



C1 20 236

JUGEMENT DU 3 NOVEMBRE 2022

**Tribunal cantonal du Valais
Cour civile II**

Composition : Christian Zuber, président ; Bertrand Dayer, Béatrice Neyroud, juges ;
Laura Jost, greffière

en la cause

A., défendeur appelant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat,

contre

X. Assurances, demanderesse appelée, représentée par Maître Philippe Loretan,
avocat,

(Responsabilité civile)

appel contre le jugement du Tribunal des districts d'Hérens et Conthey du 12 août 2020

Procédure

A. Le 6 février 2019, X. Assurances (ci-après : X. Assurances) a saisi le juge de commune de Vétroz d'une requête de conciliation à l'encontre de A. Au terme de la séance du 15 avril 2019, cette autorité a délivré une autorisation de procéder (p. 123).

Le 11 juin 2019, X. Assurances a ouvert action auprès du Tribunal des districts d'Hérens et Conthey et a pris les conclusions suivantes :

1. La présente action, déclarée recevable, est admise.
2. En conséquence, A. paiera à X. Assurances un montant de 132'013 fr. 20 avec intérêt à 5% dès le 14 septembre 2017.
3. Tous les frais, ainsi qu'une équitable indemnité pour les dépens de X. Assurances sont mis à la charge de A.

Le 7 octobre 2019, le défendeur a déposé une réponse dans laquelle il a soulevé l'exception de prescription et a conclu au rejet de la demande avec suite de frais et dépens.

Au terme de l'instruction, chaque partie a maintenu ses conclusions.

Par jugement du 12 août 2020, le juge de district a prononcé :

1. L'action introduite le 11 juin 2019 par X. Assurances est partiellement admise.
2. A. versera à X. Assurances un montant de 131 '900 fr. 25 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 septembre 2017.
3. Les frais de justice, arrêtés à 9000 fr., sont mis à la charge de A.
4. A. versera à X. Assurances un montant de 12'000 fr. à titre de dépens et de 9000 fr. à titre de remboursement d'avances.

B. Le 16 septembre 2020, le défendeur a interjeté appel contre ce jugement et a conclu à son annulation avec suite de frais et dépens.

Au terme de sa détermination du 12 octobre 2012, la demanderesse a conclu principalement à l'irrecevabilité et subsidiairement à son rejet, avec suite de frais et dépens.

préliminairement

1. Le jugement querellé a été expédié le 12 août 2020 et reçu le 17 août 2020 par l'appelant. Remise à la poste le 16 septembre 2020, son écriture respecte le délai de l'art. 311 al. 1 CPC.

Au vu de conclusions prises en première instance par la demanderesse, entièrement contestées, la valeur litigieuse s'élève à 132'013 fr. 20. Elle ouvre la voie de l'appel (art. 308 al. 2 CPC).

2. En annexe à son écriture de recours, l'appelant a déposé l'avis de sinistre du 28 mars 2012, un courrier de Me Loretan du 7 mai 2019 rectifiant à la baisse le montant des prétentions de sa cliente, ainsi que le précédent décompte du 7 juillet 2017 auquel ce courrier fait référence. Il sollicite en outre l'édition par la demanderesse de son dossier d'assurance.

Le courrier de la demanderesse du 7 juillet 2017 figure déjà au dossier (cf. pce 29 ; p. 117). La lettre de Me Loretan du 7 mai 2019 est antérieure au mémoire-réponse et l'on ne voit pas pour quelle raison l'appelant ne l'expose d'ailleurs nullement il aurait été empêché de faire valoir ce document en temps utile (art. 317 al. 1 let. b CPC). L'appelant entend démontrer grâce aux deux courriers précités que jusque peu avant l'ouverture d'action, la demanderesse faisait valoir des prétentions excessives. Ce point, qui ressort déjà des pièces nos 29 et 3, n'apparaît cependant pas litigieux. On peine par ailleurs à comprendre quel avantage juridique l'appelant peut en tirer (cf. sur ce point consid. 17). Partant, le dépôt de ces deux documents est irrecevable, subsidiairement refusé.

Le défendeur avait déjà requis en temps utile l'édition du dossier de X. Assurances (p. 153 ; p. 172-173), moyen de preuve admis par le juge dans son ordonnance de preuves du 12 décembre 2019 (p. 176). Celle-ci était libellée comme suit : « dépôt par la demanderesse de son dossier complet concernant la police n° _____ de A.

comprenant le « dossier » (ou les éléments) relatifs à l'indemnisation à la SUVA ainsi que les données antérieures à la modification du contrat du 10 janvier 2012 (all. contestés du défendeur nos 79, 80, 84, 96) ». La demanderesse a déposé un lot de pièces. A leur lecture, il semble toutefois qu'elle n'a pas déposé l'intégralité de son dossier, vraisemblablement volumineux, mais uniquement les documents relatifs aux prestations versées à la SUVA, ainsi qu'aux différentes polices d'assurance établies jusqu'à la résiliation du contrat. Il manque apparemment notamment l'avis de sinistre et les documents en lien avec les prestations versées directement à B. et à d'autres tiers que la SUVA. Or, ce moyen de preuve avait notamment été requis au regard des allégués nos 79 et 80, traitant de la durée de l'incapacité de travail subie par B., informations qu'on ne retrouve pas dans les pièces sélectionnées par la demanderesse. Pour les motifs développés infra (consid. 15.6 et 15.7), ni le premier juge ni la cour de céans n'ont cependant à examiner le bien fondé des différents postes des prestations d'assurance allouées par la demanderesse. Partant, ce moyen de preuve, non pertinent à la connaissance de la cause, doit être rejeté (art. 150 al. 1 CPC). Tout au plus peut-on admettre l'avis de sinistre du 28 mars 2012 d'ores et déjà déposé par l'appelant en annexe à son écriture de recours.

Faits

3. L'appelant ne conteste l'état de fait du jugement de première instance que sur un point : les prestations prises en charge par la demanderesse des suites du sinistre du 29 janvier 2012. Partant, pour le surplus, on peut s'inspirer de l'exposé très clair et complet des faits du premier juge.

4.1 Le 20 octobre 2010 (p. 42-44 ; p. 190ss), A., né le 30 juin 1984 et titulaire d'un permis de conduire depuis le 30 avril 2003, a conclu un contrat d'assurance pour véhicules automobiles auprès de Y. Assurances, à _____ (police n° _____). Le début de cette assurance était fixé au 12 octobre 2010 et son échéance au 1^{er} janvier 2016. Pendant la durée des relations contractuelles, différentes polices ont été établies à la suite de modifications convenues entre les parties, notamment au gré des changements de couverture et de véhicules. Selon les périodes, tantôt un tantôt deux véhicules étaient assurés. La police en vigueur au 29 janvier 2012 (police du 5 mars

2012 mais prenant effet rétroactivement le 5 janvier 2012) couvrait les véhicules Audi A3 2.0 TDI Ambition et Fiat Punto GT, immatriculés (plaques interchangeable), ayant pour conducteur habituel A. et comprenait les prestations suivantes (p. 278-283) :

Responsabilité civile	Fr. 100 mio. par événement pour lésions corporelles et dégâts matériels ensemble
Franchise	Fr. 1'000 pour jeunes conducteurs Fr. 500 pour nouveaux conducteurs Fr. pour les autres conducteurs
Couv. pour faute grave	assurée
Protection du bonus	assurée

Casco

Couverture	incendie, dommages naturels, glissement de neige, vol, bris de glaces, dommages causés par des animaux, vandalisme, grêle, actions de secours, dommages causés par les fouines
Bris de glace étendus	non assurés
Effets personnels Fr. 2'000	assurés
Dépenses spéciales	non assuré
Valeur vénale majorée	assurée pour l'Audi et non assurée pour la Fiat
Couverture pour faute grave	assurée
Collision	assurée
Protection du bonus	assurée
Franchise	Fr. 1'000 pour dommages par collision Fr.0 pour dommages par casco partiel

Accidents

Personnes assurées	Le conducteur et tous les passagers
Décès	Fr. 30'000
Invalidité progressive	Fr. 60'000
Indemnité journalière	Fr. 30 dès le 1er jour
Ind. journ. hospit.	Fr.
Frais de guérison	assurés

SOS assistance dépannage assurée sans surprime

La nouvelle police renvoyait aux CGA édition (p. 278).

4.2 Aux termes du chiffre A1.8 desdites conditions, en cas de violation fautive de prescriptions légales ou contractuelles ou d'obligations, l'indemnité peut être refusée ou réduite, dans la mesure où la survenance, l'étendue ou la possibilité d'apporter la preuve du dommage en ont été influencées, à moins que l'assuré ne prouve que son comportement n'a pas eu cette influence (p. 105).

L'article A1.11 de ces mêmes conditions, traitant de la couverture facultative pour faute grave prévue expressément dans la police en vigueur le 29 janvier 2012, était ainsi rédigé (p. 105) :

Moyennant convention dans la police, Y. Assurances renonce, dans les catégories d'assurance responsabilité civile, casco et accidents, à l'exercice de son droit légal de recours et de réduction à l'encontre du preneur d'assurance et de l'assuré qui a causé le sinistre en raison d'une faute grave au sens de l'art. 14 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance.

La renonciation au droit de recours et de réduction n'est pas valable lorsque le conducteur du véhicule

- a causé le sinistre en étant pris de boisson ou sous l'influence de drogues ;
- se sera opposé ou dérobé intentionnellement à un prélèvement de sang, à un alcootest ou à un autre examen préliminaire réglementé par le Conseil fédéral, qui avait été ordonné ou dont il devait supposer qu'il le serait, ou à un examen médical complémentaire ou qui aura fait en sorte que des mesures de ce genre ne puissent atteindre leur but ;
- a, au moment de l'événement, considérablement dépassé la vitesse maximale autorisée.

Cette renonciation n'est pas non plus valable lorsqu'il s'agit d'un sinistre de vol.

L'art. A2.4 énonçait que la compagnie pouvait exiger du preneur d'assurance ou de l'assuré le remboursement intégral ou partiel des prestations versées lorsque des raisons légales ou contractuelles le prévoyaient de même que lorsqu'elle devait verser des prestations après que l'assurance a pris fin (p. 108).

En vertu de l'art. A2.2.1, relatif à l'assurance RC, la compagnie était autorisée à conduire les pourparlers avec le lésé en qualité de représentant de l'assuré ou en son propre nom. Dans tous les cas, le règlement des prétentions du lésé par l'assureur liait l'assuré. De son côté, l'assuré devait assister la compagnie dans son enquête sur les faits et s'abstenir de toute prise de position personnelle quant aux réclamations du lésé (bonne foi contractuelle). En particulier, il n'était pas autorisé à admettre des demandes en dommages-intérêts ou à procéder à des paiements en faveur du lésé. Il devait en outre laisser à la compagnie la conduite d'un éventuel procès civil (p. 108).

Selon l'art. C.3.3.1 (assurance casco), en cas d'indemnisation pour le dommage total, les droits de propriété sur le véhicule assuré passaient à la compagnie (p. 112).

5. Selon contrat de fusion du 23 mars 2015 et bilan au 31 décembre 2014, X. Assurances a repris les actifs et passifs de Y. Assurances (p. 25). Dans la suite de l'exposé, il sera utilisé indifféremment X. Assurances et Y. Assurances pour désigner l'assurance.

6. Le dimanche 29 janvier 2012, à 01h50 du matin, A. circulait en ville de Sion au volant du véhicule de marque Fiat Punto GT, de couleur bleue, immatriculé x1 _____, de l'avenue de la Gare en direction de l'avenue du Ritz. Son ami C. avait pris place comme passager avant tandis que K. s'était assis sur le siège arrière droit.

Au même moment, B. empruntait au volant de son automobile de marque Volkswagen Passat, de couleur grise, immatriculée x2 _____, la rue de Lausanne en direction de la rue du Grand-Pont. Parvenu au carrefour de la Planta, il s'est arrêté sur la présélection pour poursuivre tout droit alors que le feu de signalisation était au rouge. Lorsque le feu est passé au vert, il a démarré en direction de la rue du Grand-Pont.

De son côté, à l'approche du carrefour de la Planta, A. a accéléré et a traversé la ligne d'arrêt au moment où le feu de signalisation passait au rouge. Alors qu'il se trouvait au milieu du carrefour, l'avant de son automobile a heurté violemment le flanc droit du véhicule conduit par B. qui circulait normalement sur l'avenue de Lausanne en direction de la rue du Grand-Pont (p. 45).

7. Blessés suite à la collision, B., C. et A. ont été transportés par ambulance aux urgences de l'hôpital _____.

B. a subi une égratignure au front, un hématome au fond du dos, au niveau des reins, ainsi que des contusions à la cuisse gauche et à la nuque qui ont nécessité la pose d'une minerve. Un arrêt de travail lui a par ailleurs été délivré du 29 janvier 2012 au 5 février 2012 par l'hôpital et du 6 au 19 février 2012 par son médecin traitant (p. 48 ; annexe, p. 23). Dans son rapport du 29 juin 2012, le médecin généraliste D. a diagnostiqué chez ce patient un syndrome Whiplash latéral droit entraînant une raideur de toute la musculature cervico dorsale avec limitation des

amplitudes fonctionnelles et brûlures cervicales. Ce praticien a par ailleurs fait état d'une situation globalement stagnante depuis l'accident en dépit d'une trentaine de séances de physiothérapie et attesté d'une incapacité de travail de 30 % (annexe, p. 67).

B. a repris son activité professionnelle le 20 mars 2012 mais à un taux fluctuant en fonction de ses incapacités de travail. Il n'a ainsi travaillé à 100 % que depuis le 1er janvier 2014. En raison d'une rechute, une nouvelle incapacité de travail à des taux divers lui a été reconnue du 11 mai 2015 au 30 avril 2016 avec une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} mai 2016 (p. 310-311). Dans l'intervalle, il a bénéficié à compter du 8 mai 2015 de mesures professionnelles (p. 150, all. no 80 admis).

Légèrement blessé, C. a présenté, suite à l'accident, une plaie au crâne qui a nécessité deux points de suture, des contusions aux genoux et au thorax ainsi que des coupures au visage. Aucun arrêt de travail ne lui a toutefois été délivré.

Pour sa part, A. a subi une coupure à la tête et aucun arrêt de travail ne lui a été délivré.

8. Présentant au moment de l'accident des symptômes d'incapacité de conduire tels que les yeux rouges, l'haleine sentant l'alcool et le langage pâteux, A. a été soumis à deux tests à l'éthylomètre qui se sont révélés positifs. Il a également fait l'objet d'une prise de sang qui a mis en évidence une éthanolémie moyenne de 1.85 o/oo après calcul rétrospectif (p. 11, all. no 46 admis ; p. 50 ; p. 80 ; annexe, p. 36).

Par ordonnance pénale du 22 juin 2012 rendue par le procureur de l'Office régional du Valais central du Ministère public, actuellement en force, A. a été reconnu coupable, pour les faits survenus le 29 janvier 2012, de violation simple des règles de la circulation routière, de lésions corporelles simples par négligence et de conduite en état d'ébriété qualifiée et condamné à une peine pécuniaire de 60 jours-amende, avec sursis pendant 3 ans, le montant du jour-amende étant fixé à 11 0 francs, ainsi qu'à une amende de 1000 francs. Les prétentions de B. ont pour leur part été réservées et renvoyées au for civil (p. 12, all. nos 48-49 admis ; p. 50).

9. Selon les informations succinctes, non documentées, ressortant du dossier pénal et datant de 2012, A. est marié. Son épouse travaille et le couple n'a pas d'enfant à charge (annexe, p. 90, rép. 5). Il est au bénéfice d'une formation de contremaître et détenteur du permis de machiniste et de grue (annexe, p. 47). Au moment de l'accident, il était au chômage (annexe, p. 10, rép. 4). Il percevait des revenus de l'ordre de 5000 fr. par mois et son épouse de 3500 francs (annexe, p. 41). Lors de son audition du 14 septembre 2012, il avait cependant retrouvé un emploi, qui lui procurait un revenu de l'ordre de 5500 fr. net par mois (annexe, p. 90, rép. 5). Le loyer de l'appartement occupé par A. et son épouse s'élevait à 1300 francs. A. s'acquittait d'une prime d'assurance-maladie d'environ 230 francs. Il avait une dette de 30'000 fr. en lien avec un leasing-auto (annexe, p. 41).

10. Dans un courrier du 13 juin 2012, Y. Assurances, arguant du fait que la conduite avec un taux d'alcoolémie compris entre 1,75 et 1,94 ‰ constituait une faute grave, a fait part à A. de son intention de faire valoir son droit de recours. Elle annonçait que le recours final lui serait envoyé une fois que les postes du dommage encore en suspens auraient été réglés. Elle offrait cependant d'ores et déjà à son assuré la possibilité de rembourser une partie du montant dû (p. 12, all. no 51-52 admis ; p. 116) :

A. n'a donné aucune suite à ce courrier.

Par courrier recommandé du 15 juin 2012 adressé à A., Y. Assurances, se prévalant de l'article A2.3 des conditions générales d'assurances, a résilié la police d'assurance n° _____ et l'a avisé que, dans ces conditions, la couverture de son assurance automobile prendrait fin 30 jours après réception de ladite résiliation (p. 298).

11.1 En lien avec le sinistre du 29 janvier 2012, Y. Assurances/X. Assurances a versé, au titre de l'assurance responsabilité civile, les prestations suivantes :

total			448'629 fr. 75		

Il apparaît dès lors que le juge de première instance a correctement établi les faits en chiffrant à 448'629 fr. 75 (jugement, p. 27) les prestations versées par la demanderesse au titre de l'assurance RC. Des postes allégués par la demanderesse, il a uniquement écarté celui de 376 fr. 60 relatif à une expertise de véhicules (p. 10, all. no 40), dépense effectivement non établie en cause. Tous les autres postes sont dûment documentés, tant quant à leur cause que leur paiement. Contrairement à ce qu'indique l'appelant, sa critique ne vise dès lors pas l'état de fait du premier jugement en tant qu'il retient que l'assurance a bien pris en charge les coûts susmentionnés. Il conteste en réalité le bien-fondé des prestations financées par la demanderesse, ce qui relève du droit et sera dès lors examiné infra.

11.2 On précisera que le montant de 792 fr. 70 versé le 19 septembre 2012 à la SUVA correspond à la moitié des prétentions récursoires de la SUVA en relation avec le traitement médical fourni à C. (p. 64) et que le montant de 199'876 fr. 35 versé à cette même assurance le 26 janvier 2017 se fonde sur un décompte de la SUVA du 9 janvier 2017, comprenant les postes suivants (p. 60) :

	Période	Prestations en CHF Taux	
Suva			100%
Frais de traitement		37'646.20	37'646.20
Indemnités journalières		70'833.60	70'833.60
RI dès le début de la rente jusqu'à DCAP		3855	3855
RI dès DCAP jusqu'à l'âge de l'AVS		93'919	93'919
RI dès l'âge AVS		<u>24'421</u>	<u>24'421</u>
Prestations totales SUVA		230'674.80	230'674.80

BSV (IV)			
Mesures professionnelles	dés le 08.05.2015	1670	1670
Divers	dés le 08.05.2015	<u>7521.55</u>	<u>7531.55</u>
Prestations totales BSV (IV)		9201.55	9201.55
Prestations totales		239'876.35	239'876.35
Votre acompte			40'000
Solde			199'876.35

Quant au montant de 185'000 fr. versé à B. le 4 juillet 2017, il a pour fondement une convention d'indemnité conclue le 29 juin 2017 pour solde de toutes prétentions, sans préjudice et sans reconnaissance d'une obligation entre l'assureur et le lésé, qui détaille les prestations suivantes (p. 52) :

frais de traitement médical, passé et futur	CHF	38'163.00
perte de gain	CHF	21'508.00
dommage de rente	CHF	18'398.00
dommage ménager	CHF	73'235.00
tort moral	CHF	8'696.00
frais honoraires d'avocat	CHF	35'000.00
Acompte		<u>CHF - 10'000.00</u>
Total		CHF 185'000.00

11.3 L'entreprise E. a racheté le véhicule sinistré du défendeur pour un prix hors taxe de 1231 fr. (p. 10, all. no 42 admis ; p. 78-79), montant encaissé par la demanderesse (p. 11, all. no 43 admis). Ce prix a été fixé sur la base d'une estimation de l'entreprise F.

11.4 Au titre de l'assurance casco, la demanderesse est redevable envers le défendeur de 4313 fr. 40, dont à déduire la franchise de 1000 fr. et la réduction en lien avec les clauses A 1.8 et A 1.11 des CGA.

12 Le 7 juillet 2017, X. Assurances, se référant à son précédent courrier du 13 juin 2012, a de nouveau exposé que tant la conduite sous l'influence de l'alcool que le fait de franchir le carrefour alors que le feu de signalisation était au rouge constituaient une faute très grave qui lui conférait en vertu de la loi et du contrat le droit de procéder à un recours à l'encontre de son assuré (p. 117). Elle fixait son droit de recours à 37% et le chiffrait à 163'589 fr. 42, selon le décompte suivant :

- Nos dépenses dans le dossier responsabilité civile	CHF 447'775.33
- Réclamation de notre part pour faute grave de 37%	CHF 165'676.87
- Votre dommage en casco complet selon expertise	CHF 4'200.00
- Autre frais	<u>CHF 113.40</u>
- Total intermédiaire 1	CHF 4'313.40
- Franchise en casco complète	<u>CHF -1'000.00</u>
- Total intermédiaire 2	CHF 3'313.40
- Déduction de 37% pour faute grave	<u>CHF - 1'225.95</u>
- Total en votre faveur dans la casco	CHF 2'087.45
- Notre réclamation pour faute grave	CHF 165'676.87
- Déduction du montant en votre faveur en casco	<u>CHF - 2'087.45</u>
- Total en notre faveur	CHF 163'589.42

Elle invitait dès lors son assuré à s'acquitter de ce montant dans les 30 jours et l'avertissait qu'à défaut, le dossier serait transmis au service de recouvrement.

Le 30 août 2017, constatant qu'aucun paiement n'était intervenu, X. Assurances a invité A. à lui faire parvenir des arguments fondés justifiant son refus et, à défaut, lui a imparti un nouveau délai de 14 jours pour s'acquitter du montant requis de 163'589 fr. 42 (p. 14, all. nos 60-61 ; p. 120).

Le 15 juin 2018, faute de paiement, X. Assurances a fait notifier à A. un commandement de payer à concurrence de 163'589 fr. 42 avec intérêts à 5 % dès le 14 septembre 2017 ainsi que 50 fr. de frais d'encaissement (poursuite n° _____ de l'Office des poursuites de Conthey) pour la créance du sinistre n° _____. A. y a fait opposition (cf. p. 14, all. nos 62-63 ; p. 121-122).

Le 6 février 2019, X. Assurances a cité A. en conciliation par devant le Juge de commune de Vétroz, en lui réclamant le remboursement d'un montant de 132'013 fr. 20 avec intérêts à 5 % dès le 14 septembre 2017. Le 15 avril 2019, le juge de commune de Vétroz lui a délivré l'autorisation de procéder (cf. pièce n° 33, dos. p. 123).

Jusqu'à ce jour, A. n'a effectué aucun paiement en relation avec le recours exercé à son encontre par la demanderesse.

Considérant en droit

13. Le premier juge a considéré que l'exception à la couverture pour faute grave prévue dans les CGA relative aux sinistres causés en état d'ébriété était valable et conforme à l'usage, au demeurant imposé par la loi depuis le 1^{er} janvier 2015 (art. 65 al. 3 LCR). Il a retenu que le délai de prescription de deux ans, prévu à l'art. 83 al. 3 aLCR, avait commencé à courir le 4 juillet 2017, avait été interrompu le 15 juin 2018 par la notification d'un commandement de payer et n'était pas encore écoulé lors de l'introduction d'instance, le 6 février 2019. Il a estimé que le fait d'avoir conduit le 29 janvier 2012 avec un taux d'alcoolémie de 1.85 ‰ constituait une faute grave tombant sous le coup de l'exception prévue à l'art. A1.11 des CGA et qu'au vu de l'ensemble des circonstances, le pourcentage opéré par l'assurance de 30% était adapté. Tenant compte du prix de l'épave (1231 fr.) et de la propre créance de 2319 fr. 40 [70% (4313 fr. 30 – 1000 fr.)] du défendeur fondée sur l'assurance casco, le juge de district a dès lors fixé à 131'900 fr. 25 [30% (448'629 fr. 75 – 1231 fr.) – 2319 fr. 40] le montant dû par le défendeur. Il a enfin arrêté le point de départ des intérêts moratoires au 14 septembre 2017, correspondant au lendemain de l'échéance du délai de 14 jours imparti dans le courrier de la demanderesse du 30 août 2017.

L'appelant conteste tout d'abord l'état de fait retenu par le premier juge, en tant qu'il fixe à 447'398 fr. 75 les prestations versées par l'assurance. Ils contestent les postes suivants :

- 142 fr. 10 de prestations médicales ;
- 35'000 fr. d'honoraires de Me I. ;
- Les frais par 376 fr. 60 d'une seconde expertise du véhicule ;
- La facture de 600 fr. du Dr G. ;
- Les 20'000 fr. payés à la Carrosserie H. le 16 septembre 2014 ;
- La quotité de 38'163 fr. des prestations médicales prises en charge par l'assurance dans le cadre de la convention d'indemnité conclue avec B., supérieure de 516 fr. 80 au décompte de la SUVA ;

De son point de vue, les prestations n'auraient en tout cas pas dû dépasser 437'887 fr. 65.

D'une manière générale, l'appelant reproche au juge de ne pas avoir contrôlé les postes des prestations payées par l'assurance. Sur ce point, le juge serait parti à tort du principe que les conventions d'indemnisation conclues avec B. et la SUVA ne lui étaient pas défavorables, alors qu'il avait dans son mémoire-réponse expressément contesté le montant de 447'775 fr. 33 mentionné à l'allégué no 6 et avait fait la démonstration de l'inexactitude des calculs de la demanderesse dans sa plaidoirie finale. Il considère que le taux de réduction de 30% ne tient pas suffisamment compte de sa capacité économique. Il conteste en outre le point de départ des intérêts moratoires, dès lors que le montant réclamé alors par la demanderesse dans son courrier du 30 août 2017 était incorrect et qu'elle a par la suite révisé ses prétentions. Il critique enfin le point de départ du délai de prescription retenu par le juge, au motif que la demanderesse a tardé à verser les prestations. Il en déduit que la créance déduite en justice est prescrite.

14. Il convient de débiter par ce dernier grief qui peut sceller le sort de l'action.

14.1 En vertu de l'art. 83 aLCR, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2020, les actions en dommages-intérêts et en réparation du tort moral relatives à des accidents impliquant des véhicules automobiles, des cycles ou des engins assimilés à des véhicules se prescrivent par deux ans à compter du jour où le lésé a eu connaissance du dommage et de la personne tenue à réparation, mais en tout cas par dix ans à compter du jour de l'accident. 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. 1). Lorsque la prescription est interrompue à l'égard de la personne responsable, elle l'est aussi à l'égard de l'assureur, et vice versa (al. 2). Les recours entre les personnes civilement responsables d'un accident impliquant des véhicules automobiles, des cycles ou des engins assimilés à des véhicules et les autres recours prévus par la présente loi se prescrivent par deux ans à compter du jour où la prestation a été complètement effectuée et le responsable connu (al. 3). Pour le reste, le code des obligations est applicable (al. 4).

L'art. 83 al. 3 aLCR vise notamment le cas de l'action récursoire de l'assureur responsabilité civile à l'égard de son assuré fondée sur l'art. 65 al. 3 LCR (BUSSY/RUSCONI/JEANNERET/KUHN/MIZEL/MÜLLER, Code suisse de la circulation routière commenté, 2015, n. 5.2 ad art. 83 LCR ; PROBST, commentaire bâlois,

Strassenverkehrsgesetz, 2014, n. 27 ad art. 83 LCR ; FELLMANN, Schweizerisches Haftpflichtrecht, 2013, p. 292, no 1008).

Conformément au texte clair de cette disposition, le délai commence à courir au moment de l'indemnisation complète du lésé (PROBST, n. 25 ad art. 83 LCR ; BUSSY/RUSCONI, n. 5.3 ad 83 LCR ; OFTINGER/STARK, Schweizerisches Haftpflichtrecht, Besonderer Teil, II/2, 1989, § 25, nos 777-778). Il ne saurait en aller différemment, dès lors que la créance récursoire de l'assurance ne naît qu'à ce moment-là (art. 130 al. 1 CO ; ATF 133 III 6 consid. 5.3.3 ; BUSSY/RUSCONI, n. 3.8 ad art. 65 ; PROBST, n. 25 ad art. 83 LCR ; LANDOLT, Handbuch Strassenverkehrsrecht, 2018, § 2 no 186)

Bien que l'art. 83 aLCR ne le précise pas, le délai de dix ans prévu à l'al. 1 et également applicable aux cas visés par l'al. 3 (ATF 133 III 6 consid. 5.3.5 ; WEISSENBERGER, Kommentar Strassenverkehrsgesetz und Ordnungsbussengesetz, 2015, n. 10 ad art. 83 LCR ; PROBST, n. 26 ad art. 83 LCR ; GIGER, SVG, 9^{ème} éd., 2022, n. 10 ad art. 83 LCR ; BUSSY/RUSCONI, n. 5.4 ad art. 65 LCR ; OFTINGER/STARK, op. cit. § 25, N. 776 ; critiqué par WERRO, La responsabilité civile, 2017, p. 501, no 1791). De même, celui qui fait valoir une créance récursoire peut se prévaloir de la prescription pénale de plus longue durée (ATF 125 III 339 ; WEISSENBERGER, n. 21 ad art. 65 LCR et n. 12 ad art. 87 LCR ; GIGER, n. 10 ad art. 83 LCR ; BUSSY/RUSCONI, n. 5.4 ad art. 83 LCR ; OFTINGER/STARK, op. cit., § 25, n. 776).

Afin de protéger le codébiteur contre les conséquences négatives d'une action récursoire intervenant plusieurs années après le sinistre, la jurisprudence, partant de la prémisse selon laquelle le créancier récursoire qui entend s'en prendre à un coresponsable déjà libéré à l'égard du lésé par la prescription doit lui donner un avis dès qu'on peut l'exiger de lui en appliquant les règles de la bonne foi, fait appel au correctif de l'art. 2 al. 2 CC et refuse au titulaire de la créance récursoire non prescrite l'exercice de son droit s'il a omis de procéder en temps utile à un tel avis (ATF 127 III 257 consid. 6c ; ATF 133 III 6 consid. 5.3.5 ; WERRO, op. cit., p. 503, no 1796).

14.2 L'appelant ne conteste à juste titre pas le délai de deux ans retenu par le premier juge.

Pour le point de départ, le législateur a choisi un critère objectif, aisé à déterminer. S'il avait voulu faire partir le délai de la connaissance par l'assurance du dommage,

nonobstant les complications que cela pose en matière de preuve, il l'aurait fait, comme prévu à l'art. 83 al. 1 aLCR. Le législateur n'a d'ailleurs pas profité de la révision du droit de la prescription pour modifier le point de départ de l'art. 83 al. 3 aLCR. Selon le texte légal clair, il importe ainsi peu de savoir si l'assurance a connu le montant du dommage antérieurement et aurait dès lors pu verser plus tôt des prestations. Comme on l'a vu, l'assuré est par ailleurs protégé contre les inconvénients d'une action récursoire introduite plusieurs années après le sinistre d'une part par la limite du délai absolu de dix ans et d'autre part par l'obligation d'avis imposée par la jurisprudence. Partant, à l'instar du première juge, force est dès lors d'admettre que le délai de deux de l'art. 83 al. 3 aLCR a commencé à courir dès le dernier paiement fait par l'assurance, soit le 4 juillet 2017, a été interrompu lors de la réquisition de poursuite en juin 2018 et n'était pas encore échu lors de l'introduction d'instance, le 6 février 2019.

A cela s'ajoute que la demanderesse pouvait également se prévaloir de la prescription pénale de plus longue durée de 7 ans (art. 97 al. 1 let. c aCP) courant dès l'accident du 29 janvier 2012. Egalement de ce point de vue, il apparaît que la prescription n'était pas acquise.

En tout état de cause, il n'est nullement établi que la demanderesse a trainé de façon abusive. La capacité de travail de B. a varié jusqu'en mai 2016 et la SUVA n'a établi un décompte final, incluant les prestations versées par l'AI (p. 310), que le 9 janvier 2017. La demanderesse a payé le montant réclamé par la SUVA le 29 janvier 2017. Il apparaît ainsi que la demanderesse ne pouvait pas liquider le sinistre avant 2017. Son comportement ne tombe ainsi pas sous le coup de l'art. 2 al. 2 CC.

15. L'appelante met en doute le décompte de demanderesse du 7 juillet 2017.

Comme on l'a vu, il conteste quatre postes, à savoir la facture du Dr G. (600 fr.), les honoraires de Me I. (35'000 fr.), les frais d'expertise-auto (376 fr. 80), la facture de l'hôpital _____ (142 fr. 10), ainsi que le montant de la convention d'indemnisation conclue le 29 juin 2017 avec B. notamment quant aux frais médicaux (38'163 fr.). Il fait également valoir que l'assurance a payé à tort 20'000 fr. à la Carrosserie H.

15.1 Facture du Dr G.

L'appelant estime que la facture du Dr G. est sûrement déjà incluse dans l'une des conventions d'indemnisation conclue soit avec B. soit avec la SUVA.

Ce médecin a facturé ses prestations directement à la Y. Assurances (p. 66), laquelle a versé en date du 12 juin 2013 600 fr. à ce prestataire de soins (p. 68). Ni B. pas plus que la SUVA n'ayant avancé cette dépense, aucun d'eux ne pouvait faire valoir de prétention envers la demanderesse. Ces frais ne peuvent dès lors pas faire l'objet de la convention d'indemnisation du 29 juin 2017 ni être inclus dans le décompte de la SUVA du 9 janvier 2017.

15.2 Honoraires de Me I.

L'appelant estime qu'il faut déduire les acomptes versés à hauteur de 10'000 fr. des frais d'honoraires de Me I. arrêtés à 35'000 fr. dans la convention d'indemnisation du 29 juin 2017. Il ressort de ce document que le décompte impute bien un montant de 10'000 fr. à titre d'acompte payé pour aboutir au solde total de 185'000 francs (p. 52). A la suite de la signature de cette convention, la demanderesse a versé le 4 juillet 2017 150'000 fr. à B. et 35'000 fr. à Me I. Il importe peu, pour le défendeur, que la demanderesse ait déduit l'acompte du solde dû à B. plutôt qu'à son avocat, du moment que le montant total versé au titre de l'assurance RC et pris en compte dans le cadre de l'action récursoire n'excède pas le préjudice à indemniser. Partant, la critique est infondée en ce qui le concerne.

15.3 Frais d'expertise de véhicules

La demanderesse prétend avoir dû supporter le coût de deux expertises de véhicules, à savoir l'une mise en œuvre par J. Assurances pour un coût de 864 fr. et une seconde pour laquelle elle aurait déboursé 376 fr. 80. Le défendeur ne conteste pas ni n'a jamais contesté la première. Quant à la seconde, comme déjà dit, le premier juge n'en a pas tenu compte, au motif que cette dépense n'était pas établie. Partant, la critique de l'appelant est sur ce point sans objet.

15.4 Facture de l'hôpital _____

L'appelant considère que la facture de l'hôpital _____ du 9 février 2012, par 142 fr. 10, est incluse dans les frais médicaux fixés forfaitairement à 38'163 fr. dans la convention d'indemnisation du 29 juin 2017.

Il ressort du dossier que l'hôpital a adressé sa facture directement à la demanderesse (p. 54) et que celle-ci a versé le 14 juin 2012 le montant de 142 fr. 10 à l'hôpital (p. 55). B. n'ayant pas avancé cette dépense, il ne pouvait faire valoir de prétention envers la demanderesse. Ces frais ne peuvent dès lors pas faire l'objet de la convention d'indemnisation conclue avec B.

15.5 Acompte versé à la Carrosserie H.

Il ressort du dossier que ni la demanderesse pas plus que le premier juge n'ont pris en compte ces frais dans le calcul la créance de recours. Partant, la critique de l'appelant est sur ce point sans objet.

15.6 Convention d'indemnisation du 29 juin 2017

En ce qui concerne la convention d'indemnisation du 29 juin 2017, l'appelant reproche à la demanderesse de n'avoir justifié aucun montant des différents postes de dommages. Il se plaint que la convention n'indique pas la date des différents postes indemnisés. Enfin, la convention chiffre les frais médicaux passés et futurs à 38' 163 fr., alors que la SUVA a supporté des frais de traitement en faveur de B. de 37'646 fr. 20.

15.6.1.1 A teneur de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Cette règle est considérée comme le principe de base de la répartition du fardeau de la preuve en droit privé. Selon la conception dominante, qui suit la théorie des normes (Normentheorie), il en découle en principe que le rapport existant entre les normes matérielles applicables est déterminant pour la répartition du fardeau de la preuve. Ce rapport détermine de cas en cas si le fait à prouver fait naître un droit (fait générateur), s'il éteint ou modifie un droit (fait destructeur) ou s'il tient en échec cette naissance ou cette extinction (fait dirimant). Celui qui fait valoir une prétention doit établir les faits dont dépend la naissance du droit. En revanche, celui qui invoque la perte d'un droit ou qui conteste sa naissance ou son applicabilité a le fardeau de la preuve des faits destructeurs ou

dirimants. Il sied cependant d'observer qu'il s'agit là d'une règle générale (Grundregel) qui, d'une part, peut être renversée par des règles légales concernant le fardeau de la preuve et qui, d'autre part, doit être concrétisée dans le cas d'espèce (ATF 139 III 13 consid. 3.1.3.1; 130 III 321 consid. 3.1) L'art. 8 CC interdit de tenir pour exactes les allégations non prouvées d'une partie, nonobstant leur contestation par l'autre (ATF 130 III 591 consid. 5.4 ; arrêt 4A_317/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3).

15.6.1.2 La mesure dans laquelle les faits doivent être allégués et étayés résulte d'une part des éléments constitutifs de la norme invoquée et d'autre part du comportement procédural de la partie adverse (ATF 144 III 519 consid. 5.2.1.1 ; 127 III 365 consid. 2b).

Dans un premier temps, une allégation de fait ne doit pas contenir tous les détails. Il suffit que les faits qui relèvent des normes à l'appui de la demande soient allégués dans leurs traits ou leurs grandes lignes d'une manière conforme aux usages de la vie. L'allégation de faits doit néanmoins être formulée de manière suffisamment concrète pour permettre une contestation étayée ou l'apport de la preuve contraire (ATF 136 III 322 consid. 3.4.2). Les allégations sont suffisantes si, à supposer qu'elles soient prouvées, elles constituent un état de fait que le tribunal peut rattacher aux normes légales correspondantes et accorder la créance sur cette base (ATF 132 III 186 consid. 8.2). Un exposé des faits aussi complet est qualifié de concluant, car il permet, à supposer qu'il soit vrai, de conclure à la conséquence juridique sollicitée (arrêts 4A_62/2021 du 27 décembre 2021 consid. 4.1.1 ; 4A_36/2021 du 1er novembre 2021 consid. 5.1.1 ; 4A_604/2020 du 18 mai 2021 consid. 4.1.2 ; dans les deux cas avec références ; cf. aussi ATF 127 III 365 consid. 2b).

La charge de l'allégation et de la preuve n'oblige pas la partie qui en est grevée à réfuter par avance toutes les objections possibles de la partie adverse (arrêts 4A_62/2021 du 27 décembre 2021 consid. 4.1.2 ; 4A_446/2020 du 8 mars 2021 consid. 2.1 ; 4A_533/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1). Ce n'est que dans la mesure où la partie adverse conteste l'exposé concluant des faits de la partie à qui incombe la charge de l'allégation qu'intervient une charge de motivation en fait (Substanziierungslast) allant au-delà de la charge de l'allégation. Dans ce cas, les allégations doivent être présentées dans un deuxième temps, non seulement dans les grandes lignes, mais aussi de manière suffisamment complète et claire, en détaillant

les faits, pour qu'il soit possible d'en apporter la preuve ou la contre-preuve (ATF 144 III 519 consid. 5.2.1.1 ; 127 III 365 consid. 2b).

En conséquence, les contestations du défendeur doivent être suffisamment concrètes pour permettre de déterminer quelles sont les affirmations individuelles du demandeur que celui-là contestent. La contestation doit être suffisamment concrète pour que la partie adverse sache quelle allégation de fait elle doit prouver. Le degré de matérialité d'une allégation influence donc le degré de matérialité requis pour une contestation : plus les différents faits d'un état de fait global sont allégués de manière détaillée, plus la partie adverse doit expliquer concrètement lesquels de ces différents faits elle conteste. Une contestation suffisante permet à la partie chargée de l'allégation de savoir lesquelles de ses allégations elle doit continuer à étayer et lesquelles elle doit finalement prouver. Si le demandeur allègue dans ses écritures un montant dû et renvoie pour cela à bon escient à une facture annexée ou à un décompte détaillé, on peut exiger du défendeur qu'il désigne précisément les positions de la facture ou les points du décompte qu'il conteste. A défaut, la facture ou le décompte sont considérés comme insuffisamment contestés et donc acceptés (ATF 144 III 519 consid. 5.2.2.3 ; arrêts 4A_164/2021 du 21 décembre 2021 consid. 3.3 ; 4A_245/2021 du 26 octobre 2021 consid. 7.2 ; arrêt 4A_415/2021 du 18 mars 2022 consid. 5.3).

La jurisprudence du Tribunal fédéral exige que la charge de l'allégation et de la preuve soit en principe remplie dans les mémoires. Le simple renvoi global aux annexes ne suffit généralement pas. Exceptionnellement, si des faits sont allégués dans leurs grandes lignes dans un mémoire et qu'il est renvoyé à une annexe pour les détails, il convient d'examiner si la partie adverse et le tribunal obtiennent ainsi les informations nécessaires d'une manière telle qu'une reprise dans le mémoire apparaîtrait comme un simple exercice vide, ou si le renvoi est insuffisant parce que les informations nécessaires ne sont pas contenues de manière claire et complète dans les annexes ou qu'il faudrait les y chercher. Un accès aisé est garanti lorsqu'une pièce jointe est explicite et qu'elle contient exactement les informations demandées (arrêt 4A_415/2021 du 18 mars 2022 consid. 5.4). Pour qu'un renvoi soit suffisant, trois exigences sont ainsi posées

- Premièrement, les faits doivent être allégués dans leurs grandes lignes dans le mémoire.

- Deuxièmement, le mémoire doit renvoyer, au regard de l'allégué concerné, à une pièce déterminée du dossier et, au besoin, préciser quelles parties de la pièce doivent être considérées comme des allégations des parties.
- Troisièmement, la pièce jointe doit être explicite en elle-même. Autrement dit, elle doit contenir les informations utiles (à savoir celles auxquelles le mémoire se réfère) et elle ne doit pas laisser une marge d'interprétation.

Ainsi, à l'arrêt 5A_745/2021 du 26 avril 2022 consid. 2.4, statuant sur un litige relatif à une hypothèque légale des artisans et entrepreneurs, le Tribunal fédéral a considéré que la demanderesse s'était référée à bon escient, dans ses allégués relatifs aux différents travaux litigieux, aux pièces justificatives, comportant notamment des rapports journaliers, et qu'il incombait dès lors à la défenderesse de contester avec précision les travaux et leur date.

A l'arrêt 4A_415/2021 du 18 mars 2022, le Tribunal fédéral devait examiner une prétention (de l'assurance bâtiment subrogée dans les droits du maître de l'ouvrage) en dommages-intérêts fondée sur un contrat d'entreprise en raison d'une violation d'une obligation accessoire (devoir de diligence) dont l'entrepreneur devait répondre selon les principes généraux de la responsabilité contractuelle (art. 364 al. 1 CO en relation avec les art. 97 ss CO), à la suite d'un incendie ayant ravagé un bâtiment en construction. Il a considéré que la demanderesse devait uniquement alléguer et étayer le dommage. En vertu de la charge de la contestation, il appartenait, le cas échéant, au défendeur de mettre en doute que les montants réclamés se rapportaient uniquement à des travaux de réparation et d'évoquer la possibilité qu'ils incluaient aussi des travaux de finition ou des travaux supplémentaires. Enfin, si le défendeur entendait critiquer l'adéquation et la nécessité des travaux de remise en état, il lui incombait d'alléguer et de prouver tous les éléments utiles pour retenir un manquement à l'obligation de réduire le dommage (arrêt précité consid. 6.2.4).

15.6.2 En l'espèce, dans sa demande, l'assurance a allégué le montant total des prestations versées (p. 6, all. no 19) et en a détaillé les principaux postes, comprenant notamment un montant de 185'000 fr. alloué à B., respectivement son avocat, le 4 juillet 2017 selon convention d'indemnisation (p. 6 et 7, all. nos 20 et 23). Lesdits allégués renvoyaient à la convention d'indemnité du 29 juin 2017. Ce document listait les rubriques chiffrées comprises dans l'indemnité versée à B. respectivement son avocat (p. 52), de sorte que les différents postes de la créance récursoire que fait valoir

l'assurance ne doivent pas être recherchés ou interprétés d'une quelconque manière. Le défendeur s'est contenté de contester les allégués précités, sans autre motivation. Cette détermination ne permettait pas de savoir les raisons de sa contestation, en particulier s'il contestait le principe même de l'obligation de l'assurance de verser des prestations au titre de l'assurance RC, le montant des prestations d'assurance versées ou leur paiement effectif. A supposer qu'il eut fallu comprendre que la contestation portait sur le montant de 185'000 fr., plusieurs raisons pouvaient être à l'origine de cette prise de position. On peut notamment songer à des questions relatives à la validité de la convention d'indemnité, le bénéficiaire, un concours d'assurances, une réduction pour faute concurrente, des antécédents médicaux chez la victime propres à interrompre partiellement le lien de causalité, le bien-fondé de l'indemnité forfaitaire convenue. La contestation pouvait ne concerner que certains postes pris en compte et chiffrés dans le calcul de l'indemnité globale forfaitaire, notamment l'évaluation du dommage futur (frais médicaux, dommage de rente, dommage ménager) ou le tort moral, difficiles à chiffrer. Au vu de la jurisprudence, la détermination du défendeur était insuffisante. Il lui incombait de désigner, au stade de l'échange d'écritures, quels postes il contestait et d'en indiquer les raisons. On peut en effet tirer un parallèle avec l'arrêt 4A_415/2021 précité concernant la créance en dommages-intérêts déduite en justice par le maître de l'ouvrage à l'encontre de l'entrepreneur fautif. Il incombait ainsi à l'assurance d'établir les éléments fondant sa créance, à savoir l'existence d'une faute grave et les prestations d'assurance payées. En revanche, tout comme le maître de l'ouvrage n'avait pas à établir le bien-fondé des travaux qu'il avait dû financer pour remédier au préjudice causé par l'entrepreneur, la demanderesse ne devait pas, en l'absence de contestation motivée, démontrer que les prestations qu'elle avait versées au lésé et à la SUVA couvraient des prétentions légitimes de ceux-ci. Il ne lui incombait en effet pas d'alléguer et de prouver tous les faits propres à démontrer toutes les objections que la partie adverse était susceptible d'opposer à sa prétention. Faute de contestation en temps utile suffisante, les prestations allouées à Aslani, respectivement son avocat, doivent être considérées comme admises.

En réalité, on peut même aller plus loin et se demander si le fardeau non pas seulement de la contestation, mais bien la preuve elle-même du caractère infondé des prestations d'assurance versées n'incombait pas au défendeur. En effet, les CGA conféraient à l'assurance un pouvoir de représentation de l'assuré, dont la responsabilité était engagée, envers le lésé et lui déléguaient le pouvoir de reconnaître les prétentions du lésé, de les payer ou au contraire de les contester et de mener un

procès. On en conclut que la demanderesse était contractuellement légitimée à négocier avec B. une convention d'indemnité, sans avoir à justifier envers l'assuré le bien-fondé des prestations allouées. Cela découle également de l'art. 65 LCR qui confère au lésé une prétention directe contre l'assurance responsabilité civile (ATF 77 II 70). Si le défendeur estimait que l'assurance avait abusé de son pouvoir de représentation, il lui incombait de l'établir, s'agissant d'un fait dirimant. Ainsi, tout comme, dans l'arrêt 4A_415/2021 précité, il appartenait à l'entrepreneur défendeur à l'action en dommages-intérêts d'établir une violation de l'obligation de réduire le dommage, il faut admettre en l'espèce que le défendeur supportait le fardeau de la preuve que tout ou partie des prestations d'assurance avaient été allouées indûment.

La doctrine considère également qu'il appartient au défendeur d'établir, en cas d'accord passé entre l'assurance et le lésé, que la transaction est erronée en fait (préjudice mal calcul, par ex.) ou en droit (mauvaise appréciation de la responsabilité, par ex. ; BUSSY/RUSCONI, n. 3.6 ad art. 65 LCR ; OFTINGER/STARK, op. cit., § 26 N. 232, n.b. 406).

Enfin, s'agissant de l'argument relatif à la discordance entre les montants de 38'163 fr. et 37'646 fr. 20, on relèvera qu'il s'agit de postes distincts du dommage consécutif au sinistre, qui ne se recoupent dès lors pas. Pour les frais de traitements médicaux, la demanderesse a en effet payé d'une part 38'163 fr. (inclus dans l'indemnité forfaitaire de 195'000 fr.) au lésé (p. 52) et cumulativement 37'646 fr. 20 (inclus dans le montant de 239'876 fr. 35) à la SUVA (p. 299). On en déduit que B. a supporté certaines dépenses non prises en charge par la SUVA, raison pour laquelle la demanderesse lui a versé des prestations. Il n'y a dès lors aucun sens de comparer ces deux montants.

15.7 Calcul de la créance récursoire

Le raisonnement développé au considérant précédent en relation avec le montant forfaitaire versé à B. peut être étendu au reproche fait par l'appelant au juge de ne pas avoir examiné dans leur ensemble les prestations d'assurance versées. Comme on l'a vu, il incombait au défendeur d'alléguer et de prouver que la demanderesse avait alloué au lésé et à des tiers des prestations excédant le dommage dont il répondait, à tout le moins de préciser sa contestation en indiquant quels postes des prestations d'assurance globales de 447'775 fr. 35 (déduction faite du prix de l'épave) il contestait et d'en indiquer les motifs.

On ne discerne pour le surplus pas d'erreur de calcul dans le décompte de l'assurance. Comme on l'a vu, elle a en particulier dûment tenu compte des acomptes versés à Me I., comme cela ressort tant des allégués nos 20 et 23 let. a et b que de la convention d'indemnité du 29 juin 2017 (p. 52). Dès lors qu'elle a payé certains frais médicaux directement aux prestataires de soins, ces dépenses ne sont pas incluses, à juste titre, dans les conventions d'indemnisation conclues avec la SUVA et B.

16. L'appelant estime que la quotité de la créance récursoire ne tient pas compte de sa capacité économique.

Le premier juge a appliqué l'art. 65 al. 3 LCR dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2015, au motif que le contrat d'assurance avait été dénoncé avant cette date (jugement, p. 23 24 consid. 10. a). Ce point n'a suscité aucune critique de la part de l'appelant. Dans son mémoire réponse, il avait du reste lui-même invoqué l'application de l'ancien droit (p. 155). Or, l'art. 65 al. 3 a LCR ne prévoyait pas la prise en compte de la situation économique de la personne contre laquelle le recours est formé pour fixer le montant de la créance récursoire. Partant, faute de motivation suffisante (sur l'exigence de motivation, cf. arrêt 4A_290/2014 du 1^{er} septembre 2014 consid. 3.1), le grief touchant au taux de réduction est irrecevable.

Du point de vue de la cour de céans, l'application de l'ancien art. 65 LCR paraît d'ailleurs pertinente. En effet, en vertu de l'art. 1 du Titre final CC applicable par analogie (arrêt 4C.143/2005 du 20 septembre 2005 consid. 3.2), les effets juridiques de faits antérieurs à l'entrée en vigueur du code civil continuent à être régis par les dispositions du droit fédéral ou cantonal sous l'empire duquel ces faits se sont passés (principe de non rétroactivité). Or, en l'espèce, la responsabilité externe et interne des différents coresponsables (y compris de la demanderesse et du défendeur) découle de l'accident. Cela vaut également pour le droit de recours de la demanderesse qui est la conséquence de son obligation d'indemniser les lésés. Comme l'accident a eu lieu avant l'entrée en vigueur de la modification de l'art. 65 al. 3 LCR, cette disposition s'applique au présent litige dans son ancienne teneur.

A supposer que l'art. 65 al. 3 LCR dans sa teneur actuelle soit applicable (au regard non pas de la date de l'accident mais de la naissance de la créance récursoire), s'agissant d'un fait dirimant dans une cause soumise à la maxime des débats, il appartenait au défendeur d'alléguer et de prouver que sa situation économique ne lui permettait pas de payer tout ou partie de la créance déduite en justice par la

demanderesse, d'autant qu'il s'agissait d'informations auxquelles celle-ci n'avait pas accès. Même en seconde instance, l'appelant se contente de critiquer pour ce motif le taux appliqué par l'assurance et par le juge, sans fournir les éléments utiles permettant d'apprécier sa situation financière et familiale actuelle. Il n'appartient pas au juge de rechercher dans le dossier pénal des informations lacunaires datant de surcroît de 2012. Partant, ce grief doit être rejeté.

En tout état de cause, il convient de ne pas accorder trop de poids à la situation économique de l'assuré lors de la fixation de la créance récursoire. En effet, ce critère, ajouté lors de la modification de l'art. 65 al. 3 LCR entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015, fait l'objet de critiques de la part de l'ensemble de la doctrine, en tant qu'il privilégie sans raison les chauffards (BUSSY/RUSCONI, n. 3.13 ad art. 65 LCR ; LANDOLT, commentaire bâlois, n. 67 ad art. 65 LCR ; WEISSENBARGER, n. 30-31 ad art. 65 LCR). L'art. 65 al. 3 LCR constitue un succédané du droit de l'assureur à la réduction des prestations. On ne comprend dès lors pas que les critères de fixation ne se recoupent pas entre cette disposition et l'art. 14 LCA, lequel ne prévoit pas la prise en compte de la situation économique de l'assuré.

On relèvera que la demanderesse a déjà été généreuse envers le défendeur en acceptant postérieurement au sinistre de modifier la police avec effet rétroactif au 5 janvier 2012 (p. 278). La police précédente, établie le 10 janvier 2012, avec effet au 5 janvier 2012, tout comme celle encore antérieure du 16 novembre 2011 (p. 256), ne couvrait qu'un seul véhicule, à savoir l'Audi A3 (p. 264 ; contrairement à la police du 07.01.2011 qui couvrait l'Audi et la Fiat avec plaques interchangeables, p. 238), et c'est à la suite de la proposition du 14 février 2012 (p. 270 ss), postérieure au sinistre, que la Fiat Punto GT, au volant de laquelle le défendeur a eu l'accident du 29 janvier 2012, a de nouveau été comprise dans la police (établie le 5 mars 2012 avec effet rétroactif au 5 janvier 2012). On peut d'ailleurs se demander si la demanderesse a accepté la proposition en connaissance de cause, dès lors que le questionnaire annexé au contrat ne faisait pas état de l'accident (p. 275) et que l'avis de sinistre date du 28 mars 2012.

17. L'appelant critique encore le point de départ des intérêts moratoires. Il considère que les décomptes que lui a adressés la demanderesse ne pouvaient valoir interpellation, dès lors qu'ils étaient incorrects.

Dans son courrier du 7 juillet 2017, la demanderesse a réclamé au défendeur un montant de 163'589 fr. 42. Sans réponse de sa part, elle lui a imparti le 30 août suivant un délai de 14 jours pour s'acquitter de cette somme. Il est constant que le montant finalement alloué est inférieur. Le fait que la demanderesse a fait valoir des prétentions excessives ne rend pas pour autant inefficace son interpellation. Il était en effet loisible au défendeur de s'acquitter du montant qu'il estimait dû. En définitive, sur ce point également le jugement de première instance doit être confirmé.

18. Vu le sort de l'appel, la répartition des frais de première instance est confirmée (art. 106 al. 1 CPC). Le montant des frais et dépens n'étant pas entrepris, les points 3 et 4 du dispositif du jugement du 12 août 2020 sont confirmés.

En ce qui concerne la procédure d'appel, vu le sort du recours, l'intégralité des frais et dépens sont mis à la charge du défendeur (art. 106 al. 1 CPC).

L'émolument d'appel est calculé par référence au barème applicable en première instance, compte tenu d'un éventuel coefficient de réduction de 60 % au maximum (art. 19 LTar). Les critères de fixation des frais en première et en seconde instance sont identiques (cf. art. 13 al. 1 LTar).

Vu la faible ampleur de la cause, son degré ordinaire de difficulté, la situation financière des parties, ainsi que les principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations, l'émolument forfaitaire de décision (art. 95 al. 2 let. b CPC), prélevé sur les avances de l'appelant, est fixé à 4000 francs (art. 13 al. 1 et 2, 17 et 19 LTar). Le solde des avances, par 2000 fr., lui est restitué.

Les honoraires en appel sont calculés par référence au barème applicable en première instance, compte tenu d'un coefficient de réduction de 60 %.

Vu la faible ampleur de la cause et de son degré ordinaire de difficulté, mais aussi la valeur litigieuse et l'activité utilement déployée par l'avocat de la demanderesse, lequel a pris connaissance de l'écriture d'appel et a déposé une détermination, ses dépens sont arrêtés à 4500 fr., TVA et débours compris (art. 27, 29 al. 2, 32 al. 1 et 35 al. 1 let. a LTar).

Par ces motifs,

Prononce

- I. L'avis de sinistre du 28 mars 2012 est versé en cause. Pour le surplus, la requête en preuve de A. est déclarée irrecevable, respectivement rejetée.

- II. Le jugement dont appel est confirmé; en conséquence, il est statué :
 1. L'action introduite le 11 juin 2019 par X. Assurances est partiellement admise.

 1. A. versera à X. Assurances un montant de 131'900 fr. 25 avec intérêts à 5% l'an dès le 14 septembre 2017.

 2. Les frais de justice, arrêtés à 13'000 fr. (première instance : 9000 fr. ; seconde instance : 4000 fr.), sont mis à la charge de A.

 3. A. versera à X. Assurances un montant de 16'500 fr. (première instance : 12'000 fr. ; seconde instance : 4500 fr.) à titre de dépens et 9000 fr. à titre de remboursement d'avances.

Sion, le 3 novembre 2022

Cour civile II