

**COUR D'APPEL PENALE**

---

---

Audience du 12 janvier 2015

---

Composition : M. BATTISTOLO, président  
M. Sauterel et Mme Rouleau, juges  
Greffière : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Parties à la présente cause :

**Q.**\_\_\_\_\_, prévenu, représenté par Me Alexis Turin, défenseur de choix à Monthey, appelant,

**S.**\_\_\_\_\_, partie plaignante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil d'office à Lausanne, appelante,

et

**Ministère public**, représenté par le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs, intimé.

La Cour d'appel pénale considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 21 août 2014, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de l'Est vaudois a libéré P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du chef d'accusation de lésions corporelles graves par négligence (I et II), a condamné Q.\_\_\_\_\_ pour lésions corporelles graves par négligence à une peine pécuniaire de 20 jours-amende à 500 fr. le jour avec sursis durant 2 ans ainsi qu'à une amende de 2'000 fr. et a dit que la peine privative de liberté de substitution est de 4 jours (III), a renvoyé S.\_\_\_\_\_ à agir par la voie civile à l'encontre de P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ (IV), a mis une partie des frais de la cause, par 12'221 fr.15, à la charge de Q.\_\_\_\_\_, montant incluant partiellement l'indemnité du conseil juridique gratuit de la partie plaignante S.\_\_\_\_\_, arrêtée à 18'893 fr. 50, TVA et débours inclus, et a laissé le solde à la charge de l'Etat (V), a ordonné le maintien au dossier à titre de pièces à conviction du dossier médical de S.\_\_\_\_\_ constitué par l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ et séquestré sous fiche n° 106, des clichés du CT-scan abdominal réalisé sur S.\_\_\_\_\_ le 27 novembre 2007 à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, séquestrés sous fiche n° 250, et d'un CD contenant la copie du dossier AI de S.\_\_\_\_\_ versé au dossier comme pièce à conviction sous fiche n° 268 (VI) et a dit que l'Etat de Vaud est le débiteur de P.\_\_\_\_\_ et de B.\_\_\_\_\_ de, respectivement, 29'484 fr. et 27'540 fr., TVA et débours inclus, à titre d'indemnités de l'art. 429 al. 1 let. a CPP (VII et VIII).

**B. a)** Par annonce du 2 août 2014 puis par déclaration motivée du 12 septembre 2014, S.\_\_\_\_\_ a formé appel contre ce jugement, concluant principalement à sa réforme en ce sens que Q.\_\_\_\_\_ est reconnu son débiteur d'une indemnité de 100'000 fr. à titre de tort moral, avec intérêts compensatoires à 5% l'an dès le 27 novembre 2007, S.\_\_\_\_\_ étant renvoyée à agir par la voie civile à l'encontre de P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ pour tout autre poste de son dommage.

Elle a conclu également à l'allocation d'un montant correspondant à la part de ses honoraires non couverte par l'indemnité de conseil d'office qui lui a été allouée, une juste indemnité complémentaire à celle de conseil d'office étant également mise à la charge de Q.\_\_\_\_\_ pour l'activité déployée par Me Hofstetter dans le cadre de la procédure d'appel. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'autorité de première instance afin qu'elle statue sur les conclusions civiles qu'elle a formulées.

Q.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet des conclusions civiles formées par S.\_\_\_\_\_.

Le Ministère public a déclaré s'en remettre à justice s'agissant de l'appel de S.\_\_\_\_\_.

**b)** Par annonce du 25 août 2014 puis par déclaration motivée du 16 septembre 2014, Q.\_\_\_\_\_ a formé appel contre le jugement précité, concluant à sa réforme en ce sens qu'il est acquitté, les frais étant laissés à la charge de l'Etat. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition de sa secrétaire médicale et de l'actuel médecin-chef de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, ainsi que le dépôt au dossier d'extraits de son agenda professionnel et time-sheet en lien avec le rendez-vous de deux patientes, concernant la même période litigieuse.

S.\_\_\_\_\_ et le Ministère public ont tous deux conclu au rejet de l'appel de Q.\_\_\_\_\_.

**c)** Le 2 décembre 2014, le Président de la Cour d'appel pénale a refusé la mise en œuvre des mesures d'instruction sollicitées par Q.\_\_\_\_\_, au motif qu'elles n'étaient pas nécessaires au traitement de l'appel. Les pièces produites en annexe au mémoire d'appel ont en revanche été versées au dossier.

A l'audience d'appel, Q.\_\_\_\_\_ a renouvelé ses réquisitions de preuve tendant à l'audition de divers témoins. Ces réquisitions ont été

rejetées lors des débats, par prononcé motivé figurant au procès-verbal (p. 4 *supra*).

**C.** Les faits retenus sont les suivants :

**1.** Ressortissant suisse né en Italie en 1946, Q.\_\_\_\_\_ a obtenu son diplôme de médecine en 1975 à l'Université de Lausanne. En 1985, il a ouvert son cabinet à [...], qu'il a exploité jusqu'à sa retraite en février 2014, après avoir diminué son taux d'activité dès 2011, lorsque le Dr P.\_\_\_\_\_ l'a rejoint. En parallèle, il a exercé comme médecin-chef à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, puis à celui d'A.\_\_\_\_\_. Lors des faits, en 2007, il partageait ainsi son temps entre son cabinet privé et son poste de médecin-chef salarié de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, où il opérait et se chargeait notamment de la formation des médecins assistants. Il vit avec son épouse et n'a plus d'enfants à charge. Depuis sa retraite, il déclare 8'000 fr. de revenus mensuels, rente AVS, assurance-vie et revenus locatifs inclus. Selon sa déclaration d'impôts 2012, sa fortune mobilière et immobilière est de 1'856'609 fr., dont à déduire des dettes de 149'005 francs. Ses primes d'assurance-maladie se montent à 600 fr. et ses charges hypothécaires à quelque 2'000 fr. mensuels. Son casier judiciaire est vierge.

**2.** S.\_\_\_\_\_, née le 19 septembre 1967, a été la patiente du Dr Q.\_\_\_\_\_ à compter du mois de janvier 1986 et jusqu'en novembre 2007. Elle a été suivie régulièrement à sa consultation ensuite d'une tumeur à prolactine découverte et opérée à l'âge de 17 ans, laquelle a entraîné un hypopituitarisme (insuffisance hypophysaire) nécessitant un traitement de substitution hormonale, mis en place et suivi par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Cette affection a empêché S.\_\_\_\_\_ d'avoir des enfants. Cette dernière nourrissait une confiance particulière envers son médecin, qui la suivait depuis ses 17 ans et la tutoyait. Le prévenu a confirmé en audience qu'un climat amical régnait entre sa patiente et lui.

En raison d'un myome utérin, la taille de l'utérus de S.\_\_\_\_\_ s'est progressivement agrandie, au point qu'elle a engendré chez cette dernière diverses douleurs et complications en raison desquelles une hystérectomie a été envisagée par Q.\_\_\_\_\_. Cette intervention a été envisagée dans le courant de l'année 2007, retardée, puis décidée à tout le moins lors de la consultation du 22 octobre 2007, et la date de l'opération finalement arrêtée ce jour-là. Au cours de l'entretien du 12 novembre 2007, le prévenu a expliqué à la patiente les raisons pour lesquelles l'opération était nécessaire, ainsi que le type d'incision et, par le moyen d'un dessin, le type d'opération qui allaient être effectués et comment celle-ci se déroulerait. Il lui a parlé, selon ses propres explications à l'audience (jugt, p. 22), des risques en général, soit ceux auprès des organes de proximité, mais pas de leur fréquence, ni des complications liées à ce type d'opération, à savoir l'hémostase, les lésions de l'uretère et les fistules vaginales. Il ne lui a pas fait signer le formulaire « Protocole d'information pour l'ablation de l'utérus (hystérectomie) par voie abdominale » à disposition des praticiens depuis 2000 (pièce 43). Aucune information sur une éventuelle intervention alternative n'a été donnée à la patiente.

L'intervention litigieuse, dont il sera question ci-après, a été effectuée à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ le 27 novembre 2007 par P.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, sous la supervision (teaching) de B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef. S.\_\_\_\_\_ ne savait pas qu'elle allait être opérée par un autre médecin que le Dr Q.\_\_\_\_\_. A ce propos, ce dernier a expliqué que les opérations qu'il effectuait l'étaient parfois sous la forme d'un "teaching", que le processus de teaching était une pratique de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ - comme d'autres hôpitaux - qui avait pour but de former les médecins-assistants et que ses patientes n'étaient jamais informées de l'éventualité qu'elles puissent être opérées par quelqu'un d'autre que lui, parce qu'il était décidé le matin même de l'opération, en fonction des médecins qui étaient présents, s'il y aurait teaching ou non et qui allait opérer (jugt, pp. 22 et 23).

**3.** A la date précitée, en début de matinée, S.\_\_\_\_\_ a ainsi subi une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_. Seuls P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ étaient dans le champ opératoire, à savoir au-dessus de la plaie ouverte de la patiente, avec une vue directe sur les organes. B.\_\_\_\_\_ se trouvait à droite de S.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ à gauche. Conformément au principe du teaching, P.\_\_\_\_\_ était chargé des gestes opératoires principaux, le cas échéant secondé par B.\_\_\_\_\_, qui se tenait à ses côtés. Q.\_\_\_\_\_ était dans la salle, vêtu d'une tenue stérile mais sans les gants ni le tablier vert que les chirurgiens revêtent lorsqu'ils interviennent. Il n'avait pas de vision directe sur le ventre ouvert de S.\_\_\_\_\_, mais était tenu informé oralement, en direct, des étapes du processus opératoire, dans lequel il pouvait intervenir si nécessaire pour guider le médecin-assistant, les trois praticiens discutant ouvertement des gestes effectués. D'après le protocole opératoire (pièce 5/3), qui mentionne le Dr P.\_\_\_\_\_ comme opérateur et les Drs B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ comme "teachers", les diverses étapes de l'opération ont eu lieu conformément aux processus habituels. Il est toutefois relevé dans ce document qu'après ablation de l'utérus, un saignement dans la région de l'artère utérine gauche a été constaté, nécessitant la mise en place d'un point d'hémostase en X avec une fermeture du péritoine viscéral après mise en place d'un Tabotamp. Le rapport mentionne encore des "pertes sanguines estimée à 1'000 ml". C'est le Dr P.\_\_\_\_\_ qui a procédé aux différents actes décrits dans le protocole opératoire, sous la supervision de B.\_\_\_\_\_, cette dernière l'ayant au surplus assisté, notamment en plaçant des électrodes sur la pince bipolaire pour la coagulation des vaisseaux et en l'aidant à retirer l'utérus. Lorsque les saignements ont été constatés, c'est P.\_\_\_\_\_ qui a "reclampé" avant de remettre un point d'hémostase en X et une compresse de Tabotamp. En fin d'intervention, Q.\_\_\_\_\_ a dit à ses collègues que la plaie pouvait être refermée car elle était sèche (à savoir que plus de sang ne s'en écoulait), ce que tous trois ont confirmé. Il a quitté la salle avant la fin de l'opération, probablement lors de la fermeture de l'abdomen.

Sortie du bloc opératoire à 10h15, S.\_\_\_\_\_ a commencé à se sentir mal vers 16h45. Sa tension artérielle a chuté et la présence de sang

a été constatée dans ses urines. La patiente a alors été soumise d'urgence à un CT-scanner abdomino-pelvien, qui a mis en évidence un hémopéritoine et un saignement intra-abdominal actif, avec suspicion d'une lésion urétérale gauche.

En état de pré-choc hémorragique, S.\_\_\_\_\_ a immédiatement été transférée à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_, où le Dr D.\_\_\_\_\_, assisté du Dr Q.\_\_\_\_\_, a procédé à une ligature de l'artère iliaque interne gauche pour assurer l'hémostase, avant d'effectuer une urétéronéocystostomie afin de réimplanter l'uretère gauche sur le dôme vésical.

S.\_\_\_\_\_ a séjourné dans le service des soins continus de l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ jusqu'au 30 novembre 2007, puis dans le service de chirurgie de cet établissement jusqu'au 14 décembre 2007, date à laquelle elle a pu regagner son domicile.

Les suites opératoires ont toutefois été compliquées par la survenue d'une importante fistule vésico-vaginale, qui a nécessité deux interventions de cure chirurgicale, effectuées par le Dr D.\_\_\_\_\_ les 18 mars et 2 décembre 2008.

En définitive, S.\_\_\_\_\_ a été victime de trois complications graves au cours ou à la suite de l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale pratiquée le 27 novembre 2007 par les prévenus P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, à savoir une hémorragie intra-abdominale, une lésion (section) de l'uretère gauche et une fistule vésico-vaginale.

S.\_\_\_\_\_ a déposé plainte et s'est constituée demanderesse au pénal et au civil le 14 juin 2011.

#### **4.**

**4.1** Dans le cadre de l'enquête, une expertise a été confiée au Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service de gynécologie [...], qui a rendu son

rapport le 27 mai 2013 (pièce 42), dans lequel il s'exprime en particulier en ces termes sur le caractère adéquat de l'opération envisagée:

"Mme S. \_\_\_\_\_ présentait un utérus myomateux très agrandi qui entraînait des douleurs pelviennes. Le poids moyen d'un utérus normal est d'environ 50 g et dans le cas présent il pesait 1'290 g ; on peut donc considérer que l'utérus était "très anormal" et qu'une hystérectomie était recommandée. Une annexectomie bilatérale se justifiait ici dans la mesure où les ovaires n'étaient plus fonctionnels suite à l'antécédent de traitement hypophysaire. La décision d'effectuer une hystérectomie et une annexectomie bilatérale chez Mme S. \_\_\_\_\_ était adéquate".

Invité à se prononcer sur le point de savoir s'il était conforme aux règles de l'art de laisser opérer le médecin-assistant P. \_\_\_\_\_ sous la supervision de la Dresse B. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit:

"L'Hôpital A. \_\_\_\_\_ est reconnu par la FMH (Fédération des médecins suisses) comme un hôpital agréé pour la formation des médecins assistants en gynécologie obstétrique. Dr P. \_\_\_\_\_ était en 6<sup>ème</sup> année de formation pour la spécialisation de gynécologie obstétrique en novembre 2007. Il aurait effectué avant cette date environ 20 laparotomies comme 1<sup>er</sup> opérateur et était à ce moment-là à plus de 60% dans son "catalogue opératoire en gynécologie". A ce stade de formation, on peut considérer que le Dr P. \_\_\_\_\_ était un "assistant avancé". Dre (sic) B. \_\_\_\_\_ était médecin "senior" en gynécologie obstétrique à l'hôpital A. \_\_\_\_\_. Sa formation a été essentiellement faite en Italie où elle a effectué 6 ans de formation en spécialité gynécologie obstétrique et obtenu le titre de spécialiste en 2003. Elle n'avait pas le titre de FMH (en novembre 2007), mais on peut considérer qu'elle avait un titre équivalent au titre FMH. Dre (sic) B. \_\_\_\_\_ affirme avoir une large expérience en chirurgie gynécologique avec plus de 200 hystérectomies réalisées sous sa supervision (en novembre 2007). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ aurait été en salle d'opération sans être "habillé pour opérer" se tenant à disposition en cas de besoin. On peut considérer ici que les médecins et l'hôpital avaient les compétences et l'infrastructure nécessaires pour prendre en charge le traitement (hystérectomie et annexectomie bilatérale) de Mme S. \_\_\_\_\_".

En ce qui concerne la teneur de l'information fournie à la patiente quant à la nature, les chances de succès et les complications possibles de l'intervention envisagée, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"La pratique de la chirurgie expose la patiente à un certain nombre de complications dont certaines peuvent être graves. Elle doit être informée des risques inhérents à la chirurgie proposée et cette information doit être inscrite au dossier. Lorsqu'une hystérectomie est envisagée, la patiente doit être mise au courant des risques tels que les hémorragies, les infections et les dommages aux organes environnants (vessie, uretère, intestin). Des protocoles d'information établis de manière conjointe entre la Société Suisse de Gynécologie Obstétrique

(SSGO), la Fédération des Médecins Suisses (FMH) et l'Organisation Suisse des Patients (OSP) sont disponibles pour les professionnels de la santé et les patientes (...). A noter que ce document était, depuis 2000, à disposition des praticiens pour faciliter le processus d'information et de consentement. Une fois complété, ce document devrait être signé par l'opérateur ou un professionnel de la santé ayant donné l'information et la patiente. Dans le cas présent, bien qu'une note figure dans le dossier indiquant que le Dr Q. \_\_\_\_\_ avait informé Mme S. \_\_\_\_\_, les complications potentielles liées à l'intervention n'ont vraisemblablement pas été mentionnées. Aucun document n'a été signé par la patiente mentionnant qu'elle ait été informée. Madame S. \_\_\_\_\_ confirme oralement qu'elle n'aurait jamais été informée des complications liées à la chirurgie. On était en droit d'attendre ici à ce que l'information transmise par le Dr Q. \_\_\_\_\_ soit de meilleure qualité. Mme S. \_\_\_\_\_ a été insuffisamment informée des complications potentielles liées à l'intervention".

En ce qui concerne la cause de l'hémorragie intra-abdominale constatée à la suite de l'intervention du 27 novembre 2007, l'expert a exposé ce qui suit :

"La cause de l'hémorragie intra-abdominale est probablement due à un "lâchage progressif et précoce" d'une des ligatures placée sur l'artère utérine gauche ou une de ses branches. (...). Il est vraisemblable qu'un vaisseau "fermé et non actif" en fin d'intervention n'a pas été identifié comme tel par les opérateurs. Une fois l'abdomen fermé, il est probable que ce vaisseau "non actif" a commencé à saigner activement. (...) Les saignements ont mis la vie en danger de Mme S. \_\_\_\_\_ (comme tous les saignements post-opératoires) mais n'ont pas entraîné de séquelles irréversibles. Ils ont nécessité une deuxième intervention en urgence et contribué à prolonger la durée d'hospitalisation et probablement entraîné une incapacité de travail de plus longue durée. (...) C'est ce qu'on appelle une complication postopératoire précoce. Celle-ci ne constitue pas une violation des règles de l'art".

S'agissant de la lésion de l'uretère, l'expert s'est exprimé en ces termes:

"L'uretère gauche a été lésé lors de l'hystérectomie abdominale. (...) Dans la majorité des cas, les lésions urétérales ne sont pas identifiées pendant l'intervention ce qui explique pourquoi les opérateurs ne l'ont pas vu pendant l'intervention. (...) La présence d'une lésion urétérale est une complication rare mais grave. Elle n'a pas mis gravement en danger la vie de Mme S. \_\_\_\_\_ dans le cas présent puisqu'elle a été reconnue précocement, ce qui est en fait le temps idéal pour réparer ce type de lésion. La réparation a été faite de manière adéquate par un opérateur expérimenté (Dr D. \_\_\_\_\_). Cette complication n'a pas entraîné de séquelle irréversible. Il est probable toutefois que l'hospitalisation et l'arrêt de travail ont été prolongés suite à cette complication. (... ) ». La lésion de l'uretère (section) est ce qu'on appelle une complication per-opératoire (...) ce qui ne constitue pas une violation des règles de l'art ".

A propos de la fistule vésico-vaginale, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"Une fistule vésico-vaginale se traduit par une émission permanente d'urine par le vagin. Elle est habituellement une complication tardive après hystérectomie qui s'observe le plus souvent dans les 8 à 20 jours après l'intervention. La cause de cette fistule est liée soit à des lésions électriques de la paroi vésicale avec nécrose secondaire et fistulisation, soit à des plaies passées inaperçues en cours d'intervention, soit à une ischémie vésicale per et postopératoire entraînée par une dissection étendue. Dans le cas présent, il s'agit d'une fistule très précoce suggérant une plaie vésicale faite pendant l'intervention et passée inaperçue. Deux éléments sont en faveur de cette hypothèse; ce sont (i) les images du CT-scanner effectué le 2<sup>ème</sup> jour post-opératoire (29.11) qui montre la présence de produit de contraste dans le vagin. Bien que cet examen n'ait pas été effectué dans ce but, les images parlent en faveur d'un passage [de produit] de contraste dans le vagin, ensuite (ii) Mme S.\_\_\_\_\_ a mentionné dès le 5<sup>ème</sup> jour post-opératoire (2.12) la présence de pertes urinaires malgré la présence d'une sonde urinaire. Ce symptôme suggère très fortement la présence d'une fistule précoce. L'ensemble de ces éléments suggère que la fistule est la conséquence d'une lésion vésicale causée lors de l'hystérectomie. (...) La plaie de la base vésicale survient généralement au moment où la vessie est séparée de la face antérieure du vagin. L'exposition peut être limitée en présence d'un utérus de grande taille (c'est le cas ici). Ce pourrait être la raison qui n'a pas permis aux opérateurs d'identifier cette plaie vésicale à l'origine de la fistule. (...) La fistule vésico-vaginale n'a pas mis en danger la vie de Mme S.\_\_\_\_\_, par contre, la présence d'une fistule a nécessité des interventions ultérieures, un processus de guérison plus long (prolongation de son incapacité de travail) et probablement entraîné des séquelles irréversibles. (...) Lors de la 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale du 27.11 les opérateurs savaient que l'utérus était de taille agrandie et que par conséquent, ils devaient s'attendre à la présence de variations anatomiques et topographiques. Lors de chirurgie difficile dans la région vésicale (c'est le cas ici) avec un risque de lésion vésicale, il est recommandé de réaliser en fin d'intervention une épreuve d'intégrité vésicale au bleu de méthylène (ou un autre test). Si cet examen avait été réalisé en fin d'intervention, il aurait vraisemblablement permis d'identifier la lésion vésicale, la suturer ce qui aurait probablement évité l'apparition d'une fistule. (...) Lors de la 2<sup>ème</sup> intervention chirurgicale du 27.11 les opérateurs savaient qu'il y avait déjà deux complications graves (section de l'uretère et hémorragie) du côté gauche. Ces deux complications étaient liées entre elles dans la mesure où elles sont intervenues dans le même carrefour où se trouvent l'artère utérine, l'uretère et la vessie. Il n'est pas exceptionnel d'avoir une "plaie urinaire double" associant uretère et vessie. Donc, à partir du moment où les opérateurs effectuaient une ré-opération pour réparer les complications de la première, on était en droit d'attendre qu'ils réalisent un bilan complet de cette région et ainsi identifier la plaie vésicale. Une suture à ce moment-là aurait permis d'éviter probablement l'apparition d'une fistule. La fistule vésico-vaginale constitue un aléa thérapeutique, toutefois on était en droit d'attendre que les opérateurs réalisent lors de la 1<sup>ère</sup> et/ou 2<sup>ème</sup> intervention une épreuve d'étanchéité vésicale afin de réduire le risque d'une chirurgie ultérieure".

Au terme de son rapport du 27 mai 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a encore formulé les remarques suivantes:

"Remarque 1 : (...) D'une manière générale, les patients doivent recevoir une information sur le chirurgien qui pratiquera l'intervention.

L'information a été ici insuffisante, la patiente aurait dû être informée que l'opérateur ne serait pas le Dr Q.\_\_\_\_\_.

Remarque 2: Nous sommes ici en présence de trois complications graves survenues lors d'une hystérectomie. Il s'agit de complications connues de la chirurgie gynécologique et mentionnées dans les consentements opératoires (voir document SSGO). La particularité ici est la survenue de trois complications graves lors d'une même intervention. Tel que mentionné précédemment, ces trois complications sont survenues au même endroit (carrefour réunissant l'uretère, l'artère utérine et la vessie). Bien que très rare, la survenue de ces trois complications ne constitue pas une violation des règles de l'art mais s'apparente à un aléa thérapeutique.

Remarque 3: En résumé, il y a (i) un défaut d'information en ce qui concerne les complications potentielles liées à l'intervention, (ii) un défaut d'information sur le nom de l'opérateur et, (iii) une complication postopératoire (fistule vésico-vaginale) qui aurait pu être possiblement évitée si les opérateurs impliqués dans les interventions (1ère et/ou 2ème) avaient effectué un test d'intégrité vésicale".

**4.2** Dans son complément d'expertise du 16 septembre 2013 (pièce 58/0), l'expert a amené quelques précisions à son rapport initial. S'agissant d'un éventuel traitement alternatif, il s'est prononcé comme suit :

"L'alternative qui aurait pu être discutée avec Mme S.\_\_\_\_\_ était l'embolisation. (...) Dans la situation de Mme S.\_\_\_\_\_, on était en présence d'un utérus symptomatique (gêne pelvienne, pesanteur et douleurs irradiant dans les loges rénales) et on pouvait présumer qu'il entraînait de manière intermittente une compression des organes de voisinage (vessie, intestin et uretère). (...) Dans le cas présent, l'option chirurgicale par hystérectomie était probablement la meilleure. (...) Si Mme S.\_\_\_\_\_ et son médecin avaient opté pour une abstention thérapeutique, une surveillance régulière aurait alors été indiquée dans le but de prévenir une complication « mécanique » liée au fibrome, telle que des compressions vésicales (rétention d'urine), du rectum (constipation, faux besoins, absence de transit), des veines pelviennes (thromboses ou oedèmes des membres inférieurs), nerveuses (sciatalgies) et finalement compression des uretères (urétéro-hydronéphrose, coliques néphrétiques ou pyélonéphrites). A noter que ce type de surveillance n'était pas aisé chez Mme S.\_\_\_\_\_ en raison de la grande taille de l'utérus".

Réinterpellé sur le fait de savoir si la plaie vésicale ayant entraîné par la suite une fistule avait été occasionnée lors de la première ou de la seconde intervention du 27 novembre 2007, l'expert a déclaré :

"Deux éléments sont en faveur d'une plaie vésicale occasionnée lors de la première intervention. On ne peut toutefois l'affirmer avec certitude étant donné que cet examen n'était pas dédié à la recherche d'une plaie vésicale, il aurait fallu pour cela réaliser des clichés plus « tardifs ». Le CT-scanner du 27.11.2007 est malheureusement incomplet, le cliché No 10 est manquant et n'a pas été retrouvé à l'hôpital A.\_\_\_\_\_ (...). Par conséquent, il n'est pas possible de dire si la lésion était déjà présente le 27.11.2007 (...). Une ischémie suivie de

nécrose et fistulisation survenant après ligature vasculaire unilatérale semble peu probable. Finalement, lorsque l'origine est « ischémique », les symptômes apparaissent généralement plus tardivement (5 à 30 jours après l'intervention) que lors d'une plaie per-opératoire".

Amené à préciser son rapport initial s'agissant du test d'étanchéité qui n'avait pas été réalisé par les prévenus ni par les praticiens intervenus lors de la seconde intervention, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

"Un test d'étanchéité aurait très probablement mis en évidence la plaie vésicale et permis sa réparation dans le même temps opératoire. La réparation immédiate d'une plaie vésicale évite le plus souvent le développement d'une fistule vésico-vaginale ultérieure. Très rarement, une fistule peut se développer après la réparation bien conduite d'une plaie vésicale. (...) Ne pas avoir réalisé de « test d'étanchéité » est une erreur d'appréciation des opérateurs (1 et 2eme intervention), mais ne constitue pas une violation des règles de l'art".

**4.3** Entendu à l'audience de première instance, l'expert a confirmé les conclusions de son rapport et de son complément et précisé qu'à son avis, il n'y avait pas eu de violation des règles de l'art. Il a expliqué que les informations transmises à S. \_\_\_\_\_ par Q. \_\_\_\_\_ étaient les suivantes (jugt, pp. 11 et 12) : "le type d'incision et un dessin sur le type d'opération qui allait être effectuée". Il a ajouté : "En revanche, les complications liés (*sic*) à ce type d'opération n'ont pas été données à S. \_\_\_\_\_. Les informations sur une intervention alternative n'ont pas été données mais cela n'était pas nécessaire car il n'y avait pas d'alternative dans cette situation. S. \_\_\_\_\_ ne savait pas qu'elle allait être opérée par un autre médecin que le Dr Q. \_\_\_\_\_. Normalement on le dit aux patients. Cela fait partie du devoir d'information du médecin. Depuis 2000, on fait un consentement éclairé par la remise d'un formulaire. S. \_\_\_\_\_ aurait donc dû avoir ce formulaire (...). Lors d'un *teaching*, avant l'intervention, le chef doit dire au patient qu'il est opéré par le médecin-assistant et le chef doit être dans le champ opératoire. Dans le cas d'un *co-teaching*, il y a peut-être des pratiques différentes d'un canton à l'autre mais dans ce cas précis, l'information n'a pas bien été donnée. Dans le consentement éclairé, la patient n'a pas besoin de connaître des pourcentages mais bien par contre tous les risques et suites de l'intervention (...). Je précise que j'ai entendu S. \_\_\_\_\_ et le Dr Q. \_\_\_\_\_ avant de me prononcer sur

l'information donnée. Je confirme que le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait des habits de bloc opératoire mais pas ses gants ni sa robe verte. Pour moi c'est une pratique courante et il aurait rapidement pu intervenir en cas de nécessité."

**5.** S.\_\_\_\_\_ a subi de nombreuses opérations afin de corriger le problème de la fistule. Elle présente toujours aujourd'hui des fuites incontrôlées d'urine, une absence de sensibilité vésicale et une fermeture (sténose) de la partie profonde du vagin, entraînant des douleurs pendant les rapports sexuels et des troubles importants de la fonction sexuelle, avec perte de l'orgasme aussi bien vaginal que clitoridien. Elle a développé depuis le 27 novembre 2007 un état dépressif réactionnel sévère sans symptômes psychotiques et des difficultés liées à un traumatisme iatrogène pour lequel elle a été suivie par le Dr [...], puis par la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatres. Selon une expertise pluridisciplinaire effectuée en octobre 2010 par les Drs L.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ dans le cadre des négociations avec l'assureur RC de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ (pièce 5/23/1), ces troubles sont en lien avec l'opération du 27 novembre 2007. En 2008, S.\_\_\_\_\_ a été opérée d'une hernie discale L5-S1, ensuite de laquelle elle présente toujours des troubles. La même expertise retient que le lien entre l'opération du 27 novembre 2007 et ces troubles est probable, les multiples opérations subies, l'alitement prolongé et les vomissements (en lien avec une opération ultérieure) ayant entraîné une aggravation d'un état antérieur préexistant. L'incapacité de travail est totale dès décembre 2007 au niveau psychiatrique et urologique, aucun pronostic ne pouvant être émis dans ces domaines selon les experts. Au niveau orthopédique, l'incapacité était totale pour 18 mois à compter du 1<sup>er</sup> mai 2008, l'incapacité de travail résiduelle dans ce domaine correspondant à 20% pour les activités habituelles et ménagères. Malgré un essai de reprise à 50% en 2008, S.\_\_\_\_\_ ne travaille plus, alors qu'elle était active dans l'esthétique en tant que commerciale-représentante. Elle perçoit une rente entière AI depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

S.\_\_\_\_\_ a subi en 2010 une double mastectomie, avec multiples réinterventions, sans rapport avec la présente affaire, ensuite de la découverte d'une mutation génétique BRCA2. Dans un rapport du 25 juin 2014, son médecin traitant relève que depuis 2007, la plaignante est "entrée dans un tunnel dont on ne voit plus le bout. Madame S.\_\_\_\_\_ n'a plus de vie professionnelle ni sociale (...). Je ne vois pas, actuellement, ce qui pourrait être amélioré sur le plan médical. Son combat donne l'impression d'être sans issue" (pièce 77).

Décrite par sa sœur et par Q.\_\_\_\_\_ lui-même comme enjouée, combative malgré les soucis de santé présentés dans sa jeunesse et bien insérée socio-professionnellement, la plaignante est aujourd'hui à bout, à tel point que sa famille craint le pire. Dans un rapport du 25 juin 2014, la Dresse J.\_\_\_\_\_ indique que S.\_\_\_\_\_ "présente un état dépressif avec de manière fluctuante des idées suicidaires qui nécessite un traitement antidépresseur au long cours. Elle souffre de troubles du sommeil avec cauchemars et ruminations autour des événements de 2007. Elle a une image d'elle-même marquée par les séquelles secondaires aux interventions de 2007, son intimité a été gravement touchée. Les cicatrices sur son bas-ventre et les répercussions sur sa vie sexuelle sont sévères. Elle se vit comme très gravement diminuée dans son identité et sa vie de femme" (pièce 79).

## **En droit :**

### **1.**

**1.1** Interjetés dans les formes et délais légaux par des parties ayant la qualité pour recourir contre un jugement du tribunal de première instance ayant clos la procédure (art. 398 al. 1 CPP [Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007; RS 312.0), les appels formés par Q.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ sont recevables.

**1.2.** Aux termes de l'art. 398 al. 2 CPP, la juridiction d'appel jouit d'un plein pouvoir d'examen sur tous les points attaqués du jugement. L'appel doit permettre un nouvel examen au fond par la juridiction d'appel. Celle-ci ne doit pas se borner à rechercher les erreurs du juge précédent et à critiquer le jugement de ce dernier; elle doit tenir ses propres débats et prendre sa décision sous sa responsabilité et selon sa libre conviction, qui doit reposer sur le dossier et sa propre administration des preuves. L'appel tend à la répétition de l'examen des faits et au prononcé d'un nouveau jugement (Luzius Eugster, in: Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, 1-195 StPo, 2<sup>e</sup> éd. 2014, n. 1 ad art. 398 CPP). L'immédiateté des preuves ne s'impose toutefois pas en instance d'appel. Selon l'art. 389 al. 1 CPP, la procédure d'appel se fonde sur les preuves administrées pendant la procédure préliminaire et la procédure de première instance. La juridiction d'appel administre, d'office ou à la demande d'une partie, les preuves complémentaires nécessaires au traitement de l'appel (art. 389 al. 3 CPP; TF 6B\_78/2012 du 27 août 2012 c. 3.1).

**2.** Q.\_\_\_\_\_ fait valoir que le tribunal l'a considéré à tort coupable de lésions corporelles graves par négligence. Il conteste en particulier l'appréciation des premiers juges selon laquelle il n'aurait pas suffisamment renseigné sa patiente quant aux risques de l'opération, d'une part, et quant au fait que les gestes chirurgicaux seraient effectués par un autre médecin dans le cadre d'un teaching, d'autre part.

**2.1** Selon l'art. 10 CPP, toute personne est présumée innocente tant qu'elle n'est pas condamnée par un jugement entré en force (al. 1). Le tribunal apprécie librement les preuves recueillies selon l'intime conviction qu'il retire de l'ensemble de la procédure (al. 2). Lorsque subsistent des doutes insurmontables quant aux éléments factuels justifiant une condamnation, le tribunal se fonde sur l'état de fait le plus favorable au prévenu (al. 3).

La présomption d'innocence, garantie par les art. 14 par. 2 Pacte ONU II (Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16

décembre 1966, RS 0.103.2), 6 par. 2 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, RS 0.101) et 32 al. 1 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101), ainsi que son corollaire, le principe *in dubio pro reo*, concernent tant le fardeau de la preuve que l'appréciation des preuves.

En tant que règle relative au fardeau de la preuve, la présomption d'innocence signifie que toute personne prévenue d'une infraction pénale doit être présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité soit légalement établie et, partant, qu'il appartient à l'accusation de prouver la culpabilité de celle-là (ATF 127 I 38 c. 2a; TF 6B\_831/2009 du 25 mars 2010 c. 2.2.1).

Comme règle d'appréciation des preuves, le principe *in dubio pro reo* est violé si le juge du fond se déclare convaincu de faits défavorables à l'accusé sur lesquels, compte tenu des éléments de preuve qui lui sont soumis, il aurait au contraire dû, objectivement, éprouver des doutes; on parle alors de doutes raisonnables (cf. ATF 120 la 31 c. 2c; TF 6B\_831/2009 précité, c. 2.2.2). Sur ce point, des doutes simplement abstraits et théoriques ne suffisent pas, car de tels doutes sont toujours possibles et une certitude absolue ne peut être exigée. Bien plutôt, il doit s'agir de doutes importants et irréductibles, qui s'imposent au vu de la situation objective (ATF 127 I 38 c. 2a). Dans cette mesure, la présomption d'innocence se confond avec l'interdiction générale de l'arbitraire, prohibant une appréciation reposant sur des preuves inadéquates ou sans pertinence (TF 6B\_216/2010 du 11 mai 2010 c. 1.1.1 et 1.1.2 et la jurisprudence citée).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement une expertise. Il ne peut toutefois s'en écarter sans motifs valables et sérieux. Il est notamment admis qu'il le fasse, lorsque, dans son rapport, l'expert s'est contredit, lorsqu'il s'est écarté dans un rapport complémentaire de l'avis exprimé dans un premier rapport, lorsqu'une nouvelle expertise ordonnée aboutit à des conclusions différentes ou

encore lorsqu'une expertise est fondée sur des pièces ou sur des témoignages dont la valeur probante ou le contenu sont appréciés différemment par le juge. Il faut donc que des circonstances bien établies viennent ébranler sérieusement la crédibilité de l'expertise pour que le juge puisse s'en écarter et celui-ci doit alors motiver sa décision sur ce point (ATF 133 II 384 c. 4.2.3; ATF 129 I 49 c. 4; ATF 128 I 81 c. 2; ATF 118 la 144 c. 1c ; ATF 107 IV 7 c. 5 p. 8 et les arrêts cités).

**2.2** L'infraction de lésions corporelles par négligence, sanctionnée par l'art. 125 CP, suppose la réalisation de trois conditions: une négligence, une atteinte à l'intégrité physique et un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces deux éléments.

Les interventions médicales réalisent les éléments constitutifs objectifs d'une lésion corporelle en tout cas si elles touchent à une partie du corps (par exemple lors d'une amputation) ou si elles lèsent ou diminuent, de manière non négligeable et au moins temporairement, les aptitudes ou le bien-être physiques du patient. Cela vaut même si ces interventions étaient médicalement indiquées et ont été pratiquées dans les règles de l'art (ATF 124 IV 258 c. 2).

Toute atteinte à l'intégrité corporelle, même causée par une intervention chirurgicale, est ainsi illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte ne peut en principe venir que du consentement du patient, exprès ou que l'on peut présumer (ATF 124 IV 258 c. 2). L'exigence de ce consentement découle ainsi du droit à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. Il suppose, d'une part, que le patient ait reçu du médecin, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 c. 4.1.2, rés. in JT 2008 I 103; Manaï, Le devoir d'information du médecin en procès, in SJ 2000 II pp. 341 ss, pp. 348-350). Il faut, d'autre part, que la

capacité de discernement du patient lui permette de se déterminer sur la base des informations reçues (ATF 134 II 235 c. 4.1). Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, par exemple lorsqu'il s'agit d'actes courants sans danger particulier et n'entraînant pas d'atteinte définitive ou durable à l'intégrité corporelle, s'il y a une urgence confinante à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente d'en effectuer une autre. On ne saurait non plus exiger que le médecin renseigne minutieusement un patient qui a subi une ou plusieurs opérations du même genre; toutefois, s'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet (ATF 133 III 121 c. 4.1.2 et les références citées). À la différence de la procédure civile, en procédure pénale, il incombe à l'accusation de prouver une violation du devoir d'information du médecin (cf. TF 6B\_640/2007 du 11 février 2008 c. 3.1; TF 1P.71/2007 du 12 juillet 2007 c. 3.3 et les références citées). Le fardeau de la preuve du consentement éclairé du patient, en tant qu'il constitue un fait objectif justificatif, incombe au prévenu, qui y satisfait déjà en rendant vraisemblables ses allégations (TF 6B\_910/2013 du 20 janvier 2014 c. 3.3 *in fine* et les références citées). Déterminer quelles informations ont été données par le médecin traitant constitue une question de fait. En revanche, savoir si l'information est suffisante est une question de droit (TF 6B\_640/2007 c. 3.1 *in fine*).

En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au prestataire de soins la faculté d'invoquer l'existence éventuelle d'un consentement hypothétique du patient. Il doit alors établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé (Tercier/Favre, *Les contrats spéciaux*, 4<sup>e</sup> éd., n. 5414; ATF 133 III 121 c. 4.1.3). Le consentement hypothétique intervient comme un fait interruptif de la causalité (Manai, *op. cit.*, p. 357). Le fardeau de la preuve incombe au praticien, le patient devant toutefois collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques. Lorsque le genre et la gravité du risque encouru

auraient nécessité un besoin accru d'information, le consentement hypothétique ne pourra, en principe, pas être admis. Dans un tel cas, il est en effet plausible que le patient se serait trouvé dans un réel conflit quant à la décision à prendre et qu'il aurait sollicité un temps de réflexion. Enfin, il ne faut pas se fonder sur le modèle abstrait d'un patient raisonnable, mais sur la situation personnelle et concrète du patient dont il s'agit (Tercier/Favre, op. cit., n. 5414; ATF 133 III 121 c. 4.1.3, rés. in JT 2008 I 103). Ce n'est que dans l'hypothèse où le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention proposée qu'il convient de considérer objectivement s'il serait compréhensible, pour un patient sensé, de s'opposer à l'opération (Manai, op. cit., p. 357; ATF 133 III 121 c. 4.1.3). L'urgence temporelle, la nécessité de l'intervention ou le manque d'alternatives valables sont autant d'indices en faveur du consentement hypothétique. Inversement, plus le risque est lourd, moins il peut être question de consentement hypothétique du patient (Manai, op. cit., p. 357). Il appartient au prestataire de soins de prouver qu'il a informé le patient de manière suffisante et, en cas de défaut d'information qui n'est justifié ni par l'exception thérapeutique ni par la renonciation du patient, il doit prouver que le patient aurait consenti à l'intervention s'il avait été informé de manière satisfaisante (Manai, op. cit., p. 358).

## **2.3**

**2.3.1** En l'espèce, il est admis que les lésions subies par la plaignante doivent être qualifiées de graves au sens de l'art. 122 CP, auquel renvoie l'art. 125 CP et qu'il existe un lien de causalité entre, d'une part, l'opération litigieuse et les lésions. Les premiers juges, se fondant sur les conclusions de l'expert et ses explications en audience, ont retenu qu'aucune violation des règles de l'art médical à l'occasion de l'opération litigieuse n'avait été établie. Ils ont toutefois retenu que Q. \_\_\_\_\_ avait violé son devoir d'information, dès lors qu'il n'avait pas suffisamment renseigné S. \_\_\_\_\_ sur les risques de l'opération et sur le fait qu'elle ne serait pas opérée par lui; en enfreignant ainsi des normes juridiques et des règles professionnelles qui s'imposaient à lui, il avait violé un devoir de prudence et commis une faute, de sorte qu'une imprévoyance coupable devait être retenue contre lui (jugt, p. 66).

Pour déterminer quelles informations ont été transmises par Q.\_\_\_\_\_ à S.\_\_\_\_\_ en relation avec les risques de l'opération, les premiers juges se sont fondés sur les déclarations de la plaignante, qu'ils ont qualifiées de crédibles, sur les propos tenus par le prévenu lors de son entretien avec l'expert et au cours des débats, qu'ils ont considérés comme "flous", ainsi que sur la brièveté de la consultation du 12 novembre 2007 (jugt, pp. 41 *in fine* et 63 *in initio*). Le prévenu n'a pas consigné par écrit avoir informé sa patiente des risques possibles de l'opération envisagée. Le dossier de S.\_\_\_\_\_ fait uniquement état, en date du 12 novembre 2007, d'"informations à la patiente x opération". Il ressort du rapport d'expertise que le prévenu, lors de son entretien avec l'expert, alors qu'il n'avait pas encore été questionné sur la nature exacte des renseignements donnés à la plaignante, a expliqué qu'habituellement il informait ses patientes sur l'intervention qui serait faite par un dessin mais qu'en général il ne parlait pas des complications potentielles liées aux interventions et que, dans le cas d'espèce, il ne se souvenait pas avoir mentionné des alternatives à l'hystérectomie puisque, selon lui, il n'y en avait pas (pièce 42, p. 3, ch. 2). A l'audience, l'expert a confirmé la teneur des déclarations du prévenu, précisant que les informations données par celui-ci à la plaignante étaient "le type d'incision et un dessin sur le type d'opération qui allait être effectué", mais que "les complications liées à ce type d'opération n'[avaient] pas été données" (jugt, p. 11). L'appelant a, quant à lui, dit avoir expliqué à la patiente, lors de l'entretien du 12 novembre 2007 à son cabinet, comment l'opération allait se dérouler et avoir parlé "des risques en général", mais pas des complications, afin d'être rassurant; il a indiqué qu'il n'avait pas l'intention de lui taire des choses et que c'est ainsi qu'il faisait avec ses patientes depuis des années; il a encore précisé qu'ils étaient dans un "esprit cordial" et qu'il n'avait pas fait signer de déclaration de consentement à la patiente (jugt, p. 22). Au vu des déclarations du prévenu lui-même, c'est donc à juste titre que le tribunal a retenu que celui-ci n'avait pas mentionné à la plaignante l'intégralité des risques liés à l'opération qu'elle allait subir, en particulier les risques d'hémorragie, de lésions à l'uretère et à la vessie (jugt, p. 41). Certes, l'appelant a dit avoir parlé des "risques auprès des organes de

proximité" (jugt, p. 22), mais on ignore en quoi ont consisté ses explications à cet égard, alors qu'il n'en a pas fait état lors de l'entretien avec l'expert; il a d'ailleurs indiqué lui-même que "toute personne qui est soumise à une intervention sait qu'il y a des risques" (*ibidem*), ce qui laisse entendre qu'il n'en a parlé que de façon générale, afin de ne pas effrayer sa patiente, comme il l'a lui-même relevé.

Quant à la durée de la consultation du 12 novembre 2007, elle ne peut être établie uniquement en fonction du temps facturé selon le Tarmed, soit en l'occurrence 15 minutes, comme l'a fait le Tribunal de première instance. L'expert a d'ailleurs lui-même utilisé le conditionnel en relevant que "le temps consacré à cette information aurait été de 15 minutes (note facturation)" (pièce 42, p. 3, ch. 2). Comme l'a indiqué à juste titre l'appelant, la plaignante n'a pas prétendu que la durée de la consultation n'aurait été que de 15 minutes, mais elle s'est limitée à dire qu'elle aurait été inférieure à 40 minutes (jugt, p. 20). Il ressort en outre de l'agenda du prévenu que celui-ci avait, pour la date du 12 novembre 2007, réservé 30 minutes pour discuter de l'opération avec la plaignante, soit de 10h45 à 11h15 (pièce 86).

Il subsiste donc un doute quant à la durée de la consultation du 12 novembre 2007, lequel doit profiter au prévenu.

Il existe également un doute quant à savoir si celui-ci a, lors de cette consultation, utilisé un dessin pour expliquer le déroulement de l'opération. Il n'existe en effet aucun élément objectif permettant de retenir sur ce point les déclarations de la plaignante au détriment de celles du prévenu, alors que l'existence d'un dessin apparaît cohérente au regard de la manière dont le médecin a expliqué la nécessité de l'opération et le risque de toucher un organe voisin. Il n'est toutefois pas nécessaire de se prononcer sur la crédibilité respective des versions en présence, car les renseignements que l'appelant prétend avoir fournis à l'intéressée avant l'opération doivent de toute façon être considérés comme insuffisants, comme on le verra ci-après (c. 2.3.2).

S'agissant d'une éventuelle alternative à l'intervention chirurgicale envisagée, la plaignante a confirmé que le prévenu ne lui en avait pas parlé, de sorte qu'elle a accepté d'être opérée (jugt, p. 20).

Enfin, il résulte des notes du médecin à propos de l'entretien du 22 octobre 2007 que la possibilité de l'opération a à tout le moins été discutée à ce moment-là déjà - la référence à un "gros myomateux" ressortant du dossier médical et la date de l'opération ayant finalement été arrêtée ce jour-là - et non pas uniquement lors de la consultation du 12 novembre 2007 (pièce 99), alors que le problème de l'augmentation de l'utérus semble avoir été constaté et discuté en 2006 déjà, voire même avant (*ibidem*, consultation du 12.08.2005). Les premiers juges ont ainsi à bon droit retenu que l'intervention avait été prévue "au minimum avec un mois d'avance, voire plus" (jugt, p. 64).

Quant aux renseignements transmis à S.\_\_\_\_\_ en relation avec la personne qui l'aurait opérée, Q.\_\_\_\_\_ a déclaré aux débats que les opérations qu'il effectuait l'étaient parfois sous la forme d'un "teaching", que ses patientes n'étaient jamais informées de l'éventualité d'être opérées par quelqu'un d'autre que lui, parce qu'il était décidé le matin même de l'opération, en fonction des médecins qui étaient présents, s'il y avait teaching ou non et qui allait opérer, et que le processus de teaching était une pratique de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ - comme d'autres hôpitaux - qui avait pour tâche de former les médecins-assistants (jugt, pp. 22 et 23). Il s'ensuit donc que S.\_\_\_\_\_ ne savait pas, au moment d'entrer dans la salle d'opération, qu'elle allait être opérée par un autre médecin que le Dr Q.\_\_\_\_\_. L'expert a certes déclaré que "les opérateurs étaient tous les chirurgiens présents dans le bloc opératoire" (jugt, p. 10). Il n'en demeure pas moins que P.\_\_\_\_\_ tenait le bistouri (jugt, p. 7 *in fine*) et intervenait en qualité de "1<sup>er</sup> opérateur", comme l'a relevé l'expert (pièce 42, p. 4, ch. 3), alors que le prévenu, qui n'était pas en tenue pour intervenir (jugt, p. 7), se tenait à disposition en cas de besoin (pièce 42, p. 4, ch. 3). Cela ressort également du protocole opératoire, qui mentionne P.\_\_\_\_\_ comme opérateur et B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ comme "teachers" (pièce 5/3). L'appréciation du Tribunal

correctionnel selon laquelle le prévenu n'a pas informé sa patiente "qu'il ne l'opérerait pas en personne" est donc correcte (jugt, p. 63), ce que l'appelant a d'ailleurs lui-même admis (jugt, p. 23).

**2.3.2** Il convient ainsi de déterminer si les informations fournies à la patiente ont été suffisantes, en se replaçant au moment où a été prise la décision d'opérer, mais pas, après coup, en se fondant sur les conséquences de l'opération.

Il n'est pas contesté qu'une information complète quant aux risques et aux suites de l'opération était requise, sans pour autant qu'on puisse dire, ainsi que l'a conclu l'expert, que la patiente devait être renseignée sur la fréquence des complications constatées sur d'autres patientes ayant subi la même opération. Il faut constater, sur la base des propres déclarations du médecin – rappelées ci-avant (c. 2.3.1) –, que celui-ci s'est contenté de décrire le déroulement de l'opération, sans parler – pour ne pas effrayer sa patiente – des risques d'hémorragie, de lésions à l'uretère et à la vessie. Si la concomitance de ces trois complications a été qualifiée de "très rare" par l'expert (pièce 42, p. 8, ch. 19) et "exceptionnelle" par le Dr D.\_\_\_\_\_, qui a admis, en parlant du cas d'espèce, avoir été confronté à cette situation pour la première fois dans sa carrière (jugt, p. 13), la survenance d'un de ces risques, pris individuellement, n'était en revanche pas à tel point rare qu'on puisse douter qu'une information à cet égard puisse être exigée du médecin. Ces trois risques sont d'ailleurs précisément mentionnés dans le modèle de protocole d'information (pièce 43), qui n'a justement pas été signé en l'espèce. Ainsi, la plaignante aurait dû être mise au courant du risque non négligeable de complications, et ceci d'autant plus que, comme c'était le cas en l'espèce, il n'est pas toujours possible d'y remédier de façon simple et définitive. L'intéressée présente d'ailleurs des séquelles génito-urinaires (fuites incontrôlées d'urine, absence de sensibilité vésicale, raccourcissement du vagin ensuite de la fermeture de la partie profonde de celui-ci, douleurs pendant les rapports sexuels et troubles importants de la fonction sexuelle) probablement irréversibles (pièces 42, p. 7, ch. 16 ; pièce 58/0, p. 3, ch. 24), qui sont, très vraisemblablement, la

conséquence de la fistule vésico-vaginale causée lors de l'hystérectomie et des différents traitements effectués ultérieurement pour sa correction (pièce 42, p. 6, ch. 14 ; jugt, p. 10). Une information complète s'imposait d'autant plus en l'occurrence que la "très grande taille" de l'utérus augmentait le risque de survenance de complications, aux dires de l'expert (pièce 42, p. 7, ch. 18 ; jugt, p. 9). Le fait que la fistule vésico-vaginale constitue un "aléa thérapeutique" pour lequel il n'est pas possible d'intervenir immédiatement et que, dans la majorité des cas, la lésion urétérale, définie comme une complication "per-opératoire", n'est pas identifiée pendant l'opération mais dans les suites opératoires (pièce 42, pp. 6 et 7, ch. 12, 13 et 18), ce qui semble avoir été le cas en l'occurrence (pièce 42, p. 6, ch. 13), ne diminuait pas l'obligation d'informer de manière complète la patiente quant à la survenance de ces risques. Au vu de ces éléments, il faut bien admettre que les informations communiquées à la plaignante sur les risques de l'opération projetée n'étaient pas suffisantes. Il en résulte une violation du devoir d'information. Les renseignements sur une intervention alternative n'étaient, en revanche, pas nécessaires, puisque précisément il n'y avait pas d'alternative, comme l'a relevé l'expert à l'audience (jugt, p. 11 *in fine*), après avoir évoqué et écarté la possibilité d'une embolisation (pièce 58/0, p. 1, ch. 20).

Les premiers juges ont encore retenu qu'il appartenait au prévenu d'informer sa patiente qu'il ne l'opérerait pas en personne et que ne l'ayant pas fait, il avait violé son devoir d'information également sur ce point. Dans son rapport, l'expert a indiqué que "d'une manière générale, les patients doivent recevoir une information sur le chirurgien qui pratiquera l'intervention" (pièce 42, p. 8, ch. 19), ce qu'il a confirmé aux débats, sans autres explications (jugt, p. 11). Il n'y a pas de raisons de s'écarter de cette appréciation, quand bien même il ne s'agit pas d'une question médicale à proprement parler (TF 1P.71/2007 du 12 juillet 2007, c. 4.4). L'expert paraît toutefois ne pas tenir compte du fait que, selon les explications de l'appelant - qu'aucun élément au dossier ne vient contredire -, celui-ci ignorait précisément, lors de la consultation du 12 novembre 2007, qui allait opérer la patiente (jugt, p. 23) ; il ne pouvait dès

lors exclure, à ce moment-là, qu'il allait personnellement effectuer l'intervention, comme cela semble d'ailleurs avoir été le cas de la patiente se trouvant en chambre commune avec la plaignante (jugt, p. 39 *in fine*). Il se pose dès lors la question de savoir si le médecin devait à tout le moins informer la plaignante de l'éventualité d'un teaching, puis la renseigner, le matin de l'opération, sur l'identité exacte du médecin-assistant en charge de l'opération. La question peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où, comme on le verra ci-après sous l'angle du consentement hypothétique de la plaignante (c. 2.3.3), on doit retenir que celle-ci aurait consenti à l'opération, même si elle avait été correctement et suffisamment informée à cet égard.

**2.3.3** Les premiers juges ont retenu (jugt, p. 64) que le consentement hypothétique de la plaignante ne pouvait être admis. Ils se sont basés sur les déclarations de cette dernière selon lesquelles si elle avait su qu'elle ne serait pas opérée par Q.\_\_\_\_\_, elle aurait demandé plus de renseignements, notamment sur la personnes en charge de l'intervention, et elle se serait aussi renseignée davantage sur le traitement en particulier et sur d'éventuelles alternatives.

Cette appréciation ne peut être suivie. Tout d'abord, il résulte du dossier qu'il n'y avait pas d'alternative et que l'opération devait être effectuée (cf. p. 30 *in fine* ci-dessus). S.\_\_\_\_\_ le savait, puisque le prévenu le lui avait expliqué. Ensuite, force est de constater que le prénommé n'a pas exercé la moindre pression sur la plaignante pour l'inciter à se faire opérer. La décision d'une intervention chirurgicale était l'aboutissement d'une longue période d'attentisme et d'observation de l'évolution de la situation de santé de la patiente ; en effet, il suffit de constater à cet égard qu'il y a eu, en 2007, pas moins de trois consultations chez le spécialiste, sans compter celle du 12 novembre de la même année, et que, comme on l'a relevé ci-avant (c. 2.3.1, p. 19), le problème de l'augmentation de la taille de l'utérus semble avoir été constaté et discuté en 2006 déjà, voire même avant (pièce 99).

La plaignante, qui n'a pas soutenu n'avoir pas pu poser des questions au spécialiste, a prétendu que si elle avait été correctement informée des risques de l'opération, elle aurait "peut-être demandé un deuxième avis" et qu'elle se serait "préparée autrement", tout en admettant qu'elle "aurai[t] peut-être accepté si c'était la seule option" (jugt, p. 19). Or, il est suffisamment démontré qu'il n'y avait pas d'autre option que l'opération. Que la connaissance des risques (d'hémorragie, de lésions à l'uretère et à la vessie [c. 2.3.2 *supra*]) liés à l'intervention prévue n'eût pas dissuadé la plaignante de s'y soumettre paraît effectivement plus que vraisemblable, en dépit des affirmations contraires formulées *a posteriori* par l'intéressée. L'évolution de la taille de l'utérus, qui en l'occurrence pesait 1'290 grammes alors que le poids moyen d'un utérus normal est de 50 grammes (pièce 42, p. 3, ch. 1), les douleurs pelviennes qu'elle occasionnait et les complications liées au fibrome qui seraient survenues en l'absence d'une hystérectomie rendaient cette opération nécessaire et étaient de nature à conforter la plaignante dans l'idée qu'il convenait d'intervenir, même si on ne se trouvait pas dans un cas d'extrême urgence, l'opération ayant été fixée au 27 novembre 2007, soit deux semaines après la dernière consultation au cabinet du prévenu. A cela s'ajoute la relation de confiance entre cette dernière et le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant de longue date, particulièrement expérimenté. Pareilles circonstances ne plaident, au demeurant, pas en faveur de la thèse de la plaignante voulant qu'elle se serait accordée une période de réflexion et qu'elle aurait demandé un autre avis avant de prendre une décision au sujet de l'intervention envisagée. Rien ne permet par ailleurs d'affirmer que l'opération prévue était particulièrement délicate. Certes, elle était, aux dires de l'expert, objectivement difficile, au vu de la taille importante de l'utérus (jugt, p. 9), mais pas à tel point qu'un devoir d'information accru se serait imposé pour ce motif ; l'expert a du reste nuancé ces propos en admettant implicitement que l'appréciation des opérateurs selon laquelle l'opération n'était pas difficile n'était pas critiquable (*ibidem*).

La plaignante a encore soutenu que si on lui avait parlé de la méthode de teaching, elle n'aurait pas accepté. Cet élément n'est pas

pertinent. En effet, même si le médecin lui avait parlé d'un teaching, elle n'aurait pu s'opposer à ce que d'autres médecins soient présents et participent à l'opération, puisque le prévenu opérait comme salarié d'un établissement hospitalier de droit public cantonal, que selon la pratique de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, comme c'est du reste le cas dans les autres hôpitaux publics, il était décidé le matin même de l'opération s'il y avait teaching ou non et qui allait opérer (jugt, pp. 22 et 23) et que la plaignante n'avait pas une couverture d'assurance lui permettant de choisir son médecin. Si l'appelant lui avait dit - le matin même de l'opération - que l'intervention allait être confiée à P.\_\_\_\_\_, tout au plus aurait-elle pu tenter d'insister pour être opérée par l'appelant, auquel cas ce dernier aurait très vraisemblablement obtenu son consentement en raison de ce même rapport de confiance qui les liait et du fait que P.\_\_\_\_\_ était, aux dires du prévenu, le plus expérimenté des médecins-assistants (jugt, p. 23). Enfin, l'intéressée a fait valoir que si elle avait connu les détails du teaching, elle n'aurait pas accepté la présence de B.\_\_\_\_\_ dont elle n'avait pas entendu que du bien (jugt, p. 19). Cet argument tombe à faux ; outre le fait qu'on ignore en quoi consistent les "mauvais échos" qu'elle a prétendu avoir eus sur ce médecin, les informations prétendument obtenues l'ont été après l'opération en question, comme elle l'a admis en audience d'appel (p. 6 *supra*) ; or, des affirmations formulées *a posteriori* ne sont pas de nature à rendre vraisemblable que la plaignante aurait hésité à subir l'intervention prévue et les circonstances du cas d'espèce (les douleurs, l'évolution de l'état de santé, l'absence d'autres alternatives que l'opération envisagée et la supervision ou le co-teaching de son médecin de confiance en salle d'opération) ne permettent pas de dire qu'elle aurait refusé l'opération afin de se renseigner sur B.\_\_\_\_\_, comme elle l'a prétendu (jugt, p. 19).

Les circonstances mises en évidence ci-avant permettent ainsi de conclure à l'existence d'un consentement hypothétique de S.\_\_\_\_\_.

Il en résulte que Q.\_\_\_\_\_ doit être libéré du chef d'accusation de lésions corporelles graves par négligence.

L'appel de Q.\_\_\_\_\_ est donc admis.

**3.** S.\_\_\_\_\_ conteste le jugement du 21 août 2014 en tant qu'il lui refuse l'allocation d'une indemnité pour tort moral et la renvoie à agir pour l'ensemble de ses prétentions devant le juge civil. Elle sollicite l'octroi d'une indemnité pour tort moral à hauteur de 100'000 fr. à l'encontre de Q.\_\_\_\_\_, réservant ses droits civils pour le solde de ses prétentions à l'encontre de ce médecin ainsi qu'à l'encontre des deux autres praticiens mis en cause, respectivement vis-à-vis de l'établissement qui les employait à l'époque des événements litigieux.

**3.1** Selon l'art. 126 al. 1 let. a CPP, le tribunal statue sur les conclusions civiles présentées lorsqu'il rend un verdict de culpabilité à l'encontre du prévenu ou lorsqu'il acquitte le prévenu et que l'état de fait est suffisamment établi.

**3.2** En l'occurrence, il se pose déjà la question de la qualité de Q.\_\_\_\_\_ pour défendre à l'action civile, dès lors qu'au moment des faits, il était employé de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ et que c'est en cette qualité qu'il a procédé à l'opération du 27 novembre 2007. Si, comme cela semble ressortir de l'arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du canton de Vaud admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ était, au moment des faits, un hôpital reconnu d'intérêt public, il n'existe néanmoins pas de base légale cantonale soumettant un tel établissement privé au droit public et, partant, à la loi du 16 mai 1961 sur la responsabilité de l'Etat, des communes et de leurs agents (LRECA; RSV 170.11), le délai d'un an - prévu par l'art. 7 de cette loi - pour faire valoir une créance en dommages-intérêts dès la connaissance du dommage étant au surplus échu depuis longtemps au moment de l'ouverture de l'action dans le cas d'espèce. La convention intercantonale sur [...] citée par l'appelante concernant A.\_\_\_\_\_ (RSV [...]), qui prévoit une responsabilité primaire de l'établissement et une responsabilité subsidiaire de l'Etat (cf. art. [...] de la Convention précitée), n'est quant à elle entrée en vigueur que

postérieurement aux faits litigieux. Les premiers juges ont en outre considéré que Q. \_\_\_\_\_ était un médecin indépendant, partant qu'il était aussi lié à la plaignante par un contrat de droit privé. C'est oublier qu'en cas de violation du devoir d'information, c'est l'atteinte causée par l'opération elle-même et non par l'entretien préopératoire qui est illicite, de sorte que seule pourrait entrer en cause la responsabilité de l'établissement hospitalier, sur la base de l'art. 101 CO si cet établissement répond selon les règles du droit privé, ce qui n'est pas établi, ou sur la base de l'art. [...] de la Convention précitée si celle-ci est applicable.

Quoi qu'il en soit, cette question peut rester ici indécise, dès lors qu'il apparaît, après un examen approfondi du dossier, que les éléments de faits sont insuffisants pour statuer sur les conclusions civiles. Si les souffrances de la plaignante sont avérées, on doit constater aussi que plusieurs facteurs sont susceptibles d'influer sur sa situation de santé, en particulier le fait qu'elle a eu besoin, depuis sa jeunesse, d'une substitution hormonale pour maintenir son statut de femme, qu'elle a elle-même déclaré souffrir d'une tumeur au cerveau et prendre de la cortisone (cf. jgt, p. 19) et qu'en 2010, elle a subi une double mastectomie avec de multiples réinterventions. Il y a ainsi des affections préexistantes, ce que l'appelante admet tout en soulignant qu'elle était totalement asymptomatique avant l'opération litigieuse, et il n'est ainsi pas possible, sur la seule base des brefs rapports médicaux de la psychiatre et du médecin traitant, d'affirmer qu'une part déterminante des souffrances de la plaignante est imputable à l'opération litigieuse. A cela s'ajoute le fait que l'assureur RC de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_ a d'ores et déjà versé à la plaignante des acomptes pour un montant total de 195'000 fr. (jugt, p. 54 *in fine*), ce qui représente un montant supérieur aux conclusions prises sur le plan pénal. Même en tenant compte du fait que le jugement réserve par ailleurs les prétentions contre les deux autres médecins, le dossier ne contient pas suffisamment d'éléments permettant de procéder aux calculs d'imputation.

C'est à juste titre, dans ces circonstances, que les premiers juges ont considéré qu'ils ne pouvaient statuer sur l'indemnité pour tort moral réclamée par S.\_\_\_\_\_. C'est d'autant plus vrai aujourd'hui que Q.\_\_\_\_\_ est libéré de l'accusation de lésions corporelles graves par négligence (c. 2.3.3 *in fine supra*). L'appelante reconnaît d'ailleurs elle-même (en parlant de B.\_\_\_\_\_) que dans la mesure où la responsabilité pénale n'est pas reconnue, "une éventuelle prétention directe à l'encontre de l'intéressé(e) dans le cadre de l'action civile au pénal n'entre plus en ligne de compte" (pièce 114/1, p. 6, ch. 2.4), ce qui vaut donc pour Q.\_\_\_\_\_.

**4.** S.\_\_\_\_\_ fait aussi grief aux premiers juges de ne pas avoir statué sur la question de l'indemnité due au sens de l'art. 433 CPP, pour compenser la différence entre l'indemnité de conseil d'office allouée à Me Hofstetter et les honoraires que ce dernier aurait perçus comme conseil privé.

Vu l'issue de l'appel, le grief devient sans objet (art. 433 al. 1 *a contrario* CPP).

**5.** En définitive, l'appel de Q.\_\_\_\_\_ doit être admis et le prévenu libéré de l'accusation de lésions corporelles graves par négligence, la part de frais de première instance mise à sa charge étant laissée à la charge de l'Etat. L'appel de S.\_\_\_\_\_ doit, quant à lui, être rejeté.

Libéré de l'accusation pour laquelle il avait été renvoyé devant le Tribunal correctionnel, Q.\_\_\_\_\_ a droit à une indemnité pour les dépenses occasionnées pour l'exercice raisonnable de ses droits de procédure en première et en deuxième instances (art. 429 al. 1 let. a CPP). Au vu de l'ensemble des circonstances et des listes des opérations produites par le défenseur du prévenu (cf. pièces 101 et 131), il convient d'arrêter cette indemnité à 24'800 fr. pour toutes choses, ce qui

représente une indemnisation pour 70 heures de travail à 350 fr. l'heure et l'octroi d'un montant de 300 fr. de débours en équité.

Une indemnité de conseil juridique gratuit, correspondant à 18 heures de travail d'avocat, par 3'240 fr., doit en outre être allouée à Me Hofstetter pour la défense en appel des intérêts de S.\_\_\_\_\_, montant auquel doit s'ajouter 120 fr. au titre de vacation à l'audience d'appel et 50 fr. de débours, ce qui représente, avec la TVA, un montant total de 3'682 fr. 80.

Les frais de la procédure d'appel, y compris l'indemnité allouée au conseil juridique gratuit de S.\_\_\_\_\_, seront supportés par l'Etat (art. 423 al. 1 CPP).

Par ces motifs,  
la Cour d'appel pénale,  
vu les art. 34, 42, 47, 50, 106 et 125 al. 1 et 2 CP,  
appliquant les art. 426, 429 et 398 ss CPP,  
prononce :

- I. L'appel de Q.\_\_\_\_\_ est admis.
- II. L'appel de S.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- III. Le jugement rendu le 21 août 2014 par le Tribunal correctionnel de l'Est vaudois est modifié comme il suit aux chiffres III et V de son dispositif, le dispositif du jugement étant désormais le suivant :
  - I. inchangé;*
  - II. inchangé;*
  - III. libère Q.\_\_\_\_\_ du chef d'accusation de lésions corporelles graves par négligence;*
  - IV. renvoie S.\_\_\_\_\_ à agir par la voie civile à l'encontre de P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_;*

V. *laisse les frais de la cause à la charge de l'Etat;*  
VI. *ordonne le maintien au dossier à titre de pièces à conviction du dossier médical de S.\_\_\_\_\_ constitué par l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ et séquestré sous fiche n° 106, des clichés du CT-scan abdominal réalisé sur S.\_\_\_\_\_ le 27 novembre 2007 à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, séquestrés sous fiche n° 250 et d'un CD contenant la copie du dossier AI de S.\_\_\_\_\_ versé au dossier comme pièce à conviction sous fiche n° 268;*  
VII. *inchangé;*  
VIII. *inchangé."*

- IV.** L'Etat de Vaud est le débiteur de Q.\_\_\_\_\_ d'une indemnité de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 24'800 fr., débours inclus.
- V.** Une indemnité de conseil d'office pour la procédure d'appel d'un montant de 3'682 fr. 80, TVA et débours inclus, est allouée à Me Gilles-Antoine Hofstetter.
- VI.** Les frais de la procédure d'appel, y compris l'indemnité allouée au conseil d'office de S.\_\_\_\_\_, sont laissés à la charge de l'Etat.
- VII.** Le présent jugement est exécutoire.

Le président :

La greffière :

**Du 13 janvier 2015**

Le dispositif du jugement qui précède est communiqué aux appelants et aux autres intéressés.

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à :

- Me Alexis Turin, avocat (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour S. \_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Présidente du Tribunal correctionnel de l'arrondissement de l'Est vaudois,
- M. le Procureur du Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :