

Cour de Justice du canton de Genève, 21 mai 1999,
F. c. AXA Compagnie d'Assurances sur la Vie, Lausanne

Faits: Par jugement du 22 octobre 1998, notifié aux parties par pli recommandé du greffier le 29 octobre suivant, le Tribunal de première instance, après avoir rectifié les qualités de la défenderesse, a dit que la police d'assurance n° .. conclue le 6 septembre 1995 par C. F. et AXA Compagnie d'assurances sur la vie, ci-après: AXA, avait été valablement résiliée, le 26 avril 1996, en application de l'art. 6 LCA, a débouté C. F. de ses conclusions en restitution des primes payées, à hauteur de 453 fr. 60, avec suite de dépens pour le demandeur.

Il n'est plus contesté en appel que C. F. a reçu notification du jugement du 22 octobre 1998 en date du 2 novembre 1998.

Par acte déposé au greffe de la Cour le 2 décembre 1998, C. F. appelle de ce jugement dont il demande l'annulation, concluant par ailleurs qu'il soit constaté que le contrat litigieux est valable et en force, qu'AXA soit condamnée à lui verser la somme de 453 fr. 60, avec intérêts à 5% dès le 12 mars 1996, date moyenne, avec suite de dépens pour l'intimée et distraction de l'indemnité de procédure en faveur de son conseil.

AXA a conclu à la confirmation du jugement entrepris, avec suite de dépens.

L'argumentation juridique des parties sera examinée ci-après, dans la mesure utile.

La Cour fait sien l'état de faits du premier juge, dont les éléments essentiels sont les suivants:

C. F., né le 7 octobre 1957, ressortissant portugais, vit en Suisse depuis 1978. Il a travaillé jusqu'au début de l'année 1995 comme grutier pour l'entreprise P. C. SA.

A la suite d'une chute en arrière d'une hauteur d'environ 1,5 m, le 27 janvier 1995, il s'est d'abord rendu au CMCE, où les examens radiographiques n'ont révélé aucune lésion d'importance, puis chez le Dr Y. K., dès lors que les douleurs lombaires persistaient et irradiaient les membres inférieurs. Ce praticien a ordonné un arrêt de travail pour une durée de 3 semaines. Une consultation en avril 1995 s'est avérée sans rapport avec les suites de l'accident. En revanche, en raison de nouvelles douleurs dans le bas du dos et la jambe gauche, C. F. a à nouveau consulté son médecin traitant, qui a ordonné des examens, lesquels n'ont toutefois pas mis en évidence de problèmes particuliers. En juillet 1995, les douleurs se sont atténuées et C. F. a fait savoir à son médecin qu'il partait en vacances.

Par le passé, C. F. avait eu, en 1989, un premier accident, soit une chute dans la baignoire ayant nécessité un arrêt de travail de plusieurs semaines, en raison de douleurs cervicales, ainsi que, en 1991, un épisode de lombalgie aiguë.

A la fin du mois d'août 1995, C. F. a été contacté par un courtier en assurances, St. M., employé de longue date de C. SA, laquelle travaille pour différentes assurances, dont l'Union UAP, Compagnie d'assurances sur la vie (ci-après: l'UAP), devenue AXA Compagnie d'assurances sur la vie. St. M. a proposé à C. F. de conclure une assurance maladie meilleur marché. L'entretien a eu lieu en date du 29 août 1995 au domicile de C. F., en présence de l'épouse de ce dernier et de M. A., une amie de la famille, en visite ce jour-là. A l'issue de la rencontre, C. F. a signé une proposition d'assurance-vie mixte, remplie préalablement par St. M., prévoyant le versement d'un capital de 30'000 fr. en cas de décès par maladie et de 60'000 fr. en cas de décès accidentel, avec une assurance complémentaire de libération du paiement des primes en cas d'incapacité de travail par suite de maladie ou d'accident. Le contrat était conclu pour une durée de 28 ans, dès le

1er octobre 1995, moyennant versement d'une prime de 1'434 fr. par année, ou 126 fr. 70 par mois.

Il n'est pas contesté que C. F. n'a pas lu ou relu cette proposition d'assurance avant de la signer et que les informations qu'elle contient sont fausses ou incomplètes. Ainsi, C. F. est décrit comme étant en parfaite santé et apte au travail; ni l'accident du mois de janvier 1995 ni les suites de celui-ci ne sont mentionnés. La rubrique relative à d'éventuelles maladies des os ou des articulations, soit notamment les sciaticques et lombalgies, comporte la mention "non". Les rubriques générales "suite d'accident ou traitement pour accident ou intoxication" et "autres maladies, infirmités ou suites dont il n'est pas question ici" comportent les mêmes réponses négatives. A la question: "Qui est votre médecin de famille ou le médecin que vous consultez habituellement?", il est indiqué "néant".

C. F., entendu à deux reprises durant la procédure, a expliqué que le courtier lui avait lu toutes les questions et avait noté les réponses au fur et à mesure. Il avait parlé audit courtier de l'accident du mois de janvier 1995 et de l'incapacité de travail qui en était résultée. Il avait également dit que le traitement médical en rapport avec le mal de dos n'était pas encore terminé. Le courtier, qui avait lui-même rempli le questionnaire, en quelques minutes, avait répondu que cela n'avait aucune importance. "Il m'a ensuite demandé de signer. Je n'ai pas pu lire le questionnaire, d'abord parce que j'ai du mal à lire et parce que je faisais confiance au courtier." Toujours selon C. F., ce dernier ne lui avait pas demandé quel était son médecin traitant et quand il l'avait consulté pour la dernière fois.

Le Tribunal a entendu notamment le courtier St. M., qui a expliqué de quelle manière il procédait lors des entretiens avec les futurs éventuels assurés. Il posait lui-même toutes les questions, mettait les croix dans les cases correspondantes et notait les informations fournies. Il invitait toujours les clients à répondre de manière complète et mentionnait sur le questionnaire toutes les affections qui lui étaient indiquées, même si elles étaient bénignes. Si donc C. F. lui avait parlé de lombalgies ou d'un accident, il en aurait fait mention. Une fois le questionnaire rempli, celui-ci était réexaminé avec le client avant que ce dernier ne signe. Lors de son audition, le témoin n'avait plus de souvenir quant au déroulement de l'entretien en question. Concernant plus précisément C. F., St. M. a déclaré qu'il était possible qu'il ait, dans un premier temps, proposé la conclusion d'une assurance-maladie et seulement, ultérieurement d'une assurance-vie. S'agissant de ce dernier type d'assurances, il avait l'habitude d'assortir son offre d'une assurance pour la libération des primes en cas d'incapacité de gain; il expliquait à ses clients le but de cette dernière assurance. Dès lors qu'il visitait 4 à 5 clients par jour, il n'avait plus de souvenir de l'entretien avec C. F.

Le témoin M. A. a déclaré qu'elle avait été présente au domicile des époux F. lors de l'entretien entre St. M. et C. F. La discussion avait d'abord porté sur la conclusion d'une nouvelle assurance-maladie pour Madame F. et le fils du couple. St. M. avait ensuite proposé à C. F. une assurance-vie plus chère que celle qu'il avait déjà, ce que l'intéressé avait refusé. St. M. avait demandé à C. F. s'il était capable de travailler. Vu la réponse affirmative à cette question, le courtier avait dit qu'il était possible de conclure une assurance et avait lui-même rempli le questionnaire, sans poser d'autres questions, notamment à caractère médical, à C. F. Ce dernier avait ensuite signé le questionnaire, sans le lire. "Ensuite, M. F. et M. M. ont bu un café et l'agent est parti." Vraisemblablement sur question de l'une des parties ou du juge, le témoin a précisé que C. F. avait dit à St. M. qu'il avait eu un accident et avait été en arrêt de travail. Interrogé par le courtier, C. F. avait indiqué le nom de son médecin. St. M. n'avait rempli ce questionnaire qu'une fois ces réponses obtenues; il a dit à C. F. qu'il était pressé, de sorte que ce dernier n'avait pas pu relire le questionnaire. Le témoin a également rectifié sa déposition en ce sens que le courtier n'avait proposé une assurance(-vie) plus chère à C. F. qu'après avoir rempli le questionnaire. St. M. avait également proposé au témoin de conclure une assurance - sans autre précision - et lui avait donné rendez-vous à cet effet; rendez-vous qu'il n'avait toutefois pas honoré.

Dès la fin du mois de septembre 1995, l'état de santé de C. F. s'est à nouveau détérioré. Son médecin traitant a prescrit un arrêt de travail ainsi que des investigations complémentaires. Un urologue consulté par la suite a posé le diagnostic de prostatite. Entre le 15 décembre 1995 et le 12 janvier 1996, C. F. a été traité à l'Hôpital cantonal en raison de ses douleurs lombaires. Une reprise d'activité professionnelle, le 1er février 1996, s'est soldée par un échec une semaine plus tard. Une nouvelle tentative, entreprise début avril 1996, a dû être interrompue aussitôt. Depuis lors, C. F. se trouve en incapacité de travail, et a dû recevoir des soins psychiatriques, en raison d'un état dépressif, suspecté déjà un an auparavant par le spécialiste consulté.

Le 1er février 1996, C. F. a informé l'UAP qu'il avait subi un accident professionnel au début de l'année 1995, qu'il était en arrêt de travail depuis le 13 octobre 1995, mais qu'il devait reprendre son activité professionnelle sans délai. Il a sollicité à être libéré du paiement des primes durant cette période d'incapacité, les primes déjà versées devant soit lui être restituées, soit être compensées avec les versements dus pour les mois à venir.

Le 24 avril 1996, le Dr Y. K. a établi - sur un document à l'entête "Sociétés suisses d'assurances sur la vie" - un certificat médical circonstancié relatant l'évolution de l'état de santé de C. F. depuis l'accident du mois de janvier 1995, notamment les périodes d'incapacité de travail, les examens entrepris, les plaintes émises et l'échec de tous les traitements, enfin la décision d'arrêt de travail du 4 avril 1996.

Par lettre recommandée du 26 avril 1996, l'UAP a invoqué l'art. 6 LCA relatif à la réticence et a déclaré annuler le contrat d'assurances du 6 septembre 1995.

Les 14 et 30 août 1996, le conseil de C. F. a formellement contesté l'existence d'un cas de réticence et s'est étonné que son client avait reçu, malgré l'annulation du contrat, des rappels de primes et des sommations en rapport avec la police d'assurance litigieuse. L'examen des pièces produites montre qu'en date du 6 juin 1996, un rappel a été adressé à C. F. par l'UAP relativement à la prime du mois de mai précédent; la sommation du 26 juin 1996 émane également de l'UAP; en revanche, le dernier rappel du 23 août 1996 provient de C. SA.

Le 4 septembre 1996, l'UAP a expliqué au conseil de C. F. que l'avis de prime pour le mois de mai 1996 ait été expédié le 16 avril, soit avant la découverte de la réticence, et que C. SA n'avait pas qualité pour représenter la Compagnie. Durant la procédure, le représentant d'AXA a expliqué que C. SA bénéficiait d'un contrat d'agent négociateur, payé à la commission.

Par acte déposé en conciliation le 2 octobre 1997, C. F. a sollicité du Tribunal de première instance qu'il constate, principalement, que le contrat d'assurance-vie n° .. était valable et en force, au fond, qu'il condamne AXA, Compagnie d'assurances sur la vie, à lui verser la somme de 453 fr. 60 avec intérêts à 5% dès le 12 mars 1996, date moyenne, avec suite de dépens, correspondant aux primes dont il s'était acquitté entre la fin du délai de carence intervenu le 12 janvier 1996 au 30 avril 1996, car elles n'étaient pas dues en raison de sa maladie.

AXA, Compagnie d'assurances sur la vie, s'est opposée à la demande et à conclu à son rejet, avec suite de dépens.

Motifs: Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi (art. 296 et 300 LPC), l'appel est recevable.

Compte tenu de la nature du litige, s'agissant de conclusions tendant à la constatation de la validité d'un contrat d'assurance-vie d'un montant de 30'000 fr. au minimum, le Tribunal de première instance a statué en premier ressort (art. 22 al. 2 et 24 LOJ). En conséquence, la voie de l'appel ordinaire est ouverte et la Cour dispose d'un pouvoir de cognition complet (art. 291 al. 1 LPC).

En appel, C. F. fait valoir, pour la première fois, que l'intimée aurait tardé à invoquer la réticence, en ne déclarant que par lettre du 26 avril 1996 vouloir annuler le contrat d'assurance sur la base de l'art. 6 LCA.

Constitue une réticence l'omission de déclarer ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que la personne astreinte à la déclaration connaissait ou devait connaître (art. 6 LCA). L'assureur dispose alors du droit de se départir du contrat, avec effet ex tunc, dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.

Il est constant que les parties ne sont pas liées par l'argumentation juridique qu'elles ont présentée à l'appui de leur demande ou de leur défense. Elles peuvent ainsi modifier devant la Cour le fondement juridique de leurs conclusions, voire même soulever pour la première fois en appel une objection, tel le défaut de légitimation active ou passive. Toutefois, la présentation d'un nouveau moyen de droit en appel ne doit pas porter atteinte à la loyauté des débats (Bertossa/Gaillard/Guyet, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n° 12 ad art. 312). Ainsi, le plaideur qui invoque pour la première fois une objection en appel pourra légitimement être pénalisé, par la prise en charge de tout ou partie des dépens, pour avoir inutilement tardé à soulever ce moyen (Bertossa/Gaillard/Guyet, op. cit., n° 2 ad art. 308).

Le premier juge, examinant la question d'office, a constaté que l'intimée n'avait pas allégué la date à laquelle elle avait eu connaissance du cas de réticence, mais que l'appelant n'avait pas allégué que l'intimée avait agi tardivement. Le dossier ne contenant pas de faits lui permettant de statuer sur une éventuelle péremption du droit d'invoquer la réticence, le Tribunal a estimé qu'il convenait d'appliquer par analogie la jurisprudence du Tribunal fédéral relatif à l'avis des défauts.

Dans sa réponse au mémoire d'appel, l'intimée a expliqué, que sa décision d'annuler le contrat pour cause de réticence avait été prise au vu du rapport médical du Dr K. du 24 avril 1996, qui lui avait fourni tous les éléments nécessaires à cet effet.

Cette explication est parfaitement convaincante. Il aurait certes été prudent que l'intimée indique d'emblée de quelle manière elle avait réagi au courrier de l'appelant du 1er février 1996, lequel donnait déjà un certain nombre d'éléments qui ne concordaient pas avec les informations contenues dans la proposition d'assurance. C'est l'intimée qui a produit le rapport du Dr K. du 24 avril 1996, ce qui permet de retenir que c'était elle qui en avait demandé l'établissement. L'on ne saurait reprocher à une assurance de s'entourer de tous renseignements utiles, ce que l'intimée a manifestement fait, avant de procéder à un acte aussi grave que la résolution d'un contrat pour cause de réticence.

La Cour admet donc que l'intimée a agi dans le délai de péremption (ATF 118 II 338) prévu par la loi. En effet, ce délai ne commence à courir que lorsque l'assureur est complètement orienté sur tous les points touchant la réticence (ATF 118 II 333; Kuhn, Droit des assurances privées, 148; Viret, Droit des assurances privées, 103).

Pour déterminer s'il y a ou non réticence, à savoir pour juger si le proposant a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif. Du moment que la loi ne se contente pas de ce que le proposant, en réponse aux questions correspondantes, communique à l'assureur les faits importants pour l'appréciation du risque qui doivent être connus de lui, la LCA institue un critère objectif, indépendant de la connaissance effective qu'a le proposant des faits concrets. Il faut toutefois également tenir compte de toutes les circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du proposant. En effet, celui-ci doit déclarer à l'assureur, outre les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, non pas d'une façon générale tous les faits de cette nature qui sont objectivement reconnaissables lors de la conclusion du contrat, mais seulement ceux qui font l'objet de questions écrites et qui lui sont connus ou doivent être connus de lui. Ce principe vaut non seulement dans le cas exceptionnel du proposant dont les facultés mentales ne sont pas normalement développées, mais bien dans tous les cas. Ce qui est finalement décisif consiste à déterminer si, et dans

quelle mesure, le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (ATF 116 II 340 ss; 96 II 209 ss, consid. 4; 72 II 131). La LCA exige du proposant qu'il se demande sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur. Même s'il n'est en principe pas exigé de lui qu'il procède à des investigations approfondies ou s'informe auprès de tiers de façon systématique sur l'existence d'un pareil fait, il doit tout de même se renseigner au besoin pour donner des indications précises (ATF 39 II 307, RBA XIII 17, cité par Viret, op. cit. 102).

Le proposant remplit l'obligation qui lui est imposée s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur. Il est fondé à attribuer aux termes techniques employés dans ces questions, dont il ne connaît pas le sens et qui ne lui sont pas expliqués, le sens qu'on leur prête en général dans les milieux où il vit, en particulier le sens que le langage usuel attache à ces termes (ATF 79 II 307 ss; 46 II 192). La violation du devoir concernant les déclarations obligatoires s'apprécie sans égard à une éventuelle faute du preneur (ATF 109 II 60 ss).

Il ne faut admettre qu'avec la plus grande retenue l'existence d'une réticence, en raison de la rigueur de la loi, qui prévoit la résolution du contrat, non son adaptation (ATF 101 II 344).

L'appelant admet, ce qui est d'ailleurs une évidence, que le questionnaire contenu dans la proposition d'assurance est non seulement incomplet, mais comporte des réponses fausses.

Compte tenu de l'état de santé décrit dans cette proposition et de l'état de santé de l'appelant à teneur des certificats médicaux produits et des explications données par les médecins au cours des enquêtes, on se trouve, objectivement, dans une situation où une résolution du contrat d'assurance était justifiée.

L'appelant fait valoir que les lacunes et inexactitudes du questionnaire ne lui sont pas imputables et critique le premier juge qui a préféré le témoignage de l'agent St. M. à celui, qualifié de peu fiable, du témoin M. A.

La Cour ne peut qu'approuver l'appréciation faite par le premier juge qui a analysé dans le détail non seulement les contradictions entre les deux témoignages précités, mais également - facteur déterminant - les contradictions entre les propres déclarations de l'appelant et celles du témoin M. A. Sans reprendre tous les éléments, il faut relever que l'appelant a déclaré en comparution personnelle que le courtier lui avait posé une série de questions auxquelles il avait répondu, mais n'avait pas voulu connaître le nom du médecin traitant. Le témoin A. a affirmé quant à lui, en contradiction avec ce qui vient d'être rappelé, que le courtier n'avait posé aucune question à l'appelant, mais avait demandé qui était le médecin traitant. L'appelant a indiqué n'avoir pas relu le questionnaire, car il avait de la peine à lire et faisait confiance au courtier. Le témoin A. a prétendu que l'appelant n'avait pu relire le questionnaire, parce que le courtier était pressé, tout en affirmant que les deux hommes avaient bu du café, une fois l'affaire conclue.

Il n'est à l'évidence pas déterminant que le courtier ne se soit pas souvenu des circonstances précises dans lesquelles la proposition d'assurance litigieuse a été conclue. St. M., entendu sous serment, a expliqué, de manière logique et cohérente, de quelle manière il procédait pour remplir les questionnaires, s'agissant d'un mode de procéder courant lorsque les futurs preneurs d'assurance ont un niveau de formation peu important et/ou un déficit de langue. Le témoignage M. et la déclaration de l'appelant concordent d'ailleurs, dans la mesure où ce dernier a dit avoir répondu à toutes les questions, notamment d'ordre médical, qui lui avaient été posées. A moins de suspecter le courtier d'avoir volontairement coché les fausses réponses - aucun élément ne permet de retenir cette hypothèse - on ne comprend pas comment l'appelant, répondant à des questions précises, a pu dire qu'il n'avait jamais souffert de lombalgies ou qu'il n'avait pas été en arrêt de travail dans les trois ans écoulés. Seul l'appelant avait intérêt à améliorer sa

situation, contrairement au courtier, employé dans la même société depuis de nombreuses années. Le Tribunal n'a ainsi nullement procédé à une mauvaise appréciation des éléments de preuve, en particulier des témoignages.

En plaidant devant la Cour, le conseil de l'appelant a encore soutenu, que ce dernier ne maîtrisait pas la langue française, ce qui pouvait expliquer qu'il avait peut-être mal compris les questions qui lui étaient posées. Cette argumentation, jamais invoquée précédemment, ne saurait être retenue. D'une part, l'appelant lui-même n'a jamais affirmé éprouver une quelconque difficulté à comprendre la langue française, mais a dit qu'il avait du mal à lire, ce qui est différent. D'autre part, le premier juge a pu procéder à deux reprises à l'interrogatoire de l'appelant sans recourir à l'aide d'un interprète, ce qui affaiblit encore la portée de cet argument. Enfin, l'appelant réside en Suisse depuis une vingtaine d'années et y a travaillé en qualité de grutier, ce qui présuppose un minimum de connaissances linguistiques.

Il faut donc admettre, sur le plan subjectif également, que les conditions de l'art. 6 LCA, telles que précisées par la doctrine et la jurisprudence, sont réunies. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a déclaré annuler, plus adéquatement, résoudre le contrat d'assurance pour cause de réticence.

Quant au dernier grief de l'appelant adressé, au Tribunal, lequel aurait a tort dénié toute portée aux rappels et sommation à lui adressés par l'intimée, soit à l'époque l'UAP, il est également infondé. La résolution d'un contrat en application de l'art. 6 LCA est un acte formateur, dont les effets se produisent "ex tunc". Ni une sommation ni un rappel n'était donc de nature faire renaître les contrats ainsi résolus. La Cour relève que l'appelant, qui fait preuve d'un comportement gravement contraire à la bonne foi, est particulièrement malvenu de se plaindre de ce que le premier juge a qualifiée "de mauvaise coordination entre des services distincts de la Compagnie d'assurances" étant observé de surcroît qu'un des rappels émanait de C. SA. L'appelant ne pouvait donc raisonnablement croire qu'en lui adressant un rappel et une sommation, l'intimée entendait revenir sur la résolution du contrat, intervenue en raison des fausses déclarations du proposant, soit sans rapport avec le versement des primes.

En ce qui concerne la demande tendant à la restitution des primes versées entre le 12 janvier et le 30 avril 1996, la Cour observe que, dans sa demande introductive d'instance, l'appelant l'a formulée dans l'hypothèse où il serait constaté que les conditions de la réticence ne seraient pas réalisées; dans son mémoire après enquêtes, l'appelant a persisté dans ses conclusions initiales sur ce point; aucun développement supplémentaire ne figure dans l'acte d'appel.

L'existence d'une réticence ayant été admise par la Cour, la demande en restitution des primes payées durant la période de maladie devrait de ce seul fait être rejetée.

La Cour entend néanmoins rappeler qu'en cas de résiliation - en fait résolution - du contrat, pour cause de réticence notamment, l'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours au moment de la résiliation (art. 25 al. 1er LCA), sauf dans les hypothèses prévues aux alinéas 2 à 4, dont il n'est pas allégué qu'elles ou l'une d'elles serai(en)t réalisée(s). Dès lors que la résolution rétroagit au jour de la conclusion du contrat (Viret, op. cit. 103) et qu'elle est intervenue précisément parce que l'appelant a caché à l'intimée qu'il était atteint dans sa santé, il ne saurait bénéficier de la clause contractuelle (art. 1.6.1 des conditions d'assurance applicables aux assurances complémentaires) le dispensant du paiement des primes, car cela supposerait que le contrat fût en force. L'intimée a d'ailleurs renoncé d'elle-même à exiger le paiement du solde de prime dû pour la première année d'assurance (art. 6.2 des conditions générales d'assurances).

Il s'en suit que le jugement entrepris doit être intégralement confirmé, avec suite de dépens pour l'appelant.

Un émolument complémentaire sera mis à la charge de ce dernier, vu la complexité de la cause, amplifiée en appel par une argumentation juridique nouvelle de la part de l'appelant.

P a r c e s m o t i f s

L a C o u r

A la forme

Reçoit l'appel interjeté par C. F. contre le jugement no .. rendu le 22 octobre 1998 par le Tribunal de première instance dans la cause .. .

Au fond :

Confirme ce jugement.

Condamne C. F. aux dépens de la procédure d'appel, qui comprennent une indemnité de procédure de 1'000 fr. à titre de participation aux honoraires d'avocat de l'intimée.

Condamne C. F. à verser à l'Etat de Genève un émolument complémentaire de 1'000 fr.

Déboute les parties de toutes autres conclusions.