



POUVOIR JUDICIAIRE

C/10775/2013

ACJC/675/2020

ARRÊT**DE LA COUR DE JUSTICE****Chambre civile****DU JEUDI 14 MAI 2020**

Entre

A _____ **[HÔPITAL]**, sis rue _____, _____ Genève, appelants d'un jugement rendu par la 16ème Chambre du Tribunal de première instance de ce canton le 19 juillet 2019, comparant _____ par Me Michel Bergmann, avocat, rue de Hesse 8-10, case postale 5715, 1211 Genève 11, en l'étude duquel ils font élection de domicile,

et

B _____ **SA**, sise _____, _____ (ZH), intimée, 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.

Le présent arrêt est communiqué aux parties par plis recommandés du 4 juin 2020.

EN FAIT

- A. Par jugement JTPI/10725/2019 du 19 juillet 2019, reçu par les parties le 23 juillet 2019, le Tribunal de première instance a condamné A_____ [hôpital] (ci-après : A_____) à verser à B_____ SA (ci-après : B_____) 36'246 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2009, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2010, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2011, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2012, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2013, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2014, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2015, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2016, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2017, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2018, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2019, 1'790 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} février 2019, 1'790 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} mars 2019, 15'822 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2008, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2009, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2010, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2011, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2012, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2013, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2014, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2015, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2016, 24'912 fr., avec intérêts à 5% dès le 1^{er} janvier 2017, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2018, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2019, 4'152 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} mars 2019, 79'631 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 140'293 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 4'446 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 56'285 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 août 2006, 1'323 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 2'028 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 20'735 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, et 20'826 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007 (chiffre 1 du dispositif).

Le Tribunal a également condamné les A_____ à verser à B_____, dès le 1^{er} mars 2019, 1'790 fr. et 2'076 fr. par mois, à titre de rente d'invalidité, respectivement d'allocations pour impotent, aussi longtemps que celle-ci versait ces montants à C_____, mais au plus tard jusqu'au au décès de cette dernière (ch. 2 et 3), dit que les montants précités étaient indexés aux éventuelles évolutions de la rente d'invalidité et des allocations pour impotent versées par B_____ à C_____ (ch. 4), arrêté les frais judiciaires à 82'900 fr., en les compensant avec les avances fournies et en les mettant à charge de B_____ à hauteur de 66'320 fr. et à charge des A_____ à hauteur de 16'580 fr., condamné en conséquence ces derniers à verser à B_____ 15'080 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais (ch. 5), condamné celle-ci à verser à A_____ 65'000 fr. à titre de dépens (ch. 6) et débouté les parties de toutes autres conclusions (ch. 7).

B. a. Par acte déposé le 16 septembre 2019 au greffe de la Cour de Justice, les A_____ appellent de ce jugement, dont ils sollicitent l'annulation. Cela fait, ils concluent, sous suite de frais et dépens, au déboutement de B_____ de toutes ses conclusions et à la constatation que la Cour a jugé, par arrêt ACJC/457/2016 du 8 avril 2016, que l'action de B_____ était prescrite en tant qu'elle dépassait 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance offerte par D_____ SA (ci-après : D_____) à A_____. Subsidiairement, ils sollicitent l'autorisation de verser tous les mois, au fur et à mesure des débours de B_____, les prestations futures que celle-ci versera à C_____, étant précisé que les rentes futures d'invalidité ne peuvent pas être versées au-delà des 64 ans de cette dernière et les allocations futures pour impotent au-delà de son décès, et que la Cour dise qu'une éventuelle condamnation ne dépassera pas 2'600'000 fr. et restera dans les limites de la garantie d'assurance offerte par D_____ à A_____.

b. Dans sa réponse du 22 octobre 2019, B_____ conclut à la constatation que le mémoire d'appel des A_____ est prolix, étant précisé qu'elle s'en rapporte à justice quant à la recevabilité de celui-ci, et au déboutement des A_____ de toutes leurs conclusions, sous suite de frais et dépens.

B_____ a notamment allégué que compte tenu des sommes versées par les A_____ à E_____ (ci-après : E_____), du coût des prestations que les A_____ avaient octroyé à la famille F_____ [famille de C_____] et du montant crédité dans leurs livres, "*la couverture d'assurance offerte par D_____ a[vait] largement été épuisée depuis longtemps*" (allégué n° 17, p. 13 et § n° 1 p. 23).

c. Dans leur réplique et duplique, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

d. Par avis du greffe du 31 janvier 2020, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.

C. Les faits pertinents suivants ressortent de la procédure :

a. C_____, née le _____ 1954, est l'épouse de G_____ et la mère de H_____, né le _____ 1993.

Elle est assurée auprès de B_____ (anciennement I_____) au titre de l'assurance-accident et de l'assurance-maladie collective et auprès de E_____ pour l'assurance-maladie de base et complémentaire.

b. Le 24 décembre 1995, C_____ a été hospitalisée à A_____ en raison d'un état grippal avec toux accompagnée d'une respiration pénible et difficile. Le lendemain, elle a été admise aux soins intensifs, son état s'étant aggravé.

Le 6 janvier 1996, le Dr J_____, médecin assistant de 3ème année en médecine interne employé par les A_____, a été chargé de la mise en place d'une voie veineuse centrale sur C_____. Il a perforé l'artère vertébrale de celle-ci lors de la recherche de sa veine jugulaire. C_____ a alors fait un malaise, perdu connaissance, puis est tombée dans le coma pendant quelques heures. A son réveil, elle souffrait de tétraplégie avec "*locked-in syndrome*".

Son état ne s'est pas amélioré depuis, de sorte qu'elle nécessite des soins quotidiens et est toujours traitée par les A_____, où elle bénéficie d'une pension complète.

c. E_____ a pris en charge les frais médicaux consécutifs à cet événement, l'hospitalisation de C_____ du 24 décembre 1995 résultant d'une maladie.

C_____ a également perçu des prestations de l'assurance invalidité dès août 1998.

d. Au jour de l'événement dommageable, les A_____ étaient assurés pour la responsabilité civile auprès de D_____ (anciennement K_____). Aux termes de la police d'assurance, la prestation de l'assureur était limitée à 3'000'000 fr. par événement dommageable.

Le 7 avril 1997, B_____ a adressé à D_____ un avis de recours concernant C_____.

e. En 1998, la famille F_____ [famille de C_____], d'une part, et E_____, d'autre part, ont ouvert séparément une action en paiement à l'encontre des A_____. Les procédures ont été jointes.

Par jugement JTPI/4084/2002 du 21 mars 2002, entré en force, le Tribunal, statuant à titre partiel, a débouté les A_____ de leur exception de prescription soulevée à l'égard de E_____ et a déclaré ces derniers responsables du dommage subi par la famille F_____ [famille de C_____] suite à l'intervention du 6 janvier 1996, au cours de laquelle le Dr J_____ avait contrevenu aux règles de l'art médical. Le Tribunal a également retenu à l'encontre des A_____ des omissions illicites dans leur organisation relative à ladite intervention.

f. Le 21 mai 2002, D_____ a versé à la famille F_____ [famille de C_____] un montant de 500'000 fr. à titre d'indemnisation du dommage subi.

g. En 2003, E_____ a refusé de continuer à fournir des prestations en faveur de C_____, au motif que l'événement dommageable devait être qualifié d'accident.

C_____ a alors requis de B_____ qu'elle intervienne en sa qualité d'assureur accident.

B_____ ayant refusé d'intervenir, le Tribunal cantonal des assurances sociales, par jugement ATAS/901/2005 du 25 octobre 2005, a considéré que l'incident du 6 janvier était un accident, de sorte que B_____ était invitée à fixer les prestations dues à C_____.

Par décision du 31 mars 2006, B_____ a octroyé à C_____ une rente d'invalidité LAA de 1'595 fr., ainsi qu'une allocation pour impotent de 898 fr. par mois dès le 1^{er} mars 2006, augmentée à 1'758 fr. par mois dès que l'assurance invalidité cesserait ses versements. Ces prestations étaient allouées avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 1999, le droit à des prestations antérieures étant éteint. Elle avait en outre droit à la prise en charge d'un éventuel traitement médical empêchant une aggravation notable de son état de santé.

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

Par courrier du 22 mars 2005, D_____ a, au nom et en tant que représentante des A_____, renoncé, dans les limites de sa couverture d'assurance, à se prévaloir de l'exception de prescription jusqu'au 6 janvier 2006. Cette renonciation a été renouvelée dans les mêmes termes jusqu'au 31 décembre 2008.

Par courrier du 27 septembre 2006, les A_____ ont également renoncé à se prévaloir de la prescription "*dans le cadre des limites de couverture prévues par la police*" de leur assurance responsabilité civile jusqu'au 31 décembre 2007.

Par courrier du 17 octobre 2006, B_____ a réclamé à D_____ le remboursement des prestations qu'elle avait fournies à C_____. Le 9 novembre 2006, D_____ a refusé d'entrer en matière en vertu du droit préférentiel de la lésée, 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.

Du 18 janvier 2007 au 18 février 2013, B_____ a fait notifier à A_____ des commandements de payer successifs pour un montant de 2'600'000 fr. au titre de l'événement du 6 janvier 1996, auxquels il a été fait opposition.

i.a Le 3 janvier 2008, la famille F_____ [famille de C_____] a conclu avec les A_____ une convention d'indemnisation "*de tous dommages survenus suite à l'événement du 6 janvier 1996*". La famille F_____ [famille de C_____] a alors retiré son action judiciaire initiée en 1998 contre les A_____.

Cette convention d'indemnisation prévoyait, en plus de l'acompte de 500'000 fr. versé le 21 mai 2002, que les A_____ créditaient dans leurs livres un capital de 2'150'000 fr. à titre de frais de traitement (frais médicaux, soins et hébergement).

Tant et aussi longtemps que C_____ restait hospitalisée à A_____, ce capital était imputé d'un forfait journalier de 287 fr. correspondant aux frais de traitement quotidiens convenus (art. I ch. 1).

C_____ s'engageait à verser à A_____ les allocations pour impotent perçues de B_____, soit 1'758 fr. par mois (art. I ch. 2). Elle s'engageait également 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 A_____ les montants perçus à ce titre pour la période correspondant à son hospitalisation (art. I ch. 4).

En cas de départ de C_____ des A_____, le solde du capital de 2'150'000 fr. lui serait reversé, après imputation des allocations pour impotent et des frais médicaux futurs couverts par B_____ capitalisés sur sa durée de vie 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. Les A_____ se réservaient le droit de déduire de ce solde, au jour du décès, à certaines conditions, les montants versés à B_____ ou à l'assurance invalidité dans le cadre d'un éventuel recours contre le tiers responsable formé par ces institutions (art. II ch. 2).

Les A_____ devaient en outre verser, dès la signature de la convention, une indemnité forfaitaire de 750'000 fr. à la famille F_____ [famille de C_____], soit 550'000 fr. pour C_____, 100'000 fr. pour son époux et 100'000 fr. pour son fils, pour couvrir "*tous les postes du dommage autres que ceux visés*" à l'art. I ch. 1 et la participation aux honoraires de leur avocat, fixée à 150'000 fr. (art. III et IV).

Moyennant fidèle exécution de cette convention, la famille F_____ [famille de C_____] reconnaissait être totalement indemnisée de l'événement du 6 janvier 1996 et n'avoir aucune autre prétention à faire valoir à l'encontre des A_____ (art. VI ch. 2).

i.b G_____, entendu en qualité de témoin, a déclaré que l'indemnisation globale convenue avec les A_____ était composée d'une provision, pour que son épouse puisse rester à l'hôpital et y être prise en charge, et d'une indemnisation pour "*le tort moral, la perte de gain et le reste*". Il ne savait pas qui s'était acquitté des montants prévus par la convention d'indemnisation.

Le témoin L_____, juriste auprès de D_____, a déclaré que la somme d'assurance de 3'000'000 fr. avait été utilisée pour régler les prétentions de la famille F_____ [famille de C_____]. Un premier montant de 1'400'000 fr. avait été payé, puis le solde avait été versé à A_____, après déduction de la franchise de 50'000 fr. et des frais de procédure. Compte tenu de la gravité du dommage

subi par C_____, il était évident que l'intégralité de la somme d'assurance allait être utilisée.

i.c Dès la signature de la convention d'indemnisation, C_____ a versé à A_____ les allocations pour impotent perçues de B_____. Ces versements se sont élevés à 1'758 fr. par mois jusqu'au 28 février 2018, alors que lesdites allocations avaient augmenté au 1^{er} janvier 2008 à 2'076 fr. par mois.

Au 31 août 2018, ces versements se montaient à un total de 227'334 fr.

j. Au 31 juillet 2018, les prestations fournies par les A_____ à C_____ et prélevées sur le capital prévu à cet effet dans leurs livres s'élevaient à 1'000'358 fr.

k. Par jugement JTPI/7055/2012 du 8 mai 2012, entré en force, le Tribunal a condamné les A_____ à rembourser à E_____ les prestations qu'elle avait versées à C_____ à la suite de l'événement du 6 janvier 1996, pour lesquelles elle s'était retrouvée subrogée dans les droits de son assurée.

En exécution de ce jugement, E_____ a perçu le montant en capital et en intérêts de 1'467'775 fr. 30.

l. Il ressort des pièces produites que pour la période du 1^{er} janvier 1999 au 28 février 2019, B_____ a versé les montants suivants à C_____ :

- 56'285 fr. d'indemnités journalières. La pièce n° 78 produite par B_____ établi que celle-ci a versé le montant précité;

- 140'293 fr. correspondant aux rentes d'invalidité versées rétroactivement pour la période de janvier 1999 à mai 2006, auxquels se sont ajoutés 4'446 fr. d'adaptation au renchérissement;

- 20'735 fr. correspondant aux rentes d'invalidité de juin 2006 à mars 2007, auxquels se sont ajoutés 1'323 fr. d'adaptation au renchérissement;

- 36'246 fr. correspondant aux rentes d'invalidité d'avril 2007 à décembre 2008 (rente mensuelle de 1'726 fr. x 21 mois);

- 21'480 fr. par an pour les années 2009 à 2018 correspondant aux rentes d'invalidité (rente mensuelle de 1'790 fr. x 12 mois);

- 3'580 fr. correspondant aux rentes d'invalidité de janvier et février 2019 (rente mensuelle de 1'790 fr. x 2 mois);

- 79'631 fr. correspondant aux allocations pour impotent versées rétroactivement pour la période de janvier 1999 à mai 2006;

-
- 20'826 fr. correspondant aux allocations pour impotent de juin 2006 à mars 2007, auxquels se sont ajoutés 2'028 fr. d'adaptation au renchérissement;
 - 15'822 fr. correspondant aux allocations pour impotent d'avril à décembre 2007 (allocation mensuelle de 1'758 fr. x 9 mois);
 - 24'912 fr. par an pour les années 2008 à 2018 correspondant aux allocations pour impotent (allocation mensuelle de 2'076 fr.);
 - 4'152 fr. correspondant aux allocations pour impotent de janvier et février 2019 (allocation mensuelle de 2'076 fr. x 2 mois).

D. a. Par acte déposé le 29 août 2013 au greffe du Tribunal, B_____ a assigné les A_____ en paiement de la somme totale, arrêtée en dernier lieu, à 1'705'068 fr., correspondant aux prestations passées (874'199 fr. jusqu'en février 2019) et futures (351'930 fr. + 478'939 fr.) versées à C_____ à titre d'indemnités journalières, de rentes d'invalidité et d'allocations pour impotent, soit 36'246 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2009, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2010, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2011, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2012, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2013, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2014, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2015, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2016, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2017, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2018, 21'480 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2019, 3'580 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} mars 2018, 15'822 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2008, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2009, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2010, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2011, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2012, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2013, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2014, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2015, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2016, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2017, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2018, 24'912 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} janvier 2019, 24'152 fr., avec intérêt à 5% dès le 1^{er} mars 2019, 79'631 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 140'293 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 4'446 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 juin 2006, 56'285 fr., avec intérêt à 5% dès le 9 août 2006, 1'323 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 2'028 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 20'735 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 20'826 fr., avec intérêt à 5% dès le 8 mars 2007, 351'930 fr., correspondant aux rentes d'invalidité capitalisées jusqu'au décès de C_____, et 478'939 fr., correspondant aux allocations pour impotent capitalisées jusqu'au décès de cette dernière.

A l'appui de ses prétentions, en particuliers celles relatives aux prestations futures, B_____ s'est fondée sur un calcul "Leonardo" avec comme date de capitalisation le 28 février 2019.

b. Les A_____ ont conclu au déboutement de B_____ de toutes ses conclusions, sous suite de frais et dépens, au motif que les prétentions de celle-ci étaient prescrites. En tous les cas, sa couverture d'assurance responsabilité civile auprès de D_____ en 3'000'000 fr. avait été entièrement employée à l'indemnisation de la famille F_____ [famille de C_____], de sorte que le droit préférentiel du lésé s'opposait au remboursement des prestations de B_____.

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

d. Par jugement JTPI/94460/2015 du 24 août 2015, le Tribunal a considéré que l'action de B_____ était prescrite et a débouté celle-ci de toutes ses conclusions.

Par arrêt ACJC/457/2016 du 8 avril 2016, la Cour a annulé ce jugement, au motif que l'action de B_____ était prescrite uniquement en tant qu'elle dépassait 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance offerte par D_____ à A_____, et a renvoyé la cause au Tribunal pour décision sur le fond.

La Cour a considéré que la prescription relative d'un an au sens de l'art. 60 al. 1 CO était acquise, de même que la prescription pénale de 5 ans. En revanche, le premier avis de recours de B_____ à l'encontre de D_____ était intervenu le 7 avril 1997, soit moins de deux ans après l'évènement dommageable, de sorte que la prescription avait été valablement interrompue pour dix ans à l'égard des A_____ et de D_____, soit jusqu'au 6 janvier 2006, dans les limites de la garantie d'assurance, conformément à l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992 applicable en l'espèce. Le 22 mars 2005, D_____ avait, au nom des A_____, interrompu la prescription, dans les limites de sa garantie d'assurance, ce qui avait été renouvelé jusqu'au 31 décembre 2008. En notifiant à A_____ un commandement de payer à concurrence de 2'600'000 fr. le 18 janvier 2007, B_____ avait interrompu la prescription à hauteur de ce montant, ce qui avait été renouvelé d'année en année. La Cour a ainsi considéré que les prétentions de B_____ n'étaient pas "*prescrites en tant qu'elles ne dépass[aient] pas 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance. Elles [étaient] par contre prescrites pour le solde*".

e. Le Tribunal a entendu le témoin M_____, ancien employé de la N_____ et président du groupe de travail "_____" de _____ entre 1998 et 2015, qui a déclaré avoir participé aux négociations ayant abouti à la Convention de recours LAA de 2001, laquelle avait succédé à celle de 1992. Il a expliqué que l'art. 3.1 de la convention de recours LAA, signifiait que l'assureur responsabilité civile n'était

habilité à renoncer à la prescription que dans les limites de sa garantie d'assurance. Au-delà, il ne pouvait pas engager son assuré.

f. Dans le cadre de leurs plaidoiries finales écrites, les parties ont persisté dans leurs conclusions et les A_____ ont pris une conclusion subsidiaire tendant à ce qu'ils soient autorisés, en cas de condamnation, à verser les montants dus pour le futur sous forme de rentes mensuelles et non de capital. Les A_____ ont également contesté le calcul "Leonardo" établi par B_____, au motif qu'il ne correspondait pas aux conclusions prises par celle-ci.

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).

1.2 Ecrit et motivé, l'appel doit être introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée (art. art. 130, 131 et 311 al. 1 CPC).

Aux termes de l'art. 132 al. 1 et 2 CPC, le tribunal fixe un délai pour la rectification notamment d'actes prolixes. A défaut, l'acte n'est pas pris en considération. Il y a prolixité au sens de cet article lorsqu'une partie se répand en considérations interminables et en rabâchages, d'autant plus lorsque ceux-ci n'ont que peu de rapport avec le thème de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 5A_837/2012 du 25 juin 2013 consid. 3.2).

Bien que l'acte d'appel comporte 53 pages, il ne peut pas être taxé de prolix dans la mesure où il reprend, certes en détail, l'ensemble des faits allégués en première instance par les parties sous forme de chapitres distincts. Ces faits sont d'ailleurs allégués à l'appui de l'argumentation juridique des appelants. De plus, celle-ci est suffisamment lisible et compréhensible, de sorte qu'il ne se justifie pas de renvoyer l'acte aux appelants pour rectification. L'appel est ainsi conforme aux exigences de forme de la loi.

Ayant été au surplus formé en temps utile et auprès de l'autorité compétente (art. 311 al. 1, 145 al. 1 let. b CPC et 120 al. 1 let. a LOJ), l'appel est recevable.

2. La Cour revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (art. 310 CPC). En particulier, elle contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance et vérifie si ceux-ci pouvaient admettre les faits qu'ils ont retenus (art. 157 CPC; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_153/2014 du 28 août 2014 consid. 2.2.3).

La Cour traite uniquement les points du jugement que l'appelant estime entachés d'erreurs et qui ont fait l'objet d'une motivation suffisante - et, partant, recevable -, pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits. Hormis les cas de vices manifestes, elle doit en principe se limiter à statuer sur les critiques formulées dans la motivation écrite contre la décision de première instance (ATF 142 III 413 consid. 2.2.4; arrêt du Tribunal fédéral 5A_111/2016 du 6 septembre 2016 consid. 5.3).

3. Le Tribunal a considéré que les appelants ne pouvaient pas opposer à l'intimée la limite de la couverture de leur assurance responsabilité civile auprès de D_____ pour échapper à leur responsabilité. L'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992 devait être interprété en ce sens que l'interruption de la prescription par l'assureur responsabilité civile valait également pour l'assuré responsable, mais pas pour le dommage dépassant la garantie d'assurance. Ainsi, la responsabilité des appelants restait engagée pour le dommage dépassant les prestations de D_____, la prescription ayant été valablement interrompue à cet égard.

Les appelants font valoir que la Cour a, par arrêt ACJC/457/2016 du 8 avril 2016, expressément limité les prétentions de l'intimée au montant de 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance offerte par D_____, le solde étant prescrit. Toutes les renonciations à la prescription avaient été prononcées dans les limites de la couverture d'assurance de D_____. A cet égard, les appelants reprochent au Tribunal une mauvaise interprétation de l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992 et de ne pas avoir pris en compte le témoignage de M_____.

3.1.1 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. La présente cause, relative à un sinistre qui s'est produit le 6 janvier 1996, est régie par cette convention, ce qui n'est pas contesté par les parties.

L'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992 prévoit que, dans les limites de sa garantie, l'assureur RC renonce 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.

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'avait été présentée à l'assureur RC avant l'expiration du délai (art. 3.2).

Cette renonciation était valable y compris pour les cas où la Convention n'était pas applicable (art. 3 al. 3), soit notamment lorsque 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 ou lorsque les prestations de l'assureur LAA dépassaient 50'000 fr. (art. 1.3.3 et 6.3).

3.1.2 Il est généralement admis que l'autorité inférieure à laquelle la cause est renvoyée se trouve liée par les considérants de droit émis par l'autorité supérieure. Ce principe, qui découle logiquement de la hiérarchie des juridictions, s'applique en cas de renvoi prononcé sur appel ou sur recours (ATF 140 III 466 consid. 4.2.1).

Lorsqu'un recours est interjeté contre une décision rendue à la suite d'un arrêt de renvoi, l'autorité de recours à nouveau saisie ne revoit pas les questions qu'elle a elle-même définitivement tranchées dans l'arrêt de renvoi. Elle est liée par les considérants de sa propre décision antérieure, y compris par les instructions données à l'autorité de première instance, et son examen ne peut désormais plus porter que sur les points nouvellement tranchés par cette autorité-ci (ATF 140 III 466 consid. 4.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 5A_56/2018 du 6 mars 2018 consid. 3.2).

3.2 En l'espèce, la Cour a, par arrêt de renvoi ACJC/457/2016 du 8 avril 2016, annulé le jugement JTPI/94460/2015 du 24 août 2015, au motif que la demande en paiement de l'intimée n'était pas prescrite pour les prétentions qui ne dépassaient pas 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance responsabilité civile offerte par D_____ aux appelants.

Ce faisant, la Cour a traité une question de droit, dont la résolution liait l'instance inférieure dans le cadre du renvoi pour statuer sur le fond du litige. Le premier juge ne pouvait donc pas interpréter l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992, ni apprécier le témoignage de M_____ comme il l'a fait et considérer que la responsabilité des appelants restait engagée pour le dommage dépassant la couverture d'assurance de D_____.

En effet, les renonciations à la prescription acceptées par D_____, en son nom et au nom des appelants, à partir du 14 mars 2005, puis par ces derniers, en date du 27 novembre 2006, ont toutes été limitées à la couverture d'assurance responsabilité civile des appelants, soit au montant de 3'000'000 fr. L'intimée n'a pas expressément requis des appelants une renonciation à la prescription pour toutes prétentions dépassant ladite couverture d'assurance. Elle a ensuite valablement interrompu la prescription à l'égard des appelants par la notification de commandements de payer successifs à concurrence de 2'600'000 fr. Ainsi, les

prétentions de l'intimée dépassant la couverture d'assurance responsabilité civile des appelants et le montant correspondant sont prescrites.

Ainsi, le grief des appelants est fondé en ce sens que l'action de l'intimée est prescrite au-delà du montant de 2'600'000 fr., dans les limites de la garantie d'assurance offerte par D_____ aux appelants.

4. Le Tribunal a considéré que la convention d'indemnisation conclue le 3 janvier 2008 entre les appelants et la famille F_____ [famille de C_____] ne pouvait pas être opposée à l'intimée, dès lors qu'elle n'était pas partie à celle-ci. De plus, l'indemnité allouée à la lésée et sa famille n'avait pas été réduite pour un motif prévu par la loi et les appelants n'étaient pas insolubles, de sorte que le droit préférentiel du lésé ne pouvait pas être opposé à l'intimée. Les appelants restaient ainsi responsables, à hauteur de 2'600'000 fr., envers l'intimée et ce, même si leur garantie d'assurance responsabilité civile avait été entièrement employée à l'indemnisation de la lésée et sa famille.

Les appelants font valoir que le droit préférentiel de la lésée s'oppose aux prétentions de l'intimée, la lésée devant être indemnisée prioritairement par rapport aux assureurs subrogés lorsque, comme en l'espèce, le dommage subi dépasse la garantie d'assurance responsabilité civile.

L'intimée fait valoir que, dès la survenance de l'événement dommageable, elle était devenue titulaire des droits de la lésée, à concurrence des prestations d'assurance qu'elle fournissait à celle-ci. Ainsi, même si la garantie d'assurance responsabilité civile offerte par D_____ aux appelants était épuisée, ces derniers n'étaient pas libérés des montants réclamés par elle.

4.1.1 Le droit préférentiel du lésé signifie que l'assurance, en l'occurrence LAA, ne doit pas exercer une action récursoire au préjudice du lésé. Si celle-ci ne répare qu'une partie du dommage, le lésé peut exiger de la personne responsable la partie qui n'est pas couverte et l'assurance n'a une action récursoire fondée sur la subrogation que dans les limites de la prétention en responsabilité qui subsiste (ATF 120 II 58 consid. 3c, in JdT 1994 I 754; 117 II 609 consid. 11c, in JdT 1992 I 745).

Le droit préférentiel doit donc protéger la personne lésée du risque qu'un dommage ne soit pas couvert, mais ne doit pas avoir pour effet de l'enrichir (ATF 131 III 12 consid. 7.1, JdT 2005 I 488, 492).

Le droit préférentiel du lésé peut être mis en œuvre comme un droit préférentiel de répartition ou comme un droit préférentiel de couverture. Tandis que le droit préférentiel de répartition s'applique lorsque le lésé n'est pas entièrement dédommagé pour des motifs juridiques (en particulier lorsque le responsable ne répond qu'en partie du dommage, en raison d'une faute concomitante), le droit

préférentiel de couverture trouve application lorsque la personne responsable n'est pas en mesure de satisfaire les deux créances dirigées contre elle pour des motifs de fait (insolvabilité ou couverture d'assurance insuffisante) (ATF 134 III 636, in JdT 2009 I p. 209, 213).

4.1.2 Les règles de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA – RS 830.1) à propos de la subrogation des assurances sociales ne s'appliquent pas en l'espèce, puisque l'accident et ses conséquences sont antérieurs à l'entrée en vigueur de cette loi (ATF 131 III 360 précité consid. 7.1, in JdT 2005 I 502; FRESARD-FELLAY, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, thèse Fribourg 2007, n° 66). Les règles de subrogation particulières qui existaient auparavant déjà dans les différentes lois et les règlements d'assurances sociales conduisent cependant à un résultat identique (FRESARD-FELLAY, op. cit., n° 1224).

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

La subrogation implique que le lésé ne peut réclamer au tiers responsable ou à son assurance que la réparation du dommage non couvert par l'assurance sociale qui, pour sa part, acquiert dès la survenance de l'atteinte les prétentions appartenant à la personne lésée qu'elle a indemnisée par le biais d'une subrogation légale. En d'autres termes, les prestations couvertes par les assurances sociales sont déduites du dommage que le lésé peut réclamer au responsable ou à son assureur. Ce mécanisme permet notamment d'éviter une surindemnisation du lésé (ATF 131 III 360 consid. 6.1, in JdT 2005 I 502; 131 III 12 consid. 7.1, in JdT 2005 I 488; 124 V 174 consid. 1). Cette déduction n'entre toutefois en ligne de compte que pour les prestations (nominales) de l'assureur social qui couvrent un dommage similaire aux prétentions en responsabilité que peut faire valoir le lésé contre le responsable (ATF 134 III 489 consid. 4.2; 130 III 12 consid. 7.1; arrêts du Tribunal fédéral 4A_77/2011 du 20 décembre 2011 consid. 4.2.1 et 4A_481/2009 du 26 janvier 2010 consid. 4.2.1 et 4.2.6).

L'assuré n'est donc pas autorisé à faire valoir des droits visés par la subrogation à l'encontre du tiers responsable. Celui-ci ne peut pas valablement se libérer en dédommageant directement la victime (FRESARD-FELLAY, Le recours subrogatoire de l'assureur-accidents selon la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, in Assurance sociale, responsabilité de l'employeur, assurance privée, 2005, p. 63).

Le transfert de créance signifie seulement que le cédant n'est plus légitimé à disposer de la créance et non pas que la disposition n'est plus possible. S'il le fait néanmoins, par exemple par conclusion d'une transaction avec le responsable, cela

signifie seulement que le débiteur n'est pas libéré à l'égard de l'assureur–accident et s'expose au risque de devoir s'acquitter deux fois (FRESARD-FELLAY, Commentaire de l'ATF 137 V 394, La victime d'un accident médical, indemnisée par le responsable, peut-elle prétendre à des prestations de l'assurance-accidents ?, in REAS 2012 p. 424).

4.2 En l'occurrence, la convention d'indemnisation du 3 janvier 2008 a été conclue pour solde de tout compte entre la lésée et sa famille, d'une part, et les appelants, d'autre part, ce qui n'est pas contesté par les parties. Ainsi, la totalité des prétentions de la lésée et sa famille à l'encontre des appelants a été réglée, de sorte que la lésée et sa famille ne peuvent en principe plus prétendre à une réparation supplémentaire du dommage subi.

Les appelants soutiennent que l'intimée ne peut pas prétendre au remboursement des prestations d'assurance fournies, en raison du droit préférentiel de la lésée, car l'indemnisation de celle-ci et sa famille, qui s'est élevée à 3'550'000 fr. conformément à la convention d'indemnisation précitée, a absorbé l'entier de leur garantie d'assurance responsabilité civile en 3'000'000 fr.

Les appelants se prévalent ainsi du droit préférentiel de couverture de la lésée et non de celui de répartition. La présente action se heurte effectivement à une couverture d'assurance responsabilité civile des appelants insuffisante pour satisfaire à la fois les créances de la lésée et de sa famille et celles de l'intimée subrogée, ce que cette dernière ne conteste pas.

Comme relevé *supra* (consid. 3.2), et conformément à l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA, l'action directe de l'intimée à l'encontre des appelants est prescrite pour tout montant dépassant 2'600'000 fr., dans les limites de la couverture d'assurance responsabilité civile de ces derniers.

Ce qui précède doit se comprendre en ce sens que les prétentions de l'intimée à l'encontre des appelants ne sont pas prescrites tant qu'elles ne dépassent pas 2'600'000 fr., à la condition supplémentaire que ces prétentions restent dans la limite du dommage effectivement couvert par l'assureur RC en application de la couverture d'assurance responsabilité civile.

En effet, la renonciation à la prescription acceptée par D_____, au nom et pour le compte des appelants, ne pouvait avoir un effet au-delà des prestations d'assurance au versement desquelles elle était elle-même tenue.

Comme l'a expliqué de manière convaincante le témoin M_____, en application de l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA de 1992 – dont la teneur est identique à celle de 2001 -, D_____ ne pouvait renoncer à la prescription, au nom des appelants que dans les limites de sa garantie d'assurance, dès lors qu'elle n'était pas habilitée à engager ces derniers au-delà de cette limite.

L'art. 3.1 de la Convention de recours LAA s'inscrit en effet dans le cadre d'une convention de règlement des litiges, conclue entre les assureurs LAA et les assureurs RC, qui prévoit des dispositions dérogeant au droit commun, dans le but de simplifier la liquidation des sinistres entre assureurs. Un régime particulier, dérogeant aux délais légaux, a ainsi été convenu entre assureurs en ce qui concerne la prescription : le recours de l'assureur LAA doit être annoncé à l'assureur RC dans les deux ans dès la date de l'accident et ne peut être exercé plus de 10 ans dès cette dernière date.

Ces modalités particulières, convenue entre assureurs afin de sauvegarder leurs intérêts réciproques, ne peuvent lier l'assuré responsable du dommage que dans la mesure où les prétentions de l'assurance LAA s'exercent sur les montants dus par l'assureur RC.

Elles ne sauraient être applicables sans autre à l'assuré responsable du dommage, qui n'est pas partie à cette convention, et n'en retire aucun avantage.

L'expression figurant à l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA, selon laquelle l'assureur RC ne renonce "pour lui-même et son assuré" à soulever l'exception de prescription que "dans les limites de sa garantie" ne peut ainsi se comprendre qu'en ce sens que cette renonciation vaut pas à l'encontre de l'assuré pour les sommes qui dépassent les prestations effectivement servies par son assureur RC.

Il serait en effet choquant que l'art. 3.1 de la Convention de recours LAA ait pour conséquence de faire perdre à l'assuré, qui n'y est pas partie, le droit d'invoquer la prescription qui lui est conféré par la loi.

Cette interprétation est au demeurant conforme à la formulation des déclarations de renonciation successives à la prescription intervenues *in casu* dès 2005, dans la mesure où celles-ci mentionnaient expressément que la renonciation n'était valable que dans les limites de la couverture d'assurance prévue par la police d'assurance responsabilité civile conclue par les appelants.

Il ressort de ce qui précède que D_____ ne pouvait renoncer à la prescription que dans la mesure où celle-ci concernait ses propres obligations. Elle ne pouvait par contre pas engager son assuré concernant des obligations de celui-ci envers l'intimée distinctes des siennes.

Or, comme les appelants le font valoir, la totalité de la garantie d'assurance responsabilité civile de D_____ leur a été versée et celle-ci a été entièrement employée à indemniser la lésée et sa famille, conformément à la convention du 3 janvier 2008, ce qui a été confirmé par le témoin L_____.

L'intimée a d'ailleurs été informée en novembre 2006 de ce que la garantie d'assurance serait entièrement consacrée à l'indemnisation de la lésée. En effet, à

cette date, D_____ lui a fait part de son refus d'entrer en matière sur ses prétentions récursoires, au motif qu'il apparaissait d'ores et déjà que toute la somme d'assurance serait consacrée au règlement des prétentions directes de la lésée, en vertu du droit préférentiel de celle-ci.

La garantie d'assurance de D_____ est ainsi épuisée, ce que l'intimée a elle-même reconnu. En effet, cette dernière a, dans son mémoire réponse du 22 octobre 2019, expressément indiqué à deux reprises que "*la couverture d'assurance offerte par D_____ a[vait] largement été épuisée depuis longtemps*" (allégué n° 17, p. 13 et § n° 1 p. 23).

Ainsi, le fait que la convention d'indemnisation du 3 janvier 2008 ait été par hypothèse conclue sans qu'il ait été tenu compte du droit de subrogation légale de l'intimée pour les prestations d'assurance qu'elle a fournies n'est pas décisif.

Comme cela a été retenu par arrêt de la Cour du 8 avril 2016, les droits de l'intimée à l'encontre des appelants à ce titre sont prescrits, dans la mesure où ils dépassent la couverture d'assurance offerte par D_____.

Les appelants n'ont en effet accepté aucune renonciation à la prescription pour la partie du dommage excédant la couverture fournie par leur assurance responsabilité civile. Or, il n'est à ce stade plus contesté que la garantie d'assurance de D_____ a été entièrement épuisée par les prestations fournies directement à la lésée.

Le fait que l'intimée n'était pas partie à la convention d'indemnisation du 3 janvier 2008 est sans pertinence. Si l'intimée entendait faire valoir des droits en relation avec cette convention, il lui aurait incombé d'agir à l'encontre des appelants dans le respect des délais de prescription légaux, ce qu'elle n'a pas fait.

Le jugement entrepris sera par conséquent annulé et l'intimée sera déboutée de toutes ses conclusions en paiement prises à l'encontre des appelants.

5. 5.1 Lorsque l'autorité d'appel statue à nouveau, elle se prononce sur les frais de première instance (art. 318 al. 3 CPC).

Le montant des frais judiciaires, arrêté à 82'900 fr. en première instance conformément aux dispositions légales applicables (art. 104 et 105 CPC; art. 5 et 17 RTFMC; art. 19 al. 4 LaCC), n'est pas contesté en appel et sera donc confirmé.

Dès lors que l'intimée succombe sur l'entier de ses conclusions, les frais judiciaires de première instance seront intégralement mis à sa charge (art. 106 al. 1 CPC) et ils seront compensés avec les avances de frais

fournies par elle à hauteur de 81'400 fr. et par les appelants à hauteur de 1'500 fr., qui restent acquises à l'Etat de Genève (art. 111 al. 1 CPC).

Par conséquent, l'intimée sera condamnée à verser aux appelants 1'500 fr. à titre de remboursement des frais judiciaires de première instance. Le chiffre 5 du dispositif du jugement attaqué sera ainsi annulé et modifié en conséquence.

Le montant des dépens, arrêté à 65'000 fr. (art. 84 et 85 RTFMC) en première instance, n'est pas non plus contesté en appel par les parties. L'intimée sera donc condamnée à verser aux appelants ledit montant, de sorte que le chiffre 6 du dispositif du jugement entrepris sera confirmé.

5.2 Les frais judiciaires d'appel seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Ils seront fixés à 30'000 fr. (art. 5, 17 et 35 RTFMC) et entièrement compensés avec l'avance de même montant fournie par les appelants, qui reste acquise à l'Etat de Genève (art. 111 al. 1 CPC). L'intimée sera en conséquence condamnée à rembourser 30'000 fr. aux appelants.

L'intimée sera également condamnée aux dépens d'appel des appelants, arrêtés à 30'000 fr., débours et TVA compris (art. 85 et 90 RTFMC; art. 21 al. 1 LaCC).

* * * * *

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

A la forme :

Déclare recevable l'appel interjeté le 16 septembre 2019 par A_____ [HÔPITAL] contre le jugement JTPI/10725/2019 rendu le 19 juillet 2019 par le Tribunal de première instance dans la cause C/10775/2013-16.

Au fond :

Annule les chiffres 1 à 5 du dispositif de ce jugement et cela fait, statuant à nouveau :

Déboute B_____ SA de toutes ses conclusions.

Arrête les frais judiciaires de première instance à 82'900 fr., les met à la charge de B_____ SA et les compense avec les avances fournies par les parties, qui restent acquises à l'Etat de Genève.

Condamne en conséquence B_____ SA à verser à A_____ 1'500 fr. à titre de remboursement des frais judiciaires de première instance.

Confirme le jugement pour le surplus.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.

Sur les frais :

Arrête les frais judiciaires d'appel à 30'000 fr., les met à la charge de B_____ SA et dit qu'ils sont entièrement compensés avec l'avance fournie par A_____ [HÔPITAL], qui reste acquise à l'Etat de Genève

Condamne B_____ SA à verser 30'000 fr. à A_____ à titre de remboursement des frais judiciaires d'appel.

Condamne B_____ SA à verser 30'000 fr. à A_____ à titre de dépens d'appel.

Siégeant :

Monsieur Laurent RIEBEN, président; Monsieur Patrick CHENAUX, Madame Fabienne GEISINGER-MARIETHOZ, juges; Madame Sophie MARTINEZ, greffière.

Le président :

Laurent RIEBEN

La greffière :

Sophie MARTINEZ

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.