

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

P/1715/2018

ACPR/691/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre pénale de recours

Arrêt du lundi 1^{er} septembre 2025

Entre

A_____, représenté par M^e Robert ASSAEL, avocat, c/o MENTHA AVOCATS, rue de l'Athénée 4, case postale 330, 1211 Genève 12,

recourant,

contre l'ordonnance de classement rendue le 6 mai 2025 par le Ministère public,

et

LE MINISTÈRE PUBLIC de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B, 1213 Petit-Lancy, case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimé.

EN FAIT :

- A. a.** Par acte expédié le 19 mai 2025, A_____ recourt contre l'ordonnance du 6 mai précédent, notifiée le 8, par laquelle le Ministère public a classé la procédure et l'a renvoyé à agir au civil s'agissant de ses éventuelles prétentions civiles, les frais étant laissés à la charge de l'État.

Le recourant conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de ladite ordonnance et au renvoi de la procédure au Ministère public pour qu'il poursuive l'instruction, en particulier par l'audition des Professeurs B_____ et C_____.

- b.** Le recourant a versé les sûretés en CHF 1'000.- qui lui étaient réclamées par la Direction de la procédure.

- B.** Les faits pertinents suivants ressortent du dossier :

a.a. A_____, né le _____ 1955, consultant/courtier en _____, s'est rendu le 25 octobre 2017 aux urgences de l'Hôpital de D_____ après avoir constaté du sang dans ses urines et ressenti des brûlures mictionnelles.

La Dre E_____, médecin de garde, a diagnostiqué une prostatite aiguë et lui a administré une dose d'antibiotique par voie intraveineuse ainsi que prescrit des antibiotiques à prendre par voie orale durant 14 jours. Un contrôle était prévu sous 48 heures.

a.b. Le 27 octobre 2017, A_____ a consulté, dans le cadre du suivi, le Dr F_____, médecin interne à l'Hôpital de D_____.

Selon le rapport de consultation du 27 octobre 2017 du médecin précité, l'évolution était favorable. La prostate était non agrandie et légèrement douloureuse à la palpation. Le diagnostic différentiel était une infection urinaire fébrile *versus* une prostatite. Le traitement de Ciproxine était poursuivi pendant trois semaines et une consultation prévue à une semaine chez le "Dr G_____" [G_____].

a.c. Le lendemain, A_____ a consulté les urgences de l'Hôpital de D_____ en raison d'une impossibilité d'uriner et de fortes douleurs. D'abord examiné par la Dre E_____, qui n'a pas pu poser de sonde urinaire en raison des fortes douleurs du patient, il a ensuite vu le Dr H_____, urologue, qui a procédé à la pose d'une sonde urinaire, avec utilisation du "MEOPA" [Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote utilisé pour soulager la douleur et l'anxiété lors de soins de courte durée] en raison de la douleur extrême ressentie par le patient.

Il ressort du rapport des urgences du 28 octobre 2017 que la situation était urgente vu la rétention urinaire et la suspicion de sepsis (ou septicémie). Du paracétamol et de la morphine avaient été administrés au patient par voie intraveineuse.

a.d. Le soir du 30 octobre 2017, A_____ s'est à nouveau rendu, en raison de vives douleurs, aux urgences de l'Hôpital de D_____, où il a été examiné par le Dr I_____, qui a diagnostiqué une sciatalgie. Le patient avait dit ne plus parvenir à dormir depuis le 25 précédent, ni à s'asseoir depuis l'après-midi.

a.e. Le 31 octobre 2017, A_____ s'est rendu, sur rendez-vous, chez son médecin traitant, le Dr G_____. Après avoir confirmé le diagnostic de prostatite, ce dernier lui a fixé un rendez-vous pour le 9 novembre 2017 avec le Dr J_____, urologue, pour un retrait de la sonde.

À teneur du rapport de consultation du 31 octobre 2017, A_____ était afébrile, allait mieux, mais ne se sentait pas à l'aise avec la sonde. Il présentait des douleurs au niveau du sacrum. Le traitement antibiotique et antalgique devait se poursuivre.

a.f. Le 4 novembre 2017, A_____ s'est présenté aux urgences de l'Hôpital de D_____, accompagné de son fils, pour un état de confusion, de fatigue, de tremblement et des douleurs dans le bas-ventre.

Ont notamment été réalisés un électrocardiogramme, un scanner cérébral et un "bladder scan" de la vessie. Le diagnostic le plus probable était une insuffisance rénale aiguë, avec syndrome urémique. Le patient avait refusé catégoriquement la "gazo" (abréviation de gazométrie artérielle) et avait été transféré aux HUG pour la suite de la prise en charge.

Il ressort du rapport du laboratoire K_____ du 4 novembre 2017 que l'analyse du sang établissait que A_____ était en "*insuffisance rénale terminale*".

a.g. A_____ a été hospitalisé du 4 au 5 novembre 2017 au service des soins intensifs des HUG, puis du 5 novembre au 1^{er} décembre 2017 au service de néphrologie.

Selon la lettre de sortie établie le 4 décembre 2017 par les HUG, le motif de l'hospitalisation était une insuffisance rénale aiguë. L'échographie des voies urinaires avait mis en évidence un globe urinaire de 400 cc, une prostate de taille augmentée à 43 ml et un ballonnet de la sonde urinaire dans la loge prostatique. La sonde vésicale avait été retirée "*au prix de douleurs majeures*". Un nouveau globe avait nécessité la pose d'une sonde quelques heures après le retrait de la première. Posée adéquatement, la seconde sonde n'avait plus engendré de douleurs.

b. Par courrier du 16 janvier 2018, A_____, sous la plume de M^e L_____, a requis de l'Hôpital de D_____ une copie de tous les rapports d'urgence et des consultations médico-chirurgicales, des bilans sanguins et urinaires et des examens radiologiques le concernant depuis le 25 octobre 2017. Il souhaitait "*comprendre comment le traitement d'une affection médicale initialement simple a[va]it pu dégénérer de la sorte*", le problème urinaire objet de la première consultation ayant abouti à une "*sévère septicémie*".

c. Selon le compte-rendu établi le 24 janvier 2018 par le Directeur médical de l'Hôpital de D_____, A_____ avait présenté une prostatite, de sorte qu'un traitement antibiotique lui avait été administré par voie intraveineuse, puis par voie orale. L'apparition d'une rétention urinaire aiguë avait nécessité la pose d'une sonde urinaire. Dans ce contexte, le patient s'était probablement déshydraté à domicile, ce qui avait entraîné une insuffisance rénale aiguë ayant nécessité son transfert aux HUG.

d. Le 25 janvier 2018, A_____ a déposé plainte pénale – précisant se constituer partie plaignante au pénal et au civil – pour lésions corporelles par négligence (art. 125 CP) survenues entre le 25 octobre et le 4 novembre 2017, lors de ses différentes prises en charge à l'Hôpital de D_____.

Alors qu'il se plaignait d'atroces souffrances – particulièrement celles causées par la sonde – tant dans le cadre des visites programmées que des consultations aux urgences, les intervenants médicaux de l'Hôpital de D_____ n'avaient pas pris ses doléances au sérieux. À son admission aux HUG, son état était critique : il était secoué par des spasmes et avait inconsciemment tenté de s'arracher la sonde pour se jeter par la fenêtre de sa chambre située au 8^{ème} étage, tant il ne supportait plus la douleur dans le bas de son corps. Le niveau de fonctionnement de ses reins avait été évalué à 4 %, soit le stade le plus grave d'une insuffisance rénale aiguë. Son pronostic vital avait été engagé. Une dialyse avait dû être mise en place. En outre, sa prostate présentait deux abcès – ce qui avait nécessité un curetage – et une septicémie avait été diagnostiquée. La sonde avait dû être changée à quatre reprises, avec les douleurs et risques que cela comportait, accrus en raison de son état très affaibli. La Dre M_____ lui avait dit que certains procédés de l'Hôpital de D_____ avaient été inhabituels et la sonde mal posée. Il était sorti des HUG le 1^{er} décembre 2017. Cet épisode de près de cinq semaines l'avait fortement affecté, tant physiquement que psychiquement. Il n'avait pas réussi à dormir une seule nuit aux HUG et avait perdu 8 kg en un mois. Il était toujours en traitement psychiatrique, chez le Dr N_____, et en arrêt de travail pour une durée indéterminée. Il souffrait de séquelles physiques et de troubles des fonctions sexuelles.

En substance, il reprochait au personnel soignant de l'Hôpital de D_____ de ne pas lui avoir prodigué de traitement convenable et adapté, ainsi que d'avoir mal effectué la pose d'une sonde urinaire, l'ensemble de ces négligences ayant mené à la dégradation sérieuse de son état de santé, tant physique que psychologique.

e. Dans un rapport médical du 29 janvier 2018, la Dre M_____, néphrologue aux HUG, a indiqué qu'après le sondage vésical, à la suite d'un diagnostic correctement posé de prostatite aiguë à "*E. coli*", A_____ avait été revu à deux reprises par le service des urgences de l'Hôpital de D_____ et son médecin-traitant pour les mêmes plaintes, lesquelles n'avaient "*pas été investiguées ni prises en charge de manière adéquate*". Or, la chronologie et la localisation de la douleur ne pouvaient qu'être attribuées à un "*sondage*" ayant dévié de sa route habituelle. La réactivité immédiate aurait été d'extraire la sonde, ou, en cas d'impossibilité, de poser une sonde sus-pubienne. Les principales conséquences du maintien de la sonde durant 8 jours avaient été une dénutrition avec perte de 8 kg, une insuffisance rénale sévère ayant nécessité un transfert pour débiter une dialyse, l'apparition d'abcès prostatiques, ainsi que des conséquences psychologiques majeures (idées suicidaires, traitement anxiolytique et somnifères).

f. Par courrier du 5 février 2018, A_____ a apporté des précisions quant à la chronologie des faits et qualifié ses lésions de graves, au sens de l'art. 122 CP. Le placement d'une sonde urinaire, sa déviation et l'absence de remise en cause du traitement avaient eu pour conséquence d'aggraver brusquement son état de santé jusqu'à provoquer une grave insuffisance rénale qui avait mis sa vie en danger.

g. La police a procédé à plusieurs auditions :

g.a. Le 29 août 2018, G_____, médecin traitant de A_____ depuis 1995, a déclaré que ce dernier était une personne sans problème de santé particulier. Lorsqu'il l'avait examiné le 31 octobre 2017, il avait constaté que son patient avait mal – il était resté debout durant toute la consultation – et que la sonde fonctionnait correctement, à savoir que l'urine était bien évacuée dans la poche prévue à cet effet. Selon lui, la sonde était "*en place*". En raison d'une douleur atypique au niveau des fesses, il avait examiné la zone du sacrum et du rectum sans constater d'abcès ni d'autres complications. Le traitement mis en place entre les 25 et 31 octobre 2017 lui semblait "*adéquat*" ; des douleurs atypiques n'étaient pas rares dans le cadre d'une infection aiguë de la prostate. Il avait toutefois appelé le Dr H_____, qui avait posé la sonde, pour savoir s'il ne serait pas judicieux que le Dr J_____, urologue, vît A_____ avant le rendez-vous prévu avec lui le 9 novembre 2017, en raison des fortes douleurs ressenties. Le médecin précité n'avait pas jugé utile que le patient consultât l'urologue plus tôt.

g.b. Le 30 août 2018, le Dr O_____ a déclaré avoir ausculté en urgence A_____ aux urgences de [l'Hôpital de] D_____ le 4 novembre 2017 pour un "*tout autre problème que sa prostatite aiguë*" : le patient était en pleurs, dans un état de confusion, d'agitation, de tremblements et avec des hallucinations et des difficultés à s'exprimer. Son fils l'avait amené aux urgences en raison de son asymétrie faciale. Il avait ordonné qu'un scanner cérébral fût effectué pour exclure tout problème d'ordre neurologique. Le résultat de cet examen s'était avéré normal. À la suite d'une prise de sang, une urée et une créatine 10 fois supérieures à la norme avaient été constatées, ce qui l'avait

conduit à diagnostiquer une encéphalopathie urémique sur syndrome urémique avec une insuffisance rénale aiguë, soit le stade le plus critique de l'insuffisance rénale. Il avait alors ordonné le transfert de A_____ aux HUG pour effectuer une hémodialyse, ce qui n'était pas possible le week-end à l'Hôpital de D_____. Les symptômes constatés le 4 novembre 2017 n'étaient pas la conséquence directe de la prostatite mais d'une déshydratation et d'une affection rénale multifactorielle. La sonde urinaire fonctionnait normalement, ce qui n'était pas le cas d'une sonde mal posée. Le déplacement de la sonde était donc dû, selon lui, au fait que le patient avait tenté de se l'arracher à son arrivée aux HUG.

g.c. Le 17 septembre 2018, le Dr H_____ a indiqué qu'il avait vu A_____ à une seule reprise, le 28 octobre 2017, sur demande des urgences de l'Hôpital de D_____. Le patient avait une phobie de la douleur. Après utilisation d'un gaz hilarant et d'un gel anesthésiant à l'intérieur de l'urètre, il s'était détendu et la sonde avait pu être posée normalement. N'étant lui-même pas équipé du système MEOPA, il avait averti le patient qu'il devrait trouver un urologue à l'Hôpital de D_____ équipé d'un tel système. Le rapport médical du 29 janvier 2018 de la Dre M_____ était erroné, dans la mesure où il n'avait pas administré de morphine et où il avait orienté A_____ vers un urologue et non vers son médecin traitant.

Lors de son audition, le Dr H_____ a produit un rapport d'intervention, daté du 14 mai 2018, dont il ressort qu'en raison de la prostatite traitée par antibiotique, le risque de sepsis lors du passage de la sonde urétrale était assez faible, raison pour laquelle une sonde vésicale avait été privilégiée par rapport à la pose d'un cathéter sus-pubien, associé à plus d'hématuries, d'obstructions ainsi qu'à des complications graves, comme des perforations de l'intestin grêle et des artères iliaques.

h. Par ordonnance rendue le 28 novembre 2018, le Ministère public a refusé d'entrer en matière sur la plainte du 25 janvier 2018 de A_____, au motif que l'enquête n'avait pas mis en évidence de comportements propres à fonder la responsabilité pénale d'un intervenant dans le cadre de la prise en charge médicale de A_____ à l'Hôpital de D_____. La sonde urinaire avait été posée de manière adéquate et était en parfait état de marche. L'état physique et psychique du patient à son arrivée aux HUG semblait être la conséquence d'une forte déshydratation.

i. Le 10 décembre 2018, A_____ a, sous la plume de son avocat, requis la reprise de la procédure préliminaire afin de procéder aux auditions des Drs H_____, G_____, O_____, E_____, I_____ et M_____.

j. Le 10 décembre 2018, puis le 11 suivant, le Ministère public a, respectivement, ordonné la reprise de la procédure préliminaire, puis l'ouverture d'une instruction pénale contre inconnu pour lésions corporelles par négligence (art. 125 CP).

k. Le Ministère public a procédé aux auditions suivantes :

k.a. Le 4 février 2019, A_____ a confirmé sa plainte et l'a complétée par un tableau de synthèse de l'évolution de ses symptômes au fur et à mesure de ses consultations à l'Hôpital de D_____ ainsi que des données d'analyses sanguines de 2017, dont il ressortait, selon lui, que l'insuffisance rénale aurait déjà dû être diagnostiquée le 25 octobre 2017. Le Dr G_____ avait été "*le plus léger*" en évaluant mal la gravité de la situation. Lui-même était devenu impuissant, ce qu'il attribuait au curetage. Il demeurait traumatisé par les événements et ne parvenait plus à travailler depuis une année.

k.b. Le même jour, la Dre M_____ a déclaré que les douleurs étant intervenues après la pose de la sonde, il aurait été indiqué de solliciter un infirmier pour regarder cette dernière, procéder à sa vidange et à sa mobilisation. La présence d'urine dans la sonde ne suffisait pas à conclure à son bon fonctionnement. À l'arrivée de A_____ aux HUG, tant la vessie que la sonde étaient vides et aucun examen clinique et radiologique n'avaient été effectués pour s'assurer du fonctionnement normal de la sonde, en raison de la douleur qui aurait été ainsi infligée au patient. Or, de tels examens étaient nécessaires pour retenir que la sonde fonctionnait. Les douleurs persistantes, préalables au transfert aux HUG, avaient conduit le patient à ne plus s'hydrater ni s'alimenter, ce qui avait eu des conséquences sur le fonctionnement des reins.

Auditionnée à nouveau le 7 juin 2019, la Dre M_____ a précisé que le fait que le patient se plaignît de ne plus pouvoir s'asseoir depuis la pose de la sonde aurait nécessité d'investiguer si le problème ne venait pas de cette dernière. Lorsque la sonde avait été enlevée, une nouvelle avait été posée, que A_____ avait gardée sans douleur. À son avis, la première sonde avait dû se déplacer entre le 28 octobre 2017 (date de sa pose) et la première arrivée de A_____ aux urgences de l'Hôpital de D_____ deux jours plus tard.

l.a. Le 27 octobre 2021, le Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après, CURML) a rendu un premier rapport d'expertise. Dans le cadre de l'examen clinique effectué par les experts, A_____ présentait une fonction rénale normale et une microhématurie. Il rapportait l'existence d'une éjaculation rétrograde, d'une diminution de la libido, d'érections spontanées moins fréquentes et de moindre amplitude. Sur le plan psychologique, l'intéressé se plaignait d'un "*traumatisme*" ayant engendré une incapacité de travail. En substance, les Dres P_____, spécialiste en médecine légale, Q_____, médecin assistante, et le Prof. R_____, chef du Service de médecine interne de l'Hôpital de Y_____, sont parvenus aux conclusions suivantes:

- la prise en charge médicale du 25 octobre 2017 n'était pas conforme aux règles de l'art, dans la mesure où aucun toucher rectal n'avait été effectué, alors qu'il était indiqué devant des symptômes d'infection urinaire et afin de poser un diagnostic;

- la prise en charge médicale des 27 et 28 octobre 2017 pouvait être considérée comme conforme aux règles de l'art;

- la prise en charge médicale des 30 et 31 octobre 2017 n'était pas conforme aux règles de l'art dans la mesure où, à la suite de la persistance de douleurs chez le patient, dans le contexte d'une prostatite aiguë et face à l'apparition d'une insuffisance rénale aiguë, il existait une indication pour des examens complémentaires, soit notamment une imagerie complémentaire et un bilan sanguin, lesquels n'avaient pas été réalisés;

- la prise en charge médicale du 4 novembre 2017 pouvait être considérée comme conforme aux règles de l'art.

À la question de savoir si, à son arrivée aux HUG, le plaignant était en danger de mort, les experts ont répondu par la négative.

l.b. Lors de leur audition le 13 juillet 2022, les experts ont confirmé les conclusions de leur rapport, précisant que, dans le cas de A_____, aucun problème n'était lié à la pose de la sonde urinaire. En revanche, il y avait bien eu des manquements au niveau de sa prise en charge.

Questionnés sur leurs expériences en urologie et en néphrologie, R_____ a indiqué avoir exercé durant une année en néphrologie entre 1985 et 1986; P_____ et Q_____ ne disposaient, quant à elles, d'aucune spécialisation ni expérience dans ces domaines. Comme pour toutes les expertises au CURML, le rôle du médecin légiste était de veiller à avoir les éléments nécessaires et de faire le lien avec le Ministère public.

m.a. Par courrier du 25 avril 2023, complété par pli du 2 juin 2023, le plaignant a demandé une contre-expertise. À l'appui de cette requête, il a produit deux expertises privées, la première du Prof. C_____, spécialiste en néphrologie, et la seconde du Prof. B_____, spécialiste en urologie opératoire.

Dans son rapport, le Prof. B_____ a énuméré onze manquements aux règles de l'art, dont huit étaient attribuables aux urgentistes-internistes et trois à l'urologue, ainsi que la commission de plusieurs erreurs lors de la prise en charge du patient. Il concluait qu'à la suite de sa prise en charge à l'Hôpital de D_____, A_____ avait souffert d'une insuffisance rénale gravissime, laquelle était liée aux manquements des règles de bonne pratique, qu'il listait. L'expertise du CURML était "*entachée d'imprécisions et d'erreurs, du fait en partie de l'absence dans le groupe d'experts de certains spécialistes indispensables à l'évaluation pertinente d'une telle situation: l'un en urologie et l'autre en néphrologie*".

Selon le Prof. C_____, la vie de A_____ avait été en danger au moment de son admission aux urgences des HUG "*car un changement biologique pouvait survenir en*

quelques heures, comme une élévation plus importante de la concentration sanguine du potassium". Sur ce point, l'intéressé ne présentait pas de "modifications majeures", même si son niveau de potassium se trouvait à la limite supérieure de la norme. A_____ présentait "des risques potentiels majeurs pour sa santé qui se serai[en]t aggravé[s] encore plus s'il n'avait pas été pris en charge".

m.b. Le 12 juin 2023, le Procureur a adressé au plaignant un projet de complément d'expertise, nommant les mêmes experts judiciaires que précédemment, ce à quoi A_____ s'est opposé catégoriquement, ceux-là n'étant ni urologue ni néphrologue.

m.c. Par arrêt ACPR/66/2024 du 26 janvier 2024, la Chambre de céans a partiellement admis le recours formé par A_____ contre l'ordonnance du 26 septembre 2023 par laquelle le Ministère public avait ordonné un complément d'expertise et désigné la Prof. P_____, le Prof. R_____ et la Dre Q_____ en qualité d'experts. Vu le contexte spécifique du litige et les problématiques soulevées dans ce cadre, les experts désignés par le Ministère public devaient s'adjoindre des spécialistes, à savoir un urologue et un néphrologue, idéalement pratiquant hors du canton de Genève. Une telle configuration devrait ainsi permettre de compléter l'expertise du 27 octobre 2021 et lui apporter toutes modifications et précisions nécessaires. En effet, si ladite expertise était à tout le moins incomplète ou imprécise, il n'apparaissait pas qu'elle fût insuffisante ou inutilisable. Partant, la demande de contre-expertise était rejetée.

m.d. Par arrêt 7B_250/2024 du 30 avril 2024, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de A_____ qui persistait à solliciter la mise en œuvre d'une contre-expertise.

n.a. Par courrier du 21 mai 2024, le Procureur a adressé à A_____ un projet de complément d'expertise, invitant les Prof. P_____, R_____, S_____ et T_____, experts, assistés de la Dre U_____ à répondre à des questions complémentaires.

n.b. Par arrêt ACPR/557/2024 du 29 juillet 2024, la Chambre de céans a déclaré irrecevable pour cause de tardiveté la requête de récusation formée par A_____ à l'encontre de la Dre U_____ (consid. 1.3.2.) et l'a rejetée en tant qu'elle visait les Prof. S_____ et T_____, exerçant à l'Hôpital de Y_____.

Elle a précisé que le but du nouveau mandat était, pour les nouveaux experts, de compléter la première expertise, notamment en se prononçant, grâce à leurs connaissances spécifiques, sur les conclusions des experts privés ainsi que sur certaines éventuelles imprécisions ou erreurs relevées par ces derniers, lesquelles seraient, selon eux, liées au manque de spécialisation des premiers experts.

o.a. Par rapport d'expertise complémentaire du 19 décembre 2024, signé par le Prof. S_____, néphrologue, le Prof. T_____, urologue, le Prof. R_____, la

Prof. P _____ et la Dre V _____, médecin assistante, les experts, sont en substance parvenus aux conclusions suivantes :

- les conclusions émises dans le rapport d'expertise médico-légal du 27 octobre 2021 étaient confirmées, sous réserve du fait qu'il était retenu un manquement aux règles de l'art supplémentaire dans la prise en charge de A _____ dès le 28 octobre 2017, lors de laquelle le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien aurait dû être interrompu ;

- les différents manquements aux règles de l'art constatés dans la prise en charge de A _____ avaient contribué à aggraver l'insuffisance rénale aiguë et retardé son diagnostic. Cela étant, malgré une augmentation potentielle des risques pour la vie de A _____, ce dernier n'avait jamais présenté de mise en danger concrète de la vie, d'un point de vue médico-légal ;

- les séquelles physiques présentées par A _____ étaient régulièrement observées à la suite de l'intervention qu'il avait subie. Ainsi, les différentes "*conséquences*" sur l'état de santé de A _____ constatées lors de l'examen des experts en 2021 n'étaient pas imputables aux manquements constatés ;

- les prises en charge de A _____ lors desquelles des manquements aux règles de l'art avaient été constatés étaient les suivantes :

· le 25 octobre 2017, Urgences de [l'Hôpital de] D _____, prise en charge par la Dre E _____, médecin assistante en médecine interne, sous la supervision du Dr W _____, spécialiste en médecine interne générale (absence de toucher rectal malgré les symptômes d'infection urinaire);

· le 28 octobre 2017, Urgences de [l'Hôpital de] D _____, prise en charge par la Dre E _____ et le Dr H _____, spécialiste en urologie, sous la supervision du Dr X _____, spécialiste en médecine interne générale (au vu de l'augmentation des paramètres rénaux dans le bilan sanguin, le traitement médicamenteux par anti-inflammatoires stéroïdiens aurait dû être interrompu) ;

· le 30 octobre 2017, Urgences de [l'Hôpital de] D _____, prise en charge par le Docteur I _____, médecin assistant en médecine interne, étant précisé qu'il n'avait pas été possible d'établir par qui celui-ci était supervisé (absence d'analyses de laboratoire, d'imagerie, les douleurs éprouvées ayant été attribuées à une sciatalgie et des antalgiques donnés; chez un patient souffrant d'une prostatite aiguë, une sciatalgie à l'origine de ses douleurs fessières semblait peu probable; une origine obstructive aurait dû être suspectée ou du moins éliminée via une échographie de l'arbre urinaire ou du moins un "*bladder-scan*"; en outre, des analyses biologiques, afin d'évaluer l'évolution du processus infectieux ainsi que d'assurer un suivi de la fonction

rénale diminuée lors de la consultation de la veille par un contrôle du taux sanguin de créatinine et d'urée auraient été indiquées; si l'administration d'antalgiques avait été anticipée le 30 octobre 2017, l'approche diagnostique de la source des douleurs n'avait pas été adéquatement prise en charge);

· le 31 octobre 2017, Ambulatoire à [l'Hôpital de] D_____, prise en charge par le Dr G_____, spécialiste en médecine interne générale, et téléphone au Dr H_____ (vu l'inconfort exprimé par le patient au niveau de la sonde urinaire et des plaintes de douleurs locales au niveau du sacrum, il eût été opportun de prescrire des examens complémentaires);

- le retard de prise en charge médicale n'avait pas eu d'impact avéré sur le résultat final du traitement;

- il n'était pas possible de créer un lien de causalité entre les manquements observés et les séquelles décrites par A_____;

- de façon générale, l'expertise rédigée par le Professeur B_____ ne correspondait pas aux bonnes pratiques de rédaction d'une expertise médicale ou médico-légale.

o.b. Entendus par le Ministère public le 10 mars 2025, les nouveaux experts ont pour l'essentiel confirmé leurs conclusions, précisant notamment, s'agissant de l'augmentation du risque clinique potentiel pour la vie, que le fait d'avoir une sonde augmentait déjà un tel risque.

p. Lors de cette même audience du 10 mars 2025, A_____ a déclaré qu'il se portait mieux sur le plan physique. Sur le plan moral, en revanche, sa vie avait complètement basculé. Il avait perdu son travail. Il avait dû fermer sa société et vendre sa maison. Il vivait dans une toute petite demeure modeste avec sa femme et sa fille, lesquelles, en sus de ses trois autres enfants, souffraient beaucoup de la situation. Son épouse souffrait de la maladie d'Arnold "*en lien avec*" ce qui lui était arrivé. Ils seraient "*à la rue*" à la rentrée, car il était sans ressources.

q. Par avis de prochaine clôture de l'instruction du 12 mars 2025, le Ministère public a informé A_____ de son intention de classer la procédure et lui a imparti un délai pour présenter ses éventuelles réquisitions de preuve.

r. L'intéressé a sollicité l'audition des Professeurs B_____ et C_____, sur leur expertise privée et le complément d'expertise judiciaire.

C. Dans l'ordonnance litigieuse, le Ministère public a retenu qu'au vu des conclusions du rapport d'expertise complémentaire et de son refus d'ordonner une contre-expertise, ce qui avait été en substance validé dans l'arrêt ACPR/66/2024 du 26 janvier 2024, il

n'apparaissait pas que l'audition des Professeurs B_____ et C_____ permît d'apporter des éléments susceptibles de changer l'issue de la présente procédure, de sorte qu'il y était renoncé. En particulier, les nouveaux experts étaient parvenus à la conclusion que, de façon générale, l'expertise rédigée par le Prof. B_____ ne correspondait pas aux bonnes pratiques de rédaction d'une expertise médicale ou médico-légale. Au surplus, lesdits professeurs avaient déjà exprimé leur point de vue dans le cadre de leurs expertises privées.

Au fond, il ressortait de l'expertise et de son complément que si les différents manquements aux règles de l'art constatés dans la prise en charge de A_____ avaient contribué à aggraver son insuffisance rénale aiguë et retardé son diagnostic, sa vie n'avait jamais été concrètement mise en danger, d'un point de vue médico-légal. En outre, le retard de prise en charge médicale n'avait pas eu d'impact avéré sur le résultat final du traitement. Partant, il ne pouvait pas être exclu, à ce stade, que les manquements aux règles de l'art dont il avait été victime dans sa prise en charge médicale l'eussent exposé à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, au sens de l'art. 127 CP. Le classement de la procédure pénale se justifiait ainsi sous cet angle également, les probabilités d'un acquittement des auteurs des manquements en cause apparaissant supérieures à celles d'une condamnation, ce qui pouvait être constaté en l'état actuel de la procédure, sans qu'il fût nécessaire de poursuivre les mis en cause. Ainsi, aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'était établi et les éléments constitutifs d'une infraction n'étaient pas réunis, ce qui conduisait au classement de la procédure pénale (art. 319 al. 1 let. a et b CPP).

- D. a.** À l'appui de son recours, A_____ fait valoir qu'après le constat de la Chambre de céans dans son arrêt du 26 janvier 2024, selon lequel l'expertise judiciaire était "*à tout le moins incomplète et/ou imprécise*" sur la base des expertises privées, le Ministère public ne pouvait faire l'économie d'entendre leurs auteurs, d'autant que leurs compétences étaient unanimement reconnues. Les Profs B_____ et C_____ auraient pu répondre à des questions additionnelles sur leur expertise privée et sur le complément d'expertise, le premier plus largement qu'il ne l'avait fait dans son écrit du 9 mai 2025.

Les experts avaient relevé quatre violations des règles de l'art, les 25 octobre 2017, 28 suivant, 30 suivant, et 31 octobre 2017 (cf. let. **B.o.a**). Même si la prise en charge du 4 novembre 2017 avait été considérée comme conforme aux règles de l'art, il rappelait l'état dans lequel il se trouvait, à savoir une insuffisance rénale aiguë sévère, qui avait été "*constatée au bilan sanguin pour corroborer la gravité des violations des règles de l'art*" précitées. À l'audience du 13 juillet 2022, les experts avaient bien dû admettre que l'augmentation de la créatinine, entre le 25 octobre et le 4 novembre 2017, représentait une aggravation substantielle de la fonction rénale, constituant un "*feu rouge ou une alarme*", un marqueur de l'urée de 68.5 étant encore élevé, soit deux marqueurs indiquant un dysfonctionnement rénal. Les experts avaient encore précisé que si la sonde urinaire avait été retirée le 30 octobre 2017, il y aurait probablement

eu moins de complications et moins de douleurs. "À partir du 30 octobre 2017, [il] n'avait quasiment plus bu, il s'[était] déshydraté, ce qui a[vait] immanquablement eu un impact sur ses reins, de même que la prise d'anti-inflammatoires et sa perte de poids". Les experts avaient encore ajouté que le 30 octobre 2017, les médecins lui avaient clairement fait courir un risque, car "si on n'intervient pas, la fonction rénale continue à s'aggraver de même que l'inflammation". Ainsi, les intenses douleurs qu'il avait dû endurer et les profondes atteintes psychiques qu'il devait encore supporter dépassaient, de loin, les conséquences régulièrement observées à la suite de l'intervention qu'il avait subie et étaient la conséquence des manquements aux règles de l'art. Le psychiatre qu'il avait consulté en urgence avait confirmé, le 25 janvier 2018, que ses troubles psychiques aigus – il avait développé des symptômes en faveur du diagnostic d'un état de stress post traumatique – étaient la conséquence d'une grave atteinte de son état de santé physique des suites de son hospitalisation à l'Hôpital de D_____ puis aux HUG. La Dre M_____, qui l'avait pris en charge psychiatriquement aux HUG, avait attesté le 29 janvier 2018 des conséquences psychologiques majeures avec la nécessité d'un suivi psychiatrique et déclaré, le 4 février 2019, que lorsqu'elle avait vu son patient, le 4 novembre 2017, la douleur était à son apogée, intense au point qu'il y avait eu des pleurs et des hallucinations. Ces séquelles psychologiques avaient également été relatées par les experts dans leur rapport du 27 octobre 2021 et par le Prof. B_____.

Dans ces conditions, la probabilité d'une condamnation était largement supérieure à celle d'un acquittement, de sorte que le Ministère public ne pouvait pas classer la procédure au regard du principe *in dubio pro duriore*. Il avait violé l'art. 319 al. 1 CPP. C'était aussi à tort qu'il s'était lancé dans une appréciation des preuves ou une interprétation du droit, prérogatives revenant exclusivement au juge du fond.

Il produit un courrier du 9 mai 2025 du Prof. B_____, selon lequel sa trajectoire avait été un "échec médical" et le fait de "le reconnaître plus rapidement aurait certainement amené A_____ à une attitude de résolution positive de ce qu'il a[vait] vécu" à l'Hôpital de D_____.

b. À réception des sûretés, la cause a été gardée à juger sans échange d'écritures, ni débats.

EN DROIT :

- 1.** Le recours est recevable pour avoir été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP), concerner une ordonnance sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al. 1 let. a CPP) et émaner du plaignant qui, partie à la procédure (art. 104 al. 1 let. b CPP), a qualité pour agir, ayant un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation de la décision querellée (art. 382 al. 1 CPP).

2. La Chambre pénale de recours peut décider d'emblée de traiter sans échange d'écritures ni débats les recours manifestement irrecevables ou mal fondés (art. 390 al. 2 et 5 *a contrario* CPP). Tel est le cas en l'occurrence, au vu des considérations qui suivent.
3. Le recourant reproche au Ministère public d'avoir classé sa plainte contre inconnu pour les chefs de lésions corporelles par négligence et d'exposition.

3.1. À teneur de l'art. 319 al. 1 CPP, le ministère public ordonne notamment le classement de tout ou partie de la procédure lorsqu'après la clôture de l'instruction (art. 318 al. 1 CPP), aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a), ou lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (let. b).

De manière générale, les motifs de classement sont ceux qui déboucheraient à coup sûr ou du moins très probablement sur un acquittement ou une décision similaire de l'autorité de jugement (Message relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 p. 1255). Le principe "*in dubio pro duriore*", qui découle du principe de la légalité, s'applique (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 CPP; ATF 138 IV 86 consid. 4.2). Il signifie qu'en principe, un classement ne peut être prononcé par le ministère public que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Le ministère public et l'autorité de recours disposent, dans ce cadre, d'un certain pouvoir d'appréciation. La procédure doit se poursuivre lorsqu'une condamnation apparaît plus vraisemblable qu'un acquittement ou lorsque les probabilités d'acquittement et de condamnation apparaissent équivalentes, en particulier en présence d'une infraction grave (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2; 137 IV 285 consid. 2.5).

En cas de doute quant à la situation factuelle ou juridique, ce n'est pas à l'autorité d'instruction ou d'accusation mais au juge matériellement compétent qu'il appartient de se prononcer (ATF 143 IV 241 consid. 2.2.1; 138 IV 86 consid. 4.1.2). L'établissement de l'état de fait incombe principalement au juge matériellement compétent pour se prononcer sur la culpabilité du prévenu. Le ministère public et l'autorité de recours n'ont dès lors pas, dans le cadre d'une décision de classement d'une procédure pénale, respectivement à l'encontre d'un recours contre une telle décision, à établir l'état de fait comme le ferait le juge du fond. Des constatations de fait sont admises au stade du classement, dans le respect du principe "*in dubio pro duriore*", soit dans la mesure où les faits sont clairs, respectivement indubitables, de sorte qu'en cas de mise en accusation ceux-ci seraient très probablement constatés de la même manière par le juge du fond. Tel n'est pas le cas lorsqu'une appréciation différente par le juge du fond apparaît tout aussi vraisemblable. Le principe "*in dubio pro duriore*" interdit ainsi au ministère public, respectivement à l'autorité de recours, confrontés à des preuves non claires, d'anticiper sur l'appréciation des preuves par le juge du fond. L'appréciation juridique des faits doit en effet être effectuée sur la base d'un état de fait établi en vertu du principe "*in dubio pro duriore*", soit sur la base de faits clairs

(ATF 143 IV 241 consid. 2.3.2; arrêt du Tribunal fédéral 6B_127/2019 du 9 septembre 2019 consid. 4.1.2).

À ce stade de la procédure, c'est donc l'acquittement qui doit apparaître comme l'issue la plus probable pour que le ministère public puisse prononcer un classement, ce qui signifie *a contrario* qu'en cas de doute, le renvoi en jugement doit être privilégié (arrêt du Tribunal fédéral 1B_24/2012 du 18 juillet 2012 consid. 2.2.2).

3.2.1. La loi oblige le ministère public à faire appel à un expert lorsqu'il ne dispose pas des connaissances et des capacités nécessaires pour constater ou apprécier un état de fait (art. 182 CPP). L'expertise ne lie pas le juge (art. 10 al. 2 CPP), mais ce dernier ne peut s'en écarter sans motifs sérieux et s'il le fait, il doit motiver sa décision (ATF 142 IV 49 = SJ 2017 I 1).

3.2.2. L'expertise privée n'a pas la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par l'autorité d'instruction ou de jugement, l'expert mandaté par une partie n'étant ni indépendant ni impartial. Ainsi, les résultats issus d'une expertise privée réalisée sur mandat du prévenu sont soumis au principe de la libre appréciation des preuves et sont considérés comme de simples allégués de parties (ATF 142 II 355 consid. 6 p. 359 ; ATF 141 IV 369 consid. 6.2 p. 373 s. ; ATF 132 III 83 consid. 3.4 p. 87 s. ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_480/2017 du 29 décembre 2017 consid. 1.2 ; 6B_259/2016, 266/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.2).

3.3.1. L'art. 125 CP réprime le comportement de quiconque, par négligence, fait subir à une personne une atteinte à l'intégrité corporelle ou à la santé.

Pour qu'il y ait négligence (art. 12 al. 3 CP), il faut que l'auteur ait, d'une part, violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et, d'autre part, qu'il n'ait pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 2.2).

L'auteur viole les règles de la prudence s'il omet, alors qu'il occupe une position de garant (art. 11 al. 2 et 3 CP) – à l'instar du médecin et du personnel soignant à l'égard de leur patient (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1065/2013 du 23 juin 2014 consid. 1.1) – et que le risque dont il doit empêcher la réalisation vient à dépasser la limite de l'admissible, d'accomplir une action dont il devrait se rendre compte, de par ses connaissances et aptitudes personnelles, qu'elle était nécessaire pour éviter un dommage (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité consid. 2.2).

3.3.2. Pour déterminer concrètement l'étendue du devoir de prudence du médecin, il faut partir du devoir général qu'a le praticien d'exercer l'art de la guérison selon les principes reconnus de la science médicale et de l'humanité, de tout entreprendre pour

guérir le patient et d'éviter tout ce qui pourrait lui porter préjudice. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin dépendent des circonstances du cas d'espèce, notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir du jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical (ATF 130 IV 7 consid. 3.3). Comme l'état de la science médicale confère au médecin souvent une latitude de jugement, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, celui-ci ne manque à son devoir de diligence que si un diagnostic, une thérapie ou un autre acte médical n'apparaît plus défendable selon l'état général des connaissances de la branche, par exemple s'il ne discerne pas les symptômes typiques d'une maladie grave, prépare de manière insuffisante une opération qui ne s'impose pas, ou ne fait pas appel à un spécialiste (ATF 133 III 121 consid. 3.1; 113 II 429 consid. 3a; arrêts du Tribunal fédéral 6B_999/2015 du 28 septembre 2016 consid. 5.1 et 6B_170/2017 précité consid. 2.2 et 2.3).

3.3.3. En cas de violation fautive du devoir de prudence, il est nécessaire qu'il existe un rapport de causalité entre cette violation et les lésions subies par la victime (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité consid. 2.2). En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée. Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.1). L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance ; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat (ATF 116 IV 182 consid. 4a). La causalité adéquate est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la survenance du résultat ou lorsqu'il serait simplement possible qu'il l'eût empêché (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1098/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 2.2).

3.4. L'art. 127 CP punit quiconque, ayant la garde d'une personne hors d'état de se protéger elle-même ou le devoir de veiller sur elle, l'expose à un danger de mort ou à un danger grave et imminent pour la santé, ou l'abandonne en un tel danger.

Cette disposition exigeant expressément que la victime ait été exposée à un tel danger, ce dernier doit être concret (arrêt du Tribunal fédéral 6S.769/1999 du 7 mars 2000 consid. 2a) ; il faut entendre un état de fait dans lequel existe, d'après le cours ordinaire des choses, la probabilité ou un certain degré de possibilité que, dans le cas d'espèce, le bien juridique protégé soit lésé, sans toutefois qu'un degré de probabilité supérieur à 50% soit exigé (ATF 123 IV 128 consid. 2a ; 121 IV 67 consid. 2a). Il y a abandon au danger ainsi visé non seulement lorsque l'auteur adopte un comportement purement

passif, mais aussi lorsqu'il n'apporte pas à la victime l'aide qui lui est nécessaire pour sauver sa vie ou préserver sa santé ; il n'est donc pas exigé que l'auteur ait délaissé la victime ou qu'il n'ait rien entrepris pour la tirer d'affaire; il suffit que, tout en donnant certains soins, il n'ait pas pris les dispositions qui s'imposaient pour la soustraire réellement au danger qui la menaçait (ATF 73 IV 164 consid. 1).

Il faut, par ailleurs, que le danger soit imminent. La notion d'imminence n'est pas aisée à définir; elle implique en tout cas, outre la probabilité sérieuse de la réalisation du danger concret, un élément d'immédiateté qui se caractérise moins par l'enchaînement chronologique des circonstances que par le lien de connexité direct unissant le danger et le comportement de l'auteur; l'immédiateté disparaît ou s'atténue lorsque s'interposent ou surviennent des actes ou d'autres éléments extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 6P_70/2001 et 6S_316/2001 du 22 août 2001 consid. 4a).

3.5.1. En l'espèce, le recourant reproche aux médecins l'ayant pris en charge à l'Hôpital de D_____ de lui avoir causé des lésions corporelles en ayant mal effectué la pose d'une sonde urinaire puis en ayant omis de prendre les mesures adéquates lors des consultations postérieures.

Doivent donc être examinés en particulier l'existence de violations des règles de l'art médical et le rapport de causalité entre d'éventuels manquements et les conséquences alléguées par le recourant.

À titre liminaire, il convient de constater que les médecins ayant pris en charge le recourant assument à l'égard de ce dernier une position de garant, de sorte que d'éventuelles omissions sont susceptibles de constituer une violation de l'art. 125 CP.

En l'occurrence, les experts ont relevé, lors de la prise en charge du recourant, les manquements suivants aux règles de l'art médical: omission d'effectuer un toucher rectal pour poser le diagnostic le 25 octobre 2017, omission d'interrompre le traitement anti-inflammatoire stéroïdien lors de la consultation du 28 octobre 2017 et absence d'examen complémentaires et de bilan sanguin lors des consultations des 30 et 31 octobre 2017. En revanche, s'agissant du grief du recourant relatif à la pose ou au déplacement de la sonde urinaire, il n'existe aucune indication que la pose, le 28 octobre 2017, aurait été mal exécutée, ni de certitude que cette sonde se fût ensuite déplacée.

Aucun élément ne permet de s'écarter de ces constatations, confirmées et étayées dans le cadre du complément d'expertise. Partant, les omissions relevées par les experts constituent bien des violations fautives du devoir de diligence des médecins ayant traité le recourant lors desdites consultations.

Cela étant, une telle constatation ne suffit pas à retenir l'existence d'une infraction à l'art. 125 CP; encore faut-il que les manquements retenus soient dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec les lésions corporelles dont se plaint le recourant, à savoir une microhématurie, une éjaculation rétrograde, des difficultés érectiles et des troubles psychiques.

La première omission relevée n'est pas déterminante, dans la mesure où, selon les experts, le diagnostic posé le 25 octobre 2017 était correct – même sans le toucher rectal recommandé – et le traitement prescrit, à cette occasion, approprié. Les autres omissions retenues (non-interruption du traitement anti-inflammatoire stéroïdien et absence d'imagerie médicale et de bilan sanguin) ont, certes, pu retarder la prise en charge de l'insuffisance rénale, mais la fonction rénale du recourant est désormais normale, ce qui exclut une lésion corporelle au sens des principes sus-rappelés.

En ce qui concerne la pose de la sonde urinaire (pour laquelle aucun manquement n'a été retenu), les experts ont relevé que la cause des douleurs du recourant les 30 et 31 octobre 2017 ne pouvait pas être déterminée *a posteriori*, l'hypothèse privilégiée étant celle d'une prostatite aiguë obstructive, laquelle n'avait pas provoqué l'insuffisance rénale compte tenu de ce que la vessie était vide lors des imageries effectuées le 4 novembre 2017.

Par ailleurs, le fait que la sonde urinaire ait été posée dans le respect des règles de l'art médical exclut d'attribuer à un manquement fautif les douleurs très vives ressenties par le recourant. De plus, il n'existe pas d'élément permettant de retenir un déplacement de la sonde antérieur aux consultations des 30 et 31 octobre 2017, de sorte que des analyses n'auraient vraisemblablement pas pu abrégé les douleurs du recourant liées à un hypothétique déplacement de cette sonde. Sur ce point particulier, le recourant se plaint de conséquences psychiques (état de stress post traumatique) liées aux vives douleurs endurées tout au long de sa prise en charge médicale à l'Hôpital de D_____. Cela étant, sous l'angle de la causalité dite hypothétique (cf. **consid. 3.3.3**), on ne voit pas en quoi les analyses omises lors des consultations précitées auraient pu empêcher la survenance des troubles psychiques allégués par le recourant, étant rappelé que la cause des douleurs lors des consultations des 30 et 31 octobre 2017 ne peut, selon les experts, être déterminée *a posteriori* et qu'il ne peut être retenu que la sonde se serait déplacée avant lesdites consultations.

Partant, aucune atteinte physique ou psychologique ne peut être attribuée aux manquements constatés par les experts judiciaires. En particulier, les symptômes physiques vécus par le recourant sont, selon ceux-ci, régulièrement observés à la suite d'une intervention du type de celle qu'il a subie sur la prostate. Ces conclusions ont été confirmées dans le rapport d'expertise complémentaire du 19 décembre 2023, validé par un urologue et un néphrologue. Or, l'expertise privée établie le 31 mars 2023 par le Prof. B_____ et son complément du 20 mars 2023 du Prof. C_____, néphrologue, n'apportent pas d'éléments pertinents permettant au juge d'établir le rapport de

causalité naturelle et adéquate entre les manquements retenus et l'état de santé actuel du recourant. Faute d'apporter des éléments objectifs substantiels sur cette question, ces expertises privées sont ainsi insuffisantes pour revenir sur le constat des experts judiciaires.

Par conséquent, c'est en adéquation avec les principes tirés de l'art. 125 CP que le Ministère public a classé les faits objet de la plainte, faute de lien de causalité entre les violations de l'art médical retenues par les experts et l'état de santé du recourant.

3.5.2. En lien avec une infraction à l'art. 127 CP, tant l'expertise du 27 octobre 2021 que son complément du 19 décembre 2024 aboutissent à la conclusion que le recourant n'était pas en danger de mort à son arrivée aux urgences des HUG. L'absence d'imagerie et de bilan sanguin, les 30 et 31 octobre 2017, avait certes retardé sa prise en charge et empêché de diagnostiquer, dès les deux consultations précitées, une insuffisance rénale, mais la vie de ce dernier n'avait jamais été mise concrètement en danger, pas plus que l'intéressé n'a été exposé à un danger grave et imminent pour sa santé, compte tenu de sa stabilité hémodynamique.

À l'inverse, dans son rapport, le Prof. C_____, expert privé, retient que le recourant se trouvait en danger de mort lors de son arrivée aux HUG, en liant cette conclusion à la possibilité de changements biologiques (susceptibles, selon lui, d'intervenir en quelques heures) et à l'aggravation des risques potentiels sans prise en charge. Mais sur ce point, la conclusion de l'expert privé relative au danger de mort du recourant demeure toutefois floue, le médecin évoquant des hypothèses, non réalisées en l'espèce.

Même à suivre les expertises privées – dont il convient de rappeler qu'elles ne constituent que de simples allégués de partie et au sujet desquelles les experts ont indiqué qu'elles ne correspondaient pas aux bonnes pratiques –, les éléments mis en évidence ne suffisent pas à retenir l'existence d'un danger concret pour le recourant, à savoir un état de fait dans lequel existe, d'après le cours ordinaire des choses, la probabilité de la survenance de la mort, ou encore d'un danger grave et imminent pour la santé.

Les expertises privées ne permettent ainsi pas de remettre en question l'expertise judiciaire et son complément, établis par des spécialistes en médecine légale, en médecine interne, en urologie et en néphrologie, sur la base du dossier médical du recourant et, pour la partie complémentaire, des remarques critiques des rapports d'expertise privée. Or, ces experts ont exclu la mise en danger concrète, au motif que seuls des risques potentiels – non réalisés – avaient été augmentés.

Par conséquent, faute de caractère concret, l'infraction de mise en danger visée à l'art. 127 CP n'est pas non plus réalisée.

3.5.3. Au vu de ce qui précède, c'est conformément à l'art. 319 al. 1 let. b CPP que le Ministère public a classé la procédure.

Aucune mesure d'instruction complémentaire n'est susceptible de modifier cette appréciation, le dossier comportant deux expertises judiciaires et deux expertises privées, lesquelles ont épuisé les questions pertinentes à trancher. En outre, les experts privés ont eu l'occasion de se prononcer sur toutes les questions qu'ils ont jugé pertinentes dans le cadre de leurs rapports, que le Prof. B_____ a du reste complété le 9 mai 2025, sans souligner d'éléments pertinents nouveaux.

4. Justifiée, l'ordonnance querellée sera donc confirmée.
5. Le recourant, qui succombe, supportera les frais envers l'État, qui seront fixés en totalité à CHF 1'000.- (art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale, RTFMP ; E 4 10.03) et compensés par l'avance de frais.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA COUR :**

Rejette le recours.

Condamne A_____ aux frais de la procédure de recours, arrêtés à CHF 1'000.-.

Dit que ce montant sera prélevé sur les sûretés versées.

Notifie le présent arrêt, en copie, au recourant (soit, pour lui, son conseil) et au Ministère public.

Siégeant :

Madame Daniela CHIABUDINI, présidente; Madame Valérie LAUBER et Monsieur Vincent DELALOYE, juges; Monsieur Julien CASEYS, greffier.

Le greffier :
Julien CASEYS

La présidente :
Daniela CHIABUDINI

Voie de recours :

Le Tribunal fédéral connaît, comme juridiction ordinaire de recours, des recours en matière pénale au sens de l'art. 78 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); la qualité et les autres conditions pour interjeter recours sont déterminées par les art. 78 à 81 et 90 ss LTF. Le recours doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète de l'arrêt attaqué.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14. Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral soit, à l'attention de ce dernier, à La Poste Suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 48 al. 1 LTF).

P/1715/2018

ÉTAT DE FRAIS

COUR DE JUSTICE

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

Débours (art. 2)

- frais postaux	CHF	10.00
-----------------	-----	-------

Émoluments généraux (art. 4)

- délivrance de copies (let. a)	CHF	
---------------------------------	-----	--

- délivrance de copies (let. b)	CHF	
---------------------------------	-----	--

- état de frais (let. h)	CHF	75.00
--------------------------	-----	-------

Émoluments de la Chambre pénale de recours (art. 13)

- décision sur recours (let. c)	CHF	915.00
---------------------------------	-----	--------

Total	CHF	1'000.00
--------------	------------	-----------------