



POUVOIR JUDICIAIRE

**JUGEMENT**

**DU TRIBUNAL DE POLICE**

**Chambre 6**

**13 avril 2017**

**MINISTÈRE PUBLIC**

**Monsieur A**\_\_\_\_\_, partie plaignante, assisté de Me Jacques EMERY

**Madame B**\_\_\_\_\_, partie plaignante, assistée de Me Jacques EMERY

Contre

**Monsieur C**\_\_\_\_\_, prévenu, assisté de Me Charles JOYE

**Siégeant : M. Patrick MONNEY, président, M. Raphaël GOBBI, greffier juriste  
délibérant, Mme Jessica AGOSTINHO, greffière.**

**P/15747/2014**

## **CONCLUSIONS FINALES DES PARTIES :**

Le Ministère public conclut à ce que C\_\_\_\_\_ soit reconnu coupable de lésions corporelles graves par négligence, à ce qu'il soit condamné à une peine pécuniaire de 240 jours amende à CHF 200.00 avec sursis et un délai d'épreuve de 3 ans et à ce qu'il soit condamné aux frais de la procédure ; le Ministère public appuie d'ores et déjà les conclusions civiles.

A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, par la voix de leur Conseil, persistent dans les conclusions civiles déposées ce jour en ce qui concerne A\_\_\_\_\_, les droits de l'enfant D\_\_\_\_\_ et de B\_\_\_\_\_ étant réservés pour une action civile ultérieure. Il dépose un état de frais valant conclusion en indemnisation de B\_\_\_\_\_ concernant ses frais de défense.

C\_\_\_\_\_, par la voix de son Conseil, conclut à son acquittement, au rejet des conclusions civiles ainsi qu'à son indemnisation pour ses frais de défense à hauteur des conclusions et décomptes déposés lors des débats.

## **EN FAIT**

**A.** Par acte d'accusation du 22 novembre 2016, il est reproché à C\_\_\_\_\_, médecin indépendant, spécialiste en urologie, de s'être rendu coupable de lésions corporelles graves par négligence (art. 125 al. 2 CP) alors qu'il exerçait dans les locaux de la Permanence \_\_\_\_\_ (ci-après: la Permanence), pour avoir, le 31 juillet 2014 lors d'une circoncision effectuée sur l'enfant D\_\_\_\_\_, alors âgé de quatre ans, 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 au niveau du sillon balanopréputial, face ventrale de la verge, ligne médiane, nécessitant notamment quatre opérations, dont trois sous anesthésies générales, ainsi qu'une hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 27 août 2014.

Les séquelles physiques décrites sont des épisodes de douleurs, une voire plusieurs fistules uréthro-cutanées au niveau du sillon balano-préputial sur la face ventrale avec suspicion de sténose du méat avec jet urinaire bifide, occasionnellement trifide, des mictions fréquentes (pollakisurie), du mal à uriner debout, un risque de troubles de la sensibilité au niveau du gland et un risque d'aspect inesthétique de la verge, un risque ultérieur de sténose urétrale étant également à envisager, le pronostic restant réservé et une opération doit encore être prévue pour corriger les fistules et réparer le déficit volumique du gland. Les séquelles psychiques, notamment le fait que l'enfant D\_\_\_\_\_ a été choqué et inquiet ont conduit à mettre la famille au bénéfice d'un soutien pédopsychiatrique.

Dans ce cadre, il est reproché à C\_\_\_\_\_ d'avoir pratiqué sur l'enfant D\_\_\_\_\_ une circoncision qui n'a pas été effectuée selon les règles de l'art médical et que l'amputation du gland, la tentative d'anastomose de l'urètre et la prise en charge insuffisantes des complications survenues lors de la circoncision pratiquée ont causé des lésions graves à l'enfant et ont concrètement mis en danger sa santé;

Les autres faits décrits dans l'acte d'accusation sont les suivants :

- le 24 février 2014, A \_\_\_\_\_ et son fils D \_\_\_\_\_ ont rencontré C \_\_\_\_\_ dans le cadre d'un rendez-vous d'information pour une circoncision rituelle, durant lequel le prévenu leur a expliqué à le déroulement de l'intervention, l'attitude à avoir durant l'acte et les risques liés à celui-ci, avant d'ausculter l'enfant et de remettre une fiche mentionnant les risques;
- le 31 juillet 2014 vers 19h00, A \_\_\_\_\_ et l'enfant D \_\_\_\_\_ se sont présentés à la permanence pour l'intervention;
- vers 20h00, C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_, infirmière, ont reçu l'enfant et son père, rappelé les différentes étapes de l'intervention et la position à adopter durant l'intervention afin de maintenir l'enfant;
- au moment de l'incision, l'enfant a effectué un mouvement du bassin, contraignant C \_\_\_\_\_ à lâcher le gland, l'amputant de la sorte complètement;
- C \_\_\_\_\_ a entrepris une anastomose de l'urètre avec réimplantation du gland, mais, ne disposant pas de sonde vésicale urinaire (FOLEY) de taille adaptée à l'enfant afin d'assurer le drainage de l'urine et de servir de tuteur, il a placé un dispositif BUTTERFLY dans l'urètre de l'enfant, avant de suturer le gland;
- C \_\_\_\_\_ a alors expliqué au père de l'enfant qu'une complication était survenue et qu'il fallait transporter l'enfant aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) afin de mettre en place une sonde pédiatrique adaptée, mais A \_\_\_\_\_, souhaitant attendre l'arrivée de son épouse, a attendu avec son l'enfant dans la salle d'attente de la permanence pendant que le prévenu a pratiqué une autre circoncision sur un nourrisson, pendant environ 30 minutes;
- la mère de l'enfant n'étant toujours pas présente, C \_\_\_\_\_ s'est rendu aux urgences pédiatriques des HUG afin de demander une sonde adéquate, ce qui lui a été refusé et assorti de la recommandation de venir avec l'enfant, puis s'est rendu à la pharmacie de garde de Cornavin pour obtenir une sonde mais le matériel n'était pas disponible, puis est retourné à la permanence aux alentours de 22h00 et a convaincu A \_\_\_\_\_ de se rendre aux HUG, l'enfant D \_\_\_\_\_ étant finalement hospitalisé à la pédiatrie des HUG, le 1<sup>er</sup> août 2014, aux environs de 00h20;

**B.** Les éléments pertinents suivants ressortent de la procédure.

***Plainte***

**a.** Le 8 août 2014, A \_\_\_\_\_, agissant en son nom ainsi qu'en qualité de représentant légal de son fils, D \_\_\_\_\_, a adressé au Ministère public, sous la signature de son Conseil, une plainte pénale pour lésions corporelles et mise en danger dirigée contre C \_\_\_\_\_.

Selon cette plainte, le 31 juillet 2014, D \_\_\_\_\_, alors âgé de 4 ans, devait subir une circoncision rituelle pratiquée par C \_\_\_\_\_, dans les locaux de la Permanence. Lors de cette intervention, C \_\_\_\_\_ avait entièrement amputé le gland de l'enfant, qui avait roulé sur la couverture chirurgicale. 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. C\_\_\_\_\_ et son assistante, visiblement mal à l'aise, avaient minimisé les faits et entrepris de suturer le gland, avant de poser une sonde urinaire inadaptée, ce qui avait causé des blessures supplémentaire et amplifié l'hémorragie. Ce n'est qu'à ce moment-là, soit vers 19h30 ou 20h00, que A\_\_\_\_\_ avait pris conscience de la gravité de la situation. Au lieu d'appeler une ambulance pour que l'enfant soit conduit d'urgence aux HUG, C\_\_\_\_\_ avait tenté de dissimuler son erreur en disant aux parents qu'il maîtrisait la situation et en expliquant 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 D\_\_\_\_\_ 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 de l'enfant de l'emmener chez un ami. Ensuite, peu avant minuit, A\_\_\_\_\_ avait pris l'initiative de transporter son fils jusqu'aux urgences pédiatriques des HUG, en empruntant les transports en commun. D\_\_\_\_\_ y avait été admis le 1er août 2014 à 00h17, et avait subi une intervention chirurgicale à 02h00, à la suite de laquelle il avait été hospitalisé pour une durée indéterminée.

### ***Pièces médicales versées à la procédure***

**b.a.** Selon la fiche d'admission aux urgences pédiatriques des HUG établie le 1<sup>er</sup> août 2014 à 00h15, D\_\_\_\_\_ présentait alors un bon état général, était alerte et ne ressentait aucune douleur.

**b.b.** A teneur de la fiche d'entrée en chirurgie du Service de chirurgie pédiatrique des HUG du 1er août 2014 rédigée par la Dresse F\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ a été admis à 02h00 pour se faire poser une sonde urinaire sous anesthésie générale. Il est également précisé: "*sensation de discontinuité au passage de la sonde dans l'urètre*". Sous la rubrique "*Anamnèse actuelle*", il est notamment inscrit que, selon le père de l'enfant, "*lors de l'excision du prépuce, C\_\_\_\_\_ aurait excisé le gland également qui s'[était] totalement détaché du pénis et qui aurait roulé par terre*" et que, par la suite, le Dr C\_\_\_\_\_ aurait tenté de remettre le gland de son fils durant environ cinq à six heures. Il est également noté que celui-ci n'avait pas uriné depuis six heures de temps et qu'il ressentait une vive douleur au pénis.

**b.c.** Selon la note de suite simple rédigée le 1er août 2014 à 23h16 par le Dr G\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ s'était présenté le soir précédent au Service d'accueil et d'urgences pédiatriques des HUG (ci-après: SAUP), avait indiqué être urologue et demandé à l'infirmière une sonde urinaire, sans donner plus de détails. L'intéressé avait indiqué avoir besoin d'une telle sonde pour l'enfant d'un ami qui était "en globe vésical" à domicile. Malgré son insistance, sa requête avait été refusée et il lui avait été demandé de venir à l'hôpital avec l'enfant pour que celui-ci puisse être pris en charge. Une à deux heures plus tard, vers 00h10, C\_\_\_\_\_ s'était à nouveau présenté au SAUP pour avertir que son patient allait arriver, suite à une circoncision qu'il venait d'effectuer, suivi d'une plastie. Deux minutes plus tard, la mère de l'enfant était arrivée et s'était fortement

énervée contre C\_\_\_\_\_. Le patient était ensuite arrivé aux urgences à 00h17, dans une poussette, accompagné de son père, le pénis sanguinolent dans une compresse, conscient et non algique.

**b.d.** Selon la note de suite simple rédigée le 5 août 2014 par la Professeure H\_\_\_\_\_, cette dernière avait appelé C\_\_\_\_\_ le jour-même pour avoir des informations directes et connaître les circonstances que celui-ci avait vécues. Ces renseignements devaient également permettre de définir le plan de traitement de D\_\_\_\_\_, la durée de la sonde vésicale et les éventuelles complications à attendre.

Le Dr C\_\_\_\_\_ lui avait semblé inquiet et lui avait décrit les événements qui s'étaient déroulés le 31 août 2014. Selon lui, l'enfant avait été très agité déjà avant l'opération et difficile à calmer. Bien que le père dût tenir son fils, l'enfant avait fait un mouvement du bassin juste au moment où il avait voulu inciser le prépuce et 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 qu'il avait voulu poser un tuteur au niveau de l'urètre, soit une sonde vésicale, et qu'il n'en avait pas dans son cabinet, il s'était rendu immédiatement au SAUP pour s'en procurer une.

**b.e.** Les photographies prises par A\_\_\_\_\_ lors de la circoncision de son fils – y compris avant celle-ci puis lors de l'intervention supplémentaire d'anastomose – et qui figurent au dossier, montrent que l'enfant apparaît calme durant l'intervention.

## **Auditions**

### *Auditions du plaignant*

**c.a.** Entendu le 4 décembre 2014 devant le Ministère public, A\_\_\_\_\_ a confirmé les termes de sa plainte pénale. Il a ajouté qu'il avait rencontré C\_\_\_\_\_ avant l'intervention, en mars 2014, et que celui-ci lui avait alors dessiné un pénis sur une feuille et expliqué l'intervention, soit qu'il allait couper le prépuce. Le praticien lui avait également dit que l'opération devait durer cinq minutes et qu'elle était sans risque.

Le jour de l'intervention, lui-même et son fils D\_\_\_\_\_ avaient été tranquilles et ce dernier n'avait pas pleuré. Avant la circoncision, il avait pris des photos de D\_\_\_\_\_ qui était alors calme, puis, au moment de l'incision, C\_\_\_\_\_ lui avait demandé de tenir les mains de son fils. En même temps qu'il prenait des photos de la main droite, le bras tendu au-dessus de la table, il tenait les deux mains de son fils avec son autre main.

Après l'opération, ils avaient attendu dans la salle d'attente avec D\_\_\_\_\_, afin de s'assurer que ce dernier avait uriné. A un moment donné, C\_\_\_\_\_ était parti chercher une sonde sans l'avertir préalablement. A son retour, celui-ci lui avait demandé si D\_\_\_\_\_ avait uriné. Il avait alors demandé à C\_\_\_\_\_ 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 avec son véhicule.

Durant la soirée, son épouse, B\_\_\_\_\_, l'avait appelé à plusieurs reprises, pensant que quelque chose n'allait pas. Vers 23h50, il avait passé sa femme qui était au téléphone à C\_\_\_\_\_ et ce dernier lui avait répondu qu'il était en pleine intervention. C'est à ce moment-là qu'il avait compris que quelque chose s'était passé et avait voulu qu'on appelle une ambulance. Son épouse lui avait alors dit de se rendre aux urgences.

Suite à cela, D\_\_\_\_\_ était resté 27 jours à l'hôpital, puis trois à la maison et était désormais handicapé. Il était suivi par une pédopsychiatre et devrait être suivi par le Dr I\_\_\_\_\_ jusqu'à ses 18 ans. Une opération de chirurgie reconstructive avait également été planifiée car il avait des fuites d'urine au niveau du méat et son jet se séparait en trois.

A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était lui-même suivi et qu'il prenait des médicaments pendant cette période.

**c.b.** Lors de l'audience devant le Ministère public du 31 mai 2016, A\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu C\_\_\_\_\_ lâcher le pénis de son fils, au moment où il avait coupé. Il avait ensuite vu le gland tomber à terre. Le praticien lui avait alors dit que "cela se passait comme ça" et qu'il pouvait prendre des photos. Suite à l'opération, il ne lui avait pas dit que quelque chose d'anormal s'était passé mais simplement qu'il pourrait rentrer avec son fils dès que ce dernier aurait fait pipi. Il avait commencé à s'inquiéter car l'assistante du médecin venait souvent lui demander si l'enfant avait uriné. Il a précisé qu'il avait compris vers 23h50 qu'il y avait eu un problème, lorsque son épouse avait discuté avec C\_\_\_\_\_. Vu que ce dernier avait refusé d'appeler une ambulance, il avait décidé de lui-même prendre le tram.

A\_\_\_\_\_ a encore déclaré que, le soir en question, C\_\_\_\_\_ avait pris la fuite en laissant les clés de la Permanence sur la porte.

#### *Auditions du prévenu*

**d.a.** Entendu par la police le 15 septembre 2014, C\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il pouvait documenter environ 700 circoncisions depuis qu'il exerçait à la Permanence, soit depuis 2004. La complication qui s'était produite avec D\_\_\_\_\_ était la première qui lui était arrivée.

Il a ajouté que, le 24 février 2014, il avait reçu A\_\_\_\_\_ et son fils pendant environ 40 minutes, pour expliquer le déroulement de l'intervention, les risques et l'attitude à avoir durant l'acte. Il avait notamment précisé qu'il faudrait tranquilliser D\_\_\_\_\_ durant l'incision, dès lors qu'il n'intervenait que lorsque l'enfant était calme. Il avait également ausculté D\_\_\_\_\_ et rien ne présageait alors d'une éventuelle complication. Vu qu'il s'agissait d'une circoncision rituelle, il permettait aux parents de prendre des photos avant le début de l'intervention et après celle-ci.

Le 31 juillet 2014, vers 20h00, il avait pratiqué une anesthésie locale sur D\_\_\_\_\_. Après que A\_\_\_\_\_ avait pris quelques photos, il avait demandé à ce dernier de se rasseoir auprès de son fils pour pouvoir commencer l'opération. L'intéressé s'était exécuté mais, au moment où il avait déjà entamé l'incision, il avait vu l'enfant tourner sa

tête en direction de son père qui tentait d'immortaliser l'instant à l'aide de son appareil photo, ce qui avait fait faire à l'enfant un mouvement du bassin. Cette impulsion inopinée lui avait fait lâcher le gland qu'il maintenait et il n'avait pu retenir son geste, sectionnant un petit morceau de la tête du gland qui était tombé avec le prépuce, lui-même rattaché à une pince.

C\_\_\_\_\_ a indiqué que selon lui, A\_\_\_\_\_ ne s'était pas rendu compte de ladite amputation et il avait préféré ne rien lui dire pour ne pas l'alarmer inutilement. Sa préoccupation première était alors de réparer la lésion, précisant que le pénis de l'enfant était encore endormi et que celui-ci ne sentait donc rien. De surcroît, l'hémostase avait été très bien maîtrisée et le saignement avait ainsi été faible. Il n'avait réalisé qu'il n'y avait plus de sonde pédiatrique adaptée et nécessaire à l'anastomose, qu'après avoir demandé à son assistante de lui en procurer une. Il avait ainsi décidé de la remplacer temporairement par un dispositif BUTTERFLY, le temps de suturer le gland de D\_\_\_\_\_ et de disposer de la sonde.

C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une fois l'anastomose du gland réalisée, *"l'incident était clos"*, mis à part le fait que l'enfant allait devoir rester plus longtemps au cabinet. Il avait alors expliqué ce qu'il s'était passé à A\_\_\_\_\_ et qu'il devait encore mettre en place une sonde pédiatrique pour favoriser la guérison. A\_\_\_\_\_ avait ensuite accepté de se déplacer dans la salle d'attente avec son garçon. Ne trouvant toujours aucune sonde pédiatrique dans ses locaux, il avait averti A\_\_\_\_\_ que D\_\_\_\_\_ devait être transporté à l'hôpital pour s'en faire poser une. L'intéressé avait refusé, au motif qu'il fallait attendre sa femme qui venait des Eaux-Vives. Comme il était alors aux alentours de 21h00 et qu'il avait une autre circoncision planifiée à cette heure-ci, C\_\_\_\_\_ avait décidé de pratiquer cette intervention dans l'attente de la mère. Par la suite, voyant que celle-ci n'était pas arrivée, il s'était lui-même rendu aux HUG pour y chercher une sonde pédiatrique. Celle-ci lui ayant été refusée, il était allé à la pharmacie de garde de la gare Cornavin, laquelle ne disposait pas de ce matériel. Il était rentré à la Permanence vers 22h00 et, voyant que l'épouse de A\_\_\_\_\_ n'était toujours pas là, il lui avait indiqué qu'il fallait impérativement emmener son fils à l'hôpital. Une heure plus tard, celui-ci avait une nouvelle fois refusé de se rendre à l'hôpital sans la mère de l'enfant, avant de partir la rejoindre à la place S\_\_\_\_\_ pour ensuite aller aux urgences.

C\_\_\_\_\_ a encore expliqué qu'il s'était alors rendu aux urgences pédiatriques et avait averti le personnel médical que D\_\_\_\_\_ allait venir avec ses parents pour se faire placer une sonde urinaire. Une dizaine de minutes plus tard, la mère de l'enfant, B\_\_\_\_\_, était arrivée. Il lui avait expliqué qui il était et ce qui s'était passé. Quinze minutes plus tard encore, A\_\_\_\_\_ était arrivé avec son fils, lequel avait été pris en charge. C\_\_\_\_\_ a précisé que personne ne lui avait demandé d'informations sur le déroulement des faits et qu'il avait été reconduit en dehors du bâtiment par la sécurité.

Le 12 août 2014, il avait été contacté par la Professeure H\_\_\_\_\_ qui avait traité D\_\_\_\_\_. Celle-ci lui avait dit que la blessure de l'enfant évoluait favorablement et qu'"elle avait vu pire".

**d.b.** Entendu par le Ministère public les 7 avril et 31 mai 2016, C\_\_\_\_\_ a, en substance, réitéré ses déclarations faites à la police. Il a, en outre, reconnu qu'aucun consentement écrit à l'acte médical n'avait été signé par les parents de D\_\_\_\_\_ et ajouté que, depuis les faits en question, il ne permettait plus de faire des photos durant ce type d'intervention. S'agissant des sondes pédiatriques, il en contrôlait désormais lui-même le stock à la Permanence.

Il a indiqué qu'il disposait de sangles permettant d'immobiliser l'enfant durant la circoncision mais que, dans le cas présent, durant toute la phase préopératoire, D\_\_\_\_\_ avait été calme, comme les photographies pouvaient le confirmer. De plus, l'utilisation de telles attaches pouvait parfois crispier le jeune patient et celles-ci n'auraient, en l'occurrence, servi à rien, dès lors qu'elles se situaient à la hauteur des genoux et n'auraient pas permis d'empêcher un mouvement du bassin.

C\_\_\_\_\_ a admis avoir amputé le gland de D\_\_\_\_\_ en entier et non pas une partie. Il a également précisé qu'il s'était senti capable de pratiquer l'anastomose et que les conditions dans lesquelles celle-ci avait été faite étaient adaptées. Il a précisé que, dans le cas d'une anastomose de l'urètre, il suffisait d'avoir un tuteur adapté, c'est-à-dire une sonde ou n'importe quelle tubulure. La sonde pédiatrique n'était indispensable que dans un second temps, pour permettre à la vessie de se vider. Il n'avait pas demandé à A\_\_\_\_\_ s'il préférait que l'anastomose soit faite à l'hôpital car pour lui, l'amputat ne nécessitait pas une telle procédure. Il a réaffirmé qu'une fois l'anastomose réalisée, il n'y avait plus de risque. Par ailleurs, il avait pratiqué des milliers de circoncisions qui s'étaient parfaitement déroulées. Il regrettait ce qui était arrivé.

#### ***Auditions des personnes appelées à donner des renseignements et des témoins***

**e.a.** Entendue à la police le 4 septembre 2014 puis devant le Ministère public le 4 décembre 2014, E\_\_\_\_\_, infirmière au sein de la Permanence, a déclaré avoir assisté C\_\_\_\_\_ lors de la circoncision de D\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2014.

Elle s'était tout d'abord occupée de la préparation de l'enfant, avant que l'intervention démarre. Le père, A\_\_\_\_\_, lui avait paru excité. Bien qu'elle-même et C\_\_\_\_\_ avaient répété à plusieurs reprises à celui-ci qu'il était préférable qu'il maintienne son fils avec ses deux mains, il avait continué à prendre des clichés, ne tenant D\_\_\_\_\_ qu'avec une seule main.

C\_\_\_\_\_ s'assurait toujours que l'enfant soit calme au moment de procéder à l'incision. Or, au moment d'inciser le prépuce, alors qu'il avait été tranquille et serein jusque-là, D\_\_\_\_\_, non maintenu correctement, avait levé son bassin. Après s'être rendu compte qu'il avait sectionné une petite partie du gland, C\_\_\_\_\_ avait changé de procédé et entrepris de suturer le morceau sectionné. Ledit morceau de chair n'était pas tombé mais était resté accroché à la pince KOCHER. Elle avait alors empêché A\_\_\_\_\_ de saisir ladite pince et, vu que celui-ci était très excité, lui avait plusieurs fois demandé de se calmer et de rassurer son fils. Le saignement de la plaie avait été faible et la suture avait été effectuée avec succès en quelques minutes.



Pour s'assurer que l'urètre n'était pas obstrué, C\_\_\_\_\_ avait demandé une sonde urinaire pédiatrique. Vu qu'il n'y en avait plus en stock, il avait utilisé un tuyau souple BUTTERFLY très fin et identique au diamètre de l'urètre de l'enfant. Ledit tuyau avait été posé sans difficulté. L'état de santé de D\_\_\_\_\_ n'était pas préoccupant mais, vu les complications, C\_\_\_\_\_ avait préféré que celui-ci reste à la Permanence pour s'assurer que tout allait bien. Ils avaient ensuite pratiqué ensemble une autre circoncision qui s'était déroulée normalement et qui avait duré environ 30 minutes.

Ensuite et malgré la bonne coloration du gland de D\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ avait préféré placer une sonde urinaire et s'était rendu aux HUG vers 22h00 pour s'en procurer une. Elle-même était restée aux côtés de l'enfant et de son père. Dix ou quinze minutes plus tard, C\_\_\_\_\_ l'avait appelée pour lui dire qu'on lui avait refusé de lui donner une sonde et qu'on lui avait conseillé d'emmener l'enfant à l'hôpital. C\_\_\_\_\_ avait toutefois préféré se rendre à la pharmacie de garde, à la gare Cornavin, pour tenter de trouver la sonde, en vain.

Lorsqu'il était revenu à la Permanence, C\_\_\_\_\_ avait recommandé à A\_\_\_\_\_ d'emmener son fils aux HUG mais le père avait répondu qu'il ne bougerait pas de la Permanence sans sa femme. Hors de lui, il avait également refusé qu'on lui appelle une ambulance. Elle-même avait quitté la Permanence pour rentrer chez elle aux alentours de 22h30.

**e.b.** Les médecins et la psychologue ayant suivi D\_\_\_\_\_ ont été entendus devant le Ministère public.

**e.b.a.** Le Dr I\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de chirurgie pédiatrique des HUG, spécialiste en urologie pédiatrique, a déclaré avoir été prévenu de l'hospitalisation d'urgence de D\_\_\_\_\_ par la Professeure H\_\_\_\_\_, le 1<sup>er</sup> août 2014, et avoir repris son dossier le 9 août 2014.

Il a indiqué que le pronostic vital de D\_\_\_\_\_ n'avait pas été engagé mais ses lésions, soit une tuméfaction du gland avec aspect de revascularisation, nécessitaient une prise en charge rapide consistant, à ce moment-là, à laisser les tissus se revasculariser, bien nettoyer pour éviter une infection et poser une sonde transurétrale. Il avait été ainsi indispensable d'endormir l'enfant pour son confort et aussi pour éviter qu'il ne bouge et aggrave les lésions. Mis à part le fait que la pose d'une sonde pédiatrique permettait une bonne cicatrisation, elle était également nécessaire car on lui avait transmis que D\_\_\_\_\_ était "*en globe*" à son admission à l'hôpital, dès lors qu'il n'avait plus uriné depuis environ six heures. Par ailleurs, sa collègue lui avait dit qu'au moment d'introduire la sonde, il y avait eu comme un à-coup, ce qui indiquait une lésion de l'urètre. Il a encore indiqué que, lors de la prise de contact avec C\_\_\_\_\_, ce dernier avait expliqué qu'il n'y avait pas eu une suture circonferentielle de l'urètre mais un point qui avait traversé la peau et la muqueuse de l'urètre.

Il a ajouté que le principal risque lié aux lésions constatées était l'infection des tissus en voie de revascularisation, ce qui nécessitait des pansements et des antibiotiques par voie intraveineuse. D\_\_\_\_\_ avait ainsi été hospitalisé une vingtaine de jours, jusqu'à la

revascularisation totale du gland et au retrait de la sonde. Durant son hospitalisation, il avait subi cinq anesthésies générales nécessaires au changement des pansements, opération douloureuse dès lors qu'il était agité et anxieux.

S'agissant des lésions en elles-mêmes, elles avaient plutôt bien évolué, dans la mesure où le gland s'était bien revascularisé et que sa réinervation s'annonçait bonne. Il n'était toutefois pas possible de prédire quelles allaient être les séquelles sur le gland ou de quantifier le degré de sensibilité retrouvé. L'évolution de l'urètre était toutefois moins favorable car des fistules étaient apparues, ce qui était au demeurant classique dans ce type de complications. En l'occurrence, D\_\_\_\_\_ urinait en deux jets, ce qui l'obligeait à se soulager assis. Néanmoins, une guérison totale ne pouvait être exclue et l'enfant devait être réopéré 12 à 14 mois plus tard pour corriger la ou les fistules.

Le praticien a encore expliqué que suite à l'épisode traumatisant que D\_\_\_\_\_ avait vécu, son suivi psychologique avait été proposé.

**e.b.b.** Le Dr J\_\_\_\_\_, pédiatre, a déclaré qu'il suivait régulièrement D\_\_\_\_\_ depuis ses deux ou trois mois. Lorsqu'il avait examiné l'enfant, en janvier 2015, l'évolution des lésions avait semblé plutôt favorable.

**e.b.c.** K\_\_\_\_\_, psychologue aux HUG, a déclaré qu'elle suivait D\_\_\_\_\_ depuis septembre 2014, à quinzaine.

Elle a indiqué que, lorsqu'elle l'avait rencontré, celui-ci avait été 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 également une agitation. Cette symptomatologie importante était, selon elle, clairement liée à son vécu traumatique ayant suivi la circoncision, soit à l'amputation de son gland et aux différentes interventions subséquentes subies. Il n'était, en outre, pas possible d'évaluer les séquelles psychologiques futures mais le traumatisme qu'il avait subi avait eu un impact sur son processus de développement et sur la manière dont il se présentait psychologiquement.

Elle préparait avec lui l'opération qu'il devait subir fin 2016 mais cela était compliqué car il avait tendance à se refermer et à s'agiter dès qu'ils abordaient le sujet.

### ***Expertises médicales***

**f.a.** Une expertise médicale a été ordonnée par le Ministère public le 13 août 2015 et confiée au Dr L\_\_\_\_\_, chef de clinique au département d'urologie de l'hôpital universitaire de T\_\_\_\_\_, sur proposition du Professeur M\_\_\_\_\_, du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (ci-après: CURML).

**f.b.** Le 6 janvier 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu son expertise médicale relative aux lésions subies par D\_\_\_\_\_, sur la base des dossiers médical et pénal.

Il en ressort notamment qu'avant toute circoncision, le praticien doit décrire aux parents et à l'enfant les grandes lignes de l'intervention, ainsi que le déroulement post-opératoire. En l'espèce, aucune documentation écrite ne permettait d'affirmer que

C\_\_\_\_\_ avait correctement informé les parents de D\_\_\_\_\_. Selon l'expert, en cas d'intervention sur de jeunes enfants, l'anesthésie générale était recommandée par certains organes de santé publique et associations de médecins. Par ailleurs, il existait dans le cas d'espèce un manquement au niveau du matériel disponible nécessaire pour pallier d'éventuelles complications, dès lors que la Permanence n'avait pas de sondes urinaires adaptées.

S'agissant des lésions dont D\_\_\_\_\_ avait souffert, les éléments au dossier montraient qu'une amputation complète du gland avait eu lieu. De ce fait, la circoncision n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art.

En outre, suite à une lésion du gland, ce dernier devait être emballé dans une compresse humide, laquelle devait être placée dans un sachet étanche qui devait lui-même être installé dans un second sachet avec une solution maintenant la température aux alentours de 4°C. L'amputat devait ensuite être acheminé au plus vite dans un centre de compétence, soit dans un hôpital de référence, afin qu'une anastomose soit pratiquée par des chirurgiens pédiatres éventuellement assistés de collègues plasticiens, sous anesthésie générale. En l'espèce, D\_\_\_\_\_ aurait dû être emmené aux HUG au plus tard lorsque C\_\_\_\_\_ s'était rendu compte qu'il ne disposait pas de la sonde adéquate.

Une telle amputation soumettait l'enfant à un risque de saignement important pouvant potentiellement engager son pronostic vital. Toutefois, il semblait que D\_\_\_\_\_ n'avait à aucun moment été en danger de mort. Quant à la rétention urinaire aigüe que celui-ci avait présentée, celle-ci n'avait en principe pas impliqué de risque vital immédiat, mais la prise en charge de l'enfant, suite à la lésion constatée, avait compromis sa santé.

Une anastomose simple suffisait généralement chez les enfants. A cette fin, il fallait tout d'abord placer une sonde vésicale urinaire de type FOLEY faisant office de tuteur pour la réparation et permettant de stabiliser la verge et l'amputat, ainsi que le drainage de l'urine. Une telle sonde de taille Charrière 8 ou 10 était adéquate. Un dispositif BUTTERFLY n'était pas adapté à cela. La continuité de l'urètre était obtenue par une anastomose. Un délai de six heures était habituellement admis pour une telle reconstruction. Quant à la réparation effectuée par C\_\_\_\_\_, aucun protocole opératoire n'était disponible. Au vu des déclarations de l'intéressé et de l'échange téléphonique que celui-ci avait eu avec la professeure H\_\_\_\_\_, la tentative de réparation effectuée était insuffisante. Le placement d'une sonde urinaire après la reconstruction était inadéquat et exposait l'urètre à un risque supplémentaire de blessure. De surcroît, la règle était une anastomose circonferentielle de l'urètre par plusieurs points séparés et non pas un seul comme il semblait avoir été le cas. Par ailleurs, l'impression des chirurgiens pédiatres des HUG d'une "marche d'escaliers" au niveau de l'urètre, lors de la pose de la sonde urinaire, suggérait que l'urètre était mal aligné et que la réimplantation du gland n'avait pas été faite dans les règles de l'art. Par la suite, la sonde vésicale urinaire permettant le drainage de l'urine, le risque ultérieur de complications, telles que des infections ou des fistules uréthro-cutanées, était moindre.

Après une telle réparation du gland, qu'elle fût effectuée en permanence médicale ou en hôpital universitaire, un retour immédiat à domicile de l'enfant n'était en aucun cas

envisageable. Une hospitalisation était nécessaire pour assurer l'analgésie, surveiller la cicatrisation et la guérison de la lésion, détecter d'éventuelles complications secondaires, ainsi qu'assurer un suivi psychologique de l'enfant. En l'espèce, la prise en charge de D\_\_\_\_\_ aux urgences des HUG avait été adéquate.

S'agissant des séquelles, à teneur du dossier médical, D\_\_\_\_\_ souffrait de plusieurs fistules uréthro-cutanées au niveau du sillon balano-préputial sur la face ventrale. Il existait également une suspicion de sténose du méat avec jet urinaire bifide, occasionnellement trifide. L'enfant avait également été choqué par l'intervention ratée et inquiet quant à l'avenir de son organe. Un soutien pédopsychiatrique avait été nécessaire lors de son hospitalisation aux HUG et un suivi ambulatoire avait été organisé. Un traumatisme psychique et physique avait été posé. Il était toutefois difficile d'effectuer un pronostic sur les conséquences futures de cette circoncision sur l'avenir de D\_\_\_\_\_.

**f.c.** Entendu devant le Ministère public les 4 mars et 17 novembre 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de son expertise et apporté quelques précisions, notamment à la suite de certaines allégations résultant du rapport établi par le Dr N\_\_\_\_\_, mandaté comme expert privé par la défense.

L'expert L\_\_\_\_\_ a notamment déclaré qu'il avait obtenu son FMH en urologie en 2012 et qu'il était médecin chef de clinique dans le département d'urologie au sein de l'hôpital universitaire de T\_\_\_\_\_ depuis 2015. Auparavant et ce, à partir de 2010, il avait exercé dans le même établissement en tant que chef de clinique adjoint. 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 mais il exerçait désormais plutôt en qualité d'enseignant.

Il a indiqué qu'en hôpital, les circoncisions étaient toujours faites sous anesthésie générale mais que pratiquer un tel acte dans un cabinet médical et sous anesthésie locale n'était pas une faute médicale. Dans le cas d'espèce, il était tout-à-fait possible d'effectuer la circoncision en anesthésie locale et en ambulatoire. Il a ajouté que cette intervention n'était pas considérée comme compliquée et était enseignée en début de carrière.

Selon lui, le gland de D\_\_\_\_\_ avait été complètement amputé, raison pour laquelle la circoncision litigieuse n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Néanmoins, une amputation totale ou subtotale ne changeait rien au degré de complication qui était, dans les deux cas, majeur.

S'agissant du matériel, il a ajouté qu'une sonde vésicale n'était pas nécessaire pour effectuer l'acte chirurgical en lui-même, mais qu'une telle sonde devait être à disposition en cas de complication. L'absence de ce matériel était certes un manquement mais ne faisait pas courir un risque de complication supplémentaire.

S'agissant de la réaction qu'aurait dû avoir C\_\_\_\_\_ après amputation, le Dr L\_\_\_\_\_ a affirmé que la seule attitude adéquate aurait été de transférer aussitôt D\_\_\_\_\_ aux urgences des HUG. En effet, le gland amputé aurait dû être réimplanté sous anesthésie générale dans un centre de référence tel que les HUG par un médecin hautement

qualifié. Cette réimplantation devait être faite le plus tôt possible, soit dans les quatre à six heures. En l'espèce, les deux ou trois heures d'attente n'avaient pas joué un rôle décisif sur les lésions. Par ailleurs, la reconstruction effectuée immédiatement par C\_\_\_\_\_ n'avait pas présenté d'avantage car l'enfant aurait été pris comme urgence primaire aux HUG.

L'expert a indiqué que l'anastomose était une opération compliquée et longue qui devait être pratiquée dans des conditions optimales et sous anesthésie générale, soit dans un bloc opératoire pour assurer les conditions de stérilité idéale. Dans un tel cas d'amputation, il fallait d'abord anastomoser l'urètre, puis le pourtour du gland. Or, au vu des éléments peu clairs au dossier à ce sujet et de l'absence de protocole opératoire, il n'y avait eu, selon lui, aucun acte sur l'urètre, ou du moins pas dans les règles de l'art, préalablement à la suture du gland. En outre, le fait que le médecin des HUG ayant pratiqué le sondage de l'urètre ait senti une résistance, comme une "marche d'escaliers", cela était un indice en faveur de la thèse selon laquelle l'urètre n'avait pas été correctement aligné et que l'anastomose n'avait ainsi pas été faite convenablement. Toutefois, il était possible de ressentir une petite résistance au passage de la sonde après réparation et le seul moyen d'être certain de la bonne exécution de l'acte chirurgical aurait été d'être présent aux côtés de C\_\_\_\_\_ à ce moment-là. En parallèle, rien au dossier ne permettait d'affirmer ni que l'insertion de ladite sonde avait été traumatique ni que la prise en charge aux HUG aurait conduit à un meilleur résultat. Ensuite, une sonde vésicale adaptée devait être posée pour jouer le rôle de tuteur au moment de la pratique de l'anastomose et également éviter le risque de rétention urinaire qui était très important après un tel traumatisme.

S'agissant des fistules, il a précisé que toute anastomose, même celle correctement réalisée, comportait un risque d'une telle complication, notamment du fait de la lésion de l'urètre. En outre, toute opération présentait des risques de complication, raison pour laquelle il fallait bien informer le patient avant l'intervention sur les éventuelles complications, de sorte qu'en cas de survenance d'un tel problème, celui-ci puisse mieux l'accepter.

L'expert a encore expliqué que le dispositif BUTTERFLY était une sonde veineuse impropre à drainer l'urine et qu'il n'était pas adapté à son introduction dans l'urètre, pouvant ainsi engendrer des blessures supplémentaires. Il ne pouvait toutefois pas conclure qu'en l'occurrence, la pose de cette sonde avait aggravé les lésions à l'urètre de D\_\_\_\_\_.

**g.** De son côté, C\_\_\_\_\_ a produit une expertise médicale privée rendue par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie pédiatrique, critiquant le choix de l'expert et les conclusions de l'expertise médicale.

**C.a.** A l'audience de jugement, C\_\_\_\_\_ a confirmé les déclarations faites dans le cadre de la présente procédure.

Interrogé sur le déroulement des faits tel que décrit dans l'acte d'accusation, il a déclaré qu'il y avait des parties qu'il n'admettait pas, dès lors que, selon lui, le père et l'enfant n'étaient pas repartis dans la salle d'attente.

Il a indiqué que, lorsqu'il avait rencontré A\_\_\_\_\_ et son fils pour leur parler de l'intervention, il leur avait expressément évoqué les risques de manière complète, notamment ceux de lésions du gland ou de l'urètre. Au moment de l'opération, il demandait en général aux parents de rester près de la tête de leur enfant et de se tenir eux-mêmes immobiles afin que l'enfant reste tranquille. En outre, il avait expliqué la raison de cette nécessité à A\_\_\_\_\_ en indiquant qu'il allait pratiquer une incision avec un bistouri qui était un instrument très coupant.

C\_\_\_\_\_ a expliqué que de manière générale, dans le cadre d'une circoncision dite "*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 plus grosse, soit une pince KOCHER, que l'on plaçait en dessous des deux pincettes pour fermer et tirer le prépuce. Une fois les deux pincettes retirées, le gland du pénis était retiré en arrière à distance de la pince et c'était dans l'espace de peau du prépuce tiré se situant entre la pince KOCHER et le gland, lequel était maintenu en arrière à travers la peau par la main du praticien, que l'incision était effectuée. En tant que droitier, il devait ainsi 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.

A la question de savoir si, au moment précis de faire usage du bistouri, lorsqu'il avait vu A\_\_\_\_\_ avec le bras levé, il avait détourné son regard du geste chirurgical qu'il était en train d'accomplir, C\_\_\_\_\_ a répondu qu'il regardait toujours ce qu'il faisait avec son bistouri, tout en ayant une vision sur ce qui se passait autour de lui. Il a réaffirmé que c'était le mouvement du bassin de D\_\_\_\_\_ induit par la main du père qui s'était levée pour prendre une photo, qui lui avait fait lâcher le gland qu'il retenait avec sa main, pendant qu'il coupait.

S'agissant de ce qu'il avait dit à A\_\_\_\_\_ après l'accident, il a indiqué avoir expliqué que, durant l'intervention, il y avait eu une lésion du gland qu'il avait réparée mais qu'il fallait mettre une sonde tuteur pour maintenir l'anastomose effectuée. En outre, dès la fin de l'opération, il avait dit plusieurs fois à A\_\_\_\_\_ qu'il fallait se rendre à l'hôpital pour poser une telle sonde, mais vu que celui-ci avait refusé au motif que sa femme devait arriver, il avait décidé de procéder à l'autre circoncision. Par ailleurs, lors de cette deuxième circoncision, D\_\_\_\_\_ ne se trouvait pas dans la salle d'attente mais dans une salle d'intervention attenante séparée par une vitre dépolie. De surcroît, à ce moment-là, un collègue généraliste se trouvait également dans les locaux du centre, à proximité de D\_\_\_\_\_ et de son père.

Concernant l'anastomose de l'urètre, il a expliqué avoir mis quatre points de suture, aux quatre points cardinaux, comme cela était préconisé. Il avait ainsi recousu l'urètre avant de recoudre le gland. Cela ne ressortait pas du dossier, notamment de la note de la Professeure H\_\_\_\_\_, mais il lui avait effectivement dit avoir commencé par un point sur l'urètre, avant de préciser avoir ensuite fait les trois points cardinaux, ce qu'elle

n'avait apparemment pas noté. Il a indiqué que c'était la première fois qu'il pratiquait une anastomose mais qu'il avait déjà assisté des collègues lors d'une telle opération.

A la question de savoir pour quelle raison il avait absolument voulu effectuer l'anastomose lui-même, il a répondu qu'il était spécialiste urologue depuis 1992, qu'il dirigeait une permanence médicale depuis plusieurs années et qu'il avait l'expérience de toutes sortes de plaies. Il savait quand une plaie avait besoin d'être suturée tout de suite ou non et, en l'occurrence, il était certain que sans une anastomose pratiquée dans l'instant, l'amputat aurait pu présenter une nécrose nécessitant une amputation partielle du pénis de D\_\_\_\_\_. Par la suite, face aux refus du père de se rendre aux HUG, il s'était résolu à aller chercher une sonde à plusieurs endroits de la ville.

S'agissant de la note de suite simple du 1er août 2014 rédigée par le Dr G\_\_\_\_\_, il contestait avoir dit que l'enfant d'un ami était en globe.

C\_\_\_\_\_ a encore déclaré qu'il était désolé de ce qui s'était passé avec D\_\_\_\_\_ et qu'il était encore touché par la procédure pénale.

**b.** A\_\_\_\_\_ a déclaré 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. Ils ne lui avaient pas répondu et avaient procédé aux points de suture mais il avait remarqué qu'ils transpiraient et n'avaient pas l'air bien. Ils l'avaient ensuite mis en confiance en lui disant qu'il n'y avait pas de problème et qu'il pouvait continuer à prendre des photos. A aucun moment C\_\_\_\_\_ n'avait employé le mot "complication". A la fin de l'opération, il avait mis le prépuce dans une boîte et la lui avait remise, avant de lui dire d'attendre dans la salle d'attente le temps de s'assurer que l'enfant arrivait à uriner. Il a ajouté que, par deux fois, C\_\_\_\_\_ était sorti de la salle d'attente sans dire où il allait.

A la question de savoir à quel moment il avait compris qu'il y avait eu un problème et ce qu'il avait compris, A\_\_\_\_\_ a répondu que, jusqu'à 23h45, C\_\_\_\_\_ lui avait dit de ne pas quitter le centre et qu'il n'y avait pas de problème. Ce n'était que lorsqu'il avait passé au praticien sa femme qui était au téléphone, que lui-même s'était fâché et que l'intéressé avait pris la fuite en laissant la clé sur la porte du centre et en laissant une paire de chaussettes. Lui-même, sur conseil de son épouse, était alors parti avec son fils dans la poussette et avait rejoint l'hôpital en tram.

A\_\_\_\_\_ a exposé que ce drame avait changé toute sa vie, alors que l'intervention devait être sans risque. Depuis cette opération, il avait perdu la joie de vivre et se posait des questions sur le futur de son fils. Il désirait que son fils guérisse et ait un avenir. Ce dernier lui posait également de nombreuses questions, notamment pour quelle raison il l'avait amené à la Permanence et pourquoi il lui avait fait ça.

Il avait souhaité une circoncision pour son fils pour des raisons rituelle et religieuse. Dans sa famille, ses ascendants et lui-même avaient tous suivi ce rituel. C\_\_\_\_\_ lui avait été recommandé par un ami. Il en voulait énormément à C\_\_\_\_\_, d'autant qu'il avait décidé de faire cette intervention en Suisse pour la compétence des médecins et la qualité des hôpitaux.

Son fils D\_\_\_\_\_ faisait des cauchemars et parlait dans son sommeil. Il ne se sentait pas bien à l'école ces derniers mois.

**c.** B\_\_\_\_\_ a déclaré que, le soir des faits, elle avait appelé son mari une douzaine de fois. A 21h00, il lui avait expliqué qu'il devait rester parce que D\_\_\_\_\_ devait boire et faire pipi. Il lui avait également dit qu'une autre circoncision était en cours, ce qui l'avait rassurée, pensant alors que tout s'était bien passé pour son fils. Elle avait rappelé son mari vers 23h45 et celui-ci lui avait passé le Dr C\_\_\_\_\_ pour la rassurer. Elle s'était alors rendu compte que le médecin était d'origine \_\_\_\_\_, ce qu'elle ignorait, et cela ne l'avait pas du tout rassurée. Le médecin lui avait dit qu'il était en pleine intervention et avait raccroché, avant de prendre la fuite. Elle avait alors dit à son mari de se rendre à l'hôpital et s'y était elle-même rendue. En arrivant à l'hôpital, le Dr C\_\_\_\_\_ s'y trouvait déjà et avait tenté de lui expliquer la situation, mais elle n'avait rien compris. Un chef de clinique de l'hôpital était intervenu et l'avait rassurée en lui disant qu'il allait s'occuper de son fils.

S'agissant des effets des évènements sur son couple, B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au moment des faits, elle était séparée de A\_\_\_\_\_. Par la suite, après s'être remis un moment ensemble, ils s'étaient à nouveau séparés. Elle a ajouté que, depuis les évènements du 31 juillet 2014, elle vivait un calvaire, culpabilisant de ne pas avoir été là pour surveiller son fils. Le mois où elle était restée au chevet de son fils à l'hôpital avait été très difficile pour elle et, enceinte à ce moment-là, cela l'avait conduite à pratiquer une IVG. Elle avait également fait une tentative de suicide. Elle a précisé que son mari avait préféré payer le luxe d'une circoncision médicale à son fils, plutôt que de faire l'intervention à la mosquée.

Son fils D\_\_\_\_\_ avait dû vivre pendant deux ans avec trois fuites urinaires. Il avait eu une toilette spécialement pour lui à l'école et, à la maison, il se faisait sur son pantalon lorsqu'il allait aux toilettes. Depuis l'intervention des 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. Au niveau scolaire, ses résultats étaient très bons. Il n'avait pas de problèmes avec ses copains d'école, il n'était pas agressif et jouait avec eux sans problème. Elle a ajouté qu'elle pensait que D\_\_\_\_\_ était un enfant qui ne montrait pas ses sentiments aux autres.

**d.** Le Tribunal a procédé à l'audition de plusieurs témoins.

**d.a.** Le Dr I\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il avait opéré D\_\_\_\_\_ de fistules uréthro-cutanées post-amputation du gland, le 28 octobre 2016. Il a ajouté qu'il avait régulièrement suivi l'enfant depuis août 2014. Il le voyait actuellement tous les six mois, précisant que l'enfant devrait être suivi jusqu'à la fin de sa croissance.

S'agissant de l'évolution de D\_\_\_\_\_, ce dernier allait plutôt bien sur le plan physique général. Sur le plan urologique, l'évolution était favorable, dès lors qu'il n'y avait plus de fistule et qu'il avait un bon jet urinaire, ce qui signifiait qu'il n'y avait pas de sténose. Il n'était toutefois 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 la forme était globalement satisfaisante. La perte de substance du gland était visible mais difficile à évaluer quantitativement.

Quant à l'évolution future des lésions physiologiques, la réapparition de fistules était possible, mais faible. Il a précisé que 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.

A la question de savoir si la pose d'une sonde Charrière 10 avait été adéquate, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu positivement.

Il a confirmé qu'à son arrivée à l'hôpital, le gland de D\_\_\_\_\_ avait l'aspect typique d'une dévascularisation, précisant que le repositionnement avait toutefois été bien fait et qu'il y avait eu une revascularisation. Il a ajouté qu'usuellement, si le repositionnement était bien fait, on y touchait le moins possible. En l'occurrence, avant l'intervention d'octobre 2016, il n'y avait eu aucun geste chirurgical fait par l'hôpital, telles que des incisions ou des sutures par exemple. Les anesthésies complètes qu'avait subies D\_\_\_\_\_ à l'hôpital au mois d'août 2014 avaient pour seul but le changement des pansements et le nettoyage de la plaie.

Concernant les risques d'infection auxquelles avait été exposé D\_\_\_\_\_ à son arrivée à l'hôpital, il y avait ceux liés aux tissus dévascularisés. La pose d'une sonde urinaire n'était pas liée au risque d'infection mais simplement à l'évacuation nécessaire. Il a également confirmé qu'à son arrivée, l'enfant était décrit par ses collègues comme étant "*en globe urinaire*".

**d.b.** O\_\_\_\_\_ a déclaré que l'évolution psychologique de D\_\_\_\_\_ était positive et qu'elle avait pu distinguer une diminution de la symptomatologie, soit des troubles du sommeil et du comportement, ainsi que de l'anxiété. S'agissant des troubles du langage, il y avait eu un bilan logopédique antérieur aux faits de juillet 2014. Cet événement était intervenu lorsqu'il avait quatre ans, soit dans une période importante de questionnement sur le plan du développement psychosexuel. La poursuite de son suivi était par ailleurs nécessaire car sa santé psychologique restait fragile et la symptomatologie réapparaissait ponctuellement. S'agissant de l'évolution future, il était difficile de se prononcer, dès lors que, même si elle était positive, elle dépendait également de son évolution sur le plan somatique.

**d.c.** P\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, a déclaré qu'il suivait A\_\_\_\_\_ depuis janvier 2013, pour une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique en lien avec une dépression récurrente, ainsi qu'une consommation d'alcool et de psychotropes. Il a indiqué que l'événement lié à son fils survenu à la fin du mois de juillet 2014 avait largement atteint A\_\_\_\_\_. Postérieurement à ces faits, il y avait eu une recrudescence de ses troubles psychiatriques avec une culpabilisation, ce pendant plusieurs mois.

**d.d.** Q\_\_\_\_\_, le fils de C\_\_\_\_\_, a déclaré que ce dernier était un père très responsable dans le cadre de sa famille et qu'il était très heureux d'être son fils. Son père était également très attentionné envers sa famille et ses amis. Au niveau de son travail,

celui-ci aimait ce qu'il faisait et était très doux et attentionné. S'agissant des faits de la présente procédure, son père était éprouvé et affecté émotionnellement par les événements.

**d.e.** Le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne, collègue de C\_\_\_\_\_ à la Permanence, a déclaré qu'il ignorait tout des faits dont il était question. Il a ajouté qu'il travaillait avec C\_\_\_\_\_ depuis 10 ans et que celui-ci était un très bon médecin avec une excellente formation, y compris en médecine interne, ce qui était remarquable pour un chirurgien. Il avait une bonne réputation dans le monde médical. Tous les patients qu'il lui avait adressés lui avaient donné un excellent retour le concernant, que ce soit sur le plan professionnel et sur le plan humain. Il n'avait d'ailleurs jamais entendu de remarques désobligeantes le concernant ni dans les soins prodigués. Le Dr R\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il le sentait affecté par les faits qui lui étaient reprochés et par la procédure.

**e.** A la clôture des débats, les parties ont donné leur accord pour que le Tribunal garde la cause à juger et que le jugement leur soit notifié par voie postale en l'absence de reprise d'audience.

**D.** S'agissant de sa situation personnelle, C\_\_\_\_\_, de nationalité U\_\_\_\_\_, est né le \_\_\_\_\_. Titulaire d'un permis C, il est marié et père de deux enfants, dont un mineur à charge. Il exerce la profession de médecin et perçoit un salaire mensuel net de l'ordre de CHF \_\_\_\_\_, douze fois l'an. Mensuellement, ses charges sont de CHF \_\_\_\_\_ pour le loyer et de CHF \_\_\_\_\_ pour son assurance maladie et celle de son épouse.

Il n'a aucun antécédent.

## **EN DROIT**

### **Sur question préjudicielle**

**1.1.** Sur question préjudicielle, le Conseil de C\_\_\_\_\_ a réitéré ses réquisitions de preuve et conclu à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise médicale et à ce que soient versé au dossier toutes les pièces médicales complémentaires concernant D\_\_\_\_\_.

**1.2.** A teneur de l'art. 182 CPP, le Ministère public et les tribunaux ont recours à un ou plusieurs experts lorsqu'ils ne disposent pas des connaissances et des capacités nécessaires pour constater ou juger un état de fait.

En application de l'art. 189 CPP, la direction de la procédure fait, d'office ou à la demande d'une partie, compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert dans les cas suivants : l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a) ; plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions (let. b) ; l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c).

Le juge apprécie librement la force probante de l'expertise, cette liberté trouvant sa limite dans l'interdiction de l'arbitraire. Si le juge n'est, en principe, pas lié par les conclusions de l'expert, il ne peut s'en écarter, sous peine de violer l'art. 9 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), qu'en exposant les motifs déterminants et les circonstances bien établies qui lui commandent d'agir de la sorte. En se fondant sur une expertise non concluante, le juge pourrait violer l'art. 9 Cst. Tel serait le cas si des motifs suffisants ou de sérieux indices lui faisaient douter de l'exactitude d'une expertise (ATF 129 I 49 consid. 4 p. 57 ; 118 Ia 144 consid. 1c p. 146).

La Cour de justice a rappelé, récemment encore (AARP/542/2015 du 4 novembre 2015, consid. 4.2., et les références citées), que la jurisprudence développée sous l'égide de l'ancien code de procédure pénale genevois (aCPP) reste d'actualité. En effet, l'art. 76 aCPP permettait aussi au juge, par renvoi de l'art. 82 aCPP, d'ordonner un nouvel examen par les premiers experts ou par d'autres, notamment lorsque les constatations ou les conclusions de l'expertise étaient incomplètes. Il a ainsi été jugé qu'une expertise nouvelle ne pouvait être, exceptionnellement, ordonnée que s'il existait des "raisons sérieuses de douter du bien-fondé" de la première expertise ; il n'existait pas de droit à une pluralité. Une nouvelle expertise portant sur le même objet et destinée à éclairer les mêmes questions que celles qui avaient été posées lors de la première mission n'était susceptible d'être ordonnée que lorsque la première expertise (même avec un complément) était jugée trop imprécise ou incomplète et que le rapport n'emportait pas conviction et qu'il était susceptible d'être mis en cause. Le juge devait nourrir des doutes sérieux sur le résultat de la première expertise pour en ordonner une nouvelle, confiée à de nouveaux experts. La première expertise devait donc apparaître comme inexacte ou incomplète sur des faits pertinents.

**1.3.** En l'espèce, l'expertise médicale ordonnée par le Ministère public est exempte des vices décrits par la loi et la jurisprudence. Elle a été rendue par un expert recommandé par le CURML, dont les qualifications ne peuvent être remises en cause. L'expert privé, mis en œuvre par la défense et dont elle a produit le rapport, s'élève sans fondement s'agissant du prétendu manque de qualifications de l'expert, et use à la forme d'une virulence difficilement compréhensible qui dessert la crédibilité du fond de ses propos, au demeurant assimilables aux simples allégués de ses propos. Au demeurant, l'expert L\_\_\_\_\_ a répondu de façon satisfaisante à de nombreuses critiques soulevées par l'expert privé, précisant, explicitant voire nuancant certaines des réponses qu'il avait données à l'occasion de son rapport écrit ou de sa première audition par le Ministère public.

En application de l'art. 189 CPP comme du principe de l'immédiateté restreinte des débats, il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures probatoires relatives à l'expertise judiciaire et à l'expertise privée, et la demande d'une nouvelle expertise doit en particulier être rejetée.

Le Tribunal relève ensuite, s'agissant du versement de pièces médicales complémentaires, que l'audition des praticiens à l'audience de jugement permet de connaître l'évolution de la situation médicale de D\_\_\_\_\_ de façon à la fois plus compréhensible et plus synthétique que le versement de nouvelles pièces.

Pour ces raisons, le Tribunal a rejeté les questions préjudicielles soulevées par le Conseil de C\_\_\_\_\_.

### Culpabilité

**2.1.** Le principe *in dubio pro reo*, qui découle de la présomption d'innocence, garantie par l'art. 6 § 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 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 qu'il incombe à l'accusation d'établir la culpabilité de l'accusé, et non à ce dernier de démontrer son innocence. Il est violé lorsque le juge rend un verdict de culpabilité au seul motif que l'accusé n'a pas prouvé son innocence, mais aussi lorsqu'il résulte du jugement que, pour être parti de la fausse prémisse qu'il incombait à l'accusé de prouver son innocence, le juge l'a condamné parce qu'il n'avait pas apporté cette preuve (ATF 127 I 38 consid. 2a p. 40 et les arrêts cités).

Comme règle de l'appréciation des preuves, le principe *in dubio pro reo* interdit au juge de se déclarer convaincu d'un état de fait défavorable à l'accusé, lorsqu'une appréciation objective des éléments de preuve recueillis laisse subsister un doute sérieux et insurmontable quant à l'existence de cet état de fait. Des doutes abstraits ou théoriques, qui sont toujours possibles, ne suffisent certes pas à exclure une condamnation. La présomption d'innocence n'est invoquée avec succès que si le recourant démontre qu'à l'issue d'une appréciation exempte d'arbitraire de l'ensemble des preuves, le juge aurait dû éprouver des doutes sérieux et irréductibles sur sa culpabilité (ATF 120 Ia 31 consid. 2 p. 33 ss; ATF 124 IV 86 consid. 2a p. 87 ss).

**2.2.** L'art. 9 al. 1 CPP énonce la maxime d'accusation et stipule qu'une infraction ne peut faire l'objet d'un jugement que si le Ministère public a déposé auprès du Tribunal compétent un acte d'accusation dirigé contre une personne déterminée sur la base de faits précisément décrits.

Selon l'art. 325 al. 1 CPP, l'acte d'accusation désigne notamment les actes reprochés au prévenu, le plus brièvement possible mais avec précision, y compris le lieu, la date et l'heure de leur commission ainsi que leurs conséquences et le mode de procéder de l'auteur. Le Tribunal est lié par l'état de fait décrit dans l'acte d'accusation (art. 350 al. 1 *ab initio* CPP).

Le principe de l'accusation est une composante du droit d'être entendu consacré par l'art. 29 al. 2 Cst. et peut aussi être déduit des art. 32 al. 2 Cst. et 6 ch. 3 CEDH qui n'ont, à cet égard, pas de portée distincte. Il implique que le prévenu sache exactement les faits qui lui sont imputés et quelles sont les peines et mesures auxquelles il est exposé, afin qu'il puisse s'expliquer et préparer efficacement sa défense (ATF 126 I 19 consid. 2a p. 21). Il n'empêche pas l'autorité de jugement de s'écarter de l'état de fait ou de la qualification juridique retenus dans la décision de renvoi ou l'acte d'accusation, à condition toutefois que les droits de la défense soient respectés (ATF 126 I 19

consid. 2a et c p. 21 ss). Le principe est violé lorsque le juge se fonde sur un état de fait différent de celui qui figure dans l'acte d'accusation, sans que le prévenu ait eu la possibilité de s'exprimer au sujet de l'acte d'accusation complété ou modifié d'une manière suffisante et en temps utile (ATF 126 I 19 consid. 2c p. 22).

**2.3.1.** A teneur de l'art. 125 CP, celui qui, par négligence, aura fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé sera, sur plainte, puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (al. 1). Si la lésion est grave, la poursuite aura lieu d'office (al. 2).

Cette infraction est réalisée lorsque trois éléments sont réunis : une négligence commise par l'auteur, une lésion corporelle subie par la victime et un lien de causalité naturelle et adéquate entre la négligence et la lésion.

**2.3.2.** La jurisprudence a admis que la notion de lésion grave correspondait à celle définie par l'art. 122 CP (ATF 109 IV 18 consid. 2a; JdT 1983 I p. 443).

**2.3.3.** S'agissant de l'élément constitutif de la négligence de l'auteur, deux conditions doivent être remplies pour que celle-ci soit admise au sens de l'art. 125 CP.

Selon l'article 12 alinéa 3 CP, il y a négligence si, par une imprévoyance coupable, l'auteur a agi sans se rendre compte ou sans tenir compte des conséquences de son acte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur de l'acte n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle.

En premier lieu, il faut que l'auteur ait violé les règles de la 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 dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1 p. 79). C'est en fonction de la situation personnelle de l'auteur que l'on doit apprécier son devoir de prudence (ATF 135 IV 56 consid. 2.1 p. 64; 133 IV 158 consid. 5.1 p. 162; 122 IV 145 consid. 3b/aa p. 147).

En second lieu, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 p. 262 et les références citées). Il faut pouvoir reprocher à l'auteur de ne pas avoir reconnu l'existence d'un danger qu'une infraction soit réalisée, alors qu'il le pouvait et le devait, ou de l'avoir reconnue mais de n'avoir pas pris les précautions que l'on pouvait attendre de lui et qui auraient été propres à empêcher la réalisation de l'infraction (ATF 108 IV 3 consid. 3 p. 8 s; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1/2011 du 31 août 2011 consid. 2.4).

En principe, les lésions corporelles par négligence supposent une action. Par son comportement délictueux, l'auteur viole par négligence un devoir de prudence et cause ainsi des lésions corporelles à autrui. Toutefois, selon l'art. 11 CP, un crime ou un délit peut aussi être commis par le fait d'un comportement passif contraire à une obligation

d'agir (al. 1). Reste passif en violation d'une obligation d'agir celui qui n'empêche pas la mise en danger ou la lésion d'un bien juridique protégé par la loi pénale bien qu'il y soit tenu à raison de sa situation juridique. La loi énumère plusieurs sources pouvant fonder une position de garant, à savoir la loi, un contrat, une communauté de risques librement consentie ou la création d'un risque (art. 11 al. 2 CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit cependant pas. Il doit s'agir d'une obligation juridique qualifiée (message du 21 septembre 1998 du Conseil fédéral concernant la modification du code pénal suisse, FF 1999, p. 1808; CASSANI, Commentaire romand, Code pénal I, n. 21 et 25 ad art. 11 CP). Il faut que l'auteur se soit trouvé dans une situation qui l'obligeait à ce point à protéger un bien déterminé contre des dangers indéterminés (devoir de protection) ou à empêcher la réalisation de risques connus auxquels des biens indéterminés étaient exposés (devoir de surveillance) que son omission peut être assimilée au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (ATF 136 IV 188 consid. 6.2 p. 191; 134 IV 255 consid. 4.2.1 p. 259 s.).

Ainsi, pour déterminer si un délit de commission par omission a été réalisé, il faut rechercher si la personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait dans une situation de garant. Ce n'est que si tel est le cas que l'on peut établir l'étendue du devoir de diligence qui découle de cette position de garant et quels actes concrets l'intéressé était tenu d'accomplir en raison de ce devoir de diligence. Lorsque l'auteur a omis de faire un acte qu'il était juridiquement tenu d'accomplir, il faut encore se demander si cette omission peut lui être imputée à faute (arrêt du Tribunal fédéral 6B\_539/2007 du 15 novembre 2007, consid. 3.2.1.2).

La doctrine ayant étudié la question de l'omission par négligence retient que, d'une façon générale, les conditions requises pour l'admettre sont les suivantes : la victime est menacée; l'auteur avait l'obligation juridique d'intervenir (soit parce qu'il a créé le danger, soit qu'il assume un devoir de garde, soit qu'il est tenu d'agir à raison de circonstances particulières); il est demeuré passif, soit par ignorance de son devoir juridique, soit parce qu'il n'a pas perçu le danger, soit qu'il a cru que le risque ne se réaliserait pas; le résultat dommageable est en relation de causalité avec l'omission (MOREILLON, L'infraction par omission, 1993, n. 174 pp. 111 et 112).

La distinction entre l'omission et la commission n'est pas toujours facile à faire et on peut souvent se demander s'il faut reprocher à l'auteur d'avoir agi comme il ne devait pas le faire ou d'avoir omis d'agir comme il devait le faire. Pour apprécier, dans les cas limites, si un comportement constitue un acte ou le défaut d'accomplissement d'un acte, il faut s'inspirer du principe de la subsidiarité et retenir un délit de commission chaque fois que l'on peut imputer à l'auteur un comportement actif (ATF 129 IV 119 consid. 2.2 p. 121 s. et les références citées).

**2.3.4.** Quant à l'élément tenant à la causalité, la violation fautive d'un devoir de prudence doit avoir été la cause naturelle et adéquate des lésions subies par la victime (ATF 133 IV 158 consid. 6; ATF 129 IV 119 consid. 2. 4).

Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non, c'est-à-dire si, sans lui, le résultat ne se serait pas produit. Il en

est la cause adéquate lorsque, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, il est propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 138 IV 57 consid. 4.1.3; ATF 133 IV 158 consid. 6. 1; ATF 131 IV 145 consid. 2b et 5.1).

**2.4.** En l'espèce, l'exposé des faits désignés par l'acte d'accusation exclut la version des parties plaignantes selon laquelle, notamment, A\_\_\_\_\_ n'aurait compris que très tardivement la gravité de la complication, soit au moment seulement de l'entretien téléphonique entre son épouse et le prévenu, vers 23h45. De surcroît, le récit délivré en particulier par A\_\_\_\_\_, fluctuant à plusieurs égards au cours de la procédure et à l'évidence marqué par l'émotion, est peu crédible. Le point relevé ci-dessus, soit le moment de la prise de conscience qu'un problème était survenu, est révélateur à cet égard, dans la mesure où A\_\_\_\_\_ affirme à la fois qu'elle a eu lieu plusieurs heures après l'opération, tout en déclarant, en parallèle et de façon réitérée, avoir lui-même ramassé le gland de son fils – soit sur le cham opératoire, soit par terre – et l'avoir tendu au médecin et à son assistante.

Pour l'essentiel, à l'exception en particulier du lieu de l'attente de A\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ au sein de la permanence, soit dans la salle d'attente ou dans la salle d'intervention, l'état de faits décrit dans l'acte d'accusation est admis par C\_\_\_\_\_, dont la teneur correspond d'ailleurs au récit des faits qu'il a lui-même livré lors de ses différentes déclarations. En outre, ces faits sont corroborés par les déclarations de son assistante, E\_\_\_\_\_.

S'agissant des lésions subies par D\_\_\_\_\_, soit notamment une amputation totale ou subtotale du gland, une voire plusieurs fistules consécutives, ainsi que les soins nécessités, particulièrement son hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 27 août 2014 conjuguée une nouvelle intervention chirurgicale en octobre 2016, elles sont établies et d'ailleurs non contestées, avec la précision toutefois – à la lumière de ce qu'a confirmé le Dr I\_\_\_\_\_ lors des débats – que les anesthésies complètes subies par D\_\_\_\_\_ en août 2014 n'ont pas eu lieu dans le cadre d'interventions chirurgicales complémentaires.

La question de savoir si lesdites lésions doivent être qualifiées de graves ou non peut toutefois rester ouverte.

#### Circoncision et amputation

**2.4.1.** Concernant la conscience et le consentement aux risques d'une telle intervention, l'acte d'accusation retient, sur la base des déclarations crédibles de C\_\_\_\_\_, que ce dernier a transmis à A\_\_\_\_\_, le 24 février 2014 lors du rendez-vous d'information, une fiche mentionnant les risques liés à l'intervention. Selon la copie de la fiche figurant au dossier, les risques de lésions au gland et à l'urètre y sont mentionnés de façon claire. Les déclarations du prévenu, en particulier lors des débats, au sujet de l'information fournie et de la façon dont elle a été donnée, rendent vraisemblable qu'elle l'ait été de façon satisfaisante, bien qu'il eût été préférable d'ajouter à ces démarches la signature d'une formule de consentement. A cela s'ajoute l'expérience personnelle et familiale de A\_\_\_\_\_ en matière de circoncision, lui-même ayant déclaré être circoncis par tradition comme les autres hommes de sa famille. Considérant l'ensemble de ces éléments, il y a

lieu de retenir que A\_\_\_\_\_, était conscient et informé des risques d'accidents iatrogènes et y a valablement consenti pour son fils.

Quant aux violations des règles de l'art s'agissant du geste chirurgical d'excision du prépuce – ou circoncision – l'expert judiciaire L\_\_\_\_\_ raisonne à rebours à partir du résultat, sans mentionner, au surplus, quelle règle de l'art aurait été violée par le geste de C\_\_\_\_\_, ce qui ne permet pas, en l'état, de distinguer entre l'accident pur et simple, et l'acte potentiellement constitutif d'imprévoyance coupable.

Il y a lieu à cet égard d'examiner le cadre dans lequel l'intervention de circoncision s'est déroulée, et les règles qu'il convenait de respecter. S'agissant de pratiquer un geste chirurgical, il est évident et découle – au-delà des règles de l'art médical – du simple bon sens que le médecin doit toujours s'assurer préalablement d'un environnement opératoire libre et calme pour pratiquer les actions opératoires en toute sérénité et en toute liberté. A ce propos et en premier lieu, l'expert judiciaire a clairement indiqué que pratiquer une circoncision en anesthésie locale ne constituait pas une violation des règles médicales.

Selon la note de suite simple du 5 août 2014 établie par la Professeure H\_\_\_\_\_ et rapportant les propos que C\_\_\_\_\_ lui aurait tenus, *"l'enfant avait été très agité déjà avant l'opération et difficile à calmer"*, ce qui tendrait à indiquer que l'environnement opératoire n'était pas adéquat pour pratiquer la circoncision prévue. Il y a toutefois lieu de relever que cette pièce, par sa nature, n'équivaut pas à un procès-verbal d'audition du prévenu, notamment parce qu'en l'absence de cadre formel, C\_\_\_\_\_ n'a été ni mis en cause ni informé de ses droits préalablement à ses déclarations et, surtout, n'a jamais été amené à relire et signer ce qui avait été rapporté de ses déclarations, aux fins d'en authentifier la réalité. Ce passage de la note du Professeur H\_\_\_\_\_ est au demeurant contredit par plusieurs éléments du dossier. Il est établi par les photos prises par le A\_\_\_\_\_ et par les déclarations de E\_\_\_\_\_, qu'au moment de l'opération en général, et du départ du geste chirurgical d'excision en particulier, le père et l'enfant étaient calmes et immobiles. A\_\_\_\_\_ lui-même a déclaré que son fils était tranquille lors de l'intervention. Cela correspond à la version de C\_\_\_\_\_ qui indique en outre, sans être contredit par les éléments du dossier, qu'il avait spécifiquement attiré l'attention des intéressés sur cette nécessaire immobilité – laquelle découle en outre du plus élémentaire bon sens et aurait dû être présent à tout instant dans l'esprit du père – et qu'il avait encore, au moment de l'incision, prévenu A\_\_\_\_\_ qu'il ne fallait pas bouger.

Dans ces circonstances, le recours à une anesthésie générale ou aux sangles – dont il n'est pas établi qu'elles auraient empêché un mouvement du bassin de l'enfant– ou encore le report de l'opération n'étaient pas exigés par les circonstances ni par les règles médicales. Le mouvement inopiné du bras du père, effectué par ce dernier dans le but de prendre des photos est, par ailleurs, établi par les déclarations du prévenu et admis par l'intéressé. De surcroît, les nombreuses prises de vue effectuées par A\_\_\_\_\_ figurant au dossier, notamment de type *"selfie"*, confirment la vraisemblance d'un tel mouvement. S'agissant du mouvement du bassin de l'enfant, possiblement consécutif à ces actions de A\_\_\_\_\_, celui-ci est également établi par les déclarations du prévenu et



n'est pas contesté par A\_\_\_\_\_. Selon la déclaration de E\_\_\_\_\_, le mouvement du bassin de l'enfant a eu lieu sans raison apparente et alors que le père ne tenait plus son fils.

Ainsi, l'amputation du gland a résulté du mouvement fortuit du bassin de l'enfant et du fait que le gland ait alors échappé de la main du praticien, au moment-même où C\_\_\_\_\_ a initié le geste exercé avec le bistouri sur le prépuce, et cet état de fait ne peut être mis en relation avec aucune violation d'une règle de l'art ou d'un devoir de prudence. En d'autres termes, cette conjonction de facteurs relève de l'accident imprévisible que le respect des règles médicales n'a pas été en mesure d'empêcher.

#### Décision relative à la réparation

**2.4.2.** S'agissant de l'anastomose pratiquée ensuite, il s'agit d'une intervention clairement différente de la circoncision à laquelle A\_\_\_\_\_ avait consenti. Elle en diffère tant par sa nature, relevant de la chirurgie réparatrice, que par la technique opératoire, ainsi que du point de vue de la complexité des gestes à accomplir. Partant, les règles de l'art médical exigeaient de C\_\_\_\_\_ qu'il recueille le consentement éclairé du père de son jeune patient, ce qu'il n'a manifestement pas fait avant d'initier les gestes qu'il voulait réparateurs. En ce sens, il a violé les règles de l'art médical.

Il ressort de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ que l'urgence d'une réparation était réelle mais relevait du respect d'un délai de quelques heures et n'était, en tout état, pas nécessaire dans les secondes qui suivaient l'amputation. C\_\_\_\_\_ disposait donc du temps nécessaire pour expliquer la situation au père de D\_\_\_\_\_, pour lui décrire les risques et avantages d'un acte réparateur entrepris par lui-même à la Permanence (p. ex. le fait que lui-même n'était pas particulièrement expérimenté pour cette intervention ou que le matériel à sa disposition était limité, voire lacunaire, mais qu'il y avait l'avantage de l'assurance d'une intervention immédiate), voire pour indiquer également quels étaient les risques et avantages d'une intervention se déroulant à l'hôpital universitaire tout proche (p. ex. le bénéfice d'un meilleur équipement ou d'une possible prise en charge par un praticien plus expérimenté, mais avec une incertitude quant à la célérité de la prise en charge par le service des urgences). Le prévenu n'a pas non plus été empêché par d'autres circonstances de recueillir le consentement de A\_\_\_\_\_. En conséquence, cette violation des règles de l'art est imputable à faute.

En outre, s'agissant du choix de pratiquer immédiatement une anastomose, l'expert a indiqué que la procédure adéquate à suivre dans le cas d'une lésion du gland est d'emballer l'amputat, de le maintenir aux alentours de 4°C et de l'acheminer au plus vite dans un centre de compétence pour y tenter une anastomose, laquelle peut être une anastomose simple pour un enfant. En substance cette anastomose se fait après la pose d'une sonde vésicale urinaire, qui sert de tuteur, et est constituée d'une double anastomose, soit de celle de l'urètre, puis de celle des autres tissus. Les critiques émises par la défense et fondées sur les sources citées par l'expert, notamment quant à l'absence de pertinence des indications ayant trait à des cas d'amputation pénienne, n'apparaissent pas fondées. En effet, tant dans son expertise que dans ses explications ultérieures, l'expert s'est clairement référé à une lésion du gland et non à une amputation pénienne

plus importante. Il est rappelé que l'expert est amené à se prononcer sur ses connaissances et expériences propres et que les sources citées sont là pour étayer et exemplifier son propos mais ne constituent pas l'essentiel du rapport.

Par ailleurs l'expert indique qu'il était "*inadéquat de tenter ce genre de geste en anesthésie locale*" alors que l'intervention se prolongeait.

Ainsi, la décision de pratiquer aussitôt l'anastomose ne correspondait pas à la solution idéale qui aurait consisté en un transfert en milieu hospitalier avec les précautions d'usages préconisées. Elle n'était, de surcroît, pas adéquate compte tenu de l'anesthésie locale qui avait été pratiquée et de la prolongation de l'intervention. Pour autant, dans le cas d'espèce, il n'est pas établi que l'intervention se serait prolongée au-delà de quelques minutes, dès lors que cela ne ressort ni des déclarations de la partie plaignante ni de celles du prévenu, ni d'aucun autre élément du dossier. En outre, pour être inadéquate, ou à tout le moins pour ne pas avoir été idéale, il n'apparaît pas que cette décision aurait été à ce point insoutenable qu'elle constituerait une violation des règles de l'art médical.

#### Décision de s'en tenir à l'anastomose malgré l'absence de sonde

**2.4.3.** En l'occurrence, selon ses propres déclarations à la police, le prévenu a cherché en vain une sonde urinaire à la Permanence et opté, en lieu et place, pour un morceau de tube BUTTERFLY.

Même en s'apercevant qu'il n'avait pas le matériel nécessaire, soit une sonde urinaire adaptée, il s'est obstiné dans la poursuite de sa décision de pratiquer une anastomose et n'a, à aucun moment, envisagé un départ immédiat pour l'hôpital voisin. Par cet entêtement, alors qu'un transfert à l'hôpital était non seulement possible, mais encore souhaitable voire indispensable à dire d'expert, le prévenu a adopté une attitude insoutenable au regard des règles de l'art médical. Dès lors que, dans le cadre de la Permanence, le prévenu disposait assurément des dispositifs d'emballage et de maintien des tissus au froid préconisés par l'expert et qu'il disposait, en outre, d'un véhicule lui permettant de se rendre immédiatement à l'hôpital universitaire situé à proximité immédiate, cette violation des règles de l'art médical est imputable à faute. Elle l'est d'autant plus qu'il savait pertinemment que le palliatif utilisé n'était pas équivalent à la sonde qui aurait été adéquate.

Quant à la question de la causalité de cette imprévoyance coupable sur les atteintes à la santé de D\_\_\_\_\_, il y a lieu de retenir, à la lumière des déclarations des différents médecins qui se sont exprimés à ce sujet dans ce dossier, qu'un risque de fistule existe forcément lors d'une amputation du gland nécessitant une anastomose. En outre, l'expert L\_\_\_\_\_ a indiqué que, même si l'opération s'était déroulée en milieu hospitalier conformément à la règle qu'il préconise, il n'est pas établi que le résultat aurait été meilleur. En conséquence, il n'est pas établi que c'est le choix médical injustifié de persister à vouloir pratiquer une anastomose à la Permanence qui a causé la ou les fistules, le risque de sténose, l'hospitalisation et les différents soins nécessités ensuite par la santé physique et psychique de D\_\_\_\_\_, y compris la nouvelle intervention subie en octobre 2016. Autrement dit, c'est l'amputation du gland – accidentelle et non

imputable à faute – qui comportait les risques de complications, y compris celles liées à l'anastomose rendue nécessaire. Il n'est en revanche pas établi que la décision de pratiquer l'anastomose à la Permanence aurait été propre à créer, ou aurait créé effectivement, de nouveaux risques, respectivement aurait été propre à accroître ou aurait accru les risques propres à l'amputation accidentelle déjà intervenue. Il n'y a donc pas de lien de causalité entre cette imprévoyance coupable et les lésions constatées.

#### Technique utilisée pour l'anastomose

**2.4.4.** Lors de ses différentes déclarations, tant à la police que devant le Ministère public, le prévenu a constamment indiqué avoir d'abord posé le dispositif BUTTERFLY afin que celui-ci serve de tuteur pendant l'anastomose. Il a également déclaré avoir suturé le gland et avoir mis des points sur le frein et sur le gland, et a parlé de l'anastomose du gland et de l'urètre, sans donner de précision sur les points de suture qu'il aurait pratiqués sur l'urètre. Lors de la conversation téléphonique reportée par la Professeure H\_\_\_\_\_ dans sa note de suite, l'intéressé aurait indiqué avoir effectué un point au niveau du frein, en prenant l'endothélium de l'urètre des deux côtés pour fixer les deux bouts ensemble. Outre le fait que cette pièce ne revêt qu'une valeur probante relative (cf. supra consid. 2.4.1.), on ignore si la phrase suivante de cette note interne, libellée "*Pas d'autres points au niveau de l'urètre*", correspond au report d'une mention expresse qu'aurait faite le prévenu lui-même lors de cet échange verbal ou s'il s'agit, au contraire, du reflet d'une réflexion déductive propre à la rédactrice de la note, émise en fonction de ce qu'elle avait compris des explications données par C\_\_\_\_\_. Lors des débats, le prévenu a décrit avoir posé quatre points pour suturer l'urètre, avant de suturer le gland lui-même, conformément à la règle de l'art décrite par l'expert L\_\_\_\_\_.

Dans le doute et malgré les fluctuations, ou à tout le moins les imprécisions, du prévenu dans ses premières déclarations, il y a lieu de considérer, au bénéfice du doute, que celui-ci a procédé à une anastomose circonférentielle de l'urètre avant de procéder à la suture du gland en lui-même. Il n'y a, en outre, aucun élément contraire au dossier et il est aujourd'hui impossible de vérifier cette exécution, le compte rendu de la Dresse H\_\_\_\_\_ et la marche d'escaliers relevée au passage de la sonde – dont l'ampleur reste inconnue – n'étant pas des indices suffisants pour fonder une violation des règles de l'art.

Au surplus et sur le plan de la causalité, même en admettant que la suture de l'urètre n'a pas été faite du tout ou qu'elle a été mal exécutée, ceci en violation fautive des règles de l'art médical, il n'est pas établi que c'est cette défaillance qui a causé la ou les fistules constatées, un tel risque étant lié à toute anastomose après amputation du gland, à dire d'expert (et étant renvoyé pour le surplus à ce qui a déjà été développé ci-dessus au dernier paragraphe du consid. 2.4.3). A l'inverse, le respect scrupuleux des règles de l'art n'aurait pas permis de supprimer tout risque de fistule ni même de le rendre infime, de sorte que le lien de causalité n'est pas avéré.

Par ailleurs, il n'est pas établi que la pose du dispositif BUTTERFLY a causé une quelconque complication supplémentaire, étant encore précisé que l'expert judiciaire a

déclaré que, bien qu'inadéquat, le procédé utilisé par le prévenu n'était pas propre à causer des complications.

Attente dans les locaux de la Permanence après l'anastomose

**2.4.5.** Quant au fait que A\_\_\_\_\_ et son fils D\_\_\_\_\_ sont restés ensuite dans les locaux, il est imputable à la décision du seul plaignant, ainsi que cela ressort de l'acte d'accusation et des déclarations crédibles et constantes du prévenu.

Pour autant, en retenant que l'attente dans les locaux de la Permanence, en présence ou non d'un autre médecin, que la recherche à l'extérieur d'une sonde urinaire ou que le fait de pratiquer une autre circoncision pussent constituer des manquements constitutifs d'imprévoyance coupable (question qui souffre de rester ouverte), ces événements résultent de la décision de A\_\_\_\_\_ de rester dans les locaux pour attendre son épouse, plutôt que de se rendre à l'hôpital comme le lui a demandé le prévenu et ce, à plusieurs reprises et avec insistance ; ils ne sauraient en conséquence être reprochés au prévenu. Il n'apparaît au demeurant pas, sous l'angle de la causalité, que le fait d'avoir attendu plusieurs heures avant la prise en charge hospitalière aurait causé des lésions supplémentaires ou aggravé celles existantes. A ce titre, le Tribunal précise que la rétention et/ou le globe urinaire décrits ou évoqués n'ont pas constitué une lésion à l'intégrité de l'enfant D\_\_\_\_\_ ni n'ont mis sa vie en danger. A cet égard, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic vital de D\_\_\_\_\_ n'était pas engagé à son admission à l'hôpital.

**2.4.6.** Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, C\_\_\_\_\_ sera acquitté du chef de lésions corporelles graves par négligence.

Indemnité, conclusions civiles et frais

**3.1.** A teneur de l'art. 429 al. 1 let. a CPP, si le prévenu est acquitté totalement ou en partie ou s'il bénéficie d'une ordonnance de classement, il a notamment droit à une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure.

**3.2.** Vu l'acquiescement prononcé, une telle indemnité sera allouée à C\_\_\_\_\_, pour autant que ses conclusions soient détaillées et dûment justifiées par pièces.

En l'espèce, le total de 78 heures qui apparaît dans l'état de frais de Me Charles JOYE apparaît élevé. Néanmoins, le taux horaire pratiqué est modéré et aucun poste n'apparaît insolite et le montant final apparaît, globalement, compatible avec les coûts nécessités par une défense raisonnable dans le cas d'espèce. Il y donc fait entièrement droit aux prétentions en indemnité relative à l'intervention de Me Charles JOYE en qualité de défenseur.

En revanche, l'état de frais de Me Anik PIZZI n'étant pas détaillé, il n'est pas possible de vérifier la nature et le bien-fondé de son activité. En conséquence, C\_\_\_\_\_ sera débouté de ce poste de sa requête en indemnité.

L'Etat de Genève sera donc condamné à verser la somme de CHF 28'350.00 à C\_\_\_\_\_ à titre d'indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure.

**4.** Vu le verdict d'acquittal, les parties plaignantes seront déboutées de leurs conclusions civiles.

**5.** Les frais de la procédure seront laissés à la charge de l'Etat en application de l'art. 423 al. 1 CPP.

**PAR CES MOTIFS,**  
**LE TRIBUNAL DE POLICE**  
**statuant contradictoirement**

Acquitte C\_\_\_\_\_ du chef de lésions corporelles graves par négligence (art. 125 al. 1 CP).

Condamne l'Etat de Genève à verser CHF 28'350.00 à C\_\_\_\_\_ à titre d'indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure (art. 429 al. 1 lit. a CPP).

Déboute A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ de leurs conclusions civiles.

Laisse les frais de la procédure à la charge de l'Etat (art. 423 al. 1 CPP).

Ordonne la communication du présent jugement au Service du Casier judiciaire suisse et au Service des contraventions (art. 81 al. 4 let. f CPP).

La Greffière

Jessica AGOSTINHO

Le Président

Patrick MONNEY

Voies de recours

*Les parties peuvent annoncer un appel contre le présent jugement, oralement pour mention au procès-verbal, ou par écrit au Tribunal pénal, rue des Chaudronniers 9, Case postale 3715, CH-1211 Genève 3, dans le délai de 10 jours à compter de la communication du dispositif écrit du jugement (art. 398, 399 al. 1 et 384 let. a CPP).*

*Selon l'art. 399 al. 3 et 4 CPP, la partie qui annonce un appel adresse une déclaration écrite à la Chambre pénale d'appel et de révision, Place du Bourg-de-Four 1, Case postale 3108, CH-1211 Genève 3, dans les 20 jours à compter de la notification du jugement motivé.*

**ETAT DE FRAIS**

|                                 |     |                  |
|---------------------------------|-----|------------------|
| Frais du Ministère public       | CHF | 9'732.00         |
| Convocations devant le Tribunal | CHF | 165.00           |
| Frais postaux (convocation)     | CHF | 70.00            |
| Émolument de jugement           | CHF | 3000.00          |
| Etat de frais                   | CHF | 50.00            |
| <b>Total CHF</b>                |     | <b>13'017.00</b> |
|                                 |     | =====            |