

LA COUR D'APPEL DE BRUXELLES DE 14 SEPTEMBRE 2010

EN CAUSE DE :

La SA D., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, (...), inscrite à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro (...),

appelante,

représentée par Maître Carl DE MEYER et Maître Carina GOMMERS, avocats à 1040 Bruxelles, rue des Nerviens, 9 — 31,

CONTRE:

A.S.B.L. T., dont le siège social est établi à 1060 Bruxelles, (...),

intimée,

représentée par Maître Vincent CALLEWAERT, avocat à 1170 Bruxelles, chaussée de la Hulpe, 187,

* * *

Vu les pièces de la procédure, notamment :

1. L'arrêt prononcé par la cour de céans le 25 septembre 2006, et les antécédents de procédure qui y sont visés ;
2. Le rapport de l'expert D., déposé au greffe de la cour le 10 avril 2008 ;

* * *

Attendu que la cour se réfère à son arrêt du 25 septembre 2006, qui, après avoir résumé les faits et les antécédents de la procédure, a, en substance :

- estimé que le premier juge avait à bon droit dit la demande originaire de T. recevable, au regard de l'article 31, alinéa 2 de la loi anti-discrimination ;

- énoncé les conditions que devait réunir une différence de traitement « objective et raisonnable », à savoir :
 - que la distinction de traitement poursuive un but légitime,
 - que le critère de distinction soit objectif,
 - que la distinction soit pertinente par rapport à ce but, en ce sens que sa mise en oeuvre doit être en mesure de réaliser adéquatement celui-ci,
 - que la distinction de traitement soit nécessaire pour réaliser l'objectif qu'elle poursuit, en ce sens qu'il ne doit pas exister une mesure qui, tout aussi efficace pour parvenir à ce but, se révèle cependant moins attentatoire aux droits et libertés en cause,
 - que la distinction de traitement soit proportionnée au sens strict : un juste équilibre doit être maintenu entre les bénéfices et les préjudices qu'elle génère ;
- admis que l'évolution des coûts médicaux liés à « l'effet générationnel » était bien établie ;
- relevé que la charge de la preuve de la non-discrimination reposait sur D., à qui il incombait dès lors de prouver la « nécessité » de l'augmentation des primes par tranches d'âge qu'elle a choisi d'appliquer ;
- avant de statuer plus avant, chargé l'expert D. de la mission précisée au dispositif de cette décision ;

Attendu que les débats ont été repris ab initio dans la mesure demeurant nécessaire ;

Attendu que l'expert judiciaire conclut son rapport dans les termes suivants :

1. Au niveau des principes généraux :

Si l'utilisation du critère de l'âge en assurances hospitalisation n'est nullement une obligation actuarielle absolue, (- il a été montré que différents types de tarifs existent avec ou sans ce critère), son utilisation dans le cadre d'une augmentation est un corollaire du choix opéré initialement dans la structure du tarif. En particulier, s'il est fait usage d'un tarif par tranche d'âge à la souscription, la technique actuarielle conduit, compte tenu notamment des réserves de vieillissement, à devoir moduler l'augmentation en fonction de l'âge atteint.

De même, si l'on utilise un tarif individualisé en fonction de l'âge à la souscription, toute augmentation tarifaire devrait obéir au même type de schéma que les opérations de péréquation en assurance vie et donc déboucher sur une augmentation individualisée, calculée contrat par contrat.

2° En ce qui concerne plus spécifiquement le cas D. :

D., pour les produits incriminés, avait choisi un tarif par tranche d'âge.

Les précédentes opérations d'augmentations menées avaient été basées sur des augmentations linéaires, induisant de ce fait des biais. D. a voulu pour la première fois en 2003 se rapprocher d'une augmentation actuarielle et tenir compte de l'âge atteint

dans l'importance des taux d'augmentation. On peut considérer que l'opération ainsi menée constitue un premier pas vers une augmentation plus équitable en fonction du risque de chaque assuré. Si, sur un plan purement technique, il aurait été plus exact de se baser sur les taux bruts par tranche (voir 6.2. ci-dessus) (-voire d'effectuer une adaptation individualisée contrat par contrat), la technique retenue conduisant à moduler les taux d'augmentation en fonction de l'âge tout en maintenant une certaine solidarité entre les tranches est incontestablement un pas dans la bonne direction. Elle est en tout état de cause plus proche de la réalité actuarielle qu'une adaptation linéaire aveugle qui aurait inutilement pénalisé les tranches jeunes » (R.E, pages 17-18) ;

Attendu que, dans ses conclusions après expertise, T. maintient les demandes qu'elle avait formulées, par voie d'appel incident, telle que décrites dans l'arrêt du 28 septembre 2006 ;

Attendu que T. soutient que le rapport d'expertise devrait lui être déclaré inopposable, ou qu'à tout le moins, il ne pourrait se voir attribuer une quelconque valeur probante, en raison des nombreuses irrégularités qui ont entaché les travaux d'expertise et le rapport proprement dit ;

Que les critiques que formule T. à l'encontre du rapport d'expertise sont les suivantes :

- l'expert n'aurait pas répondu aux questions pertinentes posées par T.,
- l'expert aurait communiqué tardivement ses procès-verbaux de réunion,
- l'expert n'a pas établi d'état de frais et honoraires,
- l'expert a modifié ses préliminaires,
- l'expert a utilisé une méthode critiquable d'analyse du portefeuille ;

Attendu, s'agissant du premier grief, que T. a adressé à l'expert une note d'observations (pièce 18 de son dossier) et trois notes de faits directoires (pièces 19 à 21) ;

Que l'expert, qui avait été invité par la cour à répondre à toutes questions des parties en relation avec sa mission, a expressément répondu à la question de T. concernant l'absence d'augmentation des primes pour la catégorie d'âge de 0 à 19 ans ;

Que l'expert a aussi répondu aux diverses questions de T. liées à l'utilisation de l'âge comme critère de segmentation lors de l'augmentation des primes ; qu'en effet, cette question était au coeur même de l'expertise, et tout le raisonnement de l'expert s'attache, précisément, à analyser dans quelle mesure ce critère, tel que pris en compte par la D., est justifié ;

Qu'il n'y a pas lieu d'exiger de l'expert qu'il réponde, point par point et trait pour trait, à chacune des questions posées par les parties, dès lors qu'il ressort de son rapport qu'il rencontre leur argumentation, pour autant que celle-ci soit en lien avec la mission qui lui avait été confiée ;

Que, par ailleurs, certaines des questions de T. étaient sans lien avec la mission confiée, ou à tout le moins jugées par l'expert comme non pertinentes ; que c'est ainsi

que l'expert a expliqué pourquoi il estimait ne pas devoir répondre à certaines questions, en écrivant, dans son procès-verbal du 3 octobre 2007 :

« L'expert précise que sa mission se limite à ses yeux d'une part à analyser d'un point de vue conceptuel le mode d'augmentation et d'autre part de vérifier si le mécanisme d'augmentation entrepris par D. obéit bien aux préceptes théoriques. L'expert considère que sa mission ne consiste pas à effectuer un audit des statistiques de D. ni de répondre à des points non directement liés à la question de base de l'expertise »;

Qu'il s'agit de ce qui précède qu'aucune violation, ni des droits de la défense, ni de l'article 6 § 1er de la CDEH, n'est partant, à retenir à cet égard ;

Attendu, s'agissant du deuxième grief, il faut relever :

- que le PV de la réunion du 21 mars 2007 a été envoyé par mail aux parties le lendemain (Pièce 36 de D.)
- que l'obligation de dresser des procès-verbaux des réunions fut introduite par le nouvel article 972 bis § 2, al. 3 du Code judiciaire et n'est partant pas applicable à l'expertise ici examinée, ordonnée avant le 2 septembre 2007
- qu'en tout état de cause, la communication de procès verbaux de réunion dans un délai fut-il relativement éloigné de la date de la réunion elle-même, n'apparaît pas constituer une circonstance de nature à énerver la régularité de l'expertise
- qu'il en est d'autant plus ainsi que T. était présente aux dites réunions, et n'a pas manqué, d'ailleurs, de réagir à la réception des procès-verbaux, en vue de faire part à l'expert des omissions qu'à son estime, comportaient, ce qui infirme l'argumentation de T. suivant laquelle le retard dans la communication des procès-verbaux l'aurait empêchée d'apprécier l'adéquation entre leur teneur et la teneur réelle des réunions y relatées ;

Que le troisième grief de T. est lié au fait que l'expert n'a pas joint à son rapport son état de frais et honoraires ;

Que cette circonstance n'affecte toutefois pas la validité du rapport ;

Que D., qui expose avoir provisionné l'expert à concurrence de 23.631,30 €, en réclame le paiement à charge de T. au titre de dépens de la procédure ; que cette question sera examinée ci-après ;

Que le quatrième grief est relatif à la modification des préliminaires, qui ont fait l'objet de deux versions successives, la première adressée en avril 2007 et la seconde en septembre 2007, T. reprochant en particulier à l'expert d'avoir ôté, dans la seconde version, un tableau qui figurait dans la première, tableau qui émanait de la D. et que T. jugeait favorable à sa thèse ;

Que l'expert s'est cependant expliqué à ce propos dans le procès-verbal de la réunion du 3 octobre 2007 (« T. constate qu'un tableau qui figurait dans le premier projet de rapport ne figure plus dans le deuxième rapport ; l'expert précise que la section 5 et les annexes correspondantes ont précisément été refaites suite à la première réunion plénière du mois de mai et les réunions techniques qui ont suivi »);

Que la pièce en cause a été soumise à la contradiction et que D. a fait savoir qu'elle ne s'opposait pas à ce que cette pièce soit réintroduite dans le rapport ;

Que, sur le fond de la contestation, T. estime que cette pièce démontre qu'il était techniquement possible pour la D. de déterminer le pourcentage d'augmentation tarifaire à appliquer à chaque assuré en fonction de sa situation contractuelle, et que, sauf exceptions, les pourcentages moyens d'augmentation appliqués s'écartaient sensiblement des pourcentages qui auraient dus être retenus eu égard à la situation contractuelle des assurés composant chaque segment ;

Qu'il sera vu ci-après, à l'occasion de l'examen des griefs de T. portant sur le fond du rapport, que l'expert n'a pas manqué d'opérer ces constatations, qui n'énervent cependant en rien les conclusions de son rapport et la motivation qui la sous-tend ;

Que le constat que l'expert ait estimé ne pas devoir, en définitive, retenir ce tableau, n'infirme pas la régularité de l'expertise et ne permet pas de conclure à l'absence d'impartialité de l'expert ;

Qu'à cet égard, c'est de manière non pertinente que T. fait état de l'existence, signalée sur le site de (...), d'un accord de partenariat entre D. et (...), que préside l'expert judiciaire ;

Qu'il faut relever en effet que cet accord, inauguré le 14 octobre 2009, date du 27 février 2009, soit largement après le dépôt du rapport d'expertise qui date du 10 avril 2008 ;

Que rien n'indique que, avant le dépôt de ce rapport, l'expert ait noué ou entretenu avec D. des rapports privilégiés de nature à mettre en doute son impartialité ou son indépendance durant le cours de l'expertise ; qu'un rapport d'expertise ne doit pas être écarté du seul fait que l'expert judiciaire a, postérieurement au dépôt du rapport, noué de telles relations ;

Que le cinquième grief concerne la méthodologie d'analyse du portefeuille ;

Que l'arrêt du 25 septembre 2006, précisant la mission de l'expert, avait invité ce dernier à se faire remettre par les parties tous les documents et explications et, « si nécessaire », à recueillir auprès des organismes compétents les informations relatives au coût de l'hospitalisation et des soins de santé tels qu'ils étaient connus en 2003 ;

Qu'il ne peut dès lors être reproché à l'expert de n'avoir pas mené d'investigations auprès de tiers, dans la mesure où il a estimé être suffisamment informé par les documents et explications fournis par les parties elles-mêmes ;

Que, par ailleurs, D. a remis lors de la réunion du 20 février 2007 un jeu de statistiques relatives aux divers produits ayant fait l'objet de l'augmentation incriminée, à la suite de quoi l'expert a formulé des commentaires et demandé à D. un document complémentaire explicatif (voir PV de la réunion du 20 février 2007, page 52 du R.E) ;

Que ce document fut remis par D. le 21 mars 2007 (voir page 54 du R.E.) ;

Que lors de la réunion du 7 juin 2007, l'expert a demandé à D. la constitution d'un échantillon de polices, sous la forme d'un tableau excel;

Que D. a donné suite à cette demande le 14 juin 2007 (voir page 58 du R.E.) et que les informations et documents ainsi transmis furent analysés par l'expert lors des réunions techniques des 9 et 16 juillet 2007, à l'occasion desquelles D. a également remis à l'expert un document intitulé « différentes étapes du contrôle des données de l'échantillon », visant à contrôler la juste origine des différentes données par rapport aux données figurant dans les bases de données de la compagnie (R.E, page 59) ;

Que l'expert a, à juste titre, précisé qu'il ne lui appartenait pas de faire un audit des données statistiques fournies par D. ;

Qu'il a également procédé à un contrôle de certaines polices, soit de 45 polices produites par D. (voir R.E., page 59) ;

Que l'expert a reçu de la part de D. les explications relatives aux bases techniques utilisées par elle pour établir ses calculs et notamment fourni les « calculs valeurs gPX » dans lesquels figurent les bases techniques utilisées (voir annexe 5 du R.E. et pièces y relatives) ;

Que, si l'expert, avisé des protestations de T., avait estimé que les données sur lesquelles il fondait son raisonnement étaient soit non fiables, soit incomplètes, ou encore que les échantillons remis n'étaient pas représentatifs, il aurait émis les réserves ad hoc et, le cas échéant, procédé à des investigations complémentaires, quod non en l'occurrence ;

Que la méthodologie suivie par l'expert n'apparaît pas sujette à critique et que les contestations de T. à ce propos ne peuvent être suivies ;

-000-

Attendu que T. adresse également diverses critiques portant sur le fond du rapport d'expertise, qui serait entaché d'incohérences et d'inexactitudes, en ce que :

- l'expert n'indique pas s'il est ou non acceptable que l'augmentation de tarif litigieuse ait été faite en utilisant comme seul critère de segmentation celui de l'âge, alors que plusieurs critères sont appliqués à la souscription du contrat (âge, sexe, domicile,), et sans tenir compte de la date de souscription du contrat ;
- l'expert n'explique pas pour quel motif il serait justifié d'appliquer l'augmentation litigieuse sur la prime commerciale et non seulement sur la prime pure ;
- l'expert n'a pas tenu compte du fait qu'à partir d'un certain âge, la réserve de vieillissement se met à décroître ;

- l'expert n'a pas vérifié le bien-fondé de l'assertion de D. selon laquelle les coûts de soins de santé auraient augmenté de manière plus importante pour les assurés plus âgés (« effet générationnel »);

Que ces griefs ne sont pas fondés ;

Qu'il faut rappeler que T. soutenait à l'origine que l'augmentation des primes par tranches d'âge était discriminatoire en ce sens qu'elle pénalisait injustement les assurés plus âgés, et que c'est une augmentation linéaire qu'il aurait fallu pratiquer ;

Que c'est dans le cadre de cette problématique que la cour a désigné l'expert D. qui, avait, par conséquent, pour mission principale d'analyser l'augmentation telle que pratiquée, par comparaison avec une augmentation linéaire telle que la préconisait T. ;

Que cet expert a clairement exposé qu' « une augmentation linéaire n'aurait pas été une méthode exacte au point de vue actuariel » et que « l'utilisation dans le passé de plusieurs augmentations linéaires a [...] induit dans le portefeuille des biais que l'adaptation de 2003 est censée également corriger » (R.E., page 11 — voir aussi R.E., page 17) ;

Qu'il a également mis en évidence que « l'opération ainsi menée constitue un premier pas vers une augmentation plus équitable en fonction du risque de chaque assuré. Si, sur un plan purement technique, il aurait été plus exact de se baser sur les taux bruts par tranche (voir 6.2. ci-dessus) (-voire d'effectuer une adaptation individualisée contrat par contrat), la technique retenue conduisant à moduler les taux d'augmentation en fonction de l'âge tout en maintenant une certaine solidarité entre les tranches est incontestablement un pas dans la bonne direction. Elle est en tout état de cause plus proche de la réalité actuarielle qu'une adaptation linéaire aveugle qui aurait inutilement pénalisé les tranches jeunes » ;

Que l'expert n'était pas chargé d'analyser tous les paramètres qui auraient pu être pris en considération pour procéder, le cas échéant, à une augmentation ;

Qu'il a du reste exposé que, sur le plan actuariel, plusieurs formules étaient concevables et justifiables ;

Que T. ne peut, sans autre justification et sans fournir le moindre calcul à l'appui de ses critiques, affirmer maintenant qu'il aurait fallu, sous peine de discrimination, tenir compte également de la date de la souscription de chaque contrat d'assurance ;

Attendu qu'il est par ailleurs inexact d'affirmer que l'expert aurait reconnu que l'augmentation n'aurait dû concerner que la prime pure à l'exclusion de la prime commerciale et qu'il se serait, à ce propos, contredit dans son rapport ; que c'est seulement dans l'annexe 1 du rapport (page 20 du R.E.), où sont décrites les différentes techniques de tarification qui peuvent être envisagées en matière de soins de santé, que l'expert a indiqué se limiter dans la suite du raisonnement à l'analyse de la prime pure (« nous nous limiterons ici dans la suite à l'analyse de la prime pure ») ;

Qu'il ne s'ensuit cependant pas que l'augmentation ne pouvait légitimement être calculée par D. sur la prime globale ;

Que l'expert n'a, au demeurant, jamais émis une telle opinion ;

Qu'étant acquis qu'une augmentation globale des primes (indépendamment de la segmentation de cette augmentation), devait intervenir, afin de permettre à l'assureur de se conformer à ses obligations, il importe peu que cette augmentation ait été calculée en augmentant d'un pourcentage déterminé la prime globale (i.e. prime pure + prime commerciale), plutôt que d'augmenter la prime pure sans augmenter la prime commerciale ;

Qu'en cette dernière hypothèse, l'augmentation aurait nécessairement dû être d'un pourcentage plus élevé que dans la première hypothèse, afin d'aboutir au même résultat en termes de recettes globales pour l'assureur ;

Que l'on n'aperçoit pas en quoi le choix de la première méthode plutôt que de la seconde, pourrait être une source de discrimination entre les assurés, dès lors qu'elle fut appliquée à l'ensemble d'entre eux ;

Attendu que, par ailleurs, les développements contenus dans le rapport de l'expert démontrent que ce dernier était parfaitement avisé de l'incidence des réserves de vieillissement et du fait que celles-ci se réduisent au-delà d'un certain âge ;

Que l'on n'aperçoit pas en quoi la remarque de T. à ce propos affecterait les conclusions du rapport d'expertise ;

Que, s'agissant de l'évolution des coûts médicaux en raison de l'effet générationnel, la cour en a déjà admis la réalité dans son arrêt du 25 septembre 2006, avalisant la thèse de D. qui consistait à soutenir que, par cet effet, le coût des soins de santé a davantage augmenté pour les assurés plus âgés que pour les plus jeunes ;

Que, d'ailleurs, l'évidence commande de constater que, si les coûts des actes médicaux augmentent de manière générale, en raison de l'évolution de la science et des technologies, cette augmentation est ressentie de manière plus importante par ceux qui consomment davantage d'actes médicaux, en l'occurrence par les assurés plus âgés, et que ceux-ci sont de plus en plus nombreux en raison de l'augmentation de l'espérance de vie ;

Que l'expert n'était, dès lors, pas chargé de vérifier cette prémisse ;

Attendu que T. soutient aussi qu'en toute hypothèse, D. demeurerait en défaut d'établir la nécessité de la différence de traitement appliquée, qui ne reposerait pas sur une justification objective et raisonnable ;

Qu'elle s'appuie à ce propos sur les conclusions du rapport de l'expert, qui laissent entendre qu'il existait une autre manière de procéder à l'augmentation tarifaire pour faire face à l'augmentation des coûts de soins de santé, à savoir se baser sur les taux bruts par tranche, voire effectuer une adaptation individualisée contrat par contrat ;

Attendu que l'expert a estimé que, compte tenu de la technique tarifaire utilisée à la souscription (tarif différencié en fonction de l'âge à la souscription), l'application

d'une adaptation différenciée en fonction de l'âge est conforme aux principes actuariels qu'il a décrits (cfr. page 11 R.E.) ;

Qu'il a exposé que des taux d'augmentation contrat par contrat ont été mis en évidence, dépendant de la situation individuelle de chaque contrat, et a admis que le regroupement par tranches suivait une hiérarchie correcte des taux, les trois classes d'âge retenues (20-29 ans ; 40-59 ans 60 ans et plus) présentant des profils clairement différents (voir spéc. pages 12 et 15 R.E.) ;

Qu'il a mis en évidence que, théoriquement, les taux moyens d'augmentation à appliquer étaient les suivants :

- de 20 à 39 ans : +2%
- de 40 à 59 ans : + 16%
- 60 ans et plus : + 42,1 %,

et souligné dès lors la tension particulièrement forte en fonction de l'âge (pages 12 et 13 du R.E.) ;

Qu'il a ensuite exposé que c'était pour limiter cette tension que l'assureur a voulu limiter l'augmentation pour les assurés plus âgés, en maintenant volontairement une politique de solidarité, indiquant que l'augmentation incriminée se situait à mi-chemin entre l'augmentation linéaire absolue et une augmentation purement actuarielle (page 13 du R.E.) ;

Que l'on aperçoit ainsi que, loin de pénaliser injustement les assurés les plus âgés, l'augmentation telle que pratiquée en l'espèce leur est favorable puisqu'elle ne leur inflige qu'une hausse de 24% au lieu de 42%, chiffre auquel aurait conduit le calcul actuariel pur, fondé sur les tranches brutes par âge ;

Que le maintien d'une solidarité de la part des assurés plus jeunes, qui se voient infliger une augmentation supérieure à celle à laquelle aurait conduit un calcul actuariel pur, n'est pas davantage révélateur d'une discrimination, mais est inhérente au secteur de des assurances, caractérisé par une hétérogénéité des portefeuilles (« Une des grandes caractéristique de l'assurance réside dans le fait que tous les individus ne sont pas égaux devant le risque : certains ont une propension à provoquer des sinistres plus fréquents dont le coût est plus élevé que d'autres [...]. L'hétérogénéité induit immanquablement un certain degré de solidarité parmi les assurés du portefeuille. Lorsqu'une prime uniforme est réclamée aux assurés d'un portefeuille hétérogène, certains assurés paient trop pour la couverture de leur risque, et ce surcroît de prime sert à diminuer artificiellement la prime d'autres assurés. [...] Afin de limiter le degré de solidarité induite par le tarif, les assureurs ont progressivement différencié le montant des primes. A cet égard, le lecteur doit garder à l'esprit que la différenciation tarifaire n'a aucun impact sur la sinistralité. Donc, quelle que soit la politique tarifaire de la compagnie, l'encaissement relatif pur relatif au portefeuille doit rester le même (puisque'il correspond au coût attendu des sinistres). Dès lors, toute diminution de prime pour une catégorie d'assurés entraîne nécessairement une augmentation corollaire des primes payées par d'autres catégories d'assurés. Une différenciation tarifaire trop poussée peut donc avoir des effets désastreux sur un marché d'assurance. En effet, une telle différenciation restreint considérablement le champ de l'assurabilité : en diminuant (souvent très modérément)

le montant de la prime de certaines catégories d'assurés, on augmente celui supporté par d'autres, parfois au point de les exclure du marché de l'assurance. Le marché de l'assurance R. C. est édifiant à ce propos. Un tarif segmenté, même s'il limite le degré de solidarité entre les assurés (en mutualisant les risques au sein de groupes plus homogènes) laisse subsister des transferts de primes entre les assurés. Une certaine dose de solidarité est donc inhérente à l'activité d'assurance, et il est illusoire d'espérer éliminer la solidarité en augmentant le degré de segmentation a priori » M. D., « Quand la différenciation tarifaire est-elle techniquement justifiée ? », pièce 24 du dossier de T. ; dans le même sens, N. D. P. et J. D., Commission des assurances - rapport du groupe de travail — segmentation, spéc. page 16, pièce 31 du dossier de T.) ;

Qu'une augmentation appliquant les taux bruts par tranches, et, a plus forte raison, une augmentation individualisée contrat par contrat, aurait conduit à infliger aux assurés plus âgés une charge telle qu'elle n'aurait pas été acceptable socialement et économiquement pour ceux-ci ;

Que D. avait l'obligation d'augmenter ses tarifs afin de maintenir son équilibre financier et de respecter ses obligations d'assureur ; qu'une augmentation en fonction des taux bruts par tranches ou contrat par contrat aurait mené à une segmentation plus accentuée, de nature lui faire perdre un certain nombre d'assurés plus âgés et, ainsi, de compromettre sa situation financière, ce qui aurait mis en péril la réalisation de l'objectif poursuivi par l'augmentation (« une segmentation toujours plus poussée peut [aussi] conduire à une guerre des tarifs dont les plus faibles acteurs du marché se verraient exclus et les sociétés qui subsistent, confrontées à une baisse des bénéfices ou à une augmentation des pertes » (N. D. P. et J. D., Commission des assurances - rapport du groupe de travail — segmentation, spéc. page 15, pièce 31 du dossier de T.) ;

Qu'en résumé, il doit être constaté que l'augmentation tarifaire litigieuse, qui poursuit un but légitime, est fondée sur un critère de distinction objectif - en l'occurrence, l'âge des assurés, suivant les tranches définies ci-avant -, que la différence de traitement est pertinente par rapport à ce but, qu'elle est nécessaire pour réaliser l'objectif qu'elle poursuit - tenant compte des différents paramètres dont devait tenir compte la D., à défaut d'autres moyens moins attentatoires à l'égalité pour parvenir au but poursuivi-, et qu'elle est proportionnée, maintenant un juste équilibre entre les bénéfices et les préjudices qu'elle génère ;

Qu'elle repose, dès lors, sur une justification objective et raisonnable ;

Que l'appel est, partant, à déclarer fondé ;

Attendu que, l'expert n'ayant pas déposé d'état de frais et honoraires, il y a lieu de réserver la liquidation des dépens en ce qui concerne ceux-ci ;

PAR CES MOTIFS,

LA COUR, statuant contradictoirement,

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

dit l'appel principal fondé et l'appel incident non fondé;

en conséquence, met à néant le jugement dont appel en ce qu'il a dit la demande originaire de T. partiellement fondée ;

statuant à nouveau,

dit cette demande non fondée ;

en déboute T. et la condamne aux dépens des deux instances ;

liquide les dépens d'appel jusqu'à 186 € + 1.200 € dans le chef de D. et à 1.200 € dans le chef de T., la liquidation des dépens de l'expertise judiciaire étant réservée.

Cet arrêt a été rendu par la 4ème chambre de la cour d'appel de Bruxelles, composée de Ch. DALCQ, Conseiller ff. Président de la chambre, M. CHARON, Conseiller, G. BELVA, Conseiller suppléant, qui ont assisté à toutes les audiences et ont délibéré à propos de l'affaire.

B. NOËL

G. BELVA

M. CHARON

Ch. DALCQ

Madame M.CHARON se trouve dans l'impossibilité de signer l'arrêt.

Il a été prononcé par Ch. DALCQ, conseiller ff. Président de la chambre, assisté de B. NOËL, greffier le 14 -09-2010

B. NOËL

Ch. DALCQ