

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

P/15747/2014

AARP/58/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale d'appel et de révision

Arrêt du 26 février 2018

Entre

A _____, domicilié _____, comparant par M^c B _____, avocat, _____,

appelant,

contre le jugement JTDP/401/2017 rendu le 13 avril 2017 par le Tribunal de police,

et

C _____, domicilié _____, comparant par M^c D _____, avocat, _____,

LE MINISTÈRE PUBLIC de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B,
case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimés.

EN FAIT :

A. a. Par courrier expédié le 27 avril 2017, A_____ a annoncé appeler du jugement JTDP/401/2017 du 13 avril 2017, notifié directement motivé le 18 avril suivant, par lequel le Tribunal de police a acquitté C_____ du chef de lésions corporelles graves par négligence (art. 125 al. 1 du code pénal suisse du 21 décembre 1937 [CP – RS 311.0]) et a condamné l'État de Genève à lui verser CHF 28'350.- à titre d'indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure, a débouté A_____ et E_____ de leurs conclusions civiles et laissé les frais de la procédure à la charge de l'État.

b. Par acte expédié le 8 mai 2017 à la Chambre pénale d'appel et de révision (ci-après : CPAR), A_____ forme la déclaration d'appel prévue à l'art. 399 al. 3 du code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 (CPP –RS 312.0). Il conclut à ce que C_____ soit reconnu coupable de lésions corporelles graves par négligence et condamné à lui payer CHF 60'000.-, plus intérêts, au titre d'indemnité en réparation du tort moral subi, ainsi que les sommes de CHF 14'850.- et CHF 13'119.85 pour ses frais de défense en première et deuxième instance, les frais de la procédure devant être mis à la charge de celui-ci. Il requiert l'audition de F_____, dont le fils a subi une circoncision effectuée par C_____, ainsi que du Dr G_____ et de la Prof. H_____, afin qu'ils confirment leurs notes des 1^{er} et 5 août 2014.

c. Selon l'acte d'accusation du 22 novembre 2016, il était reproché à C_____, spécialiste FMH en urologie, de s'être rendu coupable de lésions corporelles graves par négligence alors qu'il exerçait en qualité de médecin indépendant à la Permanence I_____, à Genève (ci-après : la Permanence), pour avoir, le 31 juillet 2014 lors d'une circoncision effectuée sur le mineur J_____, né le _____ 2010, occasionné à celui-ci une lésion de la verge de type amputation complète du gland, et d'avoir pratiqué une suture directe, dont les suites ont été une fistule urétrale, nécessitant notamment quatre opérations, dont trois sous anesthésies générales, ainsi qu'une hospitalisation du 1^{er} au 27 août 2014, occasionnant de nombreuses séquelles physiques et psychiques à l'enfant, dont l'évolution demeurait réservée.

C_____ avait pratiqué une circoncision non conformes aux règles de l'art médical, notamment en ne faisant pas signer de consentement écrit aux représentants légaux de J_____, en ne disposant pas de sonde vésicale urinaire adaptée à la taille d'un enfant de quatre ans, en ne pratiquant qu'une anesthésie locale malgré l'âge du patient et en ne s'assurant pas que ce dernier reste immobile. L'amputation du gland, la tentative d'anastomose de l'urètre au moyen d'une sonde inadaptée et la prise en charge insuffisante des complications survenues lors de la circoncision avaient causé des lésions graves à l'enfant et concrètement mis sa santé en danger, C_____ n'ayant pas immédiatement conduit l'enfant aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG).

B. Les faits pertinents pour l'issue de l'appel sont les suivants :

a.a. Le 8 août 2014, A_____, agissant en son nom ainsi qu'en qualité de représentant légal de J_____, a porté plainte contre C_____. Le 31 juillet 2014, son fils, âgé de quatre ans, devait subir une circoncision rituelle pratiquée par C_____, dans les locaux de la Permanence. Lors de cette intervention, le médecin avait entièrement amputé le gland de l'enfant, qui avait roulé sur la couverture chirurgicale. Ce dernier avait perdu du sang en quantités trop importantes en regard de l'opération initialement prévue. A_____ avait ramassé le gland de son fils et l'avait présenté au personnel médical, tout en s'inquiétant auprès d'eux du bon déroulement de l'opération, réalisant qu'elle ne se passait pas comme elle aurait dû. Vers 19h30 ou 20h00, A_____ avait pris conscience de la gravité de la situation.

C_____ et son assistante, visiblement mal à l'aise, avaient minimisé les faits et tenté de dissuader A_____ de prendre des photos, au motif qu'il ferait mieux de tenir les mains de J_____, pour le rassurer. Ils avaient entrepris de suturer le gland, avant de poser d'urgence une sonde urinaire. Quand bien même la seule sonde disponible était d'un diamètre trop important, C_____ l'avait néanmoins insérée, causant de la sorte des blessures supplémentaires à son jeune patient et augmentant l'hémorragie. Au lieu d'appeler une ambulance, le médecin avait tenté de dissimuler son erreur en expliquant qu'il maîtrisait la situation et que si des démarches étaient entreprises à son encontre, les autorités suisses, qui étaient racistes, le puniraient injustement. Aux environs de 22h00, le praticien s'était rendu seul aux HUG pour se faire remettre une sonde urinaire adaptée à la morphologie de J_____ et avait expliqué au médecin de garde qu'il en avait besoin "*pour l'enfant d'un ami qui [était] en globe vésical à domicile*", en vain. De retour à la Permanence, C_____ avait à nouveau minimisé la situation, proposant aux parents d'emmener l'enfant chez un ami. Peu avant minuit, A_____ avait pris l'initiative de transporter son fils aux urgences, par les transports en commun. J_____ avait été admis aux HUG le 1^{er} août 2014 à 00h17, où il avait subi une intervention chirurgicale à 02h00, à la suite de laquelle il avait été hospitalisé pour une durée indéterminée.

a.b. À l'appui de sa plainte, A_____ a notamment produit les nombreux clichés qu'il a pris avant et pendant la circoncision de son fils, sur lesquels ce dernier apparaît couché sur la table d'opération, calme et immobile.

b.a.a. Le dossier comprend de nombreux documents médicaux, dont ceux saisis à la Permanence :

b.a.b. Sur l'extrait du dossier médical de J_____ figurent les annotations manuscrites suivantes :

24 février 2014 : "*Entretien [illisible] circoncision.*"

31 juillet 2014 : "*Circoncision en A.L. Lésion accidentelle du gland pénien sur mouvement [illisible] du bassin. [Illisible] : plastie immédiate du gland avec bonne innervation [illisible] et couleur rose de la tête du gland. [Illisible] aux HUG pour sondage vésical*".

b.a.c. Il ressort d'une attestation établie par C_____ que A_____ est venu à la Permanence le 24 février 2014 pour un "*rendez-vous d'information*" au sujet d'une opération prévue le 31 juillet 2014.

b.b.a. Selon la fiche d'admission aux urgences pédiatriques des HUG, établie le 1^{er} août 2014 à 00h15, J_____ présentait un bon état général, était alerte et eupnéique.

b.b.b. À teneur de la fiche d'entrée en chirurgie pédiatrique du même jour, rédigée par la Dresse K_____, J_____ y avait été admis à 02h00 pour se faire poser une sonde urinaire sous anesthésie générale, avec une "*sensation de discontinuité au passage de la sonde dans l'urètre*". Le père avait rapporté que "*lors de l'excision du prépuce, C_____ [avait] excisé le gland qui s'[était] totalement détaché du pénis et qui [avait] roulé par terre*" et, par la suite, avait tenté de le "*remettre*" durant cinq à six heures. L'enfant n'avait pas uriné depuis six heures de temps et ressentait une vive douleur au pénis.

b.b.c. Selon la note de suite simple rédigée le 1^{er} août 2014 par le Dr G_____, C_____ s'était présenté la veille à l'accueil des urgences pédiatriques, avait indiqué être urologue et demandé à l'infirmière une sonde urinaire. C_____ avait expliqué au Dr G_____ en avoir besoin "*pour l'enfant d'un ami qui était en globe vésical à domicile*". Malgré son insistance, le médecin avait refusé cette requête et lui avait demandé de venir avec l'enfant à l'hôpital. À aucun moment il n'avait été informé que le patient venait de subir une intervention chirurgicale. Vers 00h10, C_____ s'était à nouveau présenté aux urgences pour avertir que son patient allait arriver, à la suite d'une circoncision qu'il venait d'effectuer, suivie d'une plastie. Deux minutes plus tard, la mère de l'enfant avait "*débarqué*" et s'était énervée contre C_____. Le patient était arrivé aux urgences à 00h17, dans une poussette, accompagné de son père, le pénis sanguinolent dans une compresse, conscient et non algique. Il avait été admis en condition stable.

b.b.d. Il ressort de la note de suite simple rédigée le 5 août 2014 par la Prof. H_____, qu'elle avait appelé C_____ le jour-même pour obtenir des informations qui devaient permettre de définir le plan de traitement de J_____, la durée du maintien de la sonde et les complications prévisibles.

C_____, inquiet, avait raconté à la Prof. H_____ que l'enfant avait été très agité avant l'opération et difficile à calmer. Bien que le père dût tenir son fils, ce dernier

avait fait un mouvement du bassin juste au moment où le médecin avait voulu inciser le prépuce, dont le bistouri avait coupé le gland en totalité. Le saignement avait été étonnement faible. Il avait "*de suite resuturé le gland à la verge, en commençant avec un point au niveau du frein, en prenant l'endothélium de l'urètre des deux côtés, pour fixer les deux bouts ensemble. Pas d'autres points au niveau de l'urètre. De suite il [avait] fait une suture circonférentielle de la semi-muqueuse du gland à la peau de la verge.*" Vu que C_____ avait voulu poser un tuteur au niveau de l'urètre, soit une sonde vésicale, et qu'il n'en possédait pas de taille adéquate, il s'était rendu aux HUG pour s'en procurer une. La Prof. H_____ avait indiqué à son confrère que l'évolution était favorable, dans la mesure où le gland n'était pas nécrotique et semblait viable, hormis quelques zones de souffrances.

b.b.e. L'avis et la lettre de sortie des HUG du 27 août 2014 synthétisent la prise en charge de J_____ à compter du 1^{er} août 2014. Au status d'entrée, des points de sutures séparés sur tout le périmètre de ce qui semblait être la base du gland étaient observés. Il n'y avait pas de globe vésical. Le diagnostic principal était une lésion de la verge de type amputation du gland avec suture directe survenue au cours d'une circoncision. Le patient avait présenté des complications, soit une fistule urétrale au niveau du sillon balanopréputial, face ventrale de la verge, ligne médiane, ainsi qu'une suspicion de sténose du méat avec jet urinaire bifide, voire trifide.

J_____ avait subi quatre interventions, à savoir la pose d'une sonde urinaire transurétrale Charrière 10 et confection d'un pansement sous anesthésie générale le 1^{er} août 2014 à 02h30, suivie d'une réfection du pansement sous anesthésie générale à 15h00, la pose d'un *Cystofix* et vérification de la position de la sonde urétrale le 12 août 2014, ainsi que l'ablation de la sonde urétrale le 20 août 2014, sous anesthésie générale. Lors de la mise en place de la sonde, le 1^{er} août 2014, le médecin avait senti une impression de marche d'escalier, ce qui pouvait être un signe en défaveur d'une cicatrisation complète de l'urètre. Il avait été décidé de ne pas toucher au gland. Au cours des premiers jours, l'évolution du greffon avait été favorable avec une reprise visuelle de la vascularisation.

Au status de sortie, les médecins notaient une verge avec une impression de saut de calibre au niveau de l'ancien sillon balanopréputial, avec un gland réépithélialisé, rosé, comportant quelques traces de fibrine. La plaie circonférentielle des sutures ne suintait pas. Le méat à l'apex était difficilement visualisable, compte tenu de la présence de deux orifices millimétriques donnant l'impression d'une sténose secondaire du méat. La fistule n'était pas visible en dehors des mictions. J_____ nécessitait de pouvoir se rendre aux toilettes dès qu'il en ressentait le besoin, la possibilité de bénéficier d'un WC individuel à l'école étant souhaitée.

b.b.f. De multiples photographies prises par le Service de chirurgie pédiatrique des HUG documentent le dossier médical de J_____ (35'156 ss).

b.c.a. S'agissant du suivi *post* opératoire de J_____, les médecins ont confirmé, à l'automne 2014, que l'évolution de la cicatrisation était satisfaisante. À l'examen clinique, le gland était parfaitement coloré, mais il existait une fistule punctiforme. Par ailleurs, l'enfant présentait un rythme mictionnel de type pollakiurie (une quinzaine de mictions par jour) et avait du mal à uriner debout.

b.c.b. Environ 16 mois après l'amputation, l'évolution de J_____ était stable. La vascularisation du gland était satisfaisante. Le déficit volumique du membre sur le côté latéral droit n'évoluerait certainement plus. La fistule située au niveau du sillon balanopréputial persistait. L'enfant avait pris des habitudes mictionnelles favorables.

b.c.c. J_____ a été hospitalisé du 28 octobre au 3 novembre 2016 à la suite de l'intervention chirurgicale du Dr L_____, visant à fermer la fistule uréthro-cutanée *post* amputation du gland. Il a été dispensé d'école jusqu'au 6 novembre 2016 et d'éducation physique jusqu'au 4 décembre suivant.

c. Les parties ont été entendues :

c.a.a. A_____ a confirmé sa plainte le 4 décembre 2014. Lorsqu'il avait rencontré C_____ en février 2014, celui-ci avait "*dessiné un pénis sur une feuille*" en expliquant qu'il allait couper le prépuce, que l'opération durerait cinq minutes et ne présentait aucun risque. Le jour en question, A_____ avait pris des photos de son fils, qui était calme. Au moment de l'incision, C_____ lui avait demandé de tenir les mains de J_____, ce qu'il avait fait de la main gauche, tout en prenant des photos de l'autre, avec le bras tendu au-dessus de la table. Après l'opération, pendant qu'il attendait dans la salle d'attente avec J_____ que celui-ci urine, C_____ était parti chercher une sonde sans l'avertir. A_____ avait demandé au médecin d'appeler une ambulance mais celui-ci avait refusé, lui expliquant qu'il connaissait "*quelqu'un de compétent*" qui faisait des opérations à domicile et qu'il pouvait les y conduire. Durant la soirée, son épouse, E_____, l'avait appelé à plusieurs reprises, pensant que quelque chose n'allait pas, notamment vers 23h50, où il lui avait passé C_____ pour qu'il la tranquillise. C'est à ce moment-là que lui-même avait pris conscience du problème et avait voulu appeler une ambulance, son épouse lui ayant dit de se rendre aux urgences.

J_____ était resté 27 jours à l'hôpital, puis trois à la maison et était désormais handicapé. Il devait être suivi par le Dr L_____ jusqu'à ses 18 ans, ainsi que par une pédopsychiatre. Une opération de chirurgie reconstructive avait été planifiée car il avait des fuites d'urine au niveau du méat et son jet se séparait en trois. A_____ était lui-même suivi psychologiquement et prenait des médicaments.

c.a.b. Le 31 mai 2016, A_____ a précisé avoir vu C_____ lâcher le pénis de son fils au moment où il l'avait coupé. Il avait vu le gland tomber à terre mais le praticien

lui avait affirmé que "*cela se passait comme ça*" et qu'il pouvait prendre des photos. Après l'intervention, le médecin ne lui avait pas dit que quelque chose d'anormal s'était passé, mais qu'il pourrait rentrer avec son fils dès que ce dernier aurait fait *pipi*. A_____ avait commencé à s'inquiéter car l'assistante venait souvent lui demander si l'enfant avait uriné. En fait, il avait compris qu'il y avait eu un problème vers 23h50, lorsque son épouse avait discuté avec C_____. Comme ce dernier avait refusé d'appeler une ambulance, A_____ avait décidé de se rendre en tram à l'hôpital. C_____ était parti précipitamment de la Permanence en oubliant ses clés.

c.b.a. Le 15 septembre 2014, C_____ a déclaré qu'il pouvait documenter 700 circoncisions depuis qu'il exerçait à la Permanence, en 2004, la complication qui s'était produite avec J_____ étant la première qui lui soit arrivée. Le 24 février 2014, il avait reçu A_____ et son fils pendant 40 minutes pour expliquer le déroulement de l'intervention, les risques et l'attitude à avoir durant l'acte. Il avait ausculté J_____ et rien ne présageait d'une complication.

Le 31 juillet 2014, il avait une nouvelle fois expliqué au père de quelle manière se déroulait l'opération, lui donnant notamment la consigne de tranquilliser l'enfant, dans la mesure où il n'interviendrait pas si celui-ci n'était pas calme. Vu qu'il s'agissait d'une circoncision rituelle, il autorisait les parents à prendre des photos avant et après l'acte, mais pas pendant, ce à quoi A_____ ne s'était pas opposé. Vers 20h00, C_____ avait pratiqué une anesthésie locale sur son patient. Après que A_____ se fut levé pour prendre des photos, C_____ lui avait demandé de s'asseoir auprès de son fils, ce qu'il avait fait. Au moment où C_____ avait entamé l'incision, il avait vu l'enfant tourner la tête en direction de son père, qui tentait d'immortaliser l'instant avec son appareil photo, ce qui avait provoqué un mouvement du bassin du jeune garçon. Ce mouvement inopiné lui avait fait lâcher le gland qu'il maintenait, sans qu'il ne puisse retenir son geste, sectionnant un morceau de la tête du gland, qui était tombée avec le prépuce, lui-même attaché à une pince *Kocher*.

Pensant que A_____ ne s'était rendu compte de rien, C_____ avait préféré se taire pour ne pas l'alarmer, sa préoccupation première étant de réparer la lésion pendant la durée de l'anesthésie. L'hémostase avait été très bien maîtrisée et le saignement, faible. Pour pratiquer une anastomose, il fallait travailler avec une sonde urinaire pédiatrique, de sorte que lorsque son assistante l'avait informé que la Permanence était en rupture de stock, C_____ avait utilisé à la place un morceau de *Butterfly* de diamètre inférieur à l'urètre, ce qui, dans un premier temps, remplaçait la sonde. Ce système temporaire aurait pu rester en place quelques heures mais l'insertion d'une sonde pédiatrique demeurait préférable. C_____ avait suturé le gland de J_____ et pratiqué une plastie au niveau de l'anastomose.

C_____ avait expliqué ce qu'il s'était passé à A_____, notamment qu'il devait poser une sonde pédiatrique pour favoriser la guérison. Après avoir en vain continué

à en chercher une dans le cabinet, C_____ avait averti le père que J_____ devait être transporté à l'hôpital. L'intéressé avait refusé, au motif qu'il fallait attendre sa femme, qui venait des _____. Comme il était près de 21h00 et que C_____ avait une autre circoncision planifiée, il avait décidé de pratiquer cette intervention en attendant la mère. Par la suite, voyant que celle-ci n'était pas arrivée, C_____ s'était lui-même rendu aux HUG pour y chercher une sonde, où on lui avait dit que le matériel ne pouvait pas quitter l'hôpital mais qu'il pouvait y amener l'enfant, n'en ayant pas non plus trouvée à la pharmacie.

C_____ était retourné à la Permanence vers 22h00 et, voyant que E_____ n'était toujours pas là, avait intimé à A_____ d'emmener son fils à l'hôpital, ce que l'intéressé avait refusé. Après avoir libéré son assistante, C_____ lui avait une nouvelle fois ordonné de s'y rendre, ce que le père avait finalement accepté, tout en avertissant son épouse, qu'il était parti rejoindre à pied à la place des _____.

Sur place, C_____ avait averti le personnel hospitalier que J_____ allait venir avec ses parents pour se faire placer une sonde urinaire. Il avait attendu une dizaine de minutes avant que la mère ne surgisse, seule, en vociférant que son fils avait été mutilé, qu'elle ne voulait pas d'homosexuel dans sa famille et qu'elle allait tuer l'enfant, ou encore que son mari était malade et suivait un traitement psychiatrique. A_____ était arrivé 15 minutes plus tard en reprochant à C_____ de ne pas avoir de diplôme médical, lequel s'était senti très humilié. Un médecin des urgences était intervenu mais, au-lieu de s'enquérir de l'anamnèse du patient, avait demandé à la sécurité d'escorter l'urologue vers la sortie. Le 12 août 2014, C_____ avait été contacté par la Prof. H_____, qui lui avait dit que le "*cas*" évoluait favorablement et qu'elle avait "*vu pire*".

c.b.b. À trois reprises devant le Ministère public, C_____ a confirmé ses déclarations, notamment avoir présenté les risques et dangers de l'intervention aux parents, en particulier les problèmes de cicatrisation, les saignements ou hématomes. L'enfant était tranquille et correctement anesthésié lorsqu'il était intervenu. Au moment d'inciser, C_____ avait prévenu A_____, qui était très agité, qu'il ne fallait surtout pas que son fils bouge à cet instant.

C_____ avait mis plusieurs points de suture sur le frein et sur le gland pour permettre une revascularisation maximale. Pour réparer l'urètre, il suffisait d'avoir un tuteur, qui pouvait être une sonde ou n'importe quelle tubulure adaptée. La sonde urinaire pouvait être appliquée dans un second temps, pour permettre à la vessie de se vider. L'urologue avait inséré le dispositif *Butterfly* seulement "*sur le bout*" du pénis de l'enfant. Il n'y avait pas lieu d'expliquer la complication au père durant l'intervention car C_____ était face à une urgence et devait travailler. En particulier, le médecin n'avait pas demandé au représentant légal s'il préférait que l'anastomose soit faite à l'hôpital car le greffon ne nécessitait pas une telle procédure, dans la

mesure où il ne s'agissait pas d'un amputa proximal, soit plus grand. Une fois l'anastomose réalisée et l'hémostase maîtrisée, il n'y avait plus de risque, étant précisé que les conditions d'hygiène de la Permanence étaient adaptées à ce type d'interventions. C_____ n'avait pas emmené son patient immédiatement aux HUG car A_____ voulait attendre son épouse et qu'il ne pouvait pas le faire sans leur accord, ne s'agissant pas d'une urgence vitale. Si C_____ avait pu obtenir la sonde aux HUG ou à la pharmacie, son patient aurait pu attendre sa mère plus sereinement, avant de se rendre à l'hôpital pour faire contrôler l'anastomose dans des conditions optimales.

C_____ s'était senti capable de pratiquer l'anastomose, quand bien même il n'avait pas l'habitude de ce genre de complications, sa formation en chirurgie et sa grande expérience des plaies l'autorisant à "*réparer*" lui-même ce type de lésions, qui nécessitaient une correction immédiate. Une fistule valait mieux qu'une nécrose pénienne, sans compter que même lorsqu'une circoncision se déroulait bien, l'apparition d'une fistule était une complication possible. Il avait pratiqué des milliers de circoncisions qui s'étaient parfaitement déroulées.

Le secrétariat avait dû oublier de faire signer un consentement écrit aux parents. Depuis les faits, C_____ ne permettait plus de faire des photos pendant ce type d'intervention et, s'agissant des sondes pédiatriques, en contrôlait désormais lui-même le stock. La table d'opération disposait de sangles permettant d'immobiliser le patient, dont l'utilisation pouvait néanmoins crispier les enfants. En l'espèce, ces sangles n'auraient servi à rien, dès lors qu'elles se situaient à la hauteur des genoux et n'auraient pas empêché un mouvement du bassin, et que l'enfant était calme. C_____ regrettait beaucoup ce qui était arrivé à son patient et était désolé que la circoncision se termine ainsi.

d.a. Une expertise médicale a été ordonnée par le Ministère public le 21 septembre 2015 et confiée au Dr M_____, spécialiste FMH en urologie, chef de clinique au département d'urologie de l'hôpital universitaire de _____, sur proposition du Professeur N_____, _____ du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML).

d.b. Il ressort du rapport du 6 janvier 2016 qu'avant toute circoncision, le praticien doit décrire au patient mineur et à ses parents les grandes lignes de l'intervention, les complications possibles, ainsi que le déroulement *post* opératoire. En l'espèce, il n'existait pas de documentation permettant d'affirmer que C_____ avait donné des informations adéquates aux parents de J_____.

La méthode du bloc pénien, après préparation par *patch*, était la marche à suivre adéquate pour pratiquer une anesthésie locale. Cela étant, en cas d'intervention sur de

jeunes enfants, l'anesthésie générale, systématiquement utilisée en hôpital, était recommandée par certains organes de santé publique et associations de médecins.

En l'espèce, l'expert avait constaté un manquement au niveau du matériel nécessaire pour pallier d'éventuelles complications, dès lors que la Permanence n'avait pas de sondes urinaires disponibles dont le calibre eût été adapté à l'âge de l'enfant.

Au vu de l'amputation complète du gland du patient, à savoir que le membre avait été sectionné à sa base et sur tout le pourtour, la circoncision n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art.

La méthode, en cas d'une lésion du gland, était d'emballer le membre dans une compresse humide, laquelle devait être placée dans un sachet étanche qui devait lui-même être installé dans un second sachet contenant une solution maintenant la température aux alentours de 4°C. L'amputa devait être acheminé au plus vite dans un hôpital de référence, afin qu'une anastomose soit pratiquée par des chirurgiens pédiatres éventuellement assistés de collègues plasticiens, sous anesthésie générale. Il s'agissait d'une opération délicate et difficile, qui requérait l'expertise chirurgicale d'un centre tertiaire de compétence, en particulier chez les enfants, dont les structures anatomiques étaient plus petites. En l'espèce, J_____ aurait dû être emmené aux HUG dès la lésion du gland, ou au plus tard lorsque C_____ s'était rendu compte qu'il ne disposait pas d'une sonde urinaire adéquate. Comme la Permanence se situait à une faible distance de l'hôpital universitaire, un transport par les parents ou le médecin aurait suffi, sans qu'il ne se justifie d'appeler une ambulance, et cela même sans leur accord, compte tenu de la gravité de la lésion.

En principe, une amputation soumettait l'enfant à un risque de saignement important pouvant potentiellement engager son pronostic vital. En l'espèce, la prise en charge de l'enfant à la Permanence, à la suite à la lésion, avait compromis sa santé. J_____ n'avait toutefois à aucun moment été en danger de mort. La rétention urinaire aigüe présentée n'avait pas impliqué de risque vital immédiat.

L'anastomose, qui permettait d'obtenir la continuité de l'urètre, s'effectuait idéalement de façon micro chirurgicale, étant précisé qu'une anastomose simple était souvent suffisante chez les enfants. La première étape consistait à placer une sonde vésicale urinaire *Foley*, faisant office de tuteur et permettant de stabiliser la verge et l'amputa en assurant que les bords de la muqueuse urétrale soient bien alignés. Dans le même temps, la sonde permettait de drainer l'urine et d'éviter une fuite à l'endroit de l'anastomose, ce qui diminuait le risque ultérieur de complications, telles que les infections ou les fistules uréthro-cutanées. Cela fait, la tunique fibreuse et les corps caverneux pouvaient être suturés. Le placement d'une sonde urinaire après la reconstruction était inadéquat et exposait l'urètre à un risque supplémentaire de blessure. Un délai de six heures était généralement admis pour ce processus.

Un dispositif *Butterfly* n'était pas adapté à l'anastomose, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'une sonde mais d'une aiguille destinée à la ponction veineuse. Même si seule la tubulure du *Butterfly* était utilisée, soit sans l'aiguille, elle n'était pas destinée à être insérée dans l'urètre compte tenu de sa longueur et de sa composition. Cette tubulure ne permettait pas de drainer l'urine et soumettait l'enfant à un risque de lésions supplémentaires de l'urètre. En l'espèce, la pose d'une sonde *Butterfly* dans l'urètre de J_____ n'était à aucun moment une mesure adéquate. Une sonde *Foley* de taille adaptée (Charrière 8 ou 10), aurait dû être posée dès que C_____ avait constaté la lésion du gland.

L'anastomose circonférentielle de l'urètre par plusieurs points séparés était la règle, de sorte que pratiquer un seul point était inadapté. L'impression de "*marche d'escaliers*" qu'avaient eu les chirurgiens pédiatres des HUG lors de la pose de la sonde urinaire suggérait que le canal avait été "*mal aligné*" et que la réimplantation n'avait pas été faite dans les règles de l'art, ce qui était d'autant plus probable vu l'introduction préalable du dispositif *Butterfly*.

En l'espèce, aucun protocole opératoire n'était disponible quant à la réparation effectuée par C_____. Une note manuscrite du 31 juillet 2014 décrivait une "*plastie immédiate du gland*" mais les détails de la réparation n'étaient pas indiqués. Au vu des déclarations de l'intéressé et de l'échange téléphonique que celui-ci avait eu avec la Prof. H_____, l'expert estimait la tentative de réparation irrégulière, dans la mesure où une suture du gland seul ne suffisait pas. L'anastomose de l'urètre et la réimplantation du gland pratiquées par C_____ ne l'avaient pas été dans les règles de l'art et le médecin n'avait pas tout mis en œuvre pour sauvegarder la santé de son patient.

Les fistules uréthro-cutanées étaient une complication rare de la circoncision. Elles survenaient quand l'urètre avait été lésé. J_____ souffrait d'une ou plusieurs fistules uréthro-cutanées au niveau du sillon balano-préputial sur la face ventrale, dont l'amputation et la tentative de réimplantation du gland étaient les causes. Une prise en charge adéquate aurait diminué le risque d'en développer. L'enfant n'avait pas subi de complications supplémentaires durant son séjour aux HUG. Il existait une suspicion de sténose du méat avec jet urinaire bifide, occasionnellement trifide. J_____ souffrait de mictions fréquentes (pollakisurie) et avait du mal à uriner debout. Il existait un risque ultérieur de troubles de la sensibilité au niveau du gland et d'aspect inesthétique de la verge, ainsi que de sténose urétrale. Il était toutefois difficile d'effectuer un pronostic sur les conséquences de cette circoncision sur l'avenir du jeune garçon, lequel dépendait du succès d'une opération future servant à corriger les fistules. L'enfant avait été choqué par l'intervention et s'inquiétait de l'avenir de son organe. Un soutien pédopsychiatrique avait été nécessaire lors de son hospitalisation et un suivi ambulatoire organisé. Un diagnostic de traumatisme psychique et physique avait été posé.

d.c. La défense a produit une expertise privée rendue par le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique, critiquant le choix de l'expert, les conclusions de l'expertise judiciaire, ainsi que les références citées à l'appui.

En chirurgie, dans les "*situations extrêmes*" où le temps était compté, il n'existait pas de règles de l'art. Seules comptaient le *self control* du praticien, son expérience et son bon sens. Pour pallier à l'absence d'une sonde urinaire, l'utilisation d'une tubulure *Butterfly* était un "*truc intelligent*" qui, en l'espèce, avait rempli la fonction qu'en attendait C_____. La sonde urinaire, si elle n'était pas indispensable immédiatement, devait être mise en place sans trop attendre pour drainer l'urine, dans un délai de quelques heures. La salle d'opération de la Permanence était homologuée selon les critères de la Commission des tarifs médicaux (CTM), condition à la facturation au Tarif médical (TARMED).

Au moment des faits, les parents n'auraient pas été aptes à intégrer une quelconque recommandation sur les soins à apporter à l'enfant. L'expert n'avait pas tenu compte du fait que C_____ avait insisté tout au long de la soirée pour que l'enfant soit amené aux urgences de l'hôpital. Après l'amputation, C_____ ne disposait que de quelques secondes pour choisir la meilleure option entre la réimplantation immédiate du gland ou le transfert en milieu hospitalier. La survie et la viabilité de l'amputa, de même que l'évolution favorable du patient lui avaient donné raison. Il avait effectué la réparation selon les règles qu'imposaient les circonstances particulières de l'événement. À aucun moment, à partir de l'instant où l'accident était survenu, C_____ n'avait eu un geste qui aurait compromis le résultat de son intervention.

d.d. Entendu à deux reprises devant le Ministère public, le Dr M_____ a confirmé son expertise, nuancant quelque peu ses conclusions après avoir pris connaissance des observations de l'expert privé. Les références citées dans son rapport étaient suffisantes pour illustrer son propos, dans la mesure où, en médecine, il n'était pas possible de faire des "*copier-coller*" des cas et qu'il était rare de trouver des publications sur des interventions aussi banales que la circoncision.

Le Dr M_____ avait exercé en qualité de _____ dans le département d'urologie au sein de l'hôpital universitaire de _____ dès 2010, puis en tant que _____ à partir de 2015, ayant obtenu son FMH en urologie en 2012. Il faisait principalement de l'urologie adulte, mais intervenait parfois dans le département de chirurgie pédiatrique. Durant sa carrière, il avait lui-même effectué des dizaines de circoncisions, bien qu'il exerçât désormais plutôt en qualité d'enseignant. Il avait pratiqué deux ou trois circoncisions sur des enfants de l'âge de J_____ et avait également assisté à de nombreuses opérations menées par des chirurgiens pédiatres. Globalement, il n'y avait pas de différence entre les circoncisions effectuées sur les adultes ou les enfants, hormis les instruments, qui étaient plus petits.

Il n'existait pas de directive exigeant que les sondes urinaires pédiatriques fassent partie du matériel de circoncision. L'absence de ce matériel constituait certes un manquement, mais n'avait pas créé de risque supplémentaire. En l'espèce, la Permanence se trouvait en rupture de stock le jour de l'opération, de sorte qu'elle disposait usuellement de cet équipement.

Pratiquer une circoncision dans un cabinet médical et sous anesthésie locale n'était pas une faute, même si, en milieu hospitalier, ces interventions étaient faites sous anesthésie générale pour le confort de l'enfant, afin d'éviter qu'il ne bouge. En l'espèce, il avait été "*tout-à-fait possible*" d'effectuer la circoncision en anesthésie locale et en ambulatoire, dans un cabinet médical. La circoncision était une opération simple enseignée en début de carrière et pratiquée par de jeunes médecins, tant urologues que chirurgiens.

Le gland de J_____ avait été complètement amputé, raison pour laquelle l'expert estimait que la circoncision n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Qu'il s'agisse d'une amputation totale ou subtotale ne changeait rien au degré de complication, qui était majeur. L'anastomose était une opération rare et compliquée, qui devait être pratiquée par un médecin hautement qualifié, sous anesthésie générale, dans un bloc opératoire d'un centre de référence pour assurer la stérilité. En l'espèce, l'expert ignorait si la Permanence disposait d'un bloc opératoire ou seulement d'une salle. Dès le moment où la complication était survenue, la seule attitude adéquate eût été de transférer l'enfant aux HUG, compte tenu du type de lésion, du manque d'expérience de C_____ et de la proximité de l'hôpital.

La réimplantation devait être faite le plus tôt possible, soit dans les quatre à six heures. Le temps était compté dans la mesure où l'amputa n'était plus vascularisé, de sorte que le gland risquait d'être perdu. Il ne s'agissait pas d'une question de secondes, mais d'heures. En l'espèce, la reconstruction effectuée immédiatement par C_____ n'avait pas présenté d'avantage car l'enfant aurait été pris comme urgence primaire aux HUG. Les deux ou trois heures de délai d'attente n'avaient cependant pas joué un rôle décisif sur les lésions.

En cas d'amputation du gland, il existait un consensus selon lequel il fallait d'abord anastomoser l'urètre, puis le pourtour du gland. Dans les spécialités chirurgicales, il fallait une certaine exactitude des gestes et respecter les marches à suivre. Même en cas de complications, le médecin ne pouvait pas "*bricoler*". Dans le cas présent, l'expert pensait qu'il n'y avait pas eu d'anastomose de l'urètre, dans la mesure où aucun protocole opératoire ne le décrivait. Le dossier ne contenait cependant pas d'élément permettant d'affirmer que la prise en charge aux HUG aurait été meilleure que celle de C_____, ou aurait conduit à un meilleur résultat.

La note de suite des HUG du 5 août 2014 n'était "*pas suffisamment claire*" pour dire si C_____ avait pratiqué une anastomose adéquate, dans la mesure où on ignorait si la phrase "*fixer les deux bouts*" se référait au pénis ou à l'urètre. Un certain nombre d'éléments "*indirects*" laissait supposer que la reconstruction n'avait pas été faite dans les règles de l'art, à savoir le fait que le médecin des HUG avait décrit une "*marche d'escalier*" au sondage de l'urètre, même s'il était toujours normal de ressentir une "*petite résistance*", ainsi que le développement de fistules. Le seul moyen pour savoir de quelle manière s'était déroulé l'acte chirurgical aurait toutefois été d'être présent aux côtés de C_____.

Toute lésion de l'urètre présentait un risque important de développer des fistules. Même correctement effectuée, une anastomose comportait ce risque. Une réimplantation correcte du gland diminuait ce risque. En l'espèce, l'expert n'était pas certain que la fistule de J_____ était liée à l'anastomose ; elle était liée à l'amputation.

La sonde vésicale aurait dû être placée comme tuteur dès que C_____ avait décidé de pratiquer l'anastomose. Le dispositif *Butterfly* était une sonde veineuse plus rigide qu'une sonde classique, impropre à drainer l'urine et inadaptée à une introduction dans l'urètre, pouvant engendrer des blessures supplémentaires. Même si l'intervention de C_____ avait été considérée comme inadéquate par les médecins des HUG, ces derniers n'auraient pas détaché l'amputa pour le réimplanter, du moment que le gland paraissait vital. Aucun élément ne permettait d'affirmer, ni d'infirmer que l'insertion de la sonde *Butterfly* avait été traumatique. L'expert ne disposait pas d'éléments permettant d'affirmer que la pose de ce dispositif avait aggravé les lésions de l'enfant.

Toute opération présentait des risques, raison pour laquelle il fallait bien en informer le patient avant l'intervention. Indépendamment des facteurs culturels et religieux, il y avait lieu de discuter avec les parents de tous les points et de toutes les complications possibles d'une circoncision rituelle, peu important leur niveau de connaissances. En l'espèce, un transfert d'informations sans consentement écrit était insuffisant. Les fistules dont souffrait J_____ avaient un impact sur le plan physique et psychique.

e. Divers témoins et personnes appelées à donner des renseignements ont été entendus à la police et/ou au Ministère public :

e.a. P_____, infirmière au sein de la Permanence, avait assisté C_____ lors de la circoncision de J_____. En général, la Permanence achetait des sets de circoncision auprès de fournisseurs, comprenant tout le matériel nécessaire, dont la sonde pédiatrique ne faisait pas partie. La Permanence en possédait dans son stock courant.

Le 31 juillet 2014, P_____ avait déshabillé l'enfant, qui pleurait, et avait demandé à son père qu'il lui explique le déroulement de l'opération, ce qu'il avait fait. J_____, comme tous les enfants, était inquiet et tendu. A_____, qui avait pris beaucoup de photos avant et pendant l'intervention, était agité et anxieux.

Durant l'intervention, P_____ tenait les instruments, de sorte qu'elle pouvait s'appuyer sur les genoux de l'enfant, mais ne le touchait pas directement avec ses mains, pour des raisons de stérilité. Le parent était responsable de maintenir son enfant. En l'espèce, l'opération avait été difficile car A_____ était "*très préoccupé*" par la prise de clichés. Il maintenait l'enfant d'une main et tenait son appareil de l'autre, quand bien même C_____ et elle-même lui avaient répété plusieurs fois qu'il était préférable qu'il maintienne son fils des deux mains et qu'il s'abstienne de prendre des clichés. C_____ avait demandé au père de tranquilliser son fils et avait attendu que l'enfant soit bien calme avant de pratiquer l'incision, qui ne durait qu'une seconde. Au moment de découper le prépuce, alors que l'enfant était tranquille, ce dernier avait levé le bassin. Lorsque le médecin avait saisi le bistouri, elle avait vu le père tenir l'appareil photo d'une main au-dessus du champ opératoire, ce qui avait pu avoir une incidence.

C_____ s'était rendu compte qu'il avait sectionné une partie du gland, lequel était resté accroché à la pince *Kocher*. P_____ avait empêché le père de saisir la pince, qui avait glissé de quelques centimètres sur le champ stérile. Le saignement avait été faible. Le médecin n'avait rien dit de particulier et avait changé de procédé, entreprenant de suturer le morceau de chair en quelques minutes. A_____ était très excité et l'infirmière lui avait dit plusieurs fois de se calmer et de se concentrer sur son fils pour le rassurer. C_____ avait agi avant d'expliquer au papa ce qu'il s'était passé.

Afin de s'assurer que l'urètre n'était pas obstrué, C_____ avait cherché à poser une sonde urinaire, mais s'apercevant que la Permanence ne disposait plus que de modèles pour adultes, il avait utilisé un tuyau souple *Butterfly*, d'un diamètre très fin, identique à l'urètre de l'enfant. Comme ce dispositif "*passait bien*", il avait conclu qu'il n'y avait pas d'obstruction. Il avait ensuite pratiqué l'anastomose. Cela s'était passé vers 20h00 ou 20h30 environ.

C_____ avait souhaité que J_____ reste à la Permanence afin de s'assurer que tout se passait bien et qu'il urinait. Durant ce temps, le médecin et elle-même avaient pratiqué une autre circoncision pendant 30 minutes. Ensuite, même si la coloration du gland de J_____ était bonne, C_____ avait persisté à vouloir placer une sonde urinaire. Il s'était rendu à l'hôpital vers 22h00, où on avait refusé de lui en donner. C_____ s'était encore rendu à la pharmacie de garde de _____ pour tenter de s'en procurer une.

De retour à la Permanence, environ 30 minutes plus tard, C_____ avait informé A_____ qu'il fallait emmener J_____ à l'hôpital. Le père avait crié en disant qu'il devait appeler sa femme et qu'il ne bougerait pas en son absence. Le médecin avait voulu appeler une ambulance, ce que le père avait refusé à répétitions, hors de lui. Vers 22h30, C_____ avait laissé P_____ rentrer chez elle, dans la mesure où ils attendaient toujours la mère de l'enfant. La soirée avait été difficile et cette situation avait bouleversé P_____. Le père s'était montré grossier et désagréable. Elle avait appelé C_____ aux environs de minuit, lequel lui avait dit se trouver aux HUG.

e.b. Le 19 janvier 2015, le Dr L_____, _____ au Service de chirurgie pédiatrique des HUG, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique, a expliqué avoir "*repris*" le service d'urologie pédiatrique depuis sept ans. Le 1^{er} août 2014, il avait été prévenu de l'hospitalisation d'urgence de J_____ par la Prof. H_____, mais n'avait suivi le cas qu'à partir du 9 août 2014.

Le pronostic vital de J_____ n'avait pas été engagé. Les lésions, soit une tuméfaction du gland avec un aspect de revascularisation, nécessitaient une prise en charge rapide consistant à laisser les tissus se revasculariser, bien nettoyer pour éviter une infection et poser une sonde transurétrale, servant de tuteur à la cicatrisation et devant permettre à l'enfant d'uriner. Il avait été indispensable d'endormir l'enfant pour son confort et pour éviter qu'il n'aggrave les lésions en bougeant. Les collègues du Dr L_____ lui avaient relaté que J_____ était en globe à son admission, dès lors qu'il n'avait plus uriné depuis six heures et qu'au moment d'introduire la sonde, il y avait eu comme un à-coup, qui indiquait une lésion de l'urètre. C_____ leur avait expliqué qu'il n'y avait pas eu de suture circonférentielle de l'urètre, mais un point qui avait traversé la peau et la muqueuse.

Le principal risque lié aux lésions était l'infection des tissus en voie de revascularisation, ce qui nécessitait des pansements et antibiotiques par voie intraveineuse. J_____ avait été hospitalisé une vingtaine de jours, jusqu'à la revascularisation totale du gland et au retrait de la sonde. Il avait reçu cinq anesthésies générales nécessaires au changement des pansements.

Les lésions avaient plutôt bien évolué, le gland s'étant revascularisé. La réinervation, dont sa sensibilité dépendait, s'annonçait bonne, sans que cela ne soit garanti. Il n'était pas possible de prédire quelles allaient être les séquelles sur le gland, ni de quantifier le degré de sensibilité retrouvé, dans la mesure où l'enfant n'aurait pas de point de comparaison. Des précisions ne pourraient lui être demandées qu'au moment de la puberté, voire au moment des premières relations sexuelles.

L'évolution de l'urètre était moins favorable car des fistules étaient apparues, ce qui était classique. Il y avait au moins une fistule ventrale et peut-être des latérales, mais

il était trop tôt pour le dire. En l'occurrence, J_____ urinait en deux jets, ce qui l'obligeait à se soulager assis. Une guérison totale ne pouvait être exclue et l'enfant devait être réopéré dans 12 à 14 mois. La suspicion de lésion du méat, complication cicatricielle de la dévascularisation du gland, persistait.

Les fistules étaient une complication d'une lésion de l'urètre. Afin de les éviter, il fallait permettre une bonne cicatrisation, soit éviter l'infection et drainer l'urine, dans la mesure où la pression engendrée par celle-ci pouvait déborder autour des points. Une sonde devait être posée le plus rapidement possible. La théorie selon laquelle l'urine pouvait empêcher la cicatrisation était contestée, de sorte que certains urologues pédiatriques ne posaient dorénavant plus de sonde, mais un tuteur.

Vu le traumatisme subi, un suivi psychologique avait été proposé. Dans un certificat du mois de novembre 2014, le Dr L_____ indique que l'enfant nécessitait un suivi spécialisé jusqu'à la fin de sa croissance pubertaire au minimum.

e.c. Q_____, psychologue aux HUG, suivait J_____ à quinzaine depuis sa sortie de l'hôpital. Beaucoup d'enfants subissaient une circoncision sans développer de souffrance psychologique particulière. Lorsqu'elle avait rencontré J_____, il était très anxieux. Il souffrait de troubles du sommeil, de réveils pendant la nuit, de cauchemars, de troubles du comportement avec épisodes agressifs envers ses parents et son frère, et présentait une agitation. Cette symptomatologie importante était "*clairement liée*" à son vécu traumatique, à sa souffrance, à l'amputation du gland et aux interventions subies. Les jeux de J_____ étaient centrés sur des voitures avec des roues cassées ou des trains sectionnés. Il avait exprimé verbalement être fâché contre le médecin qui avait coupé son "zizi". La question de savoir s'il était vraiment un petit garçon après ce qu'il avait subi était très présente chez lui, même s'il s'agissait d'une thématique usuelle pour les garçons.

En avril 2016, il n'était pas possible d'évaluer les séquelles psychologiques futures mais le traumatisme qu'il avait subi avait eu un impact important sur son processus de développement et sur la manière dont il se présentait psychologiquement. Malgré ses ressources, l'enfant présentait toujours cette symptomatologie anxieuse, que l'incertitude liée à l'évolution de sa santé contribuait à développer. Elle préparait avec lui l'opération qu'il devait subir en 2016, mais cela était compliqué car il avait tendance à se refermer et à s'agiter dès qu'ils abordaient le sujet.

f. À l'audience de jugement :

f.a. C_____ a confirmé qu'il avait expressément évoqué les risques de manière complète à A_____, notamment ceux de lésions du gland ou de l'urètre. Il demandait aux parents de rester près de la tête de leur enfant et de se tenir eux-mêmes immobiles afin que l'enfant reste tranquille. Il avait expliqué cette nécessité à

A_____ en indiquant qu'il allait pratiquer une incision avec un bistouri qui était un instrument très tranchant.

Lors d'une circoncision "*à main libre*", avec l'assistance d'une infirmière, on tirait avec deux pinces sur le prépuce pour bien l'étendre, puis on prenait une pince *Kocher*, plus grosse, que l'on plaçait en dessous des deux pincettes pour fermer et tirer le prépuce. Une fois les pincettes retirées, le gland du pénis était tiré en arrière à distance de la pince. L'incision était effectuée dans l'espace de peau du prépuce se situant entre la pince *Kocher* et le gland, lequel était maintenu en arrière à travers la peau par la main du praticien. En tant que droitier, C_____ devait maintenir le gland de la main gauche et couper de la main droite. Il s'agissait d'un geste délicat et précis, qui était très rapide, soit de l'ordre d'une à deux secondes.

C_____ regardait toujours ce qu'il faisait avec son bistouri, tout en gardant une vision sur ce qui se passait autour de lui. Au moment d'inciser, il avait vu A_____ avec le bras levé pour faire une photo. C'était le mouvement du bassin de J_____ qui l'avait fait lâcher le gland.

Après l'accident, C_____ avait expliqué à A_____ que, durant l'intervention, il y avait eu une lésion du gland qu'il avait réparée mais qu'il fallait mettre une sonde pour maintenir l'anastomose effectuée. Dès la fin de l'opération, il avait dit plusieurs fois à A_____ qu'il fallait se rendre à l'hôpital pour poser ce dispositif, mais celui-ci avait refusé au motif que sa femme devait arriver. Pendant ce temps, J_____ se trouvait dans une salle d'intervention attenante séparée par une vitre dépolie, une collègue généraliste se trouvant aussi à proximité.

Concernant l'anastomose de l'urètre, il avait posé quatre points de suture, aux quatre points cardinaux, et avait donc cousu l'urètre avant le gland. Cela ne ressortait pas de la note de la Prof. H_____, quand bien même il le lui avait dit. Bien que ce fût la première fois qu'il pratiquait une anastomose, il avait déjà assisté des collègues. Il l'avait effectuée lui-même car il était spécialiste urologue depuis 1992, dirigeait une permanence médicale depuis plusieurs années et avait acquis l'expérience de toutes sortes de plaies. Aussi, il savait identifier une lésion qui nécessitait une suture immédiate et il était certain que sans une anastomose pratiquée dans l'instant, l'amputa aurait présenté une nécrose nécessitant une amputation partielle du pénis de J_____. Face aux refus du père de se rendre aux HUG, il s'était résolu à chercher une sonde à plusieurs endroits de la ville. Il était désolé et regrettait ce qui était arrivé.

f.b. A_____ a expliqué que lors de l'intervention, il avait vu le prépuce encore attaché à la pince d'un côté et le gland rouler par terre de l'autre. Il l'avait ramassé en demandant ce que c'était et en le tendant au médecin et à son assistante, lesquels ne lui avaient pas répondu et avaient procédé aux points de suture en transpirant et

n'ayant pas l'air bien. Ils l'avaient mis en confiance en lui disant qu'il n'y avait pas de problème et qu'il pouvait continuer à prendre des photos. À aucun moment C_____ n'avait employé le mot "*complication*". À la fin de l'opération, le médecin avait mis le prépuce dans une boîte, lui expliquant qu'il fallait attendre dans la salle d'attente le temps de s'assurer que l'enfant urine.

Jusqu'à 23h45, C_____ avait dit à A_____ de ne pas quitter la Permanence. Ce n'était que lorsque le médecin avait parlé avec sa femme au téléphone que A_____ s'était fâché. C_____ avait pris la fuite en laissant la clé sur la porte du centre. Sur conseil de son épouse, A_____ était parti avec son fils dans la poussette et avait rejoint l'hôpital en tram, où il avait été surpris de voir C_____.

Ce drame avait ruiné sa vie. Depuis lors, il avait perdu la joie de vivre et doutait du futur de son enfant. J_____ lui posait beaucoup de questions sur les raisons pour lesquelles il l'avait amené à la Permanence et pourquoi il lui avait fait subir cela. Dans sa famille, ses ascendants et lui-même avaient tous suivi ce rituel religieux. Il en voulait beaucoup à C_____, d'autant qu'il avait décidé de faire cette intervention en Suisse pour la compétence des médecins. Son fils faisait des cauchemars, parlait dans son sommeil et se sentait mal à l'école.

f.c. E_____ avait appelé son mari une douzaine de fois le soir des faits. À 21h00, il lui avait expliqué qu'il devait rester parce que J_____ devait boire et faire pipi. Il lui avait également dit qu'une autre circoncision était en cours, ce qui laissait penser que tout s'était bien passé. Elle l'avait rappelé vers 23h45 et celui-ci lui avait passé C_____, mais elle s'était aperçu que le médecin était _____, ce qu'elle ignorait et ne l'avait pas du tout rassurée. Ce dernier lui avait dit qu'il était en pleine intervention et avait raccroché, de sorte qu'elle avait dit à A_____ de se rendre à l'hôpital. Aux HUG, C_____ avait tenté de lui expliquer la situation, mais elle n'avait rien compris. Un chef de clinique de l'hôpital était intervenu pour lui dire qu'il allait s'occuper de son fils.

A_____ avait préféré s'offrir le luxe d'une circoncision médicale à son fils, plutôt que de faire l'intervention à la mosquée. Ces événements avaient eu des effets sur leur couple, dans la mesure où ils s'étaient remis brièvement ensemble. Elle avait vécu un calvaire, culpabilisant de ne pas avoir été présente. Le mois durant lequel elle était restée au chevet de son enfant avait été terrible et l'avait conduite à pratiquer une interruption volontaire de grossesse et tenter de se suicider.

J_____ avait dû vivre pendant deux ans avec trois fuites urinaires. Il avait bénéficié d'un WC spécial à l'école et, à la maison, il "*se faisait*" sur son pantalon. Depuis l'intervention sur les fistules, les fuites n'étaient pas revenues et il était très heureux. Il se réveillait toutefois à nouveau la nuit, sortait de la maison, en faisait le tour, puis

retournait dormir. Ses résultats scolaires étaient très bons. Il n'avait pas de problèmes avec ses copains d'école mais ne dévoilait pas ses sentiments.

f.d. Le Dr L_____ avait régulièrement suivi J_____ depuis août 2014, étant précisé que l'enfant devait l'être jusqu'à la fin de sa croissance et qu'il le voyait actuellement tous les six mois. Le 28 octobre 2016, il l'avait opéré de fistules uréthro-cutanées *post* amputation. Depuis lors, J_____ allait plutôt bien. D'un point de vue urologique, l'évolution était favorable, dès lors qu'il n'y avait plus de fistule et que l'enfant avait un bon jet urinaire, ce qui signifiait qu'il n'y avait pas de sténose. Il n'était pas encore possible de quantifier précisément une éventuelle perte de sensibilité du gland. S'agissant de la forme générale de son pénis, il y avait une petite perte de substance latérale du gland qui donnait une forme un peu "*carré-bossue*" à celui-ci, mais l'aspect était globalement satisfaisant et le problème était relativement discret. Bien que visible, la perte de substance du gland était difficile à évaluer quantitativement. Quant à l'évolution future des lésions physiologiques, la réapparition de fistules était possible, le risque de récurrence étant usuellement de 5 à 10%, voire moins. Le problème de sténose devrait être suivi tout au long de la croissance et de la puberté car, le tissu cicatriciel n'étant pas de même nature, il y avait un risque de resserrement.

À son arrivée aux urgences, le soir de l'amputation, le gland de J_____ avait l'aspect typique d'une dévascularisation, étant précisé que le repositionnement avait été bien fait, de sorte que le personnel y avait touché le moins possible. Avant l'intervention d'octobre 2016, l'hôpital n'avait d'ailleurs pratiqué aucun geste chirurgical, telles que des incisions ou des sutures. Les anesthésies complètes qu'avait subies J_____ au mois d'août 2014 avaient en effet pour seul but le changement des pansements et le nettoyage de la plaie. Les risques d'infection auxquelles le patient avait été exposé à l'hôpital étaient ceux liés aux tissus dévascularisés, étant précisé que la pose d'une sonde urinaire n'était pas liée à cela, mais faisait partie du protocole usuel en cas de lésion de l'urètre.

f.e. Selon Q_____, l'évolution psychologique de J_____ était positive, dans la mesure où elle avait pu distinguer une diminution de la symptomatologie, soit des troubles du sommeil et du comportement, ainsi que de l'anxiété. L'évènement litigieux était intervenu lorsqu'il avait quatre ans, dans une période importante sur le plan du développement psychosexuel. La poursuite du suivi était nécessaire car la santé psychologique de l'enfant restait fragile et la symptomatologie réapparaissait ponctuellement. Il était difficile de se prononcer sur la suite, dès lors que, même si l'évolution était positive, elle dépendait également du plan somatique.

f.f. Le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, prenait en charge A_____ depuis janvier 2013 pour une dépression récurrente, ainsi qu'une consommation d'alcool et de psychotropes. À la suite des faits, qui l'avaient

beaucoup affecté, A_____ avait présenté une recrudescence de ses troubles psychiatriques avec une culpabilisation, pendant plusieurs mois. Il était angoissé par rapport à l'avenir de son fils et éprouvait de la colère envers C_____.

f.g. Le Dr S_____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne, travaillait depuis 10 ans avec C_____, qui était un très bon médecin, au bénéfice d'une excellente formation, y compris en médecine interne, ainsi que d'une bonne réputation dans le monde médical.

C. a. Le 31 octobre 2017, la présidente de la CPAR a rejeté les incidents soulevés par les parties, ordonné l'ouverture d'une procédure orale et fixé les débats d'appel.

b.a. Lors de l'audience, A_____, par la voix de son conseil, a réitéré les réquisitions de preuve formulées dans sa déclaration d'appel visant à l'audition de F_____, du Dr G_____ et de la Prof. H_____.

b.b. C_____, par l'entremise de son conseil, a conclu à leur rejet et soulevé une question préjudicielle tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire.

b.c. Le Ministère public a conclu au rejet des réquisitions de preuve soulevées par la défense et s'en est rapporté à justice s'agissant de celles de la partie plaignante.

b.d. Après délibération, la CPAR a rejeté les réquisitions de preuve, au bénéfice d'une brève motivation orale, la motivation complète figurant dans le présent arrêt.

c.a. A_____ n'avait rien constaté d'anormal durant l'intervention. À aucun moment C_____ ne lui avait dit d'arrêter de prendre des photos. Le médecin lui avait dit qu'il pourrait rentrer à domicile dès que J_____ aurait uriné. Voyant que cela n'arrivait pas, C_____ l'avait informé qu'il ne pourrait quitter la Permanence que le lendemain matin. En fait, il lui avait demandé de le suivre chez un ami qui était compétent. A_____ n'avait réalisé qu'il y avait eu un problème que lorsqu'il était arrivé à l'hôpital, bien qu'ayant eu des doutes plus tôt.

c.b. Par la voix de son conseil, A_____ persiste dans ses conclusions et actualise celles en indemnisation. Le médecin n'avait pas prouvé avoir recueilli le consentement éclairé de l'appelant sur les risques liés à la section du gland et ne disposait pas du matériel adéquat pour faire face aux imprévus. Le prévenu avait pris le risque que l'enfant bouge au moment de l'incision, ce qui n'était pas imprévisible. La seconde intervention avait été inadéquate, dans la mesure où le médecin avait "bricolé" une sonde afin de garder le contrôle de la situation, alors qu'il se trouvait à proximité des HUG. Le risque de fistule aurait été limité si l'anastomose avait eu lieu à l'hôpital.

A_____ sollicite une indemnité pour les dépenses obligatoires occasionnées par la procédure à hauteur de CHF 14'850.- pour la première instance, et de CHF 17'439.84 en appel.

d.a. C_____ avait utilisé un bout de *Butterfly*, qu'il avait enfilé dans la partie terminale de l'urètre pour recoudre le canal, avant de le retirer. Il était nécessaire de poser une sonde mais cela pouvait attendre quelques heures. Il avait décidé de procéder à une réparation immédiate car la lésion concernait la partie terminale du gland pénien, laquelle était composée de très petits vaisseaux capillaires, qui se refermaient très vite. C_____ avait écarté l'option consistant à placer la partie sectionnée dans de la glace pour procéder à la reconstitution à l'hôpital parce qu'il y avait un risque de nécrose. Il avait jugé bon de ne pas informer A_____ de la situation avant de pratiquer l'anastomose car le comportement du père lui avait fait comprendre qu'il n'était pas en mesure d'entendre de manière raisonnable ses explications, sans compter que le temps d'anesthésie restant était limité. Il n'avait pas interrompu l'opération dans la mesure où il devait terminer son travail et que l'enfant saignait. C_____ avait tout mis en œuvre pour réparer les lésions de J_____ et avait toujours agi dans l'intérêt de celui-ci. S'il n'avait pas pratiqué la reconstruction, l'enfant subirait des conséquences plus graves que des fistules.

d.b. Par l'entremise de son conseil, C_____ conclut au rejet de l'appel. Pour établir une violation du devoir de diligence du médecin, il ne suffisait pas de montrer qu'une autre prise en charge aurait été possible, encore fallait-il que celle adoptée soit indéfendable. Ce devoir ne devait pas faire l'objet d'une interprétation rétrospective. Aucune omission du devoir d'information ne lui était reprochée dans l'acte d'accusation. Son comportement avait été approprié et en tout cas pas insoutenable. Le plaignant avait pris des photographies contrairement à ses instructions.

C_____ sollicite une indemnité pour l'exercice raisonnable de ses droits de procédure en appel à hauteur de CHF 9'342.- correspondant à 25h57 d'activité au tarif de CHF 360.-/heure.

e. Le Ministère public appuie l'appel de la partie plaignante et s'en remet à l'appréciation de la Cour. Le médecin aurait dû s'assurer que l'enfant ne bougât pas en prenant toutes les précautions nécessaires ou, à défaut, reporter l'opération, à plus forte raison vu l'agitation du père. Il n'avait pas recueilli le consentement éclairé du représentant légal de son patient avant de pratiquer l'anastomose et s'était obstiné à pratiquer la reconstruction nonobstant du matériel lacunaire. Il avait introduit un dispositif inadapté dans l'urètre de l'enfant et avait pratiqué une seconde circoncision au lieu d'emmener son patient à l'hôpital.

EN DROIT :

1. L'appel est recevable pour avoir été interjeté et motivé selon la forme et dans les délais prescrits (art. 398 et 399 CPP). Une annonce d'appel n'était pas nécessaire (ATF 138 IV 157 consid. 2.1 p. 159 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_458/2013 du 4 novembre 2013 consid. 1.3.2). La Chambre limite son examen aux violations décrites dans l'acte d'appel (art. 404 al. 1 CPP), sauf en cas de décisions illégales ou inéquitables (art. 404 al. 2 CPP).

2. **2.1.1.** Selon l'art. 389 CPP, la procédure de recours se fonde sur les preuves administrées pendant la procédure préliminaire et la procédure de première instance (al. 1). L'art. 389 al. 3 CPP règle les preuves complémentaires. Il n'y a pas lieu d'administrer des preuves sur des faits non pertinents, notoires, connus de l'autorité pénale ou déjà suffisamment prouvés (art. 139 al. 2 CPP).

Cette disposition codifie, pour la procédure pénale, la règle jurisprudentielle déduite de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) en matière d'appréciation anticipée des preuves (arrêts du Tribunal fédéral 6B_293/2017 du 7 février 2018 consid. 3.1 ; 6B_345/2017 du 16 janvier 2018 consid. 1.1 ; 6B_304/2017 du 21 décembre 2017 consid. 1.1). Le juge peut renoncer à l'administration de certaines preuves, notamment lorsque les faits dont les parties veulent rapporter l'authenticité ne sont pas importants pour la solution du litige. Le droit d'être entendu ne l'empêche pas de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et qu'il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (arrêt du Tribunal fédéral 6B_445/2016 du 5 juillet 2017 consid. 5.7.5). Le refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu des parties que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 141 I 60 consid. 3.3 p. 64 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_704/2017 du 28 décembre 2017 consid. 1.1 ; 6B_1369/2016 du 20 juillet 2017 consid. 2.1).

2.1.2. Le juge du fait dispose d'un large pouvoir dans l'appréciation des preuves (art. 10 al. 2 CPP ; ATF 120 Ia 31 consid. 4b). Confronté à des versions contradictoires, il forge sa conviction sur la base d'un ensemble d'éléments ou d'indices convergents. L'appréciation des preuves doit être examinée dans son ensemble et l'état de fait déduit du rapprochement de divers éléments ou indices. Un ou plusieurs arguments corroboratifs peuvent demeurer fragiles si la solution retenue peut être justifiée de façon soutenable par un ou plusieurs arguments de nature à emporter la conviction (ATF 129 I 8 consid. 2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_1230/2015 du 22 avril 2016 consid. 2 ; 6B_109/2014 du 25 septembre 2014 consid. 2.1).

2.1.3. À l'instar des autres moyens de preuve, le juge apprécie librement la force probante d'une expertise ; il n'est pas lié par les conclusions de l'expert (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3 p. 53 = SJ 2017 I 1 ; ATF 141 IV 369 consid. 6.1 et les références). Toutefois, il ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3 p. 53 = SJ 2017 I 1 ; ATF 138 III 193 consid. 4.3.1 p. 198 s. ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_289/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.1.3 ; 6B_986/2015 du 23 août 2016 consid. 3.2 et les références). Cela est d'autant plus vrai s'agissant des questions dont la réponse demande des connaissances professionnelles particulières (arrêt du Tribunal fédéral 6B_371/2016 du 10 février 2017 consid. 1.1.5).

La nécessité d'une nouvelle expertise dépend d'une appréciation de celle versée au dossier et des autres éléments de preuves (arrêts du Tribunal fédéral 6B_136/2016 du 23 janvier 2017 consid. 1.1.2 ; 6B_986/2015 du 23 août 2016 consid. 3.2 *in fine*). Il appartient au juge de résoudre les questions juridiques qui se posent dans le complexe de faits faisant l'objet de l'expertise (ATF 118 Ia 144 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_1297/2015 du 22 mars 2017 consid. 3.1 ; 6B_289/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.1.3 *in fine*).

2.1.4. L'expertise privée n'a pas la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par l'autorité d'instruction ou de jugement, l'expert mandaté par une partie n'étant ni indépendant, ni impartial. Ainsi, les résultats issus d'une expertise privée réalisée sur mandat du prévenu sont soumis au principe de la libre appréciation des preuves et sont considérés comme de simples allégués de parties (ATF 142 II 355 consid. 6 p. 359 ; ATF 141 IV 369 consid. 6.2 p. 373 s. ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_480/2017 du 29 décembre 2017 consid. 1.2 ; 6B_259/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.2).

2.1.5. En l'espèce, la demande tendant à l'audition du Dr G_____ a été refusée, ce médecin, qui n'était pas présent dans le cabinet du prévenu, ne pouvant pas se prononcer sur la question de savoir si ce dernier voulait à tout prix éviter que l'enfant soit amené à l'hôpital, au-delà de ce qu'il a consigné dans sa note. L'état dans lequel se trouvait l'enfant au moment de son admission aux HUG est par ailleurs documenté par le dossier de l'hôpital.

L'audition de la Prof. H_____ n'apparaît pas non plus utile, dès lors qu'elle n'est pas un témoin direct de l'état d'agitation éventuel dans lequel l'enfant se serait trouvé avant l'opération, dans le cabinet de la permanence, l'intéressée ne pouvant que rapporter les propos du prévenu au téléphone, quelques jours après les faits, qu'elle a déjà consignés dans sa note du 5 août 2014. Enfin, il n'appartient pas à ce médecin de se prononcer sur la question de l'exécution de l'anastomose conformément aux règles de l'art, une expertise ayant été ordonnée sur ce point.

F_____ n'est pas non plus un témoin direct des faits de la cause, de sorte que son audition n'est pas nécessaire.

Une nouvelle expertise judiciaire n'a pas non plus à être ordonnée. À ce stade, les motifs invoqués par C_____ ne sont pas suffisants et n'établissent pas que l'expertise judiciaire serait entachée de graves manquements. De surcroît, les conclusions du rapport se lisent en regard des précisions apportées par l'expert lors de ses auditions au Ministère public, ainsi que des autres éléments de la procédure, y compris l'expertise privée.

Partant, les requêtes ont été rejetées à l'audience.

2.2. Le principe *in dubio pro reo*, qui découle de la présomption d'innocence, garantie par l'art. 6 ch. 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH – RS 0.101) et, sur le plan interne, par les art. 32 al. 1 Cst. et 10 al. 3 CPP, concerne tant le fardeau de la preuve que l'appréciation des preuves.

En tant que règle sur le fardeau de la preuve, ce principe signifie notamment qu'il incombe à l'accusation d'établir la culpabilité de l'accusé, et non à ce dernier de démontrer son innocence (ATF 127 I 38 consid. 2a p. 40 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1145/2014 du 26 novembre 2015 consid. 1.2). Comme principe présidant à l'appréciation des preuves, la présomption d'innocence est violée si le juge du fond se déclare convaincu de faits défavorables à l'accusé sur lesquels, compte tenu des éléments de preuve qui lui sont soumis, il aurait au contraire dû, objectivement, éprouver des doutes sérieux et insurmontables quant à la culpabilité de l'accusé (ATF 138 V 74 consid. 7 p. 82 ; ATF 127 I 38 consid. 2a p. 41 ; ATF 124 IV 86 consid. 2a p. 87 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_1015/2016 du 27 octobre 2017 consid. 4.1).

2.3.1. L'art. 125 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé. Elle suppose la réalisation de trois conditions : une négligence, une atteinte à l'intégrité physique et un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces deux éléments.

2.3.2.1. La négligence est l'imprévoyance coupable commise par celui qui, ne se rendant pas compte des conséquences de son acte, agit sans user des précautions commandées par les circonstances et sa situation personnelle. Deux conditions doivent être remplies (art. 12 al. 3 CP).

D'abord, elle suppose que l'auteur ait violé les règles de prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits,

aurait pu, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui et qu'il a simultanément dépassé les limites du risque admissible (ATF 138 IV 124 consid. 4.4.5 p. 128 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1 p. 79 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_466/2016 du 23 mars 2017 consid. 3.1).

En second lieu, pour qu'il y ait négligence, la violation du devoir de prudence doit être fautive, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir reprocher à l'auteur une inattention ou un manque d'effort blâmable. La violation d'un devoir de prudence est fautive lorsque l'on peut reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, de n'avoir pas déployé l'attention et les efforts qu'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir de prudence. L'attention et la diligence requises sont d'autant plus élevées que le degré de spécialisation de l'auteur est important (ATF 138 IV 124 consid. 4.4.5 p. 128 ; ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1 p. 79 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_466/2016 du 23 mars 2017 consid. 3.1).

2.3.2.2. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 p. 177 ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 p. 12 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1). Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 124 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1).

La particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin sont fonction des circonstances du cas d'espèce (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 p. 11 s. et les références). La notion de manquement à ses devoirs ne doit pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement *a posteriori*, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical, ainsi qu'à toute maladie. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 p. 177 s. ; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 p. 12).

2.3.3. Les interventions médicales réalisent les éléments constitutifs objectifs d'une lésion corporelle en tout cas si elles touchent à une partie du corps (par exemple lors d'une amputation) ou si elles lèsent ou diminuent, de manière non négligeable et au moins temporairement, les aptitudes ou le bien-être physique du patient, cela même

si ces interventions ont été pratiquées dans les règles de l'art (ATF 124 IV 258 consid. 2 p. 260 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_788/2015 du 13 mai 2016 consid. 3.1 = SJ 2017 I 220).

Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte ne peut en principe venir que du consentement du patient, exprès ou que l'on peut présumer (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1). Il suppose que le patient ait reçu du médecin, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2 p. 129). Il faut que la capacité de discernement du patient lui permette de se déterminer sur la base des informations reçues (ATF 134 II 235 consid. 4.1 p. 237).

Il incombe à l'accusation de prouver une violation du devoir d'information du médecin. Le fardeau de la preuve du consentement éclairé du patient, qui constitue un fait objectif justificatif, incombe au prévenu, qui y satisfait déjà en rendant vraisemblables ses allégations (arrêts du Tribunal fédéral 6B_788/2015 du 13 mai 2016 consid. 3.1 = SJ 2017 I 220 ; 6B_910/2013 du 20 janvier 2014 consid. 3.3). En l'absence de consentement, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le consentement hypothétique du patient (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_788/2015 du 13 mai 2016 consid. 3.1 = SJ 2017 I 220).

2.3.4. Il faut qu'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la violation fautive du devoir de prudence et l'atteinte à la santé. Une action est l'une des causes naturelles d'un résultat dommageable si, dans l'enchaînement des événements tels qu'ils se sont produits, elle a été, au regard de règles d'expérience ou de lois scientifiques, une condition *sine qua non* de la survenance de ce résultat, soit si, en la retranchant intellectuellement des événements qui se sont produits en réalité, et sans rien ajouter à ceux-ci, on arrive à la conclusion, sur la base des règles d'expérience et des lois scientifiques reconnues, que le résultat dommageable ne se serait très vraisemblablement pas produit (ATF 138 IV 57 consid. 4.1.3 p. 61 et les références ; ATF 138 IV 1 consid. 4.2.3.3 p. 9).

Lorsque la causalité naturelle est établie, il faut encore rechercher si le comportement incriminé est la cause adéquate du résultat. Tel est le cas lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le comportement était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. Peu importe que le résultat soit dû à d'autres causes, notamment à l'état de la victime, à son comportement ou à celui de tiers (ATF 138 IV 57 consid. 4.1.3 p. 61 ; ATF 131 IV 145 consid. 5.2 p. 148 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_230/2016 du 8 décembre 2016 consid. 1.1).

2.4.1. En l'espèce, la CPAR considère que les déclarations du prévenu jouissent, dans l'ensemble, d'une plus grande crédibilité que celles de la partie plaignante. En effet, le médecin a tenu un discours constant, circonspect et détaillé au cours de ses nombreuses auditions. Il n'a pas ailleurs aucunement contesté, sur les points essentiels, le déroulement des faits décrits dans l'acte d'accusation. Ses explications sont corroborées par celles du témoin P_____, notamment concernant le respect du protocole opératoire (anesthésie locale, patient calme). Les photographies prises par la partie plaignante illustrent encore, autant que faire se peut, ce propos.

À l'inverse, le récit délivré par le père de l'enfant a été fluctuant. En particulier, il s'est contredit sur un point significatif en affirmant n'avoir pris conscience de la gravité de la situation que plusieurs heures après l'opération, vers minuit, tout en déclarant dans sa plainte, puis à répétitions reprises par la suite, avoir lui-même ramassé le gland de son fils sur le champ opératoire, ou par terre, ce qui n'est pas plausible vu les photos. Ses déclarations doivent être appréciées avec prudence, dans la mesure où il est manifeste que l'appelant nourrit du ressentiment envers le prévenu, lequel pourrait être exacerbé par son propre sentiment de culpabilité. Les clichés versés au dossier ôtent toute crédibilité à l'affirmation selon laquelle l'enfant aurait perdu beaucoup de sang. Par ailleurs, la fuite alléguée du médecin ou sa tentative d'acheter le silence des parents ne trouvent aucune assise dans le dossier.

2.4.2. Au regard de ce qui précède et de l'ensemble des éléments du dossier, ainsi qu'en application du principe *in dubio pro reo*, les faits s'étant pour l'essentiel déroulés dans le huis clos du bloc opératoire, la CPAR retient ce qui suit.

Le 24 février 2014, l'appelant et son fils ont rencontré le prévenu lors d'un rendez-vous d'information au sujet d'une circoncision rituelle, ce qui résulte de son dossier, durant lequel le prévenu a ausculté l'enfant et a expliqué aux intéressés, pendant plus d'une demi-heure, le déroulement de l'intervention, l'attitude à adopter durant l'acte, ainsi que les risques et les complications, y compris ceux liés aux lésions du gland et de l'urètre. À cela s'ajoute l'expérience personnelle de l'appelant en matière de circoncision, lui-même l'ayant été par tradition, comme les autres hommes de sa famille. Bien qu'il eût été préférable d'ajouter à ces démarches la signature de la formule usuelle de consentement de la Permanence, dont une copie vierge a été versée au dossier, les déclarations du prévenu, en particulier lors des débats de première instance, rendent vraisemblable que l'information fournie l'a été de façon satisfaisante.

Le 31 juillet 2014, vers 20h00, l'intimé C_____ et P_____, ont reçu J_____ et son père, leur ont rappelé les étapes de l'opération et le fait qu'il était préférable que l'appelant maintienne son garçon des deux mains, reste assis près de lui pour le rassurer et s'abstienne de prendre des photos lors de l'incision, ce dernier n'étant que localement anesthésié. Ce nonobstant, l'appelant a pris de nombreux *selfies* avec son

fil et immortalisé la plupart des étapes de la circoncision, sur lesquels l'enfant apparaît toujours calme et immobile. Au moment précis où, tenant le bistouri de sa main droite, le prévenu a initié le geste chirurgical, qui n'a duré qu'une ou deux secondes, l'enfant a bougé son bassin, de sorte que le gland a échappé à la prise gauche du médecin, qui l'a lâché, le coupant complètement de la main droite. Le gland et le prépuce sectionnés, attachés à la pince *Kocher*, sont visibles sur le champ opératoire stérile (60'023, 60'024, 60'049, 60'050).

Le médecin a immédiatement entrepris une chirurgie reconstructive. Malgré les imprécisions initiales du prévenu sur le nombre de points de suture pratiqués, il sera retenu qu'il a effectué une anastomose circonférentielle de l'urètre aux quatre points cardinaux, avant de procéder à la suture du gland lui-même, dans la mesure où il n'y a pas d'éléments contraires au dossier et que la sensation de "*marche d'escaliers*", dont on ignore l'ampleur, ne constitue pas un indice suffisant pour en douter, l'expert M_____ ayant confirmé qu'il était normal de sentir une petite résistance au sondage de l'urètre. À cela s'ajoute que l'expert a expliqué pourquoi la note de suite de la Prof. H_____ du 5 août 2014 n'était pas claire à cet égard et qu'une anastomose simple était suffisante chez les enfants. Selon le Dr L_____, le repositionnement avait d'ailleurs été bien fait.

Ne disposant pas de sonde urinaire *Foley* de taille adaptée, le prévenu l'a remplacée par un fin tuyau *Butterfly*, qu'il a temporairement inséré dans l'extrémité du pénis pour servir de tuteur lors de la reconstruction. Après avoir suturé, il a expliqué au père qu'une complication était survenue et qu'il fallait transporter l'enfant aux HUG, afin de poser la sonde servant à drainer l'urine, ce que l'appelant n'a pas voulu, préférant attendre l'arrivée de son épouse. Les refus réitérés du père de se déplacer à l'hôpital sont crédibles, peu importants les motifs, compte tenu des déclarations concordantes du prévenu et de l'infirmière. Dans l'intervalle, le prévenu a pratiqué une autre circoncision pendant 30 minutes dans la salle attenante. La mère de l'enfant n'arrivant pas, le prévenu s'est rendu aux urgences pédiatriques afin d'obtenir la sonde adéquate, en vain, la recommandation lui ayant été faite de venir avec l'enfant. Ce matériel n'étant pas disponible à la pharmacie de _____, il est retourné à la Permanence vers 22h00 et a finalement convaincu le plaignant de se rendre aux HUG, où l'enfant a été hospitalisé le 1^{er} août 2014 peu après minuit.

2.4.3. Il est établi et non contesté que J_____ a subi diverses atteintes à son intégrité physique et psychique. Ainsi, il a présenté une lésion de la verge, soit une amputation totale du gland, qui l'a conduit à être hospitalisé du 1^{er} au 27 août 2014. Depuis lors, l'extrémité de son pénis présente un discret déficit volumique et la sensibilité de cette zone demeure réservée. L'amputation a par ailleurs entraîné l'apparition d'une fistule urétrale, laquelle a nécessité divers soins, ainsi qu'une seconde hospitalisation, du 28 octobre au 3 novembre 2016, une intervention chirurgicale ayant été nécessaire afin de fermer l'orifice. Un soutien pédopsychiatrique a également dû être mis en place.

2.4.4. Il convient de distinguer la circoncision du prépuce, qui ne s'est pas déroulée comme prévu, de la prise en charge subséquente.

2.4.5. Il ressort de l'expertise judiciaire et des déclarations de l'expert devant le Ministère public que c'est l'amputation du gland qui est en lien de causalité naturelle et adéquate avec les lésions subies par l'enfant, à l'exclusion des gestes *post* ablation.

Aux dires de l'expert M_____, toute lésion de l'urètre présente en effet un risque important de développement de fistules. Même correctement effectuée, une anastomose comporte toujours un tel risque. L'expert n'a pas établi que la fistule de J_____ était liée à l'anastomose pratiquée par le prévenu, cette complication ayant en tout cas été causée par l'amputation. Force est dès lors de constater que c'est bel et bien l'amputation du gland qui comportait les risques de complications, y compris celles liées à l'anastomose rendue nécessaire.

En revanche, le dossier ne permet pas d'établir quelles conséquences propres auraient été causées au patient par la manière dont l'amputa a été repositionné sur la verge. L'expert n'a en effet pas été en mesure d'affirmer que le dispositif *Butterfly*, utilisé par le médecin pour servir de tuteur, bien qu'inadéquat, avait aggravé les lésions de l'enfant, ni même que l'insertion de ce tuyau avait été traumatique. L'exposition à des lésions supplémentaires n'est qu'une simple hypothèse formulée par l'expert. Ce qui précède est d'autant plus convaincant que, selon les déclarations du Dr L_____, certains urologues pédiatriques ne posent dorénavant plus de sonde urinaire, mais un tuteur, ce qui relativise quelque peu l'inadéquation du procédé utilisé par l'intimé C_____. Les conclusions de l'expert privé vont également dans ce sens.

De surcroît, l'expert judiciaire n'a pas établi qu'une prise en charge immédiate en milieu hospitalier, selon la règle qu'il préconisait, aurait conduit à un meilleur résultat que celui de l'espèce, pas plus qu'il n'a établi en quoi la prise en charge de l'enfant à la Permanence aurait compromis sa santé. Peu importe, dès lors, qu'une admission plus rapide aux HUG eût diminué le risque de fistule, s'agissant d'une simple hypothèse, étant rappelé que même le respect scrupuleux des règles de l'art ne supprime pas totalement ce risque.

Il a par ailleurs été retenu, au bénéfice du doute, que le médecin avait pratiqué une anastomose circonférentielle de l'urètre avant de suturer le gland.

Aussi n'est-il pas établi que c'est le choix médical de pratiquer une anastomose immédiate à la Permanence, en anesthésie locale, ni la technique et le matériel utilisés à cet effet, qui ont causé la fistule, le risque de sténose, l'hospitalisation et les soins nécessités pour la santé physique et psychique de l'enfant, y compris l'intervention d'octobre 2016.

Il n'apparaît pas non plus, sous l'angle de la causalité, que le fait d'avoir attendu trois ou quatre heures avant d'aller à l'hôpital, indépendamment de savoir si cette attente était imputable au seul plaignant, a causé des lésions supplémentaires à J_____ ou aggravé celles existantes. Aussi bien l'expert judiciaire que le Dr L_____ ont en effet attesté que le pronostic vital du patient n'avait pas été engagé. Cela évacue d'office la pertinence du point de savoir si l'enfant se trouvait ou non en globe vésical, la rétention urinaire n'impliquant pas de risque vital.

Le lien de causalité naturelle et adéquate entre les actes du médecin pratiqués *post* amputation et les atteintes à la santé du patient fait dès lors défaut.

Dans cette mesure, point n'est besoin ici de déterminer si ces divers actes étaient constitutifs d'imprévoyances coupables. Pour le même motif, la question de savoir si l'appelant avait donné son accord à l'anastomose, ou, en l'absence d'un tel consentement, s'il aurait accepté l'opération même en ayant été dûment informé, peut souffrir de rester indécise.

2.4.6. Le médecin n'est pas tenu à une obligation de résultat, mais astreint à un devoir de diligence, dont l'étendue s'apprécie en fonction de critères objectifs. Or, tout porte à croire que l'amputation du gland relevait de l'accident imprévisible que même le respect des règles médicales n'a pas empêché.

En effet, sans plus de développement, l'expert a conclu, au regard de l'amputation, que la circoncision n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Toutefois, ce raisonnement à partir du résultat ne suffit pas à fonder un acte potentiellement constitutif d'imprévoyance coupable. Il est d'ailleurs piquant de relever que l'expert n'a pas mentionné quelle règle le prévenu aurait ainsi violée.

À défaut, il convient donc d'examiner les circonstances dans lesquelles s'est déroulée la circoncision, ainsi que les règles – médicales et générales – qu'il s'imposait de respecter. En premier lieu, l'expert a clairement indiqué que la pratique d'une circoncision au moyen d'une anesthésie locale et en ambulatoire, dans un cabinet, ne constituait pas une violation des règles médicales, de sorte qu'aucun reproche ne peut être formulé à cet égard. Ensuite, même si l'infirmière a indiqué que l'enfant avait été difficile à tranquilliser avant l'opération, ce qui a été rapporté à la Prof. H_____, il n'en demeure pas moins qu'il ressort aussi bien des déclarations concordantes des parties, que des photos prises par l'appelant, qu'aussitôt allongé sur la table d'opération, le jeune patient était calme et immobile, pendant pratiquement toute l'intervention. L'usage des sangles n'apparaissait dès lors pas nécessaire, eussent-elles été propres à empêcher un mouvement du bassin, ce qui est douteux.

Aussi sera-t-il retenu que l'environnement opératoire était favorable et propice à l'ablation prévue.

Certes, l'appelant a pris beaucoup de photographies. Il semblerait d'ailleurs que ce soit le geste de son bras, à l'évidence pour prendre un cliché, qui ait causé le mouvement du bassin du fils. Cela étant, le prévenu C_____ a d'emblée déclaré que s'il permettait aux parents de photographier l'avant et l'après d'une circoncision rituelle, il leur interdisait expressément de le faire durant la phase délicate de l'incision, ce qu'il avait clairement expliqué au plaignant, qui l'avait bien compris. Dans la mesure où l'attention du père avait été spécifiquement attirée sur la nécessaire immobilité du patient durant l'excision, à réitérées reprises par le prévenu et son assistante, l'anesthésie n'étant que locale, il n'apparaît pas que le médecin ait violé les règles de la prudence en décidant de pratiquer son acte nonobstant l'excitation du père, étant rappelé qu'il s'agissait d'un acte hautement symbolique aux yeux de ce dernier. Aussi, le bon sens pouvait raisonnablement suffire à donner au médecin l'assurance que l'intéressé allait se plier à ses instructions, dans l'intérêt de son fils, et cesser, ne fût-ce que l'espace d'une seconde, de prendre des clichés.

Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que l'amputation du gland est le résultat fortuit – bien qu'hautelement regrettable – d'une conjonction de facteurs, qui ne peut être mise en relation avec aucune violation des règles de l'art ou d'un devoir de prudence du médecin.

2.4.7. Au vu de ce qui précède, le verdict d'acquiescement doit être confirmé.

- 3.** **3.1.1.** Le prévenu étant acquitté des faits qui lui étaient reprochés, le droit à une indemnisation en application de l'art. 429 al. 1 CPP lui est ouvert. Elle est en principe due par l'État, en vertu de sa responsabilité causale dans la conduite des procédures pénales (N. SCHMID / D. JOSITSCH, *Schweizerische Strafprozessordnung : Praxiskommentar*, 3^{ème} éd. Zurich 2018, n. 6 ad art. 429). Toutefois, lorsque l'appel a été formé par la seule partie plaignante, on ne saurait perdre de vue le fait qu'il n'y a plus aucune intervention de l'État tendant à poursuivre la procédure en instance de recours. La situation est dans ce cas assimilable à celle prévue par l'art. 432 CPP, applicable à la procédure d'appel par le renvoi de l'art. 436 al. 1 CPP, dans la mesure où la poursuite de la procédure relève de la volonté exclusive de la partie plaignante. Il est donc conforme au système élaboré par le législateur que, dans un tel cas, ce soit cette dernière qui assume les frais de défense du prévenu devant l'instance d'appel. Dès lors, en cas de rejet de l'appel formé par la seule partie plaignante, les frais de défense du prévenu doivent être mis à la charge de celle-ci (ATF 139 IV 45 consid. 1.2 p. 47 ss, confirmé par l'ATF 141 IV 476 consid.1.1 p. 478 ss).

3.1.2. Au regard de la nature de l'infraction et de la complexité de la cause, l'indemnité sollicitée au titre de l'activité dédiée par le conseil de C_____ pour la défense de ses droits en appel, de CHF 9'342.-, sera-t-elle accordée, les tarifs – modérés – étant au surplus conformes à la jurisprudence de la Cour.

Seule la partie plaignante ayant initié la procédure d'appel, il se justifie de lui faire supporter les frais de défense du prévenu, dans la mesure où elle succombe entièrement dans ses conclusions. Elle sera dès lors condamnée à lui verser la somme de CHF 9'342.-, TVA incluse.

3.2.1. L'appelant, qui succombe intégralement, supportera les frais de la procédure d'appel, qui comprennent un émolument de CHF 3'000.- (art. 428 CPP).

3.2.2. Vu l'issue de la procédure, les prétentions en indemnisation de la partie plaignante seront rejetées (art. 433 CPP *a contrario*).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

Reçoit l'appel formé par A_____ contre le jugement JTDP/401/2017 rendu le 13 avril 2017 par le Tribunal de police dans la procédure P/15747/2014.

Le rejette.

Condamne A_____ à verser à C_____ une indemnité de CHF 9'342.-, TVA comprise, pour ses frais de défense en appel.

Condamne A_____ aux frais de la procédure d'appel, qui comprennent un émolument de CHF 3'000.-.

Notifie le présent arrêt aux parties.

Le communique, pour information, à l'autorité inférieure.

Siégeant :

Madame Verena PEDRAZZINI RIZZI, présidente ; Madame Yvette NICOLET et Madame Valérie LAUBER, juges ; Madame Malorie RETTBY, greffière-juriste.

La greffière :

Florence PEIRY

La présidente :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

Indication des voies de recours :

Conformément aux art. 78 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF), par-devant le Tribunal fédéral (1000 Lausanne 14), par la voie du recours en matière pénale.

P/15747/2014

ÉTAT DE FRAIS

AARP/58/2018

COUR DE JUSTICE

Selon les art. 4 et 14 du règlement du 22 décembre 2010 fixant le tarif des frais et dépens en matière pénale (E 4 10.03).

Total des frais de procédure du Tribunal de police : CHF 13'017.00

Laissés à la charge de l'Etat.

Bordereau de frais de la Chambre pénale d'appel et de révision

Délivrance de copies et photocopies (let. a, b et c) CHF 0.00

Mandats de comparution, avis d'audience et divers (let. i) CHF 340.00

Procès-verbal (let. f) CHF 70.00

État de frais CHF 75.00

Émoluments de décision CHF 3'000.00

Total des frais de la procédure d'appel : CHF 3'485.00

Condamne M. A_____ aux frais de la procédure d'appel

Total général (première instance + appel) : CHF 16'502.00