

## Un récit effacé. Reconstruction et restitution narratives dans l'expertise médico-légale en Inde

Fabien Provost

« Le Dr Anil<sup>1</sup>, s'adressant à un policier : Écoutez, ça, ce sont des blessures auto-infligées. Il faut que vous compreniez, vous autres. Il avait le couteau à la main et il s'est mutilé la main. Il s'est automutilé. Mais je ne vais pas prouver que [ces blessures] sont auto-infligées, juste que [...] la cause probable de ces blessures est l'auto-infliction. Les termes doivent être appropriés [*"The language should be proper"*]. »

Dans quelles circonstances un médecin peut-il se retrouver contraint d'écrire qu'une cause est « probable » lorsqu'il vient pourtant d'expliquer à l'oral qu'elle est certaine à ses yeux ? Cette vignette est extraite d'une conversation observée en 2014 en Inde entre un médecin et un policier, dans le service de médecine légale d'un hôpital de Delhi, à l'occasion des examens de deux victimes d'agression<sup>2</sup>. À l'issue de ces examens cliniques, le médecin reconstruit le contexte de l'agression et en conclut que le second patient a lui-même été l'auteur des blessures présentes sur ses bras. Mais, dans le cas de l'Inde, à la différence des situations médicales à finalité thérapeutique – pour lesquelles la nécessité d'une bonne compréhension des contextes cliniques ne fait pas débat –, l'expert médico-légal doit, depuis les origines de sa discipline, agir comme « un interprète des faits qui n'a pas de connaissance préalable personnelle de ceux-ci » (« *an interpreter of facts without having personal knowledge of them* », Lyon, 1904). Pour que le rapport du médecin légiste puisse être reçu comme preuve médico-légale, son ignorance du contexte doit apparaître dans la formulation des conclusions d'examen : la médecine mise au service du droit ne saurait établir que les blessures de ce patient sont auto-infligées. Elle peut

seulement dire que « la cause probable de ces blessures est l'auto-infliction », au sens où lesdites blessures correspondent aux critères morphologiques, spatiaux, etc. proposés par les grilles de caractérisation des blessures auto-infligées que l'on retrouve dans la littérature médico-légale. Il ne s'agit pas d'une auto-infliction dont le diagnostic résulterait d'une analyse des intentions des patients<sup>3</sup>.

À travers l'espace et le temps, le corps humain a systématiquement été perçu comme un ensemble de signes à lire et à interpréter. De nombreuses formes de savoirs impliquent une objectivation et une interprétation des phénomènes corporels et, en raison de leur vocation thérapeutique, les différentes formes de médecines traditionnelles, de même que la médecine allopathique et ses différentes spécialités, occupent au sein de celle-ci des places de premier ordre (Daston et Galison, 2012 ; Mol, 2002). Il est bien établi que la prise du regard médical sur les corps humains varie selon les contextes culturels et les traditions thérapeutiques (Delvecchio Good, 1995 ; Lock et N'Guyen, 2010). Que se passe-t-il alors lorsque l'herméneutique médicale se déploie dans le cadre d'une médecine *légale*, lorsque l'enjeu pour les institutions du droit n'est pas simplement de repérer des causes biomédicales, mais bien d'imputer des intentionnalités, en particulier pour déterminer si c'est un crime qui produit une blessure ou la cessation de la vie ? Que deviennent alors les subjectivités des médecins et les intentionnalités qu'ils imputent à leurs patients, phénomènes dont la sociologie et l'anthropologie médicale ont mis en évidence, notamment à travers des approches narratives, la place centrale dans les dispositifs de soins (Cicourel, 2002 ; Dodier, 1993 ; Good et Good, 2000 ; Mattingly, 1994) ?

L'étude ethnographique de différents types d'examen médico-légaux met bien en lumière, entre autres choses, l'importance et l'impact de l'interprétation du contexte par les médecins dans les raisonnements portant sur la cause de lésions corporelles, et dans la formulation de leurs conclusions. L'engagement des médecins dans de telles réflexions est néanmoins problématique au sens où la pratique de la médecine à des fins de droit est, en Inde, surplombée par ce que je propose de nommer une « prescription d'objectivité ». Comme il apparaîtra plus loin dans cet article, le cadrage par les textes de la pratique de la médecine légale confère une place centrale à une disposition qui s'apparente au régime de production de faits que Daston et Galison nomment l'« objectivité mécanique » et qui se caractérise par la mise au jour de connaissances « indépendant[es] du sujet connaissant » (2012). Mais, alors que le droit confie à l'expert médico-légal le mandat d'une analyse des phénomènes corporels fondée de façon exclusive sur une étiologie strictement biomédicale, la prise en compte des intentionnalités apparaît systématique, voire

nécessaire, dans l'ensemble des examens médico-légaux. La préoccupation des médecins à l'endroit des enjeux des enquêtes de police se manifeste dans la façon dont ils organisent leurs entretiens avec les victimes (en situation clinique), infèrent des conclusions à partir de leurs observations et les restituent dans leurs rapports. Ainsi, la médecine légale se présente davantage comme un processus d'enquête (du médecin) au sein de l'enquête (de police) que comme la simple mise en application d'un ensemble de savoirs et de règles.

De plus, tandis que le langage médical a parfois été décrit comme antinarratif (Anspach, 1988) et que la médicalisation des rapports sociaux a pu être comprise comme une négation des subjectivités (Mattingly, 1998), je souhaite au contraire suggérer que les rapports médico-légaux écrits peuvent servir de support à une « volonté performative » des médecins, que ces documents peuvent faire l'objet d'un investissement subjectif de leur part. Les règles et les règlements qui encadrent la pratique médico-légale font alors l'objet d'invocations sélectives et contextuelles, et leur mise en articulation par des médecins légistes révèle une façon de s'engager dans un « espace de discrétion » (Lipsky, 1977) à leur disposition. Évincées du cadre juridique en vigueur, les attributions d'intentionnalité auxquelles les médecins procèdent dans leurs démarches peuvent discrètement prendre place dans les conclusions du rapport, pour peu que leur formulation respecte les conventions stylistiques du registre médico-légal.

## **De l'objectivité médicale au médecin objectif en contexte judiciaire**

Je m'appuie dans cet article sur l'étude du cas, observé en 2014 dans un hôpital urbain du nord de l'Inde, de l'examen médico-légal d'une femme, Manju, et de son mari, Naresh. Les patients présentent des incisions sur différentes parties des membres supérieurs et s'accusent mutuellement d'agression au couteau. La lettre de réquisition des policiers confie au médecin légiste la mission de déterminer si les blessures sont « auto-infligées ou autre ». Le double examen médico-légal au cœur de cet article comporte deux séquences principales :

« – Dans un premier temps, après avoir entendu et examiné Manju, le médecin ne s'estime pas en mesure, dans son rapport écrit, de qualifier les blessures. Celles-ci ne lui semblent alors pas correspondre à la caractérisation type des blessures auto-infligées. Le médecin conclut en affirmant qu'il « ne peut pas rendre d'opinion d'expert ».

- Cependant, après avoir affiné sa connaissance du contexte de l'agression et acquis, pendant l'entretien clinique, la certitude que c'est Naresh qui a agressé Manju, l'expert s'écarte de sa lecture initiale des blessures de l'épouse et prend la décision de mentionner, dans son rapport, que les incisions visibles sur ses mains sont d'un type "couramment observé dans des cas de blessures de défense" ».

La dimension interprétative du travail médico-légal concerne tant les profils des blessures que le contexte de l'agression. Elle se manifeste dans un premier temps dans une verbalisation à l'oral à l'intention du policier. Le Dr Anil n'aborde à aucun moment les examens de Manju et de Naresh comme deux moments indépendants. Tout en évaluant dans quelle mesure les blessures observées correspondent à la caractérisation type des blessures auto-infligées, il pose clairement la question du récit des événements et cherche en particulier à déterminer lequel des deux époux a agressé l'autre. Dans un second temps, de manière plus discrète car plus codifiée, ses interrogations et son interprétation du contexte de l'agression apparaissent lors du passage à l'écrit, au sein de la conclusion du rapport médico-légal qu'il rédigera quelques jours après l'examen. Les choix rhétoriques disqualifiant l'hypothèse selon laquelle Manju aurait pu elle-même se mutiler les bras, ou l'association des incisions examinées sur ses mains au type de blessures « couramment observé dans les cas de blessures de défense », me semblent révélateurs de ce que je nomme une « intention de signifier » de la part du Dr Anil. Tout en se conformant aux conventions de l'objectivité, l'auteur du rapport cherche à faire passer un message, à suggérer un récit dans lequel le mari endosse le rôle de l'agresseur.

La vignette en début d'article souligne que le Dr Anil ne souhaite pas, dans son rapport, exprimer son avis d'une façon qui suggérerait qu'il s'appuie sur son interprétation du contexte de l'agression pour parvenir à sa conclusion. Pourtant, de même qu'en contexte thérapeutique, les manuels de médecine légale semblent affirmer la nécessité de connaître certains éléments du contexte pour pouvoir se saisir d'un cas médico-légal. Les auteurs évoquent notamment l'importance de l'« histoire du cas » (« *history of the case* »). D'après l'édition de 2012 du manuel de jurisprudence médicale de Modi<sup>4</sup> (2012 [1920]), par exemple, « [a]vant de commencer l'examen [*post mortem*] le médecin doit attentivement lire le rapport de police sur l'apparence et la situation du corps quand il a été découvert, et la cause de la mort dans la mesure où elle a été vérifiée ». D'après le manuel de Reddy (2012 [1973]), très fréquemment consulté par les experts que j'ai rencontrés lors de mes enquêtes, l'officier médical devrait aller jusqu'à se forger une préopinion

sur la cause de la mort avant même d'entrer dans une salle d'autopsie, à partir de la lecture des rapports d'enquête présentés par la police. Certains commentateurs, enfin, se positionnent en faveur de la généralisation des « autopsies psychologiques » (Mohanty *et alii*, 2014). Cette méthode de détermination de la cause de la mort, explicitement basée sur l'utilisation des paramètres sociaux et psychologiques, a déjà été utilisée à des fins judiciaires en Inde par le *Central Bureau of Investigation* sans avoir cependant été systématisée.

La réserve dont fait preuve le médecin dans l'extrait cité plus haut se comprend cependant lorsque nous prenons en compte la « prescription d'objectivité » qu'il est tenu d'imposer à sa pratique professionnelle et qui se décline tant dans certains textes produits par des institutions que dans des manuels de médecine légale. Nous y retrouvons l'idée qu'un système légal plus juste résultera de l'élimination des subjectivités dans la procédure. Dans le manuel médico-légal de l'État d'Haryana, par exemple, nous retrouvons l'idée que l'expert « ne doit pas emprunter la version des membres des familles ou de la police lorsqu'il rend son opinion, laquelle doit être basée de manière intègre sur des preuves scientifiques » (*Health Department Haryana*, 2012).

L'enjeu d'une telle prescription est de fournir une preuve qui soit exempte de tout soupçon de corruption, dans un contexte où, comme le remarque la *Law Commission of India* dans un rapport de 2008, a eu lieu « une récente et anormale envolée du nombre de morts non naturelles ». Les membres de ce comité s'inquiètent d'un phénomène « de moyens illégaux, avec la forte possibilité d'une complicité de fonctionnaires de l'État » ; en d'autres termes, ils suggèrent une corruption des policiers et des experts médico-légaux à l'échelle du pays (*Law Commission of India*, 2008).

Non seulement les experts médico-légaux ne devraient, dans l'idéal, rien savoir avant d'agir, mais il leur est aussi demandé de n'inférer que d'une façon très particulière à partir de leurs observations. Leurs descriptions des lésions sont priées de ne relever que de la physiopathologie, et leurs conclusions de l'étiologie biomédicale. De nos jours, les questions posées par la police dans des lettres de réquisition peuvent inviter des médecins, en position d'experts médico-légaux, à indiquer la cause d'une mort (la condition physiopathologique qui a entraîné un décès), à spécifier la gravité d'une blessure, à établir la compatibilité éventuelle d'une arme avec une blessure, etc. Mais le système médico-légal de l'Inde ne conduit pas ses experts à se prononcer sur le type d'intentionnalité à l'origine d'une lésion corporelle ou d'un décès. Contrairement aux *medical examiners* des États-Unis d'Amérique, qui préqualifient la « manière de la mort » à l'issue d'une

en Angleterre » (Kolsky, 2010). Dans le domaine des règles en matière d'admissibilité de la preuve, ce « droit clair et codifié » prend la forme de l'*Indian Evidence Act*, voté à la quasi-unanimité en mars 1872. James Fitzjames Stephen, l'un des principaux artisans de l'*Indian Evidence Act*, précise les intentions des législateurs dans les *Principes de jurisprudence judiciaire*<sup>5</sup>.

Stephen ajoute que l'un des objectifs de la mise en place de ce code est de « fournir au juge des tests de vérité fiables » (*ibid.*), qu'il nomme par ailleurs des « moteurs à vérité » (« *engines of truth* »). La dactylographie et les techniques d'identification par empreinte digitale se développent tandis que la photographie est acceptée par les tribunaux, dans un mouvement d'ensemble qui redessine l'enquête criminelle selon des critères d'objectivité scientifique. L'émergence de la médecine légale et l'introduction au tribunal des médecins comme *expert witnesses* s'inscrivent dans ce cadre, en ce qu'elles permettent de « situer la preuve dans et sur le corps, résolvant ainsi le problème perçu du témoignage oral » (*ibid.*).

L'idée d'employer la science médicale pour obtenir des preuves directement à partir des corps se retrouve dans les manuels de médecine légale rédigés au xix<sup>e</sup> siècle spécifiquement pour le cas de l'Inde. Comme ces manuels l'identifient clairement, la mise en place de ce dispositif doit permettre de résoudre le problème de l'incertitude caractéristique de la preuve en Inde (« *untrustworthiness of native evidence* » pour Lyon (1904) ; « *uncertainty of general evidence in India* » pour Chevers [1870]). Adoptant à la fois un vocabulaire et une perspective orientalistes, I. B. Lyon, par exemple, reprend les termes du *Privy Council* pour déplorer le « lamentable mépris de la vérité qui prévaut chez les populations natives d'Inde ». De telles perspectives confèrent au témoignage médical une place cruciale<sup>6</sup>.

Les manuels de jurisprudence médicale, spécifiquement adressés aux médecins exerçant en Inde coloniale (*ibid.* ; Lyon, 1904 ; Modi, 1920), affirment déjà l'importance d'une décision judiciaire fondée sur une expertise respectant un critère d'objectivité. Ces textes, bien sûr, insistent sur la méthode, mais aussi sur l'attitude que doit afficher le médecin, tant dans sa façon de *présenter la preuve* à l'écrit, dans ses rapports, que lors des dépositions au tribunal. Dès l'édition de 1920, le texte de Modi indique que le rapport médico-légal doit être préparé avec soin, et en particulier qu'« aucun terme excessif, aucun superlatif ni épithète exprimant des sentiments ne doit être utilisé » (*ibid.*). Prolongeant cette idée, la réédition de 2012 précise que les choix de termes effectués par un médecin « ne doivent pas relever d'un jugement. Par exemple, on ne doit jamais dire qu'un "dommage considérable au crâne et au cerveau est le résultat d'une agression particulièrement violente

autopsie (« *manner of death* ») – ils remplissent une ligne où ils précisent si le décès résulte d'une intention meurtrière ou suicidaire, d'une maladie ou encore d'une causalité accidentelle (cf. Timmermans, 2006) –, en Inde, les experts médicaux ne peuvent pas se prononcer sur de tels aspects. Le code de procédure criminelle de l'Inde (1973) attribue à la police – et non à des experts médico-légaux – la tâche de conduire la *death inquest* et, de fait, la responsabilité de préqualifier la manière de la mort. De même, l'examen d'une blessure par arme blanche n'est pas supposé refléter l'intention de nuire qui a animé l'agresseur, mais vise à établir sa gravité en la déduisant d'une grille de caractérisation des lésions (abrasion, incision, perforation, avec fracture, etc.).

Narayan K. Reddy (2012 [1973]) appelle les médecins à ne jamais se prononcer sur les « mérites d'un cas » et à veiller aux termes qu'ils emploient au tribunal pour présenter leurs conclusions.

« Exprimez une opinion à partir de vos connaissances et de votre expérience. Dites « Selon mon opinion », n'utilisez pas d'expressions telles que « Je pense » ou « J'imagine ». Présentez au tribunal tous les matériaux sur lesquels votre conclusion s'appuie. Soyez prêt à donner les raisons de votre opinion, si nécessaire. N'exprimez jamais d'opinion sur les mérites d'un cas. »

Ce cadrage peut être compris comme une façon de prescrire de l'objectivité à la pratique de la médecine légale, tant dans son exercice (les textes précisent les conditions dans lesquelles un examen médico-légal devrait être mené) que dans sa restitution (ils conseillent les médecins quant aux formulations écrites et orales de leurs conclusions). Cette présence de la référence à l'objectivité dans la médecine légale en Inde résulte d'un processus historique qui a abouti à l'élection de la discipline dans le champ juridique comme « technique de vérité », susceptible de résoudre le problème perçu de la fiabilité de la preuve.

Dans l'Inde du XIX<sup>e</sup>, l'idée de science est étroitement liée au projet civilisateur colonial et aux conceptions britanniques de la modernité (Arnold, 2000). L'adossement de l'expertise médicale à un impératif d'objectivité a alors vocation à contribuer à la résolution des difficultés éprouvées par l'administration judiciaire à obtenir des preuves qui lui semblent fiables. En 1868, au regard des multiples différences qui séparaient le travail des juges en Inde et en Angleterre, les membres de la *Law Commission of India* décident que les règles probatoires du droit anglais ne peuvent être appliquées en l'état en Inde. D'après Elizabeth Kolsky, « des circonstances particulières [imposent] un droit clair et codifié qui [diffère] du droit administré

et meurtrière”, ou encore que “le défunt, à l’évidence, a été victime d’une attaque particulièrement meurtrière dans laquelle un étranglement a été commis” » (*ibid.*, 2012 [1920]).

Héritière d’une tension caractéristique de la médecine coloniale « entre, d’un côté, le poids de la science métropolitaine et, de l’autre, la force d’attraction des besoins, contraintes et potentialités perçus pour l’Inde » (Arnold, 1993), la médecine légale indienne contemporaine repose sur des impératifs l’orientant vers un idéal d’objectivité tout en s’articulant aux attentes spécifiques des enquêtes de police et du système judiciaire. En miroir à l’ambivalence du statut théorique de la subjectivité médicale et de l’interprétation du contexte au cours de la production de la preuve, l’étude qui suit illustre dans un cas particulier comment, au sein du système juridique indien, les experts médico-légaux mettent en balance un raisonnement médical, une mise en scène de l’objectivité scientifique et une « intention de signifier » leur avis personnel sur le contexte de l’agression.

### **« Je ne peux pas donner d’opinion d’expert là-dessus » : un contexte flou, un avis incertain**

Début 2014, dans le service de médecine légale d’un important centre hospitalier de New Delhi, se présentent, accompagnés d’un policier, une femme, Manju, et son mari, Naresh, s’accusant mutuellement d’agression avec couteau. Les patients, tous deux âgés d’environ 35 ans, résident ensemble dans le sud de Delhi. La lettre de réquisition rédigée par le policier en charge de l’affaire demande à un médecin légiste d’établir si les blessures observées résultent ou non d’une auto-inflction.

« Au cours de l’enquête, mari et femme se sont accusés l’un l’autre d’agression. Vous êtes prié d’établir si les blessures infligées [au mari et à l’épouse] résultent d’une auto-inflction, ou s’il en va autrement<sup>7</sup>. »

C’est le Dr Anil, seul médecin légiste disponible ce jour-ci dans le service de médecine légale, qui se saisit de ce double examen. Âgé d’environ une trentaine d’années mais ayant déjà participé à plusieurs centaines d’autopsies, le Dr Anil tient à m’expliquer la particularité médico-légale des examens pour « blessures auto-infligées ». En effet, les autorités formulent habituellement à un médecin la demande de qualifier médicalement une blessure ou encore d’en évaluer la gravité,

mais non de donner une indication sur l'auteur des blessures, or l'examen pour « blessures auto-infligées » doit contribuer à déterminer si l'auteur des blessures est la victime elle-même ou non. La littérature médico-légale est abondante sur la question des blessures auto-infligées, surtout lorsque celles-ci présentent une dimension suicidaire (Saukko et Knight, 2004). Certains ouvrages proposent un tableau indiquant les différences les plus communes entre des incisions auto-infligées et celles résultant d'une agression par un tiers (Dettmeyer *et alii*, 2014). En pratique, cependant, la définition opérationnelle des incisions auto-infligées utilisée par les médecins légistes est plus synthétique. Il s'agit d'une incision superficielle, sur une partie du corps exposée, du côté gauche si la personne est droitière, et inversement si elle est gauchère. Néanmoins, certaines blessures auto-infligées échappent à cette caractérisation qui n'a, en pratique, de valeur que de façon contextuelle. L'étude de cas présentée ici illustrera notamment comment la pertinence d'une règle médico-légale peut n'apparaître aux yeux du médecin que selon sa compréhension du contexte. J'appuierai mon propos sur l'étude de séquences d'interaction que j'ai prises en notes au cours et à la suite des examens médico-légaux de Manju et de Naresh.

Le Dr Anil reçoit tout d'abord Manju dans son bureau. Il commence en lui demandant d'expliquer les événements qui ont conduit aux blessures qu'il observe. Son énonciation de sa version des faits – le récit d'une agression par son mari avec un couteau – n'est pas interrompue une seule fois. Le Dr Anil procède ensuite à ses observations sur le corps. Il observe et mesure chacune des incisions présentes sur les mains de la patiente et l'invite enfin à sortir du bureau.

Les blessures observées ne lui semblent pas correspondre à la caractérisation habituelle des blessures auto-infligées que nous venons de considérer, mais le Dr Anil n'en déduit pas non plus avec certitude qu'il s'agit de blessures de défense.

« – Le policier : “Qu'en pensez-vous, Sir ?”

– Le médecin légiste : “On dirait que son mari l'a frappée. Parce que d'habitude, une blessure à un tel endroit<sup>3</sup>...” »

Cette première séquence nous indique que, à ce stade déjà, le médecin entame un effort de reconstruction narrative. En effet, il a non seulement observé que les blessures de Manju ne correspondent pas à la caractérisation des blessures auto-infligées, mais il replace aussi cette observation médicale dans le contexte de

l'agression. Si Manju n'a pas incisé elle-même ses mains, c'est peut-être qu'elle a été la victime d'une agression *par son mari Naresh*.

L'hypothèse qu'il propose au policier lui paraît cependant encore incertaine, et cette incertitude a une implication sur le plan de l'écriture de la conclusion du rapport d'examen médico-légal telle qu'il l'envisage à ce moment précis. En effet, après que le policier est sorti du bureau, le médecin me confie qu'il ne se considère pas en position d'écrire quoi que ce soit sur ces blessures. Elles ne lui paraissent alors typiques ni des blessures auto-infligées ni des blessures de défense. « Je suis furieux. Cet examen est inutile, me dit-il, je ne peux pas rendre d'avis d'expertise là-dessus : je n'ai rien découvert d'intéressant. » Le Dr Anil entend ainsi qu'il se sent contraint de conclure son rapport par la formulation conventionnelle suivante, mise en mots classique d'un résultat d'examen négatif : la possibilité que les blessures soient auto-infligées « ne peut pas être exclue » (« *cannot be ruled out* »).

### **« Ce type de blessure est couramment observé dans des cas de blessures de défense » : le contexte éclaire le cas et le médecin suggère le contexte**

Naresh se présente ensuite dans le bureau et le Dr Anil, suivant le même schéma d'examen que pour Manju, commence par lui demander d'expliquer les circonstances dans lesquelles il a été blessé. Naresh expose à son tour le récit d'une agression où il se positionne comme victime, mais les deux minutes et vingt secondes durant lesquelles il énonce sa version font l'objet de deux interruptions par le médecin légiste. La première question posée par le médecin vise à faire préciser le mobile de Manju.

« – Le mari : [Évoquant ce que sa femme lui disait au moment de l'agression] "Quand tu seras mort, les terres seront à moi. Si tu ne veux pas me les donner pendant que tu es encore en vie, alors il va falloir que tu meures et elles seront à moi." Je lui ai dit : "Ce n'est pas un jeu pour enfants. Tuer quelqu'un, c'est grave, arrête !" Je pensais qu'elle plaisantait et je me suis tranquillement assis dans un coin. Soudain, elle est arrivée par-derrière et s'est mise à m'agresser.

– Le médecin : "Ainsi, c'était une dispute qui concernait les terres." »

La seconde interruption, quelques instants plus tard, a pour but d'obtenir des détails concernant la façon dont l'attaque s'est produite.

« – Le médecin : “Elle vous a attaqué par-derrière ?”

– Le mari : “Oui, *Sir*, elle est venue par-derrière. Je l'avais bien compris, mais je me suis dit : Pourquoi m'attaquerait-elle ?” »

À ce stade, le Dr Anil n'a toujours pas commencé les observations sur le corps du second patient. Cependant, ces deux interruptions du récit suggèrent une remise en cause de la crédibilité de la version proposée de Naresh, par contraste avec l'absence d'intervention du médecin lors du récit de Manju et avec la nature des questions posées. Un peu plus tard, lors des observations, le médecin dirige rapidement son attention vers une série d'incisions sur la face antérieure de l'avant-bras de Naresh. Ces blessures correspondent parfaitement à la caractérisation des blessures auto-infligées : superficielles, sur une partie accessible du corps, et sur le côté gauche d'un patient droitier.

Au cours de cette phase d'examen, le médecin poursuit son entreprise qui vise autant à mettre en question les circonstances supposées de l'attaque qu'à tester la crédibilité de Naresh.

« – Le médecin : “Vous vous rappelez si elle avait mangé, ce jour-là ?”

– Le mari : “Je ne crois pas.”

– Le médecin : “Est-ce que cela s'est produit pendant qu'elle cuisinait ? Est-ce que c'est une possibilité ?”

– Le mari : “C'est possible.” »

Une fois l'examen terminé, le médecin communique oralement au policier son avis sur les blessures qu'il venait d'observer. Plus qu'un diagnostic médical sur la nature auto-infligée des blessures des deux patients, le médecin restitue ce qui lui semble être le « véritable » récit des événements.

« – Le médecin : “Écoutez, ça [les blessures observées sur l'avant-bras du mari], ce sont des blessures auto-infligées. Il faut que vous compreniez, vous autres. Il avait le couteau à la main et il s'est mutilé la main. Il s'est automutilé.” »

Ainsi formulé, cet avis n'a cependant pas de place légitime dans un rapport médico-légal. Comme le Dr Anil l'explique au policier qui acquiesce, il existe un langage particulier dans lequel les conclusions médico-légales doivent être formulées.

« – Le médecin : “Mais je ne vais pas prouver que [ces blessures] sont auto-infligées, juste que [...] la cause probable de ces blessures est l'auto-infliction. Les termes doivent être appropriés [*The language should be proper*].”

– Le policier : “Oui, Sir, il faut que ce soit rédigé de façon appropriée [*That has to be written in proper language*].” »

Ainsi, c'est une prise en compte des observations médicales, enrichie par une compréhension plus fine du contexte acquise au fil des interactions avec les patients et le policier, qui permet au Dr Anil de parvenir à la ferme conviction que c'est Naresh qui a agressé Manju, et non l'inverse. En dépit de la codification propre au registre médico-légal, le rapport émis par ce médecin – qui m'a plusieurs fois confié son souhait d'aider au bon fonctionnement de la justice à travers ses rapports malgré les restrictions qui lui sont imposées – fait état de cette interprétation du contexte.

« Au terme de [l'examen médico-légal] des deux patients et de la lecture des documents et faits mentionnés ci-dessus, je suis de l'opinion suivante :

La possibilité éloignée [*remote possibility*] que les blessures subies par [Manju] résultent d'une auto-infliction ne peut pas être écartée, cependant ce type de blessure est couramment observé dans des cas de blessures de défense.

Les blessures subies par [Naresh] pourraient être possibles [*could be possible*] par auto-infliction. »

La section de la conclusion consacrée à Manju emploie la formulation « ne peut pas être écartée », généralement employée pour désigner un niveau très faible de probabilité. De surcroît, le Dr Anil qualifie la possibilité d'« éloignée » et, en fin de phrase, énonce clairement l'hypothèse qu'il peut en fait s'agir de « blessures de défense ». À l'inverse, dans la section concernant les blessures observées sur le corps de Naresh, le médecin indique que l'auto-infliction pourrait être possible, « *could be possible* », convention d'écriture correspondant au niveau de probabilité le plus élevé.

En qualifiant d'« éloignée » l'hypothèse d'auto-infliction et en introduisant dans la même phrase l'hypothèse alternative de « blessures de défense », le Dr Anil traduit dans son rapport le peu de crédibilité qu'il attribue au récit de Naresh et sa ferme

conviction que c'est bien lui qui a agressé Manju. En d'autres termes, il y inscrit son interprétation non seulement des blessures, mais aussi du contexte dans lequel elles ont été causées, et dont cet article cherchait à montrer la centralité dans le processus de production de la preuve.

## **Conclusion**

Au terme d'une étude qui fait apparaître le processus de production de la preuve médico-légale comme une enquête dans l'enquête, centrée sur des faits biomédicaux mais fondamentalement préoccupée par des reconstructions narratives, nous souhaitons interroger la spécificité du rapport médico-légal vu comme un texte : quels en sont les auteurs ? quelles sont les voix qui s'y expriment ?

D'une certaine manière, nous pourrions dire qu'il n'existe pas un mais plusieurs auteurs du rapport. Nous trouvons en premier lieu la voix générique de la médecine légale qui s'exprime par conventions, et qui a pu donner l'impression à certains observateurs qu'elle éteignait l'expression de toute forme de subjectivité. Cependant, le rapprochement du rapport et des interactions qui ont eu lieu aux différentes étapes des examens cliniques nous permet d'y trouver une autre voix : celle du médecin légiste. Sans se constituer comme sujet du verbe – la première personne n'est jamais utilisée par les médecins à l'écrit –, le sujet médico-légal émet un point de vue sur la question des culpabilités et, tout en respectant les conventions stylistiques et les marqueurs d'objectivité propres à son champ disciplinaire, attribue des intentionnalités. Dans le cas de Manju, la possibilité d'auto-infliction est qualifiée d'« éloignée » par le Dr Anil, qui va même plus loin et émet une hypothèse de défense pour rendre compte de ses blessures. Cette voix du médecin reflète, en dernier lieu, la formulation des événements proposée par Manju elle-même, dont la version des événements est celle que le Dr Anil a retenue comme crédible.

Dans cet article, la question de l'intentionnalité nous a invités à chercher la façon dont le médecin attribue au mari, et non à l'épouse, une intention criminelle à l'origine des blessures de défense qu'elle porte sur les bras. Les imputations d'intentionnalité auxquelles le Dr Anil a conclu s'observent tant lors des examens eux-mêmes que, plus clairement encore, dans ses interactions avec le policier. Bien conscient de la non-légitimité de l'étiologie pratique qu'il a déployée pour parvenir à sa propre version du récit (c'est l'homme qui a agressé la femme), il efface celle-ci

presque entièrement du rapport médico-légal. Y subsistent uniquement quelques indices qui suggèrent un récit dans lequel Naresh a agressé Manju et a lui-même incisé son avant-bras.

Comme mis en évidence par l'approche ethnométhodologique suivie par Baudouin Dupret (2005), les systèmes judiciaires sont le lieu d'un travail quotidien de tri, lors duquel la preuve de sens commun et la preuve scientifique sont départagées. Face à l'éventualité d'une accusation de non-scientificité dans leur propre travail, les experts médico-légaux se conforment au ton et au style propres au langage médical. Pour exercer la dimension « prudentielle » de leur activité (Champy, 2009), ils respectent les conventions écrites de l'objectivité scientifique tout en ajoutant, par la marge, des inférences issues de l'interprétation d'un contexte d'agression, social, etc. Les jeux d'écriture constituent des exemples classiques d'« espaces de discrétion » (Lipsky, 1977) permettant la manifestation d'une « intention de signifier » singulière, dans le champ du droit (Berti, 2012 ; Dupret, 2011 ; Jovet, 2010) comme ailleurs (Dubois, 2008). L'étude de la médecine légale en pratique l'inscrit dans le prolongement de ce constat, qui s'avère également valable dans un espace extrêmement contraint tant par le poids des attentes du droit en termes d'objectivité vis-à-vis du champ médical que par les mises en scène que ce poids génère.

#### NOTES

1. Pour respecter l'anonymat des différents protagonistes, tous les prénoms ont été remplacés par d'autres, fictifs.
2. Cet article se propose d'aborder l'exemple de la médecine légale en Inde à partir d'une série d'enquêtes ethnographiques menées sur une durée d'un an, entre 2013 et 2014, auprès de trois services de médecine légale du nord du pays. Ces enquêtes en observation participante m'ont conduit à suivre des cas médico-légaux variés (examens de victimes d'agression, autopsies médico-légales, etc.) et à réaliser, auprès des médecins rencontrés, des entretiens portant notamment sur les examens que j'ai suivis avec eux. J'ai aussi étudié la documentation médicale, médico-légale et policière de certains de ces cas, notamment de celui présenté ici.  
Ce travail s'inscrit dans le sillage du projet financé par l'ANR et intitulé « *Just India* »: *Justice and Governance in Contemporary India and South Asia*, consacré à l'articulation des modes de gouvernance et de justice en Asie du Sud. Le projet a été porté par Daniela Berti et Gilles Tarabout de décembre 2008 à janvier 2013. Il a débouché sur plusieurs publications, dont l'une concerne directement les questions de preuve (Berti, Good et Tarabout, 2015).
3. Pour reprendre une terminologie aristotélicienne, nous pourrions dire que la cause médico-légale d'une auto-infliction en est sa cause formelle (l'adéquation au modèle type des blessures auto-

infligées de la littérature spécialisée), et non sa cause finale (l'intention de passer pour la victime d'une agression et de nuire à autrui).

4. En 1920, Jaising P. Modi publie un *Textbook of Medical Jurisprudence and Toxicology*, mis à jour au cours de rééditions successives et qui, de nos jours encore, est bien connu des avocats et des juges en Inde et fait l'objet de citations dans les tribunaux (Baxi, 2014).
5. « L'*Indian Evidence Act* n'est guère plus qu'une tentative de ramener le droit probatoire anglais à la forme de propositions explicites arrangées de manière naturelle, avec quelques modifications rendues nécessaires par les circonstances particulières de l'Inde » (Stephen, 1872).
6. « Le témoignage médical si important dans chaque pays l'est tout particulièrement dans les pays orientaux, où il constitue l'unique preuve fiable dont dépendent la liberté ou la vie d'un être humain » (Lyon, 1904).
7. Les lettres de réquisition de la police sont rédigées en langue anglaise (bien qu'il arrive parfois qu'elles le soient en hindi).
8. Les interactions orales ont toutes lieu en hindi. C'était le cas le plus fréquent dans ce service-ci, même si j'ai aussi assisté, au cours de mon séjour sur le terrain, à une dizaine de conversations en anglais des médecins avec des familles nigérianes.

## Bibliographie

Anspach, R. M.

1988 « Notes on the Sociology of Medical Discourse. The Language of Case Presentation », *Journal of Health and Social Behavior* 29 (4) : 357-375.

Arnold, D.

1993 *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley, University of California Press.

2000 *Science, Technology and Medicine in Colonial India*, Cambridge, Cambridge University Press.

Baxi, P.

2014 *Public Secrets of Law. Rape Trials in India*, Delhi, Oxford University Press India.

Berti, D.

2012 « Pouvoirs locaux et contraintes judiciaires dans une affaire de viol en Inde », *Diogenè* 239-240 : 139-165.

Berti, D., Good, A. et Tarabout, G., eds.

2015 *Of Doubt and Proof. Ritual and Legal Practices of Judgement*, Farnham, Ashgate.

Champy, F.

2009 *Sociologie des professions*, Paris, Presses universitaires de France.

Chevers, N.

1870 *A Manual of Medical Jurisprudence for India. Including the Outline of a History of Crime against the Person in India*, Calcutta, Thacker, Spink and Co.

1973 *The Code of Criminal Procedure*.

## *Autour du crime*

Cicourel, A.

2002 *Le Raisonnement médical*, Paris, Le Seuil. Textes recueillis par P. Bourdieu et Y. Winkin.

Daston, L. et Galison, P.

2012 *Objectivité*, trad. fr., Dijon, Les Presses du Réel. Traduit de l'anglais par S. Renaut et H. Quiniou.

Dettmeyer, R. et alii

2014 *Forensic medicine. Fundamentals and perspectives*, Berlin, Springer.

Dodier, N.

1993 *L'Expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

Dubois, V.

2008 *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica.

Dupret, B.

2005 « Le corps mis au langage du droit. Comment conférer à la nature une pertinence juridique », *Droit et Société* 61 : 627-653.

2011 *Adjudication in Action. An Ethnomethodology of Law, Morality and Justice*, Farnham, Ashgate.

Good, M.-J.

1995 « Cultural studies of biomedicine. An "agenda" for research », *Social Science and Medicine* 41 (4) : 461-473.

Good, M. J. et Good, B.

2000 « "Fiction" and "Historicity" in Doctors' Stories. Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine », in C. Mattingly et L. Garro, eds., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, University of California Press.

Health Department Haryana

2012 *Haryana Medico-Legal Manual*, Chandigarh.

Jouvet, L.

2010 *Socio-anthropologie de l'erreur judiciaire*, Paris, L'Harmattan.

Kolsky, E.

2010 *Colonial Justice in British India. White Violence and the Rule of Law*, Cambridge, Cambridge University Press.

Law Commission of India

2008 *Proposal for Enactment of New Coroners Act Applicable to the Whole of India*, New Delhi.

Lipsky, M.

1977 *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation.

Lock, M. et N'Guyen, V.-K.

2010 *An Anthropology of Biomedicine*, Malden, Wiley-Blackwell.

Lyon, I. B.

1904 *Medical Jurisprudence for India, with Illustrative Cases*, Calcutta, Thacker, Spink and Co.

Mattingly, C.

1994 « The Concept of Therapeutic "Emplotment" », *Social Science and Medicine* 38 (6) : 811-822.

1998 *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press.

Modi, J. P.

1920 *Medical Jurisprudence and Toxicology for India*, Calcutta, Butterworth & Co.

2012 [1920] *A Textbook of Medical Jurisprudence*, Gurgaon, Lexis Nexis.

Mohanty, M. K. *et alii*

2011 « Autopsy. The Changing Trends », *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine* 1 (1) : 17-23.

Mol, A.

2002 *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Durham, Duke University Press.

Reddy, N. K.

2012 [1973] *The Essentials of Forensic Medicine and Toxicology*, Hyderabad, K. Suguna Devi.

Saukko, P. et Knight, B., eds.

2004 *Knight's Forensic Pathology. Third Edition*, Boca Raton, CRC Press.

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.

Timmermans, S.

2006 *Postmortem. How Medical Examiners Explain Suspicious Deaths*, Chicago, University of Chicago Press.

# Sommaire

<b>Yazid Ben Hounet et Deborah Puccio-Den</b>	
Introduction. Intentionnalité, vérité et preuve.....	9
<b>Deborah Puccio-Den</b>	
L'intentionnalité dans le crime de mafia.....	21
<b>Zouhair Ghazzal</b>	
Le « dire vrai » de l'aveu lors d'une confession criminelle.....	40
<b>Bertram Turner</b>	
Technologies of truth finding: provision of evidence in local dealings with crime and deviance in rural Morocco .....	60
<b>Yazid Ben Hounet</b>	
Crime, intentionnalité et conciliation en Algérie et au Soudan.....	78
<b>Jean Comaroff et John L. Comaroff</b>	
La détection divine : le crime et la métaphysique du désordre.....	94
<b>Daniela Berti et Gilles Tarabout</b>	
La vérité en question. Idéal de justice et techniques judiciaires en Inde.....	117
<b>Fabien Provost</b>	
Un récit effacé. Reconstruction et restitution narratives dans l'expertise médico-légale en Inde .....	135