés et l'évolution temporelle des cadres nosographiques induisent indéniablement un biais de subjectivité, d'autant que la pratique psychiatrique demeure avant tout clinique.

À ce biais d'information s'ajoutent un biais de sélection et un biais de recrutement. Le faible effectif de la population étudiée, expliqué en partie par sa spécificité, engendre un manque de puissance et donc un biais possible dans l'étude statistique des variables.

Enfin, certaines des variables étudiées sont issues d'échelles d'évaluation validées en population spécifique ou sur de faibles échantillons. Des réserves doivent être émises quant à leur validité scientifique et à leur généralisation à des individus en population générale.

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des malades mentaux meurtriers dans notre étude et la littérature.

	Vilema <i>et al.</i> [38]	Shaw <i>et al.</i> [33]	Russo <i>et al.</i> [31]	Mc Grath <i>et al.</i> [20]	Floritti <i>et al.</i> [10]	Richard Devantoy <i>et al.</i> [27]	Notre étude
	Angleterre, 1993	Angleterre, 1999	Italie, 2003	Angleterre, 2005	Italie, 2006	France, 2007	France, 2016
Nombre de sujets (n)	83	71	75	98	64	37	13
Population étudiée	Hommes Homicide pathologique Unité pour malades difficiles	Hommes Femmes Homicide Trouble mental au moment des faits Population générale	Hommes Malades mentaux Homicide ou tentative Unités pour malades difficiles	Hommes Femmes Homicide Population en contact avec les soins psychiatriques	Hommes Femmes Homicide ou tentative Malades mentaux Unités pour malades difficiles	Hommes Femmes Homicide ou tentative Malades mentaux Dossiers	Hommes Femmes Homicide Victime décapitée Malades mentaux Population en contact avec les soins psychiatriques
Âge (années)	29	34	37	33,5	40	37,5	30,1
Sexe masculin (%)	100	-	100	91	89	73	92,3
Célibataires (%)	75	15	44	65	62,5	54	38,5
Sans emploi (%)	-	51	47	84	59	54	46,2
Antécédents de violence (%)	42	17	-	60	-	18,9	30,8
Suivi psychiatrique (%)	25	30	36	100	-	81	61,5
Psychotropes en cours (%)	25	-	56	68	-	-	46,2
Schizophrénie (%)	57	42	44	-	65	27	69,2
Tentative de suicide (%)	30	-	13	51	-	30	46,2
Antécédents d'abus de toxiques (%)	-					40,5	
Alcoolisme (%)		37	12	59	27		15,4
Toxicomanie (%)		22	-	56	19		46,2
Moyen du meurtre			-				
Coups de poing (%)	41	-		21	-	-	7,7
Arme blanche (%)	37	46		44	-	13,5	61,5
Strangulation (%)	17	-		13	-	10,8	7,7
Discernement altéré ou aboli	-				-		
Dépression (%)		67	19	8		33	7,7
Idées délirantes (%)		33	23	34		58	53,9
Victime connue (%)	82	93	98	85	98	94,5	92,3

CONCLUSION

Notre étude sur 13 malades mentaux auteurs de décapitation est éclairante sur le plan descriptif et confirme les données de la littérature malgré le faible effectif de cas inclus.

L'homicidaire pathologique qui décapite est principalement un homme jeune, souffrant de psychose décompensée avec idées délirantes, de personnalité dyssociale, peu inséré dans la société et consommateur de substances psychoactives. La connaissance de ces critères peut nous permettre d'être plus attentif aux personnes présentant ce type de profil psychopathologique. Il ne semble toutefois pas y avoir de critère spécifique, sociodémographique, clinique ou criminologique, prédictif du passage à l'acte avec décapitation.

L'utilisation d'échelles d'évaluation du risque de violence ou d'homicide peut conforter dans l'évaluation de l'état mental et de la dangerosité. Elles peuvent permettre aux cliniciens d'ajuster leurs prises en charge médico-sociales dans le but d'améliorer le pronostic du patient. Utiles dans l'évaluation de la dangerosité, les échelles ne se substituent pas à la clinique et ne peuvent se suffire à elles-mêmes.

La violence homicide s'inscrit dans un parcours de vie et de relations interindividuelles complexes. L'accès aux soins reste le principal facteur qui favorise le dépistage précoce des modifications cliniques et oriente ensuite vers l'évaluation fine, les modifications de prise en charge et de suivi et, au final, vers l'amélioration du pronostic.

La réalisation d'une étude comparative entre les auteurs (malades et non malades) d'homicide avec décapitation ou de plus grande ampleur permettrait d'étayer le profil de ces auteurs et de confirmer les résultats soulignés dans cette étude.

RÉFÉRENCES

- [1] Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(2):405-425.
- [2] Barbera Pera S, Dailliet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *Encéphale* 2005;31(5):539-549.
- [3] Bénézech M, Le Bihan P, Chapenoire S, Bourgeois ML. Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Ann Med Psychol* 2008;166(7):558-568.
- [4] Bénézech M, Toutin T, Le Bihan P, Taguchi H. Les composantes du crime violent: une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène. *Ann Med Psychol* 2006;164(10):828-833.
- [5] Byard RW, Gilbert JD. Characteristic features of deaths due to decapitation. *Am J Forensic Med Pathol*. 2004;25(2):129-130.
- [6] Cormier BM, Angliker CCJ, Boyer R, Mersereau G. Psychodynamics of Homicide Committed in a Semi-Specific Relationship, The. *Can J Criminol Correct* 1972;14:335.
- [7] Eichelman B. Aggressive behavior: from laboratory to clinic. Quo vadit? *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(6):488-492.
- [8] Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(2):152-161.
- [9] Esquirol É. Note sur la monomanie-homicide [En ligne]. Paris: Chez J.-B. Baillière; 1827 [consulté le 12 mai 2016]. Disponible : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k10251686>
- [10] Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V. Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. *Int J Law Psychiatry* 2006;29(3):212-219.
- [11] Georget ÉJ. Discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale, suivie de l'examen du procès criminel d'Henriette Cornier, et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense [En ligne]. Paris: Chez Migneret; 1826 [consulté le 12 mai 2016]. Disponible : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76992t>
- [12] Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Med Psychol* 2005;163(8):668-680.
- [13] Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [En ligne]. 2011 [consulté le 12 mai 2016]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf
- [14] Hejna P, Bohnert M. Decapitation in suicidal hanging--vital reaction patterns. *J Forensic Sci* 2013;58 Suppl 1:S270-S277.
- [15] Konopka T, Strona M, Bolechala F, Kunz J. Corpse dismemberment in the material collected by the Department of Forensic Medicine. *Leg Med* 2007;9(1):1-13.
- [16] Kumral B, Büyük Y, Gündogmus ÜN, Sahin E, Sahin FM. Medico-legal evaluation of deaths due to decapitation. *Romanian J Leg Med* 2012;20(4):251-254.
- [17] Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2011;125(2):209-220.
- [18] Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Ann Med Psychol* 2004;162(8):615-625.
- [19] Le Bihan P, Bénézech M. La récurrence dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Med Psychol* 2005;163(8):642-655.
- [20] McGrath M, Oyebode F. Characteristics of perpetrators of homicide in independent inquiries. *Med Sci Law* 2005;45(3):233-243.
- [21] Michu JL. Discussion sur la monomanie homicide, à propos du meurtre commis par Henriette Cornier. [En ligne] Paris: Chez le portier de l'auteur et chez les principaux libraires; 1826 [consulté le 12 mai 2016]. Disponible : https://books.google.fr/books?id=vgyQwiykjMAC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- [22] Püschel K, Koops E. [Dismemberment and mutilation (1)]. Arch Für Kriminol 1987;180(1-2):28-40.
- [23] Püschel K, Koops E. [Dismemberment and mutilation (2)]. Arch Für Kriminol 1987;180(3-4):88-100.
- [24] Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. Schizophr Bull 2004;30(1):59-72.
- [25] Rajs J, Lundström M, Broberg M, Lidberg L, Lindquist O. Criminal mutilation of the human body in Sweden--a thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study. J Forensic Sci 1998;43(3):563-580.
- [26] Richard-Devantoy S. Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention. Saarbrücken: Éditions universitaires européennes; 2010.
- [27] Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? Encéphale 2009;35(4):304-314.
- [28] Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bouyer-Richard AI, et al. Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises. Encéphale 2008;34(4):322-329.
- [29] Richard-Devantoy S, Gohier B, Chocard AS, Duflot JP, Lhuillier JP, Garré JB. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. Ann Med Psychol 2009;167(8):568-575.
- [30] Robert P, Mucchielli L. In: Crimes et Sécurité. L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2002. p 148-157.
- [31] Russo G, Salomone L, Villa L Della. The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. Int J Law Psychiatry 2003;26(4):417-435.
- [32] Senon JL, Lopez G, Cario R. Psycho-criminologie : Clinique, prise en charge, expertise. 2e éd. Paris: Dunod; 2012.
- [33] Shaw J, Appleby L, Amos T, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. BMJ 1999;318(7193):1240-1244.
- [34] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2006;63(5):490-499.
- [35] Törő K, Kristóf I, Keller É. Incomplete decapitation in suicidal hanging – Report of a case and review of the literature. J Forensic Leg Med 2008;15(3):180-184.
- [36] Türk EE, Püschel K, Tsokos M. Features characteristic of homicide in cases of complete decapitation. Am J Forensic Med Pathol 2004;25(1):83-86.
- [37] Ventura LA, Cassel CA, Jacoby JE, Huang B. Case management and recidivism of mentally ill persons released from jail. Psychiatr Serv Wash DC 1998;49(10):1330-1337.
- [38] Vielma M, Vincente B, Hayes GD, Larkin EP, Jenner FA. Mentally abnormal homicide--a review of a special hospital male population. Med Sci Law 1993;33(1):47-54.
- [39] Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. Br J Psychiatry 2002;180(6):490-495.

ANNEXES

ANNEXE 1

VARIABLES ÉTUDIÉES

ANNEXE 2

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

ANNEXE 1

VARIABLES ÉTUDIÉES

Variables sociodémographiques

1. Âge au moment des faits
1. Sexe
2. Origines
3. Statut marital
4. Nombre d'enfant(s)
5. Fratrie
6. Type de résidence au moment des faits
7. Habite seul au moment des faits
8. Relations intrafamiliales
9. Relations interpersonnelles
10. Niveau socioéconomique familial
11. Niveau socioéconomique personnel
12. Ressources financières
13. Emploi
14. Mesure de protection des biens
15. Profil scolaire
16. Service militaire (si objet)
17. Instabilité des relations intimes
18. Carences affectives et éducatives
19. Témoin de violences intra familiales
20. Victime de violences sexuelles intra familiales
21. Victime de violences sexuelles extra familiales
22. Victime d'agression physique
23. Voyage pathologique
24. Antécédents familiaux judiciaires
25. Antécédents personnels judiciaires
26. Auteur d'atteintes aux biens
27. Auteur d'atteintes aux personnes

Variables cliniques

28. Diagnostic psychiatrique principal retenu au moment des faits
29. Symptômes si trouble psychotique
30. Symptômes si trouble thymique
31. Troubles de la personnalité
32. Troubles anxieux
33. Troubles du sommeil
34. Retard mental
35. Impulsivité
36. Troubles de la sexualité
37. Conduites addictives
38. Hospitalisation en psychiatrie
39. Hospitalisation en psychiatrie pour violences (si objet)
40. Défaut d'accès aux soins
41. Refus de soins
42. Rechutes et décompensations
43. Compliance aux soins
44. Traitement psychotrope
45. Longue durée de psychose non traitée

46. Qualité de l'observance thérapeutique
47. Qualité de l'alliance thérapeutique
48. Capacité d'*insight*
49. Dénier des troubles
50. Désinstitutionnalisation
51. Capacité à demander de l'aide
52. Antécédents suicidaires
53. Lésions cérébrales et troubles neurologiques
54. Trouble des conduites dans l'enfance et l'adolescence
55. Trouble hyperkinétique dans l'enfance et l'adolescence
56. Antécédents familiaux somatiques
57. Antécédents familiaux psychiatriques

Variables psychodynamiques et criminologiques

Période précriminelle

58. Facteurs contextuels dans l'année écoulée
59. Idéation homicide antérieure
60. Ruminations de scénario violent
61. Fantômes violents et sadiques
62. Détention d'armes au domicile
63. Fascination pour les armes
64. Comportement violent et menaces sur la victime antérieurs aux faits

Victime

65. Nombre de total de victimes
66. Nombre de victimes décédées
67. Nombre de victimes décapitées
68. Âge au moment des faits
69. Sexe
70. Catégorie socioprofessionnelle
71. Lien de la victime avec l'auteur
72. Proximité affective
73. Comportement violent de la victime envers l'auteur antérieur au passage à l'acte
74. Menaces de la victime envers l'auteur antérieur au passage à l'acte
75. Perception de la victime par l'auteur
76. Relation enfant (futur auteur) / parent (future victime)
77. Cause de la mort
78. Autres blessures
79. Arme d'opportunité au domicile de la victime
80. Maladies somatiques
81. Troubles mentaux
82. Facteurs de vulnérabilité
83. Conduites addictives
84. Type d'homicide selon le nombre de victimes
85. Type d'homicide selon la relation meurtrier / victime

Période criminelle

86. Lieu du crime
87. Temps du crime
88. Acte solitaire
89. Présence de témoins
90. Crime long *post mortem*
91. Crime long *ante mortem*
92. Etat mental de l'auteur au moment des faits

- 93. Affects de l'auteur au moment des faits
- 94. Motivations et mobile
- 95. Facteur déclencheur
- 96. Homicide dès le contact initial avec la victime
- 97. Préméditation et planification
- 98. Niveau d'organisation de l'homicide
- 99. Infractions associées
- 100. Moyen léthal utilisé
- 101. Moyens létaux associés
- 102. Archarnement sur la victime et violence excessive
- 103. Type d'homicide pathologique (selon la cause du meurtre et les modalités criminelles)

Décapitation

- 104. Type de décapitation (complète ou incomplète)
- 105. Décapitation *post mortem*
- 106. Type d'arme utilisée
- 107. Type de mutilation criminelle

Période postcriminelle

- 108. Comportement postcriminel précoce
- 109. Comportement postcriminel tardif
- 110. Discours criminel
- 111. Affects postcriminels

Conséquences médico-légales

- 112. Conséquences judiciaires
- 113. Conséquences médicales
- 114. Données de l'expertise psychiatrique

ANNEXE 2

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



Comité de Réseau Europe d'Éthique Hospitalière

Y.M.S.H.

Professeur Yves MARTINET

Président

03 83 58 75 75

y.martinet@chru-nancy.fr

Mme Virginie PIERSON

Vice-Présidente

03 83 58 75 34

v.pierson@chru-nancy.fr

Mme Marie-Odile SUNDY

Documentaliste

03 83 58 75 29

mo.sundy@chru-nancy.fr

Mme Soraya HACHEMI

Assistant Médico Administratif

03 83 58 75 33

s.hachemi@chru-nancy.fr

Vandœuvre-Les-Nancy

Le 13 mai 2016

CHS de Sarreguemines

1 rue Calmette

57200 SARREGUEMINES

Docteur Jean-Luc SENNINGER

Rapport concernant la sollicitation d'un avis éthique en vue de la réalisation d'une recherche :
« Homicide pathologique et décapitation »
avec pour chercheurs Mesdames Marie KLEIN & Julie NOUCHI (Faculté de Médecine de Nancy)

Conformément à la procédure en vigueur au CHRU de Nancy, le projet de recherche a été soumis à la Direction de la Recherche et de l'Innovation. La recherche n'entrant pas dans le champ du Comité de Protection des Personnes, le projet a été soumis à l'avis du Comité d'Éthique du CHRU de Nancy, le C.R.E.N.H.U.

Le projet de recherche a été examiné par deux lecteurs.

Dans la mesure où :

- L'intérêt scientifique de la recherche n'est pas à mettre en cause ;
- Il s'agit d'une étude rétrospective non interventionnelle n'ayant aucune incidence sur les modalités de prise en charge des intéressés ;
- Il n'a pas été réalisé d'exploration supplémentaire en raison de l'étude, ce qui n'a donc entraîné aucune contrainte particulière sur les individus en dehors de leur prise en charge habituelle ;
- L'anonymat des individus sera totalement respecté à l'issue de la recherche ;
- Les auteurs ont toute compétence dans le domaine de l'étude.

Il n'y a par conséquent aucune réserve éthique à la réalisation de ce travail tel qu'il nous a été soumis.

Professeur Yves MARTINET
Président du CRENHU

VU

NANCY, le **17 mai 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **18 mai 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9186

NANCY, le **26 mai 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Plusieurs études ont été réalisées sur les homicides commis par des malades mentaux, les mutilations criminelles ou les aspects médico-légaux des homicides avec décapitation. Toutefois, très peu se sont intéressées aux homicides pathologiques avec décapitation.

Objectif : Cette étude décrit les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des auteurs d'un homicide pathologique avec décapitation.

Méthodes : Cette étude épidémiologique descriptive, rétrospective, multicentrique, réalisée en France métropolitaine, portait sur une série d'auteurs d'homicides (au moins une victime décapitée). Un diagnostic de trouble mental au moment du crime et une prise en charge psychiatrique dans les suites de ce dernier devaient être retrouvés.

Résultats : Les 13 auteurs de décapitation étaient à 92,3 % des hommes jeunes (30,1 ans en moyenne), célibataires sans enfant, non diplômés et de niveau socioéconomique précaire à moyen. Les antécédents psychiatriques de soins sous contrainte (essentiellement pour des faits de violence) et le diagnostic de schizophrénie (69,2 %) étaient surreprésentés. Les principales comorbidités étaient l'impulsivité (92,3 %), la consommation de substances psychoactives (61,5 %) et le trouble de la personnalité dyssociale (38,5 %). Le crime était le plus souvent soudain, non prémédité et commis isolément à l'aide d'une arme d'opportunité. Treize (dont 9 femmes) des 17 victimes étaient décapitées. Elles subissaient de nombreuses mutilations qui soulignaient une violence excessive et un acharnement. La décapitation était toujours une mutilation agressive. Il n'y a pas eu de conséquences judiciaires pour dix des 13 auteurs.

Conclusion : Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques retrouvées dans cette étude corroborent le profil du meurtrier pathologique décrit dans la littérature.

TITRE EN ANGLAIS

PATHOLOGICAL HOMICIDE AND DECAPITATION : SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND CRIMINOLOGICAL CHARACTERISTICS ; A DESCRIPTIVE STUDY OF 13 CASES

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE (PSYCHIATRIE) – ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : Criminologie ; Décapitation ; Homicide pathologique ; Maladie mentale ; Mutilation ; Passage à l'acte ; Violence

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
