

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

C/10775/2013

ACJC/457/2016

ARRÊT

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre civile

DU VENDREDI 8 AVRIL 2016

Entre

A_____ SA, sise _____, (ZH), appelante d'un jugement rendu par la 16ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 24 août 2015, comparant par Me Serge Rouvinet, avocat, rue De-Candolle 6, case postale 5256, 1211 Genève 11, en l'étude duquel elle fait élection de domicile aux fins des présentes,

et

Hôpital B_____, sis _____, (GE), intimé, comparant par Me Michel Bergmann, avocat, rue de Hesse 8-10, case postale 5715, 1211 Genève 11, en l'étude duquel il fait élection de domicile aux fins des présentes.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés, ainsi qu'au Tribunal de première instance le 11 avril 2016.

EN FAIT

A. Par jugement du 24 août 2015, reçu par les parties les 31 août 2015, le Tribunal de première instance a dit que l'action de A_____ SA (ci-après : A_____) était prescrite (ch. 1 du dispositif), l'a déboutée des fins de sa demande (ch. 2), a mis à sa charge les frais judiciaires, arrêtés à 80'200 fr. et compensés avec l'avance versée (ch. 3), l'a condamnée à verser à l'hôpital B_____ (ci-après : B_____) 58'000 fr. à titre de dépens (ch. 4) et a débouté les parties de toutes autres conclusions (ch. 4).

B. a. Par acte déposé à la Cour de justice le 29 septembre 2015, A_____ a formé appel contre ce jugement dont elle a sollicité l'annulation. Elle a conclu à ce que la Cour déclare recevable son action et condamne l'hôpital B_____ à lui verser la somme de 6'827'244 fr. avec suite de frais et dépens.

Subsidiairement, elle a conclu à ce que la cause soit renvoyée au Tribunal pour qu'il instruisse sur la question du dommage.

Elle a déposé trois pièces nouvelles.

b. Le 12 novembre 2015, l'hôpital B_____ a conclu à la confirmation du jugement querellé et au déboutement de A_____ de toutes ses conclusions, avec suite de frais et dépens. Subsidiairement, B a conclu à ce que la Cour ordonne à A_____ de produire des pièces et procède à des "enquêtes/mesures d'instruction".

c. Les parties ont déposé une réplique et une duplique les 4 décembre 2015 et 2 février 2016, persistant dans leurs conclusions.

d. Elles ont été informées le 4 février 2016 de ce que la cause était gardée à juger.

C. Les faits pertinents suivants résultent du dossier.

a. C_____, née le _____ 1954, mariée à D_____, tous deux parents de E_____, né le _____ 1993, a été hospitalisée à l'hôpital B_____ le 24 décembre 1995 en raison d'un état grippal avec toux accompagnée d'une respiration pénible et difficile. Admise aux soins intensifs dès le lendemain, son état s'est aggravé malgré les traitements. Le 28 décembre 1995, les médecins ont posé le diagnostic de "myasthénie gravis". Le 6 janvier 1996, le Dr F_____, médecin assistant de 3^{ème} année en médecine interne employé par l'hôpital B_____, a été chargé de la mise en place d'une voie veineuse centrale sur C_____.

Il a toutefois perforé l'artère vertébrale lors de la recherche de la veine jugulaire. A la suite de cette intervention, C_____ a fait un malaise, perdu connaissance puis est tombée dans le coma.

Depuis son réveil, quelques heures plus tard, elle souffre de tétraplégie avec locked-in syndrome résultant d'une atteinte ponto-mésencéphalique ventrale bilatérale.

b. En rapport avec ses séquelles, C_____ a perçu des prestations de l'assurance invalidité (AI), de son assureur maladie LAMal et LCA, et des indemnités journalières de son assurance collective perte de gain en cas de maladie.

Les rentes AI ont été allouées en août 1998 et le décompte final des prestations octroyées par l'AI a été établi le 18 décembre 2002.

c. Le 7 avril 1997, G_____ ASSURANCES (devenue par la suite A_____), assureur LAA de C_____, a adressé à H_____ ASSURANCES (devenue par la suite I_____ ASSURANCES SA, ci-après : I_____), assurance responsabilité civile de l'hôpital B_____, un "avis de recours" concernant le sinistre dont avait été victime C_____. Cet avis précise que les circonstances du sinistre lui sont connues.

H_____ ASSURANCES a répondu le 15 avril 1997 qu'en l'état la responsabilité de l'hôpital B_____ était contestée.

d. En 1998, C_____, D_____, E_____, d'une part, et J_____ CAISSE MALADIE ET ACCIDENTS (ci-après : J_____), d'autre part, assureur maladie LAMal et assureur complémentaire LCA de C_____, ont ouvert séparément action en paiement à l'encontre de B_____. Les procédures ont été jointes.

Par jugement du 21 mars 2002, entré en force, le Tribunal de première instance, statuant à titre partiel, a débouté l'hôpital B_____ de son exception de prescription soulevée à l'égard de J_____ et l'a déclaré responsable du dommage subi par la famille de C_____ suite à l'intervention du 6 janvier 1996 au cours de laquelle le Dr F_____ avait contrevenu aux règles de l'art médical.

Ce jugement décrit les lésions subies par la patiente et précise que, plusieurs mois après le 6 janvier 1996, son état ne s'était pas amélioré. Elle demeurait entièrement paralysée, bien que consciente.

L'instruction portant sur le dommage et la détermination de celui-ci devait faire l'objet d'une deuxième phase de la procédure et d'un second jugement.

e. Le 21 mai 2002, I_____ a versé aux consorts C_____ un acompte de 500'000 fr. à faire valoir sur le préjudice subi.

f. Par courrier du 13 juin 2003, J_____ a fait valoir des prétentions récursoires à l'encontre de A_____ et l'a priée de prendre en charge à l'avenir les frais de traitement de C_____ en lien avec l'événement du 6 janvier 1996, qu'elle qualifiait d'accident.

g. J_____ a cessé de prendre en charge les frais médicaux de C_____ le 27 septembre 2003.

h. Par courrier du 30 décembre 2003, C_____ a demandé à A_____ d'intervenir en sa qualité d'assureur accident, en faisant valoir que l'événement du 6 janvier 1996 constituait un accident au sens de la LAA. Une copie du jugement du 21 mars 2002 était jointe à ce courrier.

A_____ allègue avoir reçu ce courrier le 5 janvier 2004.

Par décision du 13 mai 2004, A_____ a opposé un refus d'intervention, au motif que la notion d'accident n'était pas réalisée. C_____ a porté l'affaire devant le Tribunal cantonal des assurances sociales qui, par arrêt du 25 octobre 2005, entré en force, a reconnu le caractère accidentel du sinistre et a invité A_____ à fixer les prestations dues.

i. Le 31 mars 2006, A_____ a rendu une décision sur les prestations LAA à verser à C_____ à la suite de l'événement du 6 janvier 1996.

Une rente complémentaire d'invalidité LAA en 1'595 fr. ainsi qu'une allocation pour impotent de 898 fr. par mois dès le 1^{er} mars 2006, montant porté à 1'758 fr. dès que l'AI cesserait ses versements lui ont été allouées avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1999. Elle avait en outre droit à la prise en charge d'un éventuel traitement médical empêchant une aggravation notable de son état de santé.

j. Par courrier du 17 octobre 2006, A_____ a annoncé un recours à I_____, par lequel elle lui a réclamé le remboursement des prestations qu'elle avait fournies à C_____ en sa qualité d'assureur LAA.

k. Le 9 novembre 2006, I_____ a refusé d'entrer en matière en vertu du droit préférentiel du lésé, compte tenu du fait que le règlement des prétentions directes n'était alors pas encore terminé et que la somme d'assurance, qui était limitée, y serait consacrée.

l. Le 17 juillet 2007, A_____ a fait savoir à B_____ et I_____ qu'elle exerçait à leur encontre un recours pour un montant de 2'219'091 fr. en relation avec l'accident subi par C_____.

Le 19 juillet 2007, I_____ a répondu qu'elle ne pouvait donner suite à ces prétentions en vertu du droit préférentiel du lésé, la somme d'assurance étant limitée.

C'est le lieu de relever que la limite de la somme garantie par événement dommageable par I_____ était, au moment du sinistre, de 3'000'000 fr.

m. Le 3 janvier 2008, les consorts C_____ ont conclu avec l'hôpital B_____ une convention d'indemnisation de tous dommages survenus à la suite de l'événement du 6 janvier 1996. Ils ont de ce fait retiré leur action judiciaire de 1998 à l'encontre de B_____, avec désistement.

Cette convention prévoyait, en sus de l'acompte de 500'000 fr. versé le 21 mai 2002, l'octroi par l'hôpital B_____ d'un crédit en ses livres d'un capital de 2'150'000 fr. à titre de frais de traitement (médicaux, soins et hébergement). Tant et aussi longtemps que C_____ resterait hospitalisée à l'hôpital B_____, ce capital serait imputé d'un forfait journalier de 287 fr. correspondant aux frais de traitement quotidiens convenus entre les parties (art. I ch. 1).

C_____ s'engageait à verser à l'hôpital B_____ les rentes d'impotence qu'elle percevait de A_____ et/ou de l'AI, en 1'758 fr. par mois à la date de la convention (art. I ch. 2). Elle s'engageait en outre à tout mettre en œuvre pour obtenir de ses assureurs maladie ou accident le paiement de tous les frais médicaux liés à l'événement du 6 janvier 1996 et à reverser à B_____ les montants perçus à ce titre pour la période correspondant à son hospitalisation à l'hôpital B_____ (art. I ch. 4).

En cas de départ de C_____ de l'hôpital B_____, le solde résiduel du capital de 2'150'000 fr. lui serait reversé, après imputation du montant des rentes d'impotence LAA et des frais médicaux futurs couverts par les assurances accident capitalisés sur sa durée de vie résiduelle selon des tables de capitalisation (art. II ch. 1). En cas de décès, son mari et son fils percevraient le solde résiduel du capital de 2'150'000 fr. L'hôpital B_____ se réservait cependant le droit de déduire de ce solde, au jour du décès, à certaines conditions, les montants versés à A_____ ou à l'AI dans le cadre d'un éventuel recours contre le tiers responsable formé par ces institutions (art. II ch. 2).

L'hôpital B_____ devaient en outre verser, dès la signature de la convention, 750'000 fr. aux consorts C_____, soit 550'000 fr. pour C_____, 100'000 fr. pour son époux et 100'000 fr. pour son fils, pour couvrir le tort moral et tous les postes du dommage autres que la participation aux honoraires de leur avocat, fixée à 150'000 fr., et à ceux visés à l'art. I ch. 1 (art. III et IV).

Les parties à la convention autorisaient en outre I_____ à verser en mains des B_____, dans les limites de la couverture d'assurance, toutes les sommes permettant l'exécution de la convention (article IX).

n. Par jugement du 8 mai 2012, entré en force, le Tribunal de première instance a condamné B_____ à rembourser à J_____ les prestations qu'elle avait versées en faveur de C_____ consécutivement à l'événement du 6 janvier 1996, pour lesquelles elle s'était retrouvée subrogée dans les droits de son assurée.

En exécution de ce jugement, B_____ a versé un montant en capital et en intérêts de 1'467'775 fr. 30 à J_____.

o. A_____ a procédé aux actes interruptifs de prescription suivants :

o.a. Par courrier du 14 mars 2005, A_____ a demandé pour la première fois à I_____ de renoncer à invoquer la prescription, au nom et pour le compte de B_____, avec effet au 6 janvier 2006.

Par courriers des 22 mars et 26 avril 2005, I_____ a, au nom et en tant que représentante de B_____, renoncé, dans les limites de sa couverture d'assurance, à se prévaloir de l'exception de prescription jusqu'au 6 janvier 2006, pour autant qu'elle ne soit pas encore acquise. Elle considérait cependant que les prétentions de A_____ étaient d'ores et déjà prescrites.

o.b. I_____ a renouvelé cette renonciation dans les mêmes termes, par courriers des 28 novembre 2005, 9 novembre 2006 et 19 juillet 2007, avec effet respectivement au 6 janvier 2007, 6 janvier 2008 et 31 décembre 2008.

o.c. Par courrier du 27 septembre 2006, l'hôpital B_____ a quant à lui renoncé à se prévaloir de la prescription dans les limites de la couverture de son assurance responsabilité civile jusqu'au 31 décembre 2007, pour autant qu'elle ne soit alors pas encore acquise.

o.d. Par courrier daté du 18 décembre 2006, A_____ a requis la poursuite de B_____ pour un montant de 2'600'000 fr. au titre de l'événement du 6 janvier 1996. Un commandement de payer poursuite n° 07 100209 F a ainsi été notifié à B_____ le 18 janvier 2007. Ce dernier y a fait opposition.

Par la suite, il n'est pas contesté que la prescription a été interrompue d'année en année à l'égard de B_____ par des commandements de payer successifs portant sur le montant précité. Le dernier de ceux-ci a été notifié le 18 février 2013 (réponse à l'appel, p. 3 ch. 3 et 4 et p. 5 et 6).

p. Par acte déposé le 21 mai 2013 au greffe du Tribunal de première instance en vue de conciliation, A_____ a assigné B_____, avec suite de frais et dépens, en paiement de la somme de 6'827'244 fr. correspondant au montant total de ses prestations d'assurance-accidents passées et futures à titre de rentes d'invalidité et d'allocations pour impotence et de frais médicaux futurs de 25'000 fr. par mois, dont elle a calculé la valeur capitalisée à 5'453'516 fr.

q. Après avoir obtenu, en date du 6 août 2013, l'autorisation de procéder, A_____ a porté l'action devant le Tribunal le 29 août 2013, dans les mêmes termes.

r. L'hôpital B_____ a conclu, par mémoire-réponse du 27 janvier 2014, au déboulement de sa partie adverse de toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens.

Il a invoqué la prescription des prétentions émises par celle-ci.

s. Par ordonnance du 23 janvier 2015, le Tribunal a limité la procédure à l'examen de la prescription.

La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience du 5 mars 2015.

EN DROIT

1. **1.1** Le jugement attaqué constitue une décision finale de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC). La voie de l'appel est ouverte, dès lors que la valeur litigieuse au dernier état des conclusions de première instance est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC).

Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi (art. 130, 131, 311 al. 1 CPC), l'appel est recevable.

1.2 La Cour revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen (art. 310 CPC). En particulier, elle contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC). Elle applique en outre la maxime des débats et le principe de disposition (art. 55 al. 1 et 58 al. 1 CPC).

2. **2.1** Les faits et les moyens de preuve nouveaux sont admissibles en appel aux conditions de l'art. 317 CPC. La Cour examine, en principe, d'office la recevabilité des faits et les moyens de preuve nouveaux en appel (REETZ/HILBER, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 2^{ème} éd., 2013, n. 26 ad art. 317 CPC).

Selon l'art. 317 al. 1 CPC, les faits et les moyens de preuves nouveaux ne sont pris en considération en appel que s'ils sont invoqués ou produits sans retard (let. a) et s'ils ne pouvaient pas être invoqués ou produits devant la première instance bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise (let. b). Les deux conditions sont cumulatives (JEANDIN, Code de procédure civile commenté, 2011, n. 6 ad art. 317 CPC).

2.2 En l'espèce, l'appelante a produit trois pièces nouvelles, qui ont toutes été établies à sa demande postérieurement au prononcé jugement querellé, mais qui concernent des faits antérieurs à celui-ci. Ces pièces auraient pu être obtenues par l'appelante avant la date du prononcé du jugement et produites devant le Tribunal, de sorte qu'elles sont irrecevables.

-
3. Le Tribunal a déclaré la demande prescrite au motif que l'appelante n'avait pas établi que les poursuites notifiées à l'intimé les 20 janvier 2012 et 18 février 2013 avaient été envoyées à l'Office des poursuites en temps utile pour interrompre la prescription annale. Les deux parties sont d'accord sur le fait que cette motivation est erronée, dans la mesure où l'intimé ne conteste pas que tous les commandements de payer qui lui ont été notifiés entre 2007 et 2013 l'ont été dans le délai d'un an, et ont de ce fait interrompu la prescription.

L'intimé fait par contre valoir que le jugement querellé doit être confirmé par substitution de motifs. La prescription selon l'art. 60 al. 1 CO était acquise. Elle n'avait été interrompue, en application de la Convention de recours LAA, que jusqu'au 6 janvier 2008 et uniquement à concurrence de la garantie d'assurance responsabilité civile de l'intimé en 3'000'000 fr. Les prestations portant sur tout montant supplémentaire étaient prescrites. A supposer, ce qui était contesté par l'intimé, que la poursuite portant sur 2'600'000 fr. qui lui avait été notifiée le 10 janvier 2007 ait interrompu la prescription, toutes les prétentions dépassant cette somme seraient prescrites.

L'appelante soutient quant à elle que ni la prescription selon l'art. 60 al. 1 CO, ni celle selon la Convention de recours LAA ne sont acquises. En tout état de cause la prescription décennale prévue par l'art. 127 CO était applicable.

Il convient d'examiner en premier lieu la question de la prescription légale.

3.1 La responsabilité de l'hôpital B_____, établissement public doté de la personnalité juridique (art. 1 let. a et 5 LEPM), est régie par le droit public cantonal en vertu de la réserve de l'art. 61 al. 1 CO (GUILLOD, La responsabilité dans les hôpitaux publics, in FAVRE/MARTENET/POLTIER, La responsabilité de l'Etat, Genève, Zurich, Bâle 2012, p. 231). B_____ est responsable des actes commis par ses employés dans l'exercice de leur activité, même s'il s'agit d'un membre du personnel nommé ou employé par l'Etat de Genève. La loi sur la responsabilité de l'Etat et des communes (LREC) du 24 février 1989 s'applique (art. 5 al. 2 LEPM; 9 LREC).

Selon l'art. 2 al. 1 LREC, l'Etat de Genève et les communes du canton sont tenus de réparer le dommage résultant pour des tiers d'actes illicites commis soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence par leurs fonctionnaires ou agents dans l'accomplissement de leur travail.

La LREC opère à cet égard un renvoi aux règles générales du code civil suisse, applicables à titre de droit cantonal supplétif (art. 6 LREC). Elle renvoie ainsi en particulier aux délais de prescription de l'action délictuelle de droit privé prévus à l'art. 60 CO (ATF 112 II 231 consid. 3e; ATF 122 III 101 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 2C.1/1998 du 21 février 2000, consid. 2b; 4P.9/2002 du 19 mars 2002 consid. 2b); GUILLOD, op. cit., p. 266; SJ 1957, p. 122; TANQUEREL, La

responsabilité de l'Etat sous l'angle de la loi genevoise sur la responsabilité de l'Etat et des communes du 24 février 1989, SJ 1997, p. 365).

Selon l'art. 60 CO, l'action en dommages-intérêts ou en paiement d'une somme d'argent à titre de réparation morale se prescrit par un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance du dommage ainsi que de la personne qui en est l'auteur, et, dans tous les cas, par dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit (al. 1). Toutefois, si les dommages-intérêts dérivent d'un acte punissable soumis par les lois pénales à une prescription de plus longue durée, cette prescription s'applique à l'action civile (al. 2). Cette disposition prévoit trois délais : un délai relatif (ou ordinaire) d'un an, un délai absolu (ou subsidiaire) de dix ans et un délai extraordinaire plus long en cas de prescription plus longue de l'action pénale (WERRO, Commentaire romand, 2012, n° 1 ad art. 60 CO).

Dès l'instant où la victime a connaissance de son droit, le délai relatif d'un an court et l'application du délai absolu de dix ans est en principe exclu (WERRO, op. cit., n° 25 ad art. 60 CO).

Le délai extraordinaire de prescription s'applique si l'acte à l'origine du dommage constitue une infraction réprimée par la loi pénale, si la prescription pénale est effectivement plus longue et pour autant encore qu'il existe un lien de causalité entre l'acte punissable et le dommage. Il n'est pas nécessaire qu'une plainte ait été déposée ou une poursuite pénale engagée, ni que l'auteur ait été condamné, il suffit que les conditions de l'infraction pénale soit réalisées. Le juge civil tranche à titre préjudiciel et librement la question de l'acte punissable (WERRO, op. cit., n° 30 à 32 ad art. 60 CO). La fin des agissements coupables détermine le point de départ du délai extraordinaire de prescription (art. 71 aCP; ATF 100 II 339 consid. 1b; WERRO, op. cit., n° 35 ad art. 60 CO).

Le délai absolu court, quant à lui, dès le jour du fait dommageable, indépendamment du fait que le lésé - ou son assureur accident subrogé, s'agissant du délai absolu qui lui est opposable - ait connaissance, à ce moment-là, du dommage et de la personne tenue de le réparer (JT 1995 I 117; SJ 2002 I 113, consid. 2; FRESARD-FELLAY, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, 2007, n° 1826).

3.2 Selon l'art. 82 al. 1 LPGGA, les dispositions matérielles contenues dans cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003. En ce qui concerne les art. 72ss LPGGA régissant la subrogation, le moment déterminant pour l'application du nouveau droit est celui de l'accident (ATF 131 III 360 consid. 7.1; KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n° 6 ad art. 72 LPGGA et n° 9 ad art. 82 LPGGA; 129 V 396 consid. 1.1).

Selon les principes généraux en matière de droit intertemporel, en cas de changement de règles de droit, l'on applique la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3).

L'événement dommageable datant en l'occurrence du 6 janvier 1996, le droit applicable à la subrogation de l'appelante est celui antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, laquelle ne s'applique pas au cas d'espèce. La subrogation de l'assureur accident obéissait alors aux règles des art. 41ss aLAA et 52 aOLAA.

Selon l'art. 41 aLAA, dès la survenance de l'éventualité assurée, l'assureur était subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable de l'accident.

Dans le régime actuel de la LPGA, l'art. 72 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA prévoit que les délais de prescription applicables aux droits de la personne lésée sont également applicables aux droits qui ont passé à l'assureur. Cette règle consacre le régime antérieur, lequel découle de la nature même de la subrogation, qui constitue la substitution d'une personne à une autre dans un rapport de droit en vue de permettre à la première d'exercer tout ou partie des droits qui appartiennent à la seconde. Le délai de prescription de la prétention de l'assureur est ainsi identique au délai de prescription des prétentions civiles de la personne lésée (FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 223 et n° 1817).

S'agissant du point de point de départ du délai de prescription pour l'assureur accident subrogé, avant l'adoption de la LPGA, celui-ci posait problème. Sous le régime de l'aLAA, la loi ne prévoyait pas d'exception à la règle applicable à la victime : comme la cession légale ne modifiait pas le cours de la prescription, l'assureur acquérait la prétention avec le délai de la prescription en cours. La doctrine a ensuite défendu l'opinion que le délai de prescription de la prétention subrogatoire ne pouvait commencer à courir qu'aux conditions que l'assureur ait connaissance du dommage (assiette de la subrogation), du responsable et des prestations indemnitaires qu'il était tenu de verser, ces trois conditions étant cumulatives. Au cours des travaux préparatoires de la LPGA, dans son avis approfondi du 17 août 1994, le Conseil fédéral a retenu que cet avis de la doctrine était « incontesté » et qu'il était indiqué de prévoir une réglementation formelle (FRESARD-FELLAY, op. cit., n^{os} 1828 et 1829; Initiative parlementaire, Droit des assurances sociales, Avis approfondi du Conseil fédéral du 17 août 1994, in FF 1994 V 897, p. 937).

Par conséquent, le régime juridique qui prévalait en janvier 1996, date de l'événement dommageable, prévoyait que le délai de prescription de la prétention subrogatoire commençait à courir lorsque l'assureur avait connaissance, cumulativement, du dommage (assiette de la subrogation), du responsable et des prestations indemnitaires qu'il était tenu de verser.

Ce principe a été concrétisé à l'art. 72 al. 3, 2^{ème} phrase LPGA, lequel énonce que pour les prétentions récursoires de l'assureur, les délais de prescription ne commencent pas à courir avant que celui-ci ait eu connaissance des prestations qu'il doit allouer ainsi que du responsable.

3.3 Pour déterminer quand l'assureur a connaissance des prestations qu'il doit allouer, il y a lieu de se référer par analogie aux règles relatives à la connaissance du dommage dégagées par la jurisprudence en application de l'art. 60 CO. La connaissance effective des prestations est déterminante.

Le lésé connaît suffisamment le dommage au sens de l'art. 60 al. 1 CO lorsqu'il apprend, relativement à son existence, sa nature et ses éléments, les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice (ATF 131 III 61 consid. 3.1.1 p. 68; arrêt 4A_576/2010 du 7 juin 2011 consid. 3.2 non publié in ATF 137 III 352). Le lésé n'est pas admis à différer sa demande jusqu'au moment où il connaît le montant absolument exact de son préjudice, car le dommage peut devoir être estimé selon l'art. 42 al. 2 CO (ATF 131 III 61 consid. 3.1.1 p. 68; 111 II 55 consid. 3a p. 57 s.). Le dommage est tenu pour suffisamment défini lorsque le lésé détient assez d'éléments pour être en mesure de l'apprécier (ATF 111 II 55 consid. 3a p. 57; 109 II 433 consid. 2 p. 434).

En considération de la relative brièveté du délai de prescription entrant en considération, la notion de "connaissance du dommage" doit être interprétée strictement (arrêt du Tribunal fédéral 4A_136/2012 consid. 4.2).

Lorsque l'ampleur du préjudice dépend d'une situation qui évolue, le délai de prescription ne court pas avant le terme de cette évolution. Tel est le cas notamment du préjudice consécutif à une atteinte à la santé dont il n'est pas possible de prévoir d'emblée l'évolution avec suffisamment de certitude (ATF 112 II 118 consid. 4 p. 123; 108 Ib 97 consid. 1c p. 100). En particulier, la connaissance du dommage résultant d'une invalidité permanente suppose que, selon un expert, l'état de santé soit stabilisé sur le plan médical et que le taux de l'incapacité de travail soit fixé au moins approximativement; le lésé doit en outre savoir, sur la base des rapports médicaux, quelle peut être l'évolution de son état (arrêt du Tribunal fédéral 4A_289/2008 du 1er octobre 2008 consid. 4 publié in JdT 2008 I 483; arrêt 4A_647/2010 du 4 avril 2010 consid. 3.1).

Lorsque le lésé est si sévèrement atteint qu'une rente de l'assurance-invalidité doit lui être allouée, la décision de rente offre souvent l'information nécessaire à la connaissance du dommage (arrêt du Tribunal fédéral 4A_136/2012 consid. 4.2).

L'assureur doit disposer d'informations suffisantes sur l'existence, la nature et l'étendue des prestations dues pour pouvoir fonder et motiver sérieusement une demande en justice (FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 1831). Selon Ghislaine FRESARD-FELLAY, dans l'hypothèse d'un refus de prestations contre lequel la

personne assurée a interjeté recours, l'assureur n'aura connaissance des prestations qu'il est tenu d'allouer qu'au terme de la procédure contentieuse admettant le recours (FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 1836). Son avis est cependant contredit par le Rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé du 26 mars 1999, selon lequel les délais de prescription relative doivent commencer à courir à partir du moment où l'assureur a eu connaissance des prestations qui lui sont réclamées ainsi que de la personne du responsable (FF 1999 IV 4168, p. 4304).

3.4 Les règles générales des art. 132ss CO s'appliquent à la supputation, la suspension et l'interruption des délais de prescription de la créance de l'assureur subrogé (FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 1821).

Selon l'art. 135 ch. 2 CO, la prescription est interrompue lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites ou par une action devant un tribunal. La réquisition de poursuite interrompt la prescription dès sa remise à la poste (ATF 104 III 20 consid. 2), de même que tout acte de poursuite qui introduit une nouvelle phase dans la poursuite, tel la notification du commandement de payer (LP 69 et 71; PICHONNAZ, Commentaire romand, 2012, n° 12 ad art. 135 et n° 9 ad art. 138 CO).

Dans la réquisition de poursuite, l'effet interruptif de prescription ne porte que sur le montant indiqué, et cela même si le créancier ne connaît pas encore l'étendue exacte de sa créance (ATF 133 III 675 consid. 2.3.2; PICHONNAZ, op. cit., n° 27 ad art. 135 CO).

L'interruption de la prescription vaut pour les délais relatif, extraordinaire et absolu (PICHONNAZ, op. cit., n° 2 ad art. 135 CO). Elle fait partir un nouveau délai dont la durée est en principe égale à celle du délai interrompu. Ce nouveau délai court dès le jour qui suit celui où l'acte interruptif a eu lieu. Ainsi, le jour où l'acte interruptif a eu lieu n'est pas compté dans le calcul du nouveau délai (art. 137 al. 1 CO; PICHONNAZ, op. cit., n° 1 ad art. 137 CO et n° 5 ad art. 132).

3.5 En l'occurrence, il résulte du considérant 3.1 ci-dessus que, s'agissant de responsabilité pour acte illicite, la prescription est régie par l'art. 60 CO, et non par l'art. 127 CO, contrairement à ce que soutient l'appelante.

3.5.1 Il convient d'examiner en premier lieu la question de l'acquisition de la prescription relative au sens de l'art. 60 al. 1 CO.

L'intimé soutient que le délai d'un an prévu par l'art. 60 al. 1 CO a commencé à courir pour A_____, assureur subrogé aux droits de la lésée, le même jour que pour cette dernière, et ce indépendamment de la connaissance du dommage par l'assureur.

Les parties s'accordent à dire que cette question est régie par l'art. 41 aLAA. Elles divergent cependant sur l'interprétation à donner à cette disposition.

L'appelante fait valoir que ce délai a débuté le lendemain de sa décision d'octroi de rente du 31 mars 2006. L'intimé soutient quant à lui que le dies a quo de la prescription est le même pour le lésé que pour l'assureur subrogé, à savoir in casu le 27 mai 1996. En tout état de cause, dès le 7 avril 1997, date de l'avis de recours de G_____ ASSURANCES l'appelante avait, selon l'intimé, connaissance du dommage.

C'est à juste titre que le Tribunal a retenu l'avis de la doctrine majoritaire et du Conseil fédéral, selon lequel, sous l'empire de l'aLAA, le délai de prescription de la prétention subrogatoire ne commençait à courir que lorsque l'assureur avait connaissance, cumulativement, du dommage, du responsable et des prestations qu'il était tenu de verser.

Il serait en effet excessivement sévère pour l'assureur de retenir que sa créance peut se prescrire dans un délai aussi court que celui d'un an alors qu'il n'a pas connaissance de son existence.

L'interprétation retenue par le Tribunal est de plus conforme aux principes jurisprudentiels relatifs à l'art. 60 al. 1 CO selon lesquels le dommage est suffisamment connu lorsque la partie concernée apprend, relativement à son existence, sa nature et ses éléments, les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice.

Pour déterminer in casu le jour de la connaissance du dommage, il convient de tenir compte également du Rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé du 26 mars 1999 précité, qui retient que le délai de prescription relative doit commencer à courir à partir du moment où l'assureur a eu connaissance des prestations réclamées ainsi que de la personne du responsable.

L'avis de FRESARD-FELLAY, selon lequel le moment déterminant est le terme de la procédure contentieuse admettant le recours du lésé contre une décision de refus de l'assureur n'est pas convaincant, dans la mesure où cela donnerait la possibilité à l'assureur de retarder le point de départ du délai de prescription. L'interprétation préconisée par le Rapport de la Commission du Conseil national susmentionné est qui plus en en ligne avec la jurisprudence relative à l'art. 60 al. 1 CO, selon laquelle il suffit que l'intéressé ait connaissance des circonstances propres à fonder et motiver une demande en justice, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait la certitude d'avoir gain de cause à l'issue de celle-ci.

In casu, le dies a quo du délai est par conséquent le 5 janvier 2004, date de réception alléguée par A_____ du courrier du 30 décembre 2003 par lequel

C_____ formulait des prétentions à son encontre. En effet, dès réception de ce courrier, auquel était annexé le jugement du 21 mars 2002, A_____ avait une connaissance précise des circonstances de l'accident, de la personne responsable et des conséquences de l'accident, à savoir une tétraplégie avec locked-in syndrome.

Ces informations lui permettaient de connaître l'ampleur des prestations réclamées par C_____. Cela est d'autant plus vrai que tant la décision de l'AI sur l'octroi de rentes que le décompte final des prestations AI étaient déjà intervenus.

Aucun acte interruptif de prescription au sens de l'art. 135 CO, à savoir poursuite ou action devant un tribunal, ni renonciation à la prescription n'est intervenu entre le 5 janvier 2004 et le 5 janvier 2005, la première renonciation à la prescription faite par I_____, au nom des B_____, datant du 22 mars 2005.

La prescription au sens de l'art. 60 al. 1 CO est par conséquent acquise.

Puisque le délai relatif d'un an a commencé à courir le 5 janvier 2004, il n'y a pas lieu d'examiner la question de l'application du délai absolu de dix ans.

3.5.2 Se pose par contre la question de la prescription pénale, réservée par l'art. 60 al. 2 CO.

Aucune des parties ne conteste que l'erreur médicale commise le 6 janvier 1996 par le Dr F_____ est constitutive de lésions corporelles par négligence au sens de l'art. 125 CP. Elles sont également d'accord sur le fait que, à l'époque des faits litigieux, le délai de prescription pénale à l'égard de ce délit était de 5 ans (art. 70 aCP).

Ce délai, qui courait dès la fin des agissements coupables, à savoir le 6 janvier 1996, est venu à échéance le 6 janvier 2001, sans avoir été interrompu.

Les prétentions de l'appelante sont dès lors prescrites sous cet angle également.

4. Il convient maintenant de déterminer si l'appelante peut se prévaloir des délais plus longs prévus dans la Convention de recours LAA du 1^{er} janvier 1992.

4.1 La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents et les autres assureurs LAA membres de l'Association suisse des assureurs privés maladie et accidents d'une part, et les compagnies membres de l'Association suisse des assureurs responsabilité civile et automobile d'autre part, ont conclu une convention de recours LAA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1992.

Une nouvelle version de cette convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. La présente cause, relative à un sinistre qui s'est produit le 6 janvier 1996, est régie par la convention de 1992, puisque la convention du 1^{er} janvier 2001 n'est

applicable que pour les accidents qui se sont produits après cette date (art. 10 de cette convention).

Cette convention de 1992 réglait, dans les limites de son champ d'application, le recours de l'assureur LAA à la suite d'accidents dans lesquels un tiers couvert par un assureur RC était impliqué (art. 1.2).

Elle liait l'appelante et I_____ au moment de l'événement dommageable. Selon ses termes, dans les limites de sa garantie, l'assureur RC renonçait pour lui-même et pour son assuré à soulever l'exception de prescription, à condition que l'assureur LAA ait annoncé son recours par écrit à l'assureur RC (ou le cas échéant à l'assuré) dans les deux ans dès la date de l'accident (art. 3.1).

L'assureur LAA renonçait à exercer un recours contre l'assureur RC à l'échéance d'un délai de dix ans dès la date de l'accident; cette renonciation concernait tant le cas initial que les rechutes ou séquelles tardives en cours ou futures, à moins qu'une demande de prolongation n'ait été présentée à l'assureur RC avant l'expiration du délai (art. 3.2).

Ces deux dispositions lues ensemble signifiaient ainsi que la renonciation à l'exception de prescription selon l'art. 3.1 déployait ses effets pendant dix ans à compter du sinistre.

Bien que la convention ne s'appliquait pas aux cas dans lesquels la responsabilité civile de personnes exerçant une activité médicale ou celle d'établissements hospitaliers était mise en cause à la suite du traitement d'un patient, ni dans les cas où les prestations de l'assureur LAA dépassaient 50'000 fr. (art. 1.3.3 et 6.3), les renonciations selon ses art. 3.1 et 3.2 restaient applicables, l'art. 3.3 énonçant qu'elles étaient valables y compris pour les cas où ladite convention n'était pas applicable.

4.2 En l'occurrence, l'appelante a adressé un premier avis de recours à I_____ concernant C_____ le 7 avril 1997.

Cet avis de recours, intervenu moins de deux ans après l'événement dommageable, a valablement interrompu la prescription à l'égard de l'intimé et de son assureur RC dans les limites de la garantie d'assurance contractuelle, soit à concurrence de 3'000'000 fr., conformément à l'art. 3.1 de la convention LAA.

Le délai de prescription relatif a ainsi valablement été interrompu pour dix ans, à partir de la date du sinistre, soit jusqu'au 6 janvier 2006.

Les deux parties admettent que la prescription a été interrompue une première fois, au nom de B_____, dans la limite de la couverture d'assurance, par renonciation de I_____ signifiée par courrier du 22 mars 2005 jusqu'au 6 janvier 2006, puis renouvelée d'année en année jusqu'au 31 décembre 2008.

La notification à l'intimé, le 18 janvier 2007, d'un commandement de payer portant sur la somme de 2'600'000 fr. a également interrompu la prescription à hauteur du montant précité. Cette interruption s'est répétée d'année en année, par des commandements de payer successifs portant sur le même montant, la dernière notification étant intervenue le 18 février 2013.

La demande de l'appelante ayant été déposée en conciliation le 21 mai 2013, ses prétentions ne sont dès lors pas prescrites en tant qu'elles ne dépassent pas 2'600'000 fr., dans la limite de la garantie d'assurance. Elles sont par contre prescrites pour le solde.

5. L'intimé fait valoir que l'appelante n'a droit à rien en vertu du droit préférentiel du lésé, car la garantie d'assurance en 3'000'000 fr. est insuffisante pour couvrir l'ensemble du dommage subi par C_____, en 3'550'000 fr., de sorte qu'il ne reste aucun solde de garantie d'assurance pouvant être consacré à indemniser l'assureur LAA subrogée aux droits du lésé.

L'appelante conteste ce qui précède et relève que la convention d'indemnisation du 3 janvier 2008 ne respecte pas le principe de la subrogation des assureurs sociaux. B_____ abusait en outre de son droit en s'opposant à ses prétentions sur la base de cette convention.

5.1 Le principe du droit préférentiel du lésé implique que l'assureur du lésé n'est fondé à recourir contre le tiers responsable ou l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci que si et dans la mesure où la somme de ses prestations et des dommages-intérêts dus par le tiers responsable excèdent le montant du dommage effectif; le lésé doit être payé par préférence jusqu'à concurrence de ce dommage (ATF 93 II 407, JT 1968 I 290; art. 42 al. 1 aLAA; FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 970 ss).

La priorité du lésé à la réparation s'étend séparément à chacune des composantes du dommage, pour autant qu'elle soit indemnisée par une prestation de l'assureur. En revanche, le droit préférentiel à l'indemnisation ne s'étend pas à la réparation due pour des dommages non indemnisés par l'assureur (FRESARD-FELLAY, op. cit., n. 970 ss).

5.2 La question de savoir si le droit préférentiel du lésé s'oppose en l'espèce à ce qu'il soit fait droit en tout ou partie aux prétentions de A_____ relève du fond du litige. Or, cette question n'a été ni instruite ni tranchée par le Tribunal puisque le jugement querellé a été rendu sur la seule question de la prescription, l'objet du litige ayant été limité à celle-ci par ordonnance du 23 janvier 2015.

La Cour ne saurait par conséquent se prononcer en l'état sur le fond du litige, sous peine de priver les parties d'un degré de juridiction.

La question de la réalisation des conditions d'application du droit préférentiel du lésé, invoqué par l'intimé, ne saurait en outre être tranchée sans que la possibilité ait été donnée aux parties d'administrer leurs moyens de preuves à cet égard.

Afin de déterminer si la garantie d'assurance est ou non épuisée, comme l'allègue l'intimé, il paraît en particulier nécessaire de connaître le montant exact des prestations de A_____, voire d'autres assureurs, qui doivent, à teneur de la convention du 3 janvier 2008, être imputées sur les sommes allouées à la lésée par B_____ en application de cette convention. Or ces montants ne semblent pas ressortir du dossier en l'état.

B_____ a d'ailleurs, dans ses écritures de première instance, requis des mesures d'instructions concernant la portée de la convention précitée.

Le jugement sera par conséquent annulé dans la mesure où le Tribunal a retenu que les prétentions de l'appelante étaient entièrement prescrites et a débouté celle-ci de ses conclusions.

La cause sera renvoyée au Tribunal pour qu'il rende une nouvelle décision sur le fond.

6. Il incombera au Tribunal de fixer les frais et dépens pour la procédure de première instance dans sa décision sur le fond.

Dans la mesure où aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause sur la question de la prescription en appel, il se justifie de mettre les frais judiciaires d'appel à charge de chacune des parties par moitié (art. 106 al. 2 CPC).

Ces frais seront fixés à 30'000 fr. (art. 35 et 17 RTFMC) et compensés à hauteur de ce montant avec l'avance fournie par l'appelante, le solde en 40'000 fr. lui étant restitué. L'intimé devra ainsi verser 15'000 fr. à l'appelante au titre des frais judiciaires.

Chacune des parties gardera en outre ses dépens à sa charge (art. 106 al. 2 CPC).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
La Chambre civile :**

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté par A_____ SA contre le jugement JTPI/9460/2015 rendu le 24 août 2015 par le Tribunal de première instance dans la cause C/10775/2013-16.

Au fond :

Annule ce jugement et, cela fait, statuant à nouveau :

Dit que l'action de A_____ SA est prescrite en tant qu'elle dépasse 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance offerte par I_____ ASSURANCES SA à l'hôpital B_____.

Renvoie la cause au Tribunal pour nouvelle décision sur le fond.

Sur les frais :

Arrête à 30'000 fr. les frais judiciaires d'appel et les compense avec l'avance effectuée par A_____ SA qui reste acquise à l'Etat de Genève.

Les met à la charge de chacune des parties par moitié et condamne B_____ à verser 15'000 fr. à A_____ SA.

Invite l'Etat de Genève, soit pour lui les Services financiers du Pouvoir judiciaire, à restituer à A_____ SA le solde de l'avance de frais en 40'000 fr.

Dit que chacune des parties conserve ses dépens à sa charge.

Siégeant :

Monsieur Jean-Marc STRUBIN, président; Monsieur Laurent RIEBEN et Madame Fabienne GEISINGER-MARIÉTHOZ, juges; Madame Anne-Lise JAQUIER, greffière.

Le président :

Jean-Marc STRUBIN

La greffière :

Anne-Lise JAQUIER

Indication des voies de recours :

Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par-devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile.

Le recours doit être adressé au Tribunal fédéral, 1000 Lausanne 14.

Valeur litigieuse des conclusions pécuniaires au sens de la LTF supérieure ou égale à 30'000 fr.