

## « Retenir son stylo » pour l'équité

### Le contournement des règles chez les médecins légistes en Inde

Je ne fais jamais de concession à l'équité. Ce que je fais, parfois, relève de mon pouvoir personnel de discrétion. Quand il y a un cas criminel, comme je t'ai dit, nous devons aller au-delà du doute raisonnable, s'il faut que j'identifie un coupable ou que je m'assure qu'un innocent soit acquitté. Mais lorsqu'il est question de la prime d'assurance ou de la réputation sociale de quelqu'un, alors je ne fais que retenir mon stylo.

Le 5 juillet 2013, Manish<sup>1</sup>, 30 ans, interne (*senior resident*) en médecine légale dans un centre hospitalier universitaire d'Inde du Nord, m'explique les stratégies qu'il met en œuvre pour que ses rapports d'autopsie contribuent à une certaine forme d'équité, parfois à rebours des règles et des procédures supposées présider à une autopsie médico-légale. Le type d'action auquel Manish se réfère dans l'extrait d'entretien qui précède n'est pas le « devoir moral » inhérent à la finalité juridique de la médecine légale<sup>2</sup>. L'expression « retenir son stylo » est en réalité une élégante métonymie employée pour désigner les omissions intentionnelles qu'il commet parfois afin de sauver la prime d'assurance ou de préserver la réputation de la famille d'un défunt. Dans cette optique, il dispose, dit-il, de marges de manœuvre qu'il appelle son « pouvoir personnel de discrétion ». Cet emprunt au champ lexical juridique est lié à une fréquentation assidue des tribunaux par les médecins qui, comme Manish, sont en poste au sein de services de médecine légale d'hôpitaux publics<sup>3</sup>. Les rapports de ces « témoins experts » (*expert witnesses*)<sup>4</sup>, rédigés à la suite d'exams médico-légaux, sont joints aux dossiers transmis aux avocats et aux juges et leurs opinions sont admissibles comme preuves dans le cadre de procès. Leur valeur corroborative a été soulignée à plusieurs reprises tant par des juges que par les nombreuses associations de médecine légale du pays se félicitant de la contribution que la preuve médicale apporte au juge pour délibérer dans certains cas judiciaires complexes. Cependant, la prééminence

du témoignage direct sur la preuve médicale, que stipule l'article 45 de l'*Indian Evidence Act*, a été réaffirmée dans plusieurs jurisprudences célèbres de la Cour suprême de l'Inde<sup>5</sup>. L'opinion du médecin ne saurait contraindre un juge qui douterait de l'objectivité de l'expert ou de la qualité de ses inférences<sup>6</sup>. Comment comprendre alors les déclarations de Manish qui suggèrent que, en tant que médecin légiste, il dispose de ressources suffisantes pour infléchir le cours de certains cas et imposer, à la place, une autre vision de la justice ?

L'affirmation de Manish semble d'autant plus problématique que, contrairement à leurs homologues *medical examiners* aux États-Unis (Goodin & Hanzlick 1997 : 224), dans le système médico-légal en place en Inde, les experts médico-légaux ne disposent d'aucune autorité pour donner un avis quant à ce que l'on nomme la « manière de la mort » (Sharma & Bajpai 2015), c'est-à-dire pour la qualifier en suicide, en homicide, en accident ou en mort naturelle. Ainsi, en comparaison tant avec le statut des experts médico-légaux dans d'autres systèmes qu'avec les autres catégories d'acteurs en place dans la *death inquest* indienne, les experts médico-légaux indiens paraissent tout particulièrement éloignés de l'acquiescement ou de la condamnation d'un suspect.

Selon la répartition des tâches que prescrit le système judiciaire indien, la médecine légale ne penserait les cas qui lui sont présentés, et elle n'interviendrait au sein de la procédure légale, que dans les termes qui correspondent au périmètre qui lui est accordé, à savoir celui d'une conception objectiviste et déductive de la biomédecine. La « cause de la mort » – la ligne que les médecins légistes doivent remplir en conclusion de leurs rapports – doit être inférée à partir des traces pathologiques décrites dans le rapport, en vertu d'une étiologie exclusivement biomédicale. Surtout, les médecins sont appelés à exclure tant de leurs inférences que de leurs inscriptions d'éventuelles références aux circonstances du décès ou aux responsabilités criminelles en jeu. Cependant, ces règles et procédures auxquelles les médecins légistes sont statutairement tenus sont régulièrement mises à distance dans la pratique, que ce soit par des négociations – voire des forçages – dans l'interprétation du sens des règles et des actions, ou bien, cas de figure sur lequel cet article se penche, par des transgressions délibérées.

Les médecins élaborent des hypothèses au sujet des circonstances des décès, du profil social et psychologique des défunts et de leurs familles. Ces mécanismes – documentés en médecine légale (Juston 2016 ; Provost 2017) comme dans d'autres contextes d'évaluation « médico-administrative » (Dodier 1991 ; Fassin 2001) ou, plus généralement, de rencontre bureaucratique (Dubois 2008 ; Lipsky [1977] 2010) – sont plus ou moins légitimes dans les démarches des experts puisqu'ils sont susceptibles d'orienter leur interprétation des règles. Cet article propose d'aborder comment les hypothèses des experts peuvent également jouer un rôle dans leur contournement.

Parfois, comme dans le cas de l'autopsie de Kamala sur lequel je m'appuie ci-dessous<sup>7</sup>, les décisions de contourner les règles sont le fruit d'initiatives prises à l'échelle individuelle, par le médecin qui a conduit l'autopsie. Dans d'autres cas, les contournements sont décidés au sein de systèmes de règles alternatives, existant à l'échelle locale d'un service, voire à celle plus restreinte d'un sous-groupe de médecins au sein d'un service. Pour évoquer ce dernier cas de figure, je me réfère à des observations faites et à des entretiens menés dans un vaste complexe hospitalier d'une grande métropole d'Inde du Nord. Dans ce centre spécialisé dans l'accueil de victimes d'accidents graves, l'étude de la gestion des extraits de viscères cadavériques met en lumière des situations dans lesquelles la procédure médico-légale est contournée afin, par exemple, d'aider des familles pauvres à toucher une prime d'assurance à la suite du décès d'un membre au cours d'un accident. L'article montre que, dans cet espace, la décision d'une transgression repose moins sur un raisonnement établi individuellement qu'elle ne renvoie à une organisation localement établie du contournement des règles officielles.

Que la décision en soit prise individuellement ou en référence à une communauté de pratiques, une transgression de la procédure médico-légale semble systématiquement impliquer, pour le médecin, une multiplication des points de vue sur la mort. Outre l'évaluation des aspects médicaux, il s'agit pour le médecin d'envisager sa dimension psychosociologique, d'éprouver la sincérité des endeuillés au cours d'une rencontre en face-à-face et d'évaluer la possibilité d'intercéder envers la famille sur le plan des valeurs (un mensonge passif est acceptable tandis qu'un mensonge actif ne l'est pas ; la démarche doit être respectueuse d'un idéal d'équité économique). Ces démarches font alors figure de contrepied face à l'incertitude relative dans laquelle le contournement engage le médecin eu égard à un cadre juridique construit pour évincer toutes les formes de manipulation, qu'elles reposent ou non sur de la corruption.

## **Un cadre d'exercice d'évincement des manipulations**

Les textes de loi qui établissent l'admissibilité de la preuve médicale dans les tribunaux indiens ont été produits en réponse aux incertitudes des juges coloniaux à qui il s'agissait de « fournir des tests fiables de vérité » (Stephen 1872). Ces textes ne proposent pas de procédure médico-légale. Les experts médico-légaux mettent donc en œuvre des recommandations formulées de façon éparse, à la fois dans les nombreux manuels et traités de médecine légale qui circulent dans les *medical colleges* du pays et dans une littérature

grise produite par diverses institutions. Le cadre ainsi constitué, d'une part, érige un standard de scientificité pour la pratique médico-légale qui astreint les médecins à des autopsies complètes et à des descriptions exhaustives (Provost 2017), définit le type d'inférence acceptable comme opinion médico-légale (Provost 2018) et précise le niveau de langage et la technicité à employer au tribunal, constituant ce que j'ai proposé de nommer une « prescription d'objectivité<sup>8</sup> » (Provost 2016 : 140).

### Une dénonciation à demi-mot des « manipulations » de rapports

D'autre part, ce cadre comporte des consignes qui prennent leur sens dans un dispositif où les manipulations de rapport constituent un « secret public<sup>9</sup> », qu'elles relèvent de la « petite corruption<sup>10</sup> », courante dans les services de médecine légale comme dans un large éventail d'administrations publiques indiennes (Gupta 2012), ou de négociations menées sur la base de considérations morales ou sur des rapports de pouvoir.

En 2008, la question des manipulations est abordée dans un rapport produit par la Law Commission of India. Dans son évaluation juridique du cadre médico-légal en place en Inde, cette commission s'inquiète d'une augmentation de plusieurs catégories de morts violentes « avec la forte possibilité d'une complicité de fonctionnaires de l'État ». À défaut de porter directement sur les pratiques, la critique de la Law Commission of India se fonde sur le taux « étrangement élevé » d'acquittements à la suite d'autopsies dont les résultats contredisent les témoignages directs. La critique prend une tournure solennelle lorsqu'elle est articulée aux notions d'intérêt public, de démocratie et de moralité : « L'intérêt public serait immensément servi et le tissu moral de notre gouvernement démocratique serait considérablement renforcé si la cause correcte et vraie de la mort de chaque personne était connue, en particulier lorsque la cause est non naturelle ou lorsque les circonstances sont suspectes » (Law Commission of India 2008). Les manipulations de rapports, condamnées lorsqu'elles sont mises au jour, ne sont toutefois évoquées qu'à demi-mot dans la documentation médico-légale. Celle-ci évoque alors tantôt les « emprunts de version » que les médecins doivent veiller à éviter (Health Department Haryana 2012), tantôt les « pressions » auxquelles ils doivent savoir résister (Dogra & Sharma 1990).

### Pressions familiales et manipulations dans les cas de suicide

La dénonciation des manipulations constituait déjà, avec les accusations d'incompétence (Johnson-McGrath 1995 : 442), une pierre angulaire de la critique des coroners par une American Medical Association en quête d'une

plus grande autorité dans le champ social aux États-Unis pour la médecine en général (Neuilly 2013 : 341). Bénéficiant de « marges de manœuvre considérables dans le choix et dans la présentation de la preuve », les coroners avaient la réputation méritée d'« arbitrer ou de négocier les causes des morts » (Johnson-McGrath 1995 : 441), par exemple lorsque le décès d'une femme était lié à une procédure d'avortement (Reagan 1991 : 1246) ou lorsqu'une famille cherchait à faire passer le suicide de l'un des leurs pour un accident (Johnson-McGrath 1995 : 441-442).

Du fait de l'image sociale négative qu'il renvoie, le suicide est fréquemment pris en exemple comme le cas de figure dans lequel les pressions des proches, qui cherchent supposément à se soustraire au fardeau de la « stigmatisation sociale <sup>11</sup> », vont typiquement chercher à influencer un expert médico-légal dans son choix d'une cause pour la mort. Bien que l'impact statistique de telles pratiques ait été débattu (Anderson 1987 : 100 ; Douglas 1967 : 207 ; O'Carroll 1989 : 7 ; Mayer 2011 ; Timmermans 2005 : 313) <sup>12</sup>, leur existence a cependant été documentée dans divers types de circonstances. Même s'il les qualifie d'« anecdotiques », P. O'Carroll mentionne des exemples empiriques qui mettent en évidence les différents facteurs socioculturels, religieux, financiers et politiques susceptibles d'inciter des proches à faire pression sur les experts médico-légaux en cas de suicide (1989 : 7). Les conclusions de M.J. Atkinson (1978) suggèrent bien une forte dépendance des coroners par rapport aux récits et aux portraits des défunts fournis par les familles. Cependant, ces différents travaux n'évoquent pas le processus réflexif qui aboutit à la production d'un faux négatif, or contourner des procédures médico-légales ne consiste pas simplement à remplacer la conclusion d'un rapport par une autre ou à suivre à l'aveugle des normes morales plutôt que des procédures officielles. De tels actes répondent au contraire à des conditions précises que l'exemple de l'autopsie de Kamala pratiquée en 2013 par Manish et que les observations de 2014 sur la gestion des viscères à Delhi contribuent à mettre en lumière.

## **« Retenir son stylo » pour l'équité. Un cas d'utérus vide**

Le 29 juin 2013, mon enquête me conduit dans une région hindiphone du nord de l'Inde à mener une série d'entretiens avec Manish. En poste depuis un peu plus d'un an dans un service de médecine légale qui ne compte pas plus de trois titulaires, Manish, à l'époque déjà, a réalisé un certain nombre d'autopsies et d'examen cliniques. Un après-midi, alors que ce médecin m'accorde un entretien dans son bureau, un policier arrive pour lui annoncer qu'un nouveau cas

d'autopsie vient de lui être attribué par le responsable du service. Le cadavre à examiner est celui d'une femme de caste rajput, que nous nommerons Kamala. Issue d'un milieu social aisé, âgée de 19 ans, non mariée, et dont le corps a été retrouvé sans vie au domicile familial par sa mère. Dans le récit narré par le policier, de même que dans les documents d'enquête fournis au médecin, le cas est présenté sous l'angle d'une mort accidentelle, consécutive à la consommation involontaire d'une dose mortelle d'antibiotiques sulfamidés.

Peu de temps après la réception des documents d'enquête, et une fois prévenus par les assistants que le cadavre est installé sur la table d'autopsie, nous quittons le bureau du médecin et nous nous rendons à pied vers la morgue. Celle-ci est située en périphérie de l'hôpital, à environ un quart d'heure de marche du bâtiment des services non cliniques. Au cours de ce temps de marche, le docteur m'explique qu'il a déjà une idée très précise du cas. D'après Manish, déterminer la cause de la mort ne consistera qu'en une simple vérification, car le type de médicament dont Kamala a ingéré une dose létale est connu avec certitude. Il m'explique cependant que Kamala s'est très probablement suicidée et que son empoisonnement a peu de chance de relever d'un accident, contrairement à ce qu'indique la préqualification enregistrée par la police sur les documents d'enquête.

### Une « sociologie spontanée » du suicide ?

Lorsque je lui demande, le 5 juillet 2013, quelques jours après l'autopsie, ce qui lui a permis d'aboutir à une telle conclusion avant même d'avoir vu le corps mort, il me répond en évoquant tout d'abord le fort taux de suicide chez les femmes en Inde, population qu'il dit faible sur le plan psychologique et incitée à passer à l'acte en cas d'échec amoureux, d'échec dans les études, ou de maladie psychiatrique.

En fait, les femmes constituent une partie de la société qui est très vulnérable aux traumatismes psychologiques. Elles ne sont pas capables de les supporter, ces traumatismes, et, au final, elles se compromettent de cette façon, elles se suicident.

Son cadrage repose également sur une estimation statistique du taux de suicide reporté dans le district pour les jeunes femmes. À l'échelle nationale, les données sur le suicide utilisées sont généralement celles que compile le National Crime Records Bureau (NCRB, qui dépend du ministère de l'Intérieur) à partir de données fournies par la police. Les explications du médecin reprennent certaines catégories d'analyse des causes de suicide utilisées par le NCRB dans le rapport annuel *Accidental Deaths & Suicides in India* : l'échec dans les relations amoureuses (*love affairs*), l'échec à un examen (*failure in examination*), la maladie psychiatrique (*insanity/mental illness*).

Il poursuit l'examen des hypothèses les plus probables en évoquant une autre des catégories du rapport : l'absence d'accord pour un mariage (*non-settlement in marriage*). La prévalence de ce trait comme cause de suicide corrèle bien, à ses yeux, sa vision de femmes indiennes vulnérables sur le plan psychologique.

[Alors que nous parlions de la vérification de traces pathologiques au niveau des organes génitaux.] Chez les femmes non mariées, il n'y a pas de blessures apparentes, la plupart du temps. Elles ont des rapports sexuels avec quelqu'un, tout cela est consensuel. Il n'y a pas d'agression ou de viol. [Chez les femmes, c'est] l'échec à obtenir les faveurs de quelqu'un qu'elles aiment, le fait de ne pas pouvoir l'épouser. Ce sont de tout petits problèmes qu'elles rencontrent, et ils sont particulièrement traumatiques pour elles sur le plan psychologique.

Enfin, il m'explique que, s'il raisonne de la sorte, c'est qu'il arrive qu'une famille de victime cherche à transformer un cas de suicide en cas d'accident, de surcroît lorsque le décès a lieu dans un contexte de relation amoureuse hors mariage. La rumeur est susceptible de nuire à la réputation d'une famille et, dans cette optique, les familles sont prêtes à acheter les faveurs de la police. Cela s'expliquerait par l'importance de la « pudeur » d'une femme et de la « réputation » d'une famille, primordiales dans le contexte indien<sup>13</sup>.

En fait, je t'ai dit, dans notre société, la réputation sociale d'une famille, c'est quelque chose de très important. La pudeur (*modesty*) d'une femme compte beaucoup. [...] Aucune famille ne voudra se compromettre sur ces aspects et, quand de telles choses se produisent, la famille a peur de la stigmatisation sociale et elle ne participe pas activement à l'enquête.

Ces constructions hybrides à mi-parcours entre sociologie, psychologie et criminologie, évoquent l'idée de « prénotions de la sociologie spontanée » qui, pour Bourdieu, Passeron & Chamboredon (1968 : 39), fait référence aux discours que chacun peut tenir sur sa propre société du fait de « l'illusion du savoir immédiat » (*ibid.* : 35). Ces prénotions permettent dans un premier temps au médecin de cadrer le type de cas auquel il a affaire. Il cherche d'éventuelles traces corroborant une intentionnalité suicidaire et qu'il lui faudra ajouter aux signes cliniques de l'empoisonnement rapporté.

Alors que l'observation externe du corps mort ne donne à voir aucune marque de violence physique, notamment sexuelle, la dissection des organes internes révèle des congestions – une observation « anormale » au sens médico-légal, mais qui est cependant courante dans les cas de mort par empoisonnement. Cependant, lorsque le médecin procède à la dissection des organes génitaux internes, un élément inattendu survient. Kamala était enceinte de plusieurs semaines au moment de la mort, et le docteur parvient à extraire de l'utérus un fœtus sans vie qu'il me montre et me demande de

photographier. Dans la mesure où les antibiotiques sulfamidés avaient été prescrits à Kamala pour régler un problème d'infection utérine, Manish demande alors à son assistant de préserver l'organe pour un examen microscopique qui sera produit par le laboratoire d'analyses médicales de l'hôpital. Je vois alors l'assistant immédiatement saisir un pot en plastique dans lequel il dépose l'utérus, puis le remplir de formol. Le pot devrait ensuite être transmis au laboratoire d'analyses dont le rapport signalerait à la fois d'éventuelles traces pathologiques tout en attestant l'existence du fœtus.

### Du corps à l'aveu : la sincérité de la mère de Kamala à l'épreuve

À l'issue de ces dernières observations, le médecin se retire de la salle d'autopsie et laisse l'assistant seul à la fermeture du crâne et de l'abdomen. Tandis que je m'apprête à retourner au bureau principal, les opérations habituelles d'une autopsie classique étant à présent terminées, le médecin se dirige vers le policier. Il lui demande de lui adresser la mère de la victime. Manish la reçoit dans une petite pièce qui jouxte la salle d'autopsie, lui demande de s'asseoir, et lui explique ses découvertes. En particulier il précise avoir constaté que Kamala était enceinte au moment du décès.

Le discours du médecin sur l'anomalie médicale détectée en salle d'autopsie soutire à la mère de Kamala un discours sur l'anormalité sociale de la conduite de sa fille. Pour que le médecin contourne la règle, il ne lui suffit pas d'être certain que son analyse, fondée sur sa lecture du dossier de police et son observation du corps de Kamala, est juste. Il lui faut également obtenir de la mère qu'elle accepte d'avouer, de « dire vrai » sur elle-même. La transgression des protocoles de la médecine légale ne saurait s'appuyer uniquement sur l'observation médicale. À l'instar du jugement du juge qui ne saurait constituer une détermination entièrement autonome (Garapon 2001) et pour lequel l'aveu confessionnel, lorsqu'il a lieu, constitue un renfort de poids (Foucault 2012), le diagnostic du médecin demande un appui sous la forme d'un plaider coupable dont il peut directement apprécier la sincérité<sup>14</sup> pour pouvoir déboucher sur une « justice négociée » (Marot 2002 : 431).

La mère, en quelque sorte invitée en ce sens par l'annonce de la découverte du fœtus, passe alors pour ainsi dire à l'aveu et raconte le suicide de sa fille dans une version qui diffère tant du récit reconstruit par la police que des témoignages contenus dans le dossier. Kamala, se sachant enceinte, a cherché à convaincre son amant de l'épouser, mais ce dernier n'a pas accepté. Le suicide, imagine-t-elle en l'absence de note de suicide, découlerait de ce refus. Au terme de l'entretien, la mère, en pleurs, évoque son inquiétude concernant les frères et sœurs de Kamala. Aucun n'est encore marié, et la mère a peur de ne pas réussir à leur trouver de conjoint du fait de la mort de



leur sœur. Manish laisse la mère sortir et je reste seul avec lui dans le bureau redevenu silencieux. Alors que les médecins ont parfois été critiqués pour leur imperméabilité à la subjectivité des patients, les démarches de Manish révèlent une attention prononcée pour les détails de la vie de Kamala. Son mode de raisonnement, critiquable pour la circularité dans laquelle l'enferme son utilisation des statistiques du suicide, est proche de la façon dont les familles de victimes se fondent sur une pluralité de ressources pour s'approprier le sens du suicide d'un proche (Chua 2012).

Selon le médecin, si la présence de ce fœtus dans l'utérus de la victime vient à être révélée, alors un tel élément pourrait poser problème à la famille à plusieurs titres : d'une part, du point de vue de l'indemnisation financière que la compagnie d'assurances n'attribue pas aux membres des familles dans les cas de suicide ; d'autre part du point de vue de la réputation de la famille, qui se verrait gravement dégradée par une telle nouvelle.

Dans ce contexte, le médecin estime qu'il relève de sa responsabilité morale de recourir à son pouvoir discrétionnaire afin d'aider cette famille en favorisant l'hypothèse d'un accident. Cela implique alors pour lui, de ne pas mentionner ce fœtus et de ne pas envoyer l'utérus au laboratoire d'analyses, bien que de telles actions correspondent parfaitement à la définition que propose le Code pénal de l'Inde, à l'article 204, de la « destruction de preuve ».

Les membres de la famille, sur le plan émotionnel, sont très fragiles à ce moment. Nous, nous ne sommes pas supposés nous intéresser à leurs affaires personnelles, ce n'est pas le devoir d'un médecin. Mais je t'ai dit, parfois, il faut savoir dire non. Si je me mets à commenter ce qu'il ne faut pas, et si la police commence à enquêter, peut-être que deux, trois, quatre ou cinq personnes vont se suicider. Une famille entière pourrait se suicider dans un cas comme celui-ci. Ou ils peuvent finir en dépression chronique, être victime d'une maladie psychiatrique. C'est pour cela que, parfois, j'agis ainsi, de mon côté.

Au terme de cette conversation, le médecin retourne en salle d'autopsie et demande à l'assistant de rouvrir l'abdomen, afin d'y replacer l'utérus. Alors que je sors de la salle pour suivre le médecin, je vois l'assistant verser avec précaution dans l'abdomen de Kamala le contenu du pot en plastique, l'utérus et son contenant formolé. Le matin suivant, le médecin rédige son rapport d'autopsie. Dans la partie « histoire du cas », il inscrit un résumé des faits dans lequel est maintenue l'incertitude quant à l'intentionnalité de Kamala au moment de l'ingestion des médicaments : « La défunte a supposément consommé une certaine dose de poison. » Puis, conformément à l'engagement pris vis-à-vis de la mère de la victime, dans la rubrique « organes reproducteurs, externes et internes », il mentionne bien un kyste ovarien mais il

« retient son stylo » au moment de décrire l'utérus qu'il rapporte finalement comme « vide ».

Si je peux retenir mon stylo à un moment donné, et si cela peut profiter à quelqu'un, alors je dois me lancer. Mais si la justice veut suivre son propre cours pour parvenir à ses fins, alors je ne pourrai rien faire.

Concentrant au cours de son intervention ces fonctions officiellement prises en charge par divers maillons de la *death inquest*, le médecin se met en position de juge apte à délibérer de la situation de la mère de Kamala, mais également de soupeser s'il doit ou non prendre le risque d'intervenir en sa faveur.

Manish m'explique comment il procède « de son côté » tout en avouant ignorer comment ses homologues réagissent face à de telles situations. Le choix de favoriser les familles endeuillées dans une logique du souci pour autrui apparaît ainsi dans son cas comme le fruit d'un jugement personnel, fondé sur des conceptions du bien qui lui sont propres. Toutefois, le pouvoir discrétionnaire de l'expert médico-légal, s'il s'exerce bien par une aptitude à arrêter le moment où les règles officielles doivent être écartées, est exercé au profit non pas de l'arbitraire, mais de décisions fondées sur une idée d'équité morale et économique. Celles-ci se retrouvent dans différentes configurations institutionnelles mais peuvent aussi, comme l'étude de cas qui suit le montre, s'appuyer sur des systèmes de règles informelles, alternatives aux procédures officielles, lesquelles, si elles ne déterminent pas la décision d'un médecin dans le contournement des règles officielles, comme toute forme de jugement moral, « coexistent avec un point de vue personnel » (Guibet-Lafaye 2008).

## Régularités et valeurs morales dans la pratique du contournement des procédures

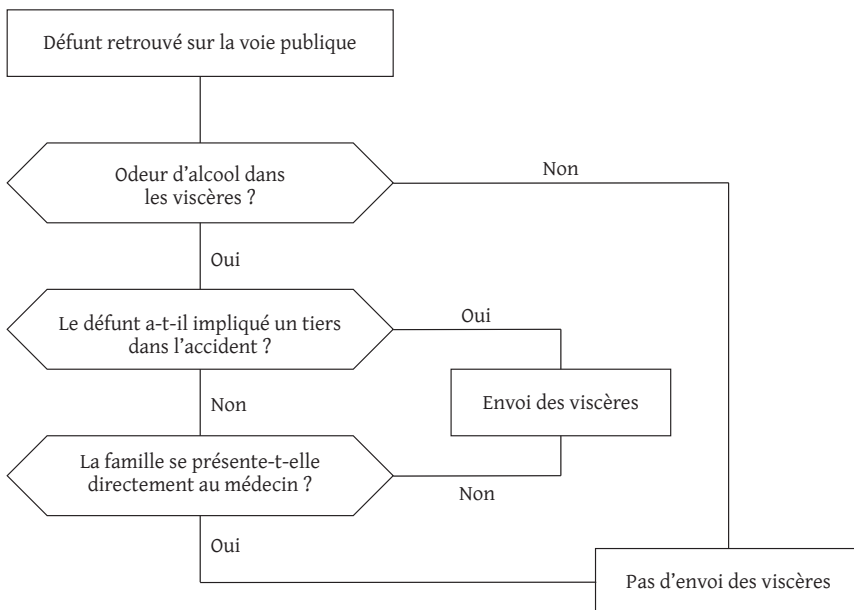
Les contournements de règles ne sont pas forcément le fruit d'une décision prise individuellement. Au cours de mes entretiens auprès d'un groupe de médecins de Delhi, j'ai mis au jour un fonctionnement officieux de la gestion de l'envoi des viscères à l'examen toxicologique dans les cas de décès faisant suite à l'ingestion d'alcool. Pour le comprendre, il me faut revenir un instant sur l'enjeu que représente l'envoi d'échantillons à l'analyse toxicologique.

### Des normes alternatives ?

Lorsqu'un cadavre est retrouvé en bord de route ou qu'un individu décède à la suite d'un accident de la route, en Inde, son corps fait l'objet d'une autopsie médico-légale<sup>15</sup>. Au cours de cet acte, s'il pense identifier une odeur d'alcool

après l'ouverture de l'abdomen (généralement cela se produit à l'ouverture de l'estomac), le médecin est tenu de prélever certains extraits de viscères et de les envoyer au Forensic Science Laboratory de référence pour analyse toxicologique. De cet examen, il revient un document qui spécifie s'il y a ou non présence d'alcool dans les extraits analysés, et qui est joint au dossier. Cependant, seul en salle d'autopsie avec son assistant, le médecin a toute liberté de ne pas transmettre d'échantillons à l'analyse toxicologique. Lorsque la lettre de réquisition de la police n'impose pas le prélèvement et l'envoi à l'analyse toxicologique des viscères, rien ne le contraint véritablement en ce sens.

Comme après un suicide, dans le cas où un individu décède des suites d'un accident tout en étant sous l'emprise de l'alcool, les membres de la famille ne peuvent pas toucher de compensation financière de la part de leur assurance. Plusieurs médecins légistes de ce département estiment que ce principe, lorsqu'il s'applique à quelqu'un qui est mort sans nuire, heurte leur sens de l'équité, de surcroît lorsque le décès affecte une famille pauvre. Procédant d'une façon similaire à celle de Manish, ils ignorent consciemment l'odeur qui se dégage à l'ouverture de l'estomac et ne procèdent à aucun prélèvement à destination de l'analyse toxicologique. Pour m'expliquer ce principe, les médecins m'ont aidé à élaborer ce diagramme que j'ai repris sous la forme suivante.



**Figure 1.** Schéma de règles informelles d'envoi des viscères à l'analyse toxicologique, établi avec l'aide de deux médecins légistes d'un centre hospitalier universitaire d'Inde du Nord

En janvier 2014, Rohit, un médecin en poste de *senior resident* au sein d'un centre d'accueil de victimes d'urgences, m'explique qu'il en est venu, un jour, à découvrir ce système alternatif de règles en partageant avec un supérieur ses doutes face à un cas présentant ce qu'il nomme un « problème moral ».

Un fonctionnaire est mort, il a été retrouvé inconscient, chez lui. Il était alcoolique. Il avait bu pendant la nuit et le matin il ne s'est pas réveillé. Il n'avait pas de blessures, il n'y avait rien, rien qui éveille des soupçons (*foul play*). [...] J'ai ouvert le corps, j'ai trouvé une obstruction au niveau de ses artères coronaires : 50 à 60 % [...] J'ai trouvé les organes dans un état congestif [...] ce dont j'ai déduit qu'il y avait de l'alcool. Ce que je suis supposé faire – et que je fais normalement –, c'est garder les viscères pour vérifier s'il y a eu intoxication (*rule out the intoxication*).

De même que la mère de Kamala s'est présentée au médecin et a révélé la vérité de sa situation, en parlant de l'amant de sa fille et du mariage de ses enfants dans un registre que le médecin a considéré comme sincère, des proches se sont, ici également, manifestés en personne auprès des médecins. Au cours de notre entretien, le médecin recrée une partie du dialogue pour me permettre de comprendre la texture de l'interaction qui a réellement eu lieu. La restitution permet de saisir les traits de déférence et de sincérité que le médecin a relevés chez les proches du défunt. Elle permet aussi de constater la mise en branle de l'idéal d'équité morale et économique du médecin qu'occasionne la situation de cette famille.

Maintenant, sa famille est venue. Les enfants m'ont dit « Docteur Sahab, n'envoyez pas les viscères (*viscera na bhejye*) » ; « Pourquoi ? » ; « Docteur Sahab, c'était un homme pauvre [...], le seul à gagner le pain de la famille. Il était fonctionnaire. Si vous envoyez les viscères et qu'il revient une alcoolémie positive, nous n'aurons pas l'assurance, alors que pouvez-vous faire ? » Donc, voici le problème moral, cela m'est arrivé.

Dans les cas de mort naturelle, la seule condition pour pouvoir écarter l'hypothèse d'un corps intoxiqué est la nécessité de pouvoir faire reposer la cause de la mort sur une autre observation, sous peine d'en arriver à une autopsie dite « négative » (à la fin de laquelle le médecin, faute de résultats, se voit contraint de rendre la conclusion suivante : « cause de la mort inconnue »).

J'ai dit, « ça va, je n'envoie pas les viscères », parce que j'avais l'obstruction de l'artère coronaire. Si je n'avais pas eu cet élément, alors j'aurais dû envoyer.

Enfin, il explique que, incertain de la « bonne » attitude à adopter face à ce dilemme, il s'est tourné vers un *senior* du département qui, lui, a expliqué comment procéder dans ce cas.

À l'époque, j'étais *junior resident*, et je n'étais pas très confiant. J'en ai parlé avec mon *senior resident*. Il m'a dit « ça va, il n'y a pas à s'inquiéter, ça va, laisse faire, donne une attaque cardiaque ». Et c'est seulement alors que j'ai donné l'attaque cardiaque.

C'est ainsi que ce médecin a fini par être initié à ce système alternatif de règles, même si, pour sa part, il n'a pas été confronté à ce type de situation depuis le cas qu'il m'a raconté. Les règles alternatives aux règles officielles, qui donnent des repères aux médecins soucieux d'aider les familles sans risquer de se compromettre (par l'oubli d'un envoi de viscères rendu obligatoire par la lettre de réquisition de la police, etc.), se communiquent préférentiellement des médecins expérimentés aux autres.

### L'« observance médico-légale » : l'aveu qui rend l'incertitude tolérable

Les médecins ne contournent pas les règles sans raison. Lorsqu'il n'est pas question de *bakchich*, la transgression des procédures est une attitude socialement acceptable dès lors que les endeuillés acceptent de parler avec sincérité et de faire preuve de déférence à l'égard de l'autorité du médecin. Tel est le prix à payer pour bénéficier de leur paternalisme bienveillant. En s'appuyant sur le traitement de l'« observance thérapeutique » par les sciences sociales<sup>16</sup>, je propose de parler d'une « observance médico-légale » pour désigner l'attente de déférence et de sincérité qu'entretiennent les médecins vis-à-vis des proches qu'ils rencontrent et interrogent, et auxquels ils font avouer la vérité qu'ils attendent. D'après le travail réalisé à Baltimore par S. Mulla, les attentes par des infirmières médico-légales d'une observance thérapeutique de la part de victimes d'agressions sexuelles sont liées à la tension qui règne dans ces espaces entre une logique du soin et une logique de l'évaluation des dommages. Pour être une « bonne victime », il faut d'abord accepter d'être soignée (Mulla 2014). Il faut aussi dire la vérité qu'attend le médecin, dans une situation où un refus d'avouer est interprété comme une non-observance et un déni de réalité. Dans le cas de Manish, la confrontation de la mère de Kamala à l'hypothèse du suicide a été considérée comme indispensable par le médecin, alors même qu'il estimait avoir déjà parfaitement compris la situation. De même, Rohit et ses collègues n'intercèdent que lorsque les requêtes sont présentées directement par les familles, et pas lorsque la police se présente à leur place. Comme elles le sont dans d'autres contextes (Fassin 2013), la sensibilité et l'empathie sont utilisées par les médecins comme des outils d'évaluation permettant d'estimer la légitimité d'un contournement en faveur d'une famille. Comme le rappelle toutefois Manish au cours de l'entretien du 5 juillet 2013, la décision du médecin n'est jamais

finale. L'aveu, confirmation ultime, constitue alors un outil de gestion de cette incertitude qui s'ouvre alors au médecin dans sa décision de transgresser.

Si la justice veut reprendre son cours et atteindre ses fins, alors je ne pourrai rien faire. [...] Ça ne s'arrête pas [à mon rapport]. Si la police ou le tribunal ont encore besoin d'informations concernant mes commentaires, alors je dois obtempérer.

## Mentir pour autrui

Alors que le mensonge des médecins a été étudié dans une série de travaux à la fois bioéthiques (sur la thématique du « privilège thérapeutique », voir Fainzang 2006a : 32-33) et sociologiques (Fainzang 2006b, 2009 ; Glaser & Strauss 1965), les pratiques précédemment décrites occasionnent une réorientation de cette logique. Le mensonge est retourné à l'encontre de l'État lui-même, auquel ces médecins choisissent d'occulter des informations<sup>17</sup>. Même si l'omission délibérée peut être vue comme une version passive du mensonge, les médecins rejettent ce terme. Manish explique d'ailleurs, le 5 juillet 2013, qu'il exclut de se lancer dans des formes actives de mensonge au tribunal. Même s'il est toujours possible de lutter contre les avocats de la défense et de déconstruire leurs arguments, si la question de la possibilité du suicide ou de la compatibilité des blessures avec un cas de suicide devait lui être explicitement posée au tribunal, alors il « n'y pourrait rien ». Il y a une ligne entre « ne pas dire qu'il s'agit d'un mensonge » et « dire qu'il s'agit d'un accident » que le médecin ne veut pas franchir.

— P. F. : Mais au tribunal, que disent les avocats des compagnies d'assurances ?

— Manish : Ils vont devoir se battre avec moi, n'est-ce pas ?

— P. F. : Tu défendrais qu'il s'agit d'un cas d'accident au tribunal ?

— Manish : Je ne peux pas défendre cela au tribunal. À ce moment-là, je suis sous serment. En fait, tout cela va être mis dans les transcriptions du tribunal. Face aux « Docteur, clarifiez ! », je ne pourrai rien faire.

Comme le médecin l'explique, le serment l'engage à ne pas dire de mensonges au tribunal, mais il ne lui est pas interdit d'en dire le moins possible sur le plan des intentionnalités. D'autant que la manière de la mort n'est pas une mention obligatoire pour l'expertise médico-légale en Inde, il n'est pas vu comme illégitime de la part du médecin, s'il ne lui est pas demandé de se prononcer en ce sens, de ne pas commenter la compatibilité avec les hypothèses de suicide ou d'accident. Pour Manish, les circonstances pratiques des tribunaux indiens rendent d'ailleurs improbable que les compagnies d'assurances défendent ce type de cas avec ardeur, au bénéfice des familles.

Personnellement, je pense qu'ils devraient obtenir ce qu'ils souhaitent. La façon dont j'ai écrit le rapport, je n'ai rien commenté du tout. Les éléments que la police m'a donnés, je ne les ai pas mentionnés. J'ai seulement donné la cause [médicale] de la mort. La manière de la mort, je l'ai retirée. [...] Ça sera considéré comme un accident !

Les médecins ne se considèrent pas comme les bénéficiaires de cette manipulation. Ils développent, à l'instar de Manish, l'argument qu'il est préférable de nuire ponctuellement à une compagnie d'assurances dans des proportions qui, au cas par cas, ne sauraient éroder leur opulence.

Ce n'est pas moi qui tire bénéfice de tout cela. Ce serait le tribunal. Je t'ai dit, les compagnies d'assurances, elles ont plein d'argent.

Nous retrouvons alors une logique du privilège thérapeutique étendue à trois partis. Les médecins considèrent que le mensonge (passif) est acceptable s'il est dans l'intérêt des familles.

\* \* \*

R.A. Posner, dans plusieurs articles et ouvrages (voir notamment Posner 1996), défend l'idée de « jugement pragmatique », qu'il définit comme la nécessité pour les juges de tenir des positions fondées sur leur intuition, ou encore sur des considérations morales ou émotionnelles. Posner cite à ce propos, entre autres choses, le juge Holmes, connu pour son *puke test* (test de vomissement) – il sait qu'une loi doit être rejetée lorsqu'elle lui donne envie de vomir – ou encore le juge Felix Frankfurter – connu pour avoir émis l'idée que des éléments de preuve doivent être rejetés lorsqu'ils sont acquis d'une façon qui « choque la conscience ». Même si Manish et Rohit se fient à leur intuition de ce qui constitue une injustice, leur démarche s'écarte cependant de l'idée de jugement pragmatique élaborée par Posner. En effet, selon le principe de la jurisprudence de *common law*, le fait qu'un juge décide qu'une règle ne s'applique pas dans un cas précis modifie la règle elle-même en ajoutant un cas de figure à la liste de ses exceptions. Ainsi, les juges aux États-Unis n'ont pas besoin de contourner une règle gênante, puisqu'il leur suffit en quelque sorte d'amender la liste des cas possibles de rejet<sup>18</sup>. Il n'est en revanche pas possible pour un médecin légiste d'amender la procédure et de promulguer des cas d'exception par la pratique.

Les démarches entreprises par Rohit et Manish visent à favoriser le bien lorsque le juste n'aboutit pas à réduire la souffrance des familles qu'ils rencontrent et qui sont, dans les termes de ce dernier, « ceux qui souffrent vraiment ». Les deux médecins favorisent le bien-être de ces familles par le

rejet d'une partie de la procédure juridique – l'envoi de matériaux à l'analyse microscopique – et le mensonge passif dans la restitution médico-légale. Ils légitiment la décision d'enfreindre les droits des compagnies d'assurances en mettant en avant leur supposée solidité financière, prétextant, comme Manish, que « si une poignée d'argent est extraite de la mer d'argent des compagnies d'assurances, cela ne les affecte pas beaucoup ». Ce faisant, à l'image des juges précédemment cités, ces médecins par leurs pratiques contestent le « primat du juste sur le bien » (Nachi 2006 : 35). Considérer cette logique permet de rendre compte d'un certain nombre de positions tenues par les médecins légistes, telles que la revendication d'une identité professionnelle centrée autour de la formation médicale ou encore le souhait de jouer un rôle plus central dans la *death inquest*. Mais cette logique est entravée par le formalisme que lui impose sa finalité juridique et qui constitue la norme tant dans la pratique juridique que dans les expertises.

La préoccupation éthique pour le bien de certains experts, manifeste dans les situations qu'évoque cet article et que Rohit a qualifiées de « dilemmes moraux », est mise entre parenthèses dans les documents officiels et lors des dépositions au tribunal. L'objectivité des restitutions est produite sur l'injonction d'une autorité judiciaire qui elle-même réprime l'irruption des contextes locaux des affaires dans la justification de ses décisions. L'enjeu de ce lissage réside notamment dans « l'image que certains juges veulent donner d'eux-mêmes, comme arbitres neutres dont les décisions reposeraient uniquement sur les "faits enregistrés" et sur les règles de la preuve » (Berti 2012 : 162). Ils ne sont cependant otages des règles de droit que dans une certaine mesure et peuvent inscrire, notamment par l'emploi de doubles négations, des contre-récits en filigrane des comptes rendus de procès qui suggèrent que la vérité du cas jugé est autre que celle du verdict, rendue sur une base juridique (Berti & Tarabout 2016 : 127).

Contaminée par le tiraillement juridique entre le juste et le bien, la médecine légale se distingue toutefois du droit en ceci qu'il est possible, quoiqu'illégal, pour les médecins de ne pas réinjecter leurs observations dans la délibération sur la cause de la mort. Le droit ne peut ignorer les faits lorsque ceux-ci sont établis. Pour pouvoir produire un jugement, le mouvement juridique doit nécessairement « relier » les faits au droit après les avoir « déliés » (Latour 2002 : 161), au terme de ce que B. Latour nomme « le passage de la force au mouvement, si particulier, du droit » (*ibid.* : 154). Au contraire de ceux qui « figurent au dossier » (*ibid.* : 160), les foetus et les exhalaisons alcooliques, observations médicales, peuvent ne jamais devenir « faits juridiques », d'abord grâce aux médecins qui « retiennent leur stylo », puis grâce à la crémation des corps morts, irréversible et rapide. Même s'ils sont déliés lors de l'examen médical puis au cours de l'épreuve de vérité à



laquelle le médecin – à la fois expert, juge et partie – soumet les membres des familles, le médecin peut les dissoudre en s'appuyant sur les procédés que j'ai illustrés. Lorsque, éventuellement, le rapport médico-légal atterrira sur le bureau d'un juge, plusieurs mois après l'autopsie, cette dissolution aura eu lieu depuis longtemps.

## Notes

1. Afin de préserver l'anonymat des différents protagonistes mentionnés, les noms utilisés dans cet article sont fictifs.
2. Au cours de mes premiers entretiens, un médecin m'explique ainsi que l'idée d'une société juste s'articule à la définition même de la médecine légale, précisant ainsi en quoi, comme praticien de cette discipline, il remplit un devoir moral : « Sur le long terme, nous travaillons pour l'administration de la justice, de sorte qu'il en résulte une société plus juste et plus équitable. »
3. En Inde, la médecine légale est à la fois une spécialité médicale (*M.D. Forensic Medicine*) dont les praticiens – les médecins légistes – sont formés et travaillent dans des hôpitaux publics ou privés, partageant leur temps entre des tâches d'enseignement et des examens médico-légaux sur réquisition de la police. La majorité des actes médico-légaux, cependant, est conduite par des médecins non spécialistes. En Inde, environ 90 % des autopsies judiciaires sont conduites par des non spécialistes (KHANDEKAR 2015 : iii), et si l'on compte également les examens médico-légaux cliniques (que l'on nomme en France « médecine légale du vivant »), environ 80 % de l'ensemble des actes médico-légaux (SUNDARAGIRI 2015 : 302).
4. Les médecins légistes sont des « experts médico-légaux » puisqu'ils déposent au tribunal avec le statut de témoin expert – ils ne rapportent pas uniquement des faits mais peuvent proposer une opinion inférée à partir d'une analyse experte de ces faits –, mais les non-légistes peuvent également jouer ce rôle si un officier de police leur ordonne de conduire un examen médico-légal. Les matériaux ethnographiques sur lesquels cet article s'appuie sont issus d'un travail mené auprès de médecins légistes.
5. Par exemple dans *Punjab Singh vs State of Haryana* pour la preuve médicale et dans *Magan Bihari Lal Vs. State of Punjab* pour la typographie. Le premier jugement explique que « si une preuve directe est satisfaisante et fiable, elle ne peut pas être rejetée sur la base d'une hypothétique preuve médicale » (PUNJAB SINGH VS STATE OF HARYANA, 1984). Selon le second, « il existe une profusion de précédents faisant autorité, selon lesquels il n'est pas fiable de fonder purement une condamnation sur une opinion d'expert sans corroboration substantielle » (*Magan Bihari Lal vs State of Punjab* 1977).
6. L'expression juridique en anglais est *non-binding*. La question de la contrainte ne se restreint pas à l'expertise médico-légale mais s'étend à l'expertise judiciaire en général (DUMOULIN 2000).
7. Cet article s'appuie sur une enquête de terrain menée sur une durée totale d'environ un an, conduite en partenariat avec trois hôpitaux dans le nord de l'Inde. J'y ai été reçu comme observateur avec un statut plus ou moins formel selon les établissements, puisque certains chefs de service se sont contentés d'un accord oral tandis que d'autres ont requis un partenariat officiel

avec mon école doctorale et mon université d'affiliation.

8. Ce type d'instructions est un héritage de la médecine légale coloniale (KOLSKY 2010a, 2010b) et participe, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, à l'assise scientifique de la discipline médico-légale et à la légitimité de la preuve médicale au tribunal.

9. Les transactions et négociations effectuées à la morgue ont cependant lieu, en règle générale, à l'abri des regards alors même que l'existence de ce type d'opération est connue de tous en Inde. Michael Taussig définit le secret public comme « ce qui est généralement su mais ne peut pas être dit », une idée à la fois connue et non dite qui génère une impression de « secrètement familier » (TAUSSIG 1999 : 50-51). Les pratiques de petite corruption en Inde, malgré l'opacité dans laquelle elles ont lieu, génèrent des discours multiples qui, tout en jouant un rôle actif dans la construction de la citoyenneté en Inde (GUPTA 1995), participent d'une crise profonde de confiance vis-à-vis des institutions (MATHUR 2015). Les précautions que prend la littérature grise pour évoquer la corruption reflètent les difficultés que peut poser l'évocation d'un secret public dans l'espace public.

10. L'expression est empruntée à G. Blundo et J.-P. Olivier de Sardan pour désigner les pratiques corruptives qui, au-delà des dénonciations qui en sont faites, participent du « fonctionnement réel » de l'État au quotidien (BLUNDO & OLIVIER DE SARDAN 2001).

11. Michel Hanus dresse un bilan des travaux menés en ce sens sur la stigmatisation sociale qui accompagne le suicide, considéré « dans toutes les sociétés et religions occidentales [...] comme un prototype de la mauvaise mort » (HANUS 2005 : 54).

12. Il a ainsi tantôt été suggéré que les critères scientifiques de classification sur

lesquels les *medical examiners* s'appuient les conduisent à sous-rapporter le nombre de véritables suicides (PESCOSOLIDO & MENDELSON 1986 ; TIMMERMANS 2006), tantôt que ce sont les coroners qui, en raison des conditions structurelles dans lesquelles ils travaillent, y sont davantage enclins (CLARKE-FINNEGAN & FAHY 1983 ; KLUGMAN, CONDRAN & WRAY 2013). L'étude du cas indien impose, en outre, de prendre en compte le fait que seulement 25 % des décès sont officiellement enregistrés, et que 10 % font l'objet d'une certification médicale (RADHAKRISHNAN & ANDRADE 2012).

13. Du point de vue de praticiens supposés classer des entités dans des taxonomies préétablies, recourir à ces catégories pour pré-classer les cas peut être envisagé comme problématique. Jocelyn Lim Chua parle de « lectures épidémiques » du suicide pour désigner la façon dont les proches d'un suicidé recourent aux facettes légales, médicales et sociales d'archétypes du suicide pour donner du sens au geste de leur proche. Ces interprétations ne consistent pas tant en une construction, reposant sur les détails du cas de suicide en l'occurrence étudié, que sur une mise en tension des caractéristiques démographiques du suicide – groupe d'âge, genre, méthode employée, etc. (CHUA 2012 : 213). Chua note justement la circularité de ce type de raisonnement, qui correspond à la problématique de l'« inclusion mutuelle » développée par Anne-Marie Mol : une population, appréhendée au moyen d'outils statistiques, résulte de l'agrégation de cas individuels, mais les catégories qui émergent de cette perspective démographique constituent en retour également des catégories d'analyse des cas individuels (MOL 2002 : 132). Cette façon de saisir les cas individuels s'avère d'autant plus problématique que les médecins, à la différence des familles, contribuent par leurs diagnostics à la production des données épidémiologiques et par leurs publications

académiques à la définition des causes de mortalité et de morbidité.

14. Zouhair Ghazzal explique que les conditions d'énonciation de l'aveu doivent correspondre à celles d'une performance publique et ritualisée. L'aveu « doit prendre un aspect dramatique, ce qui implique une dimension même plus touchante qu'un *performative statement* ordinaire [...] » (GHAZZAL 2016 : 43).

15. L'Inde, contrairement à l'Europe, est dotée d'un système médico-légal qui envoie à l'autopsie un éventail large de types de morts violentes. Même si de nombreux cas ne sont pas déclarés aux autorités et échappent ainsi à l'examen *post mortem*, les décès consécutifs à des accidents de la voie publique sont techniquement soumis à l'autopsie judiciaire. À l'inverse, les systèmes médico-légaux européens sont davantage axés sur la réduction du nombre d'autopsies conduites. Un discours sur les « autopsies inutiles » émerge aussi peu à peu en Inde. Un exemple en est le rapport de Khandekar, adressé au gouvernement central, qui invite à une réflexion sur les « examens *post mortem* non nécessaires », notamment ceux se produisant « dans des cas où des preuves sont amplement disponibles pour certifier la cause de la mort » (KHANDEKAR 2015 : 4).

16. Il a notamment été établi dans le cadre d'une étude menée en France auprès de patients et de médecins sur le traitement pour l'hypertension artérielle que « pour les médecins, leurs conceptions de la notion d'observance, de leur rôle et de leur mission d'éducation à la santé reflètent une idéologie de l'action et de l'utilitarisme, et les valeurs de bienveillance et de responsabilité qui imprègnent la culture médicale » (SARRADON-ECK 2007 : 29). L'attente d'une attitude docile des patients à l'égard des consignes qui leur sont prodiguées est donc liée par le regard des médecins à une certaine idée de la bienveillance à leur égard.

17. Il s'agit d'une distinction opérée par les médecins eux-mêmes qui dissocient deux formes du mensonge. Pour reprendre les termes de Sylvie Fainzang, il s'agit de la distinction « entre une situation où une chose n'est pas dite pour ne pas la révéler et celle où une chose n'est pas dite pour faire croire son contraire » (FAINZANG 2006b : 31).

18. Les médecins légistes n'ont pas davantage l'autorité de certains États qui mettent en avant « l'intérêt supérieur de l'enfant » pour justifier la négation des droits des parents (YOUF 2002).

## Bibliographie

ANDERSON, O. (1987), *Suicide in Victorian and Edwardian England*, Oxford, Oxford University Press.

ATKINSON, M.J. (1978), *Discovering Suicide: Studies in the Social Organization of Sudden Death*, Londres/Basingstoke, The Macmillan Press Ltd.

BERTI, D. (2012), « Pouvoirs locaux et contraintes judiciaires dans une affaire de viol en Inde », *Diogenès*, 239-240, pp. 139-165.

BERTI, D. & TARABOUT, G. (2016), « La vérité en question. Idéal de justice et techniques judiciaires en Inde », *Cahiers d'anthropologie sociale*, 13, pp. 117-134.

BLUNDO, G. & OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (2001), « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique africaine*, (83), pp. 8-37.

BOURDIEU, P., CHAMBOREDON, J.-C. & PASSERON, J.-C. (1968), *Le Métier de sociologue*, Paris, Mouton/Bordas.

- CHUA, J. (2012), « Tales of Decline: Reading Social Pathology into Individual Suicide in South India », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36 (2), pp. 204-224.
- CLARKE-FINNEGAN, M. & FAHY, T.J. (1983), « Suicide Rates in Ireland », *Psychological Medicine*, 13 (2), pp. 385-391.
- DODIER, N. (1991), « Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives. Une enquête dans la médecine du travail », *Sciences sociales et santé*, 9 (2), pp. 79-121.
- DOGRA, T.D., & SHARMA, R.K. (1990), *Medico-Legal Manual of AIIMS*, New Delhi, MS Office AIIMS.
- DOUGLAS, J. (1967), *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press.
- DUBOIS, V. (2008), *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica.
- DUMOULIN, L. (2000), « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement. De la ressource à la contrainte », *Droit et société*, 44-45, pp. 199-223.
- FAINZANG, S. (2006a), *La Relation médecins-malades. Information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France.
- FAINZANG, S. (2006b), « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 2 (26), pp. 27-36.
- FAINZANG, S. (2009), « La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Une approche anthropologique », *Questions de communication*, 15, pp. 279-295.
- FASSIN, D. (2001), « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, 19 (4), pp. 5-34.
- FASSIN, D., ed. (2013), *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Paris, Seuil.
- FOUCAULT, M. (2012), *Mal faire, dire vrai. Fonction de l'aveu en justice*, Louvain-la-Neuve/Chicago, Presses Universitaires de Louvain/University of Chicago Press.
- GARAPON, A. (2001), *Bien juger. Essai sur le rituel judiciaire*, Paris, Odile Jacob.
- GHAZZAL, Z. (2016), « Le "dire vrai" de l'aveu lors d'une confession criminelle », *Cahiers d'anthropologie sociale*, 13, pp. 135-151.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. (1965), *Awareness of Dying*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- GOODIN, J. & HANZLICK, R. (1997), « Mind your Manners. Part II: General Results from the National Association of Medical Examiners Manner of Death Questionnaire, 1995 », *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 18 (3), pp. 224-227.
- GUIBET-LAFAYE, C. (2008), « Jugement moral et vie bonne: l'héritage aristotélicien dans l'éthique habermassienne de la discussion », *Cahiers philosophiques de Strasbourg*, 1, pp. 313-334.
- GUPTA, A. (1995), « Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State », *American Ethnologist*, 22 (2), pp. 375-402.
- GUPTA, A. (2012), *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence and Poverty in India*, New Delhi, Orient Blackswan Private Limited.
- HANUS, M. (2005), « Les particularités du deuil après suicide », *L'Esprit du temps*, 1 (127), pp. 49-58.
- HEALTH DEPARTMENT HARYANA (2012), *Haryana Medico-Legal Manual*, Chandigarh.
- KHANDEKAR, I. (2015), *Medico-Legal Death Investigation: Constitutional Validity of Police Officials Existing Practice of Ordering Post-mortem Examination vis-à-vis 174 CrPC: A Cause of Concern*, Wardha, URL: [www.dropbox.com/1/s/Atuv/QoVVS0slfkapybLMq](http://www.dropbox.com/1/s/Atuv/QoVVS0slfkapybLMq).
- KOLSKY, E. (2010a), *Colonial Justice in British India: White Violence and the Rule of*

- Law, Cambridge, Cambridge University Press.
- KOLSKY, E. (2010b), « “The body evidencing the crime”: Rape in Trial in Early Colonial India, 1861-1947 », *Gender and History*, 22 (1), pp. 109-130.
- JOHNSON-McGRATH, J. (1995), « Speaking for the Dead: Forensic Pathologists and Criminal Justice in the United States », *Science, Technology & Human Values*, 20 (4), pp. 438-459.
- JUSTON, R. (2016), « Comment une tache de sang devient-elle une preuve ? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales », *Droit et société*, 93 (2), pp. 395-416.
- KLUGMAN, J., CONDRAN, G. & WRAY, M. (2013), « The Role of Medicolegal Systems in Producing Geographic Variation in Suicide Rates », *Social Science Quarterly*, 94 (2), pp. 462-489.
- LATOUR, B. (2002), *La Fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d’État*, Paris, La Découverte.
- LAW COMMISSION OF INDIA (2008), *Proposal for Enactment of New Coroners Act Applicable to the Whole of India*, New Delhi.
- LIPSKY, M. ([1977] 2010), *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation.
- Magan Bihari Lal vs State Of Punjab, le 15 février 1977, Cour Suprême de l’Inde (Criminal Appeal 22 of 1976).
- MAROT, P.-Y. (2002), « Les résurgences de l’aveu et l’appréciation de la peine », *Revue juridique de l’Ouest*, 15 (4), pp. 423-446.
- MATHUR, N. (2015), *Paper Tiger: Law, Bureaucracy and the Developmental State in Himalayan India*, New Delhi, Cambridge University Press.
- MAYER, P. (2011), *Suicide and Society in India*, Londres/New York, Routledge.
- MOL, A. (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, Duke University Press.
- MULLA, S. (2014), *The Violence of Care: Rape Victims, Forensic Nurses, and Sexual Assault Intervention*, New York, New York University Press.
- NACHI, M. (2006), *Justice et compromis. Éléments de sociologie morale et politique*, Liège, Les Éditions de l’Université de Liège.
- NATIONAL CRIME RECORDS BUREAU (2015), *Accidental Deaths & Suicides in India*, New Delhi, Ministry of Home Affairs.
- NEUILLY, M.-A. (2013), « Putting the Public Back in Public Health: An Argument for the Articulation of Fatality Reviews and Coroners’ Inquests », *Homicide Studies*, 17 (4), pp. 339-352.
- O’CARROLL, P.W. (1989), « A Consideration of the Validity and Reliability of Suicide Mortality Data », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19 (1), pp. 1-16.
- PESCOSOLIDO, B.A. & MENDELSON, R. (1986), « Social Causation or Social Construction of Suicide? An Investigation into the Social Organization of Official Rates », *American Sociological Review*, 51 (1), pp. 80-100.
- POSNER, R.A. (1996), « Pragmatic Adjudication », *Cardozo Law Review*, 18 (1), pp. 1-20.
- PROVOST, F. (2016), « Un récit effacé. Reconstruction et restitutions narratives dans l’expertise médico-légale en Inde », *Cahiers d’anthropologie sociale*, 13, pp. 135-151.
- PROVOST, F. (2017), « Bodily Signs and Case History in Indian Morgues: What Makes a Medico-Legal Autopsy Complete? », *Human Remains and Violence*, 3 (2), pp. 22-37.
- PROVOST, F. (2018), « Écrire “la cause sans la manière” de la mort? Un regard anthropologique sur la rédaction des rapports d’expertise médico-légale

- en Inde », *Sciences sociales et santé*, 36 (4), pp. 15-39.
- Punjab Singh vs State Of Haryana*, le 15 mars 1984, Cour Suprême de l'Inde (1984 CriLJ 921).
- RADHAKRISHNAN, R. & ANDRADE, C. (2012), « Suicide: An Indian Perspective », *Indian Journal of Psychiatry*, 54 (4), pp. 304-319.
- REAGAN, L.J. (1991), « "About to Meet Her Maker": Women, Doctors, Dying Declarations, and the State's Investigation of Abortion, Chicago, 1867-1940 », *The Journal of American History*, 77 (4), pp. 1240-1264.
- SARRADON-ECK, A. (2007), « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences sociales et santé*, 25 (2), pp. 5-36.
- SHARMA, S. & BAJPAI, S. (2015), « Medico-legal Death Investigation in India: An Overview », *Academic Forensic Pathology*, 5 (3), pp. 443-446.
- STEPHEN, J.F. (1872), « The Principles of Judicial Jurisprudence Being an Introduction of the Indian Evidence Act », in *The Indian Evidence Act with an Introduction of Principles of Judicial Jurisprudence*, Londres, MacMillan and Co.
- SUNDARAGIRI, S. (2015), « Medico-Legal Cases Need a More Professional Approach », *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 37 (3), pp. 302-304.
- TAUSSIG, M. (1999), *Defacement: Public Secrecy and the Labor of the Negative*, Stanford, Stanford University Press.
- TIMMERMANS, S. (2005), « Suicide Determination and the Professional Authority of Medical Examiners », *American Sociological Review*, 70 (2), pp. 311-333.
- TIMMERMANS, S. (2006), *Postmortem: How Medical Examiners Explain Suspicious Deaths*, Chicago/Londres The University of Chicago Press.
- YOUF, D. (2002), « L'enfant en danger. Le juste et le bien », *Journal du droit des jeunes*, 2 (212), pp. 30-37.

## Résumé

Dans les cas de décès non expliqués, les médecins légistes indiens interviennent dans la procédure policière et judiciaire indienne pour établir la cause de la mort. Cette détermination doit alors être effectuée d'un point de vue strictement médical et exclut toute participation du médecin à la délibération judiciaire. Pourtant, les médecins légistes disposent de ressources leur permettant de peser dans le cours judiciaire des cas en falsifiant les résultats des examens qu'ils conduisent. Cette contribution propose d'étudier comment les médecins peuvent décider de transgresser certaines règles pour secourir, sous certaines conditions, la famille d'un défunt. Elle montre que l'acte de contournement ne relève pas de l'arbitraire du médecin, mais qu'il répond à certains principes et normes en concurrence avec les règles officielles.

## **Abstract**

### **“To Hold One’s Pen” for Fairness: Bypassing the Rules among Forensic Pathologists in India**

In the event of an unexplained death, Indian medico-legal experts take part in the police and judicial proceedings with the purpose of establishing the cause of death. This determination must be made from a strictly medical point of view and excludes any involvement of the doctor in the judicial deliberation. However, medico-legal experts have the resources to influence the judicial course of cases by falsifying the results of the examinations they conduct. This contribution proposes to study how doctors can decide, under certain conditions, to break certain rules to rescue the family of a deceased person. It shows that circumventing the rules is not an arbitrary decision on the part of the doctor, but that it meets certain principles and standards that compete with official rules.