

-----  
TRIBUNAL DE COMMERCE francophone de BRUXELLES

Chambre des actions en cessation — Salle E  
-----

R.G. : A/161005917

EN CAUSE DE:

1. UNIA — CENTRE INTERFEDERAL POUR L'EGALITE DES CHANCES ET LA LUTTE CONTRE LE RACISME ET LES DISCRIMINATIONS, dont le siège social est situé à 1000 Bruxelles, rue Royale 138

Demanderesse comparissant par Me K.(...), avocat, rue (...).

2. Madame B.(...), née le (...), domiciliée à (...);

Demanderesse comparissant en personne et assistée de Me M.(...), avocat, en nom personnel et loco Me D.(...), avocat, avenue (...).

CONTRE :

(...), dont le siège social est établi à (...), BCE (...);

Défenderesse comparissant par Me S.(...), avocat, et Me D.(...) loco Me S.(...), avocat, Place (...).

Vu les pièces de la procédure et notamment la requête contradictoire déposée au greffe le (...) et notifiée le (...) avec invitation comparaître à notre audience publique du (...), et les conclusions des parties ;

Oùï les conseils des parties et la demanderesse B.(...) à l'audience publique du (...);

La demande des deux demanderesses, telle que précisée en conclusions, tend à entendre constater une discrimination au préjudice de Mme B.(...) en ce que la défenderesse lui refuse toute possibilité de souscrire une assurance solde restant quelles que soient les modalités ;

Elle tend à entendre ordonner la cessation de la pratique discriminatoire constatée à l'égard de Mme B.(...), dès le prononcé du jugement à intervenir, et à entendre condamner la défenderesse au paiement d'une astreinte de 2.500,00 € par manquement constaté à la cessation à ordonner, à partir du lendemain du prononcé du jugement à intervenir ;

Elle tend à entendre ordonner l'affichage du jugement dans tous les locaux accessibles au public de la défenderesse et de la (...) et la publication d'un résumé à rédiger du jugement à intervenir dans deux journaux francophones et deux journaux néerlandophones ;

La demanderesse B.(...) sollicite en outre la condamnation de la défenderesse à lui payer l'indemnité forfaitaire prévue par l'article 18 § 2 de la loi du 10-5-2007, fixée à titre principal à 1.300,00 € et à

titre subsidiaire à 650,00 € en guise de dédommagement du dommage moral subi suite à la pratique discriminatoire constatée

Contexte du litige.

En 2011, Mme B.(...) et son compagnon de l'époque, M. N.(...), ont contracté un emprunt hypothécaire en vue de l'acquisition commune d'un immeuble situé à (...);

Parallèlement à la conclusion de cet emprunt, M. N.(...) a souscrit une police d'assurance solde restant dû auprès de la défenderesse, le (...);

Mme B.(...) s'est séparée de son compagnon en 2014;

Afin de conserver son immeuble et l'emprunt hypothécaire, elle a envisagé de contracter un emprunt de 160.000,00 € à rembourser en 22 ans;

Elle s'est adressée à la défenderesse afin de solliciter la souscription à son nom d'une police d'assurance solde restant dû en couverture de ce crédit;

Mme B.(...) étant atteinte du VIH, la défenderesse lui a demandé d'étayer son dossier d'une attestation médicale émanant de son médecin traitant

Mme B.(...) a transmis à la défenderesse une attestation datée du 12-2-2015 du Professeur V.(...), qui la suit aux cliniques (...)

Par lettre du (...), la défenderesse a refusé la couverture sollicitée dans les termes suivants: '(...) Après analyse de ces renseignements par notre médecin-conseil, nous sommes sincèrement au regret de devoir vous informer que votre dossier ne peut malheureusement pas être accepté. Notre refus est motivé par le risque lié à l'évolution de l'infection par le VIH en traitement depuis plus de 15 ans avec actuellement un taux de CD4 trop bas (...)' ;

Par mail du (...), la défenderesse a précisé sa position dans les termes suivants. Nous comprenons votre déception. Cependant, il n'existe pas encore de statistiques de très longue durée concernant les divers traitements de l'infection par le VIH. Nous aurions besoin de statistiques sur minimum 38 ans pour pouvoir évaluer votre cas.

Nous ne pouvons nous baser que sur des critères objectifs comparatifs. Vous êtes en traitement depuis 15 ans et vous demandez une couverture décès de 23 ans encore, et d'autre part votre taux de CD4 est inférieur à 400, ce qui serait trop bas pour garantir une bonne immunité face à des maladies opportunistes'

Par mail du (...), la défenderesse a précisé que son réassureur avait également confirmé le refus pour les mêmes raisons ;

Face à ce refus, Mme B.(...) a saisi le Bureau du suivi des tarifications, lequel a confirmé la décision de refus de la défenderesse par un mail du (...);

Le (...), Mme B.(...) a déposé plainte auprès de l'Ombudsman des assurances et auprès de la

demanderesse UNIA ;

Par mail du (...), elle a introduit auprès de la défenderesse une nouvelle demande d'assurance pour une période réduite à 17 ans et 4 mois et pour un montant réduit à 122.000,00 € ;

Elle a adressé à la défenderesse une attestation du 4-6-2015 du Dr V.(...), des cliniques (...), qui conclut comme suit :

'Moyennant une observance stricte du traitement antirétroviral, on peut estimer que l'espérance de vie de la patiente rejoindra quasiment celle de la population générale et ceci sans tenir compte des progrès qui seront encore effectués dans ce domaine'

Par mail du (...), la défenderesse a émis un nouveau refus de couverture ; Ce refus est motivé comme suit :

En nous basant strictement et uniquement sur les informations et / ou renseignements et / ou examens médicaux que vous nous avez fournis jusqu'à présent et actuellement en notre possession, nous sommes cependant et malheureusement contraints de maintenir notre décision de refus de couverture, et ce quel que soit le montant à assurer ou la durée à couvrir ; si cependant vous pouvez nous fournir de nouveaux éléments ( informations et/ou renseignements et/ou résultats d'examens médicaux récents) démontrant et prouvant une évolution favorable de votre état de santé par rapport à ceux qui sont déjà en notre possession, notre service médical et son médecin-conseil restent disposés à réexaminer votre dossier et éventuellement à revoir leur position'

Par lettre du (...), UNIA avait déjà dénoncé le refus de la défenderesse, estimant que cette décision pourrait entrer en contradiction avec le prescrit de la loi du 10-5-2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination ; elle a demandé à la défenderesse de lui faire connaître les éléments ayant justifié cette décision de refus au regard des exigences de la législation anti-discrimination ;

Cette lettre est restée sans réponse, malgré un rappel recommandé du 14-(...) et un mail de rappel du (...);

UNIA a mandaté un avocat qui a mis la défenderesse en demeure par lettre (...) de reconsidérer sa décision de refus ; celle-ci a confirmé sa position ;

La requête contradictoire en cessation a été déposée au greffe le (...);

Discussion.

- La compétence matérielle.

La défenderesse soutient que le juge des cessations est matériellement incompétent au regard des articles 18 à 20 de la loi du 10-5-2007, dans la mesure où, à travers la mesure de cessation qu'elles stipulent, les demanderesses visent en fait à la contraindre à conclure avec Mme B.(...) un contrat d'assurance ;

Les demanderesses se basent sur l'article 20 § 1 à 3 de la loi du 10-5-2007 qui attribue compétence au président du tribunal de 1<sup>ère</sup> instance ou, selon la nature, du tribunal du

travail ou de commerce, pour constater l'existence et ordonner la cessation d'un acte constituant un manquement aux dispositions de ladite loi ;

En application de l'article 18 § 1 et § 2, la victime d'un tel manquement est en droit de réclamer une indemnisation ;

En l'espèce, la demande tend à entendre  
– constater une discrimination commise par la défenderesse  
– ordonner la cessation de cette pratique  
– condamner la défenderesse à indemniser la victime

Les objets de la demande entrent sans conteste dans le champ de compétence attribué par la loi du 10-5-2007 au juge des cessations ; Cette exception est rejetée ;

– La recevabilité

° La défenderesse fait valoir en conclusions que le délai de comparution fixé à l'article 20 § 4 al. 3 de la loi du 10-5-2007 a été dépassé et elle conclut à l'irrecevabilité ;

Les demanderesses relèvent à bon droit qu'aucune sanction n'est prévue par la loi ; Cette exception, qui manque de fondement, n'est pas maintenue en plaidoiries ;

° La défenderesse fait également valoir que les demanderesses n'établissent pas avoir un intérêt à agir au sens de l'article 18 du Code judiciaire ;

Elle relève que la pratique prétendument discriminatoire qui lui est reprochée remonte aux mois de (...), que la requête n'a été déposée au greffe de ce tribunal qu'en octobre (...) et que le jugement à intervenir ne sera rendu qu'après le mois de mai 2017 ; Elle soutient qu'il n'existe plus d'intérêt dans le chef des demanderesses à faire cesser des pratiques ponctuelles posées deux ans auparavant ; Elle constate que Mme B.(...) a souscrit une police d'assurance solde restant dû auprès de la Cie W.(...) de sorte qu'elle n'a plus d'intérêt à agir ;

La demanderesse UNIA a la personnalité juridique et a, parmi les missions qui lui sont dévolues par l'article 3 § 1 a) et par l'article 6 § 3 de l'accord de coopération du 12-6-2013 approuvé par la loi du 19-1-2014 (M.B. 5-3-2014) celle de combattre toutes formes de discrimination dans les litiges auxquels pourrait donner lieu l'application de la loi du 10-5-2007

Dans le cadre de ses missions, la demanderesse a ainsi un intérêt, à savoir un avantage ne fut-ce que moral réel à agir en justice et à obtenir une décision judiciaire constatant le caractère discriminatoire de la pratique en cause et un ordre de cessation de cette pratique dont la récidive n'est pas objectivement exclue ;

L'intérêt à agir est ainsi établi ;

Mme B.(...) relève à juste titre qu'elle a un intérêt ne fut-ce que moral, à intenter et à poursuivre la présente procédure ;

Elle précise aussi que son intérêt à agir se justifie par la demande d'indemnisation qu'elle fonde sur l'article 18 § 2 de la loi du 10-5-2007 ;

L'intérêt à agir est ainsi établi ;

– Quant à l'application de la loi du 10-5-2007 au présent litige.

La défenderesse relève que Mme B.(...) a sollicité la souscription d'une police d'assurance par l'intermédiaire d'un courtier ;

Elle soutient que dans la mesure où, de manière générale, elle n'adopte pas d'attitude active sur le marché de l'assurance, mais plutôt passive ou attentive, la loi anti-discrimination ne s'applique pas à elle ;

La loi du 10-5-2007 s'applique à toutes les personnes, tant pour le secteur public que privé, en ce qui concerne (article 5 § 1, 1°) l'accès aux biens et aux services à la disposition du public

La loi ne fait aucune distinction selon l'attitude active ou passive adoptée par l'entreprise d'assurance

Ce moyen n'est pas fondé ;

-Examen du fondement des demandes.

Rappel de diverses notions légales :

a) -L'article 4, 4° de la loi du 10-5-2007 dispose comme suit :

'Critères protégés : âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse, la convention syndicale, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique, l'origine sociale'

-L'article 4, 6° de la loi du 10-5-2007 dispose comme suit :  
'Distinction directe : la situation qui se produit lorsque sur la base de l'un des critères protégés, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre personne ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable'

-L'article 4, 70 de la loi du 10-3-2007 dispose comme suit :

'Discrimination directe ; distinction directe fondée sur l'un des critères protégés, qui ne peut être justifiée sur la base des dispositions du titre II'

-Le titre II ( articles 7 et sv.) détermine les justifications des distinctions directes et indirectes

-L'article 7 de la même loi précise :

'Toute distinction directe fondée sur un des critères protégés constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires'

b) -Les demanderesses font valoir que la défenderesse a opposé à deux reprises un refus aux demandes de souscription d'une police d'assurance introduites par Mme B.(...) et ce en raison de l'état de santé de celle-ci, à savoir qu'elle est atteinte du VIH ;

Elles en déduisent que Mme B.(...) est traitée de manière moins favorable par rapport aux personnes qui ne sont pas atteintes par cette maladie, et que cette distinction constitue légalement une discrimination ;

La défenderesse admet en conclusions avoir opéré une 'différenciation' sur la base d'un critère de l'état de santé ;

Mais elle estime que cette 'différenciation' n'est pas une 'distinction directe' au sens de la loi du 10-5-2007;

Elle explique qu'en tant qu'entreprise commerciale, elle doit adopter une attitude prudente et opérer une sélection au sein des candidats preneurs d'assurance ;

Elle précise qu'il est donc fréquent qu'elle doive refuser d'assurer certaines personnes malades qui ne présentent pas les garanties de solvabilité nécessaires au paiement complet des primes, et qu'elle traite de la même façon toutes les personnes dans une situation comparable à celle de Mme B.(...) ;

Selon elle, cela ne signifie nullement qu'elle refuse d'assurer toute personne atteinte du sida ou souffrant d'une quelconque maladie, qu'elle n'a pas opéré de distinction directe mais une différenciation licite au regard de la technique d'assurance

c) —La défenderesse soutient qu'elle a opéré une différenciation sur base d'un critère protégé : l'état de santé ; elle affirme que cette différenciation est licite au regard de la technique d'assurance, à savoir la segmentation via le recours aux statistiques ;

La segmentation est définie dans les travaux préparatoires de la loi du 4-4-2014 relative aux assurances comme étant la prolongation à la relation entre le consommateur et l'entreprise d'assurance du principe constitutionnel de l'égalité appliquée aux pouvoirs publics et à la relation entre le citoyen et l'autorité'

Une autre définition, plus proche de la notion de justice actuarielle : 'segmenter consiste à réaliser une partition de la population à assurer en sous-populations, appelées classes tarifaires ou segments, auxquelles sont attachées des primes différentes. Idéalement les sous-populations ainsi créées doivent être aussi homogènes que possible du point de vue du risque à assurer et les primes doivent correspondre aux prix moyens des risques —plus divers chargements- présentés par ces sous-populations' ; (v° B. TOUSSAINT, « Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances portant interprétation du contrat d'assurance, la publicité, la tarification et la segmentation », in *R.D.C.*, 2015 p. 943 et sv. n° 23 )

L'objectif de la loi du 4-4-2014 est de lutter contre les dérives de la segmentation, et ses dispositions imposent une justification et une transparence des critères-de segmentation

L'article 44 de la loi du 4-4-2014 impose que 'toute segmentation opérée sur le plan de

l'acceptation, de la tarification et / ou de l'étendue de la garantie doit être justifiée par un objectif légitime, et les moyens de réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires' ;

On retient de l'article 44 trois conditions pour la segmentation opérée aux différents stades du processus de l'élaboration de l'offre d'assurance

- justification objective
- objectif légitime
- moyens appropriés et nécessaires

Ces conditions sont celles de l'article 7 de la loi du 10-5-2007;

Les demanderesses ne remettent pas en question la nécessité pour les compagnies d'assurance de recourir à la segmentation, mais elles précisent à juste titre que ce processus connaît des limites dictées par la loi du 10-5-2007 et du 4-4-2014

L'article 7 de la loi du 10-5-2007 oblige l'assureur à justifier toute distinction directe fondée sur l'un des critères protégés par la loi, en particulier l'état de santé actuel ou futur, le handicap et les caractéristiques physiques ou génétiques ; la loi du 10-5-2007 n'interdit cependant pas le processus de sélection et de segmentation des risques, pourvu que la distinction effectuée au terme de ce processus soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens utilisés pour atteindre ce but soient appropriés et nécessaires ( S. GANTY & M. VANDERSTRAETEN, « Actualité de la lutte contre La discrimination dans les biens et services, en ce compris l'enseignement », in *Droit de la non-discrimination, Avancées et enjeux*, Bruxelles, Bruylant 2016, p. 243 cité en conclusions par la demanderesse Unia p.27 ) ;

La demanderesse UNIA cite également B. DUHUISSON (« Solidarité, segmentation et discrimination en assurances Nouveau débat. nouvelles questions », *L.G.D.J.* 2010, p.108 et sv.), Lorsque les lois du marché ne permettent pas de garantir l'accès à l'assurance des risques aggravés, le législateur est appelé à intervenir de manière contraignante afin de mettre en place des mécanismes correcteurs dont le but est de garantir un minimum de solidarité entre les assurés indépendamment de leur degré d'exposition ;

L'irruption des droits fondamentaux dans le champ de l'assurance privée témoigne de ces tensions puisqu'elle incite à mettre en balance les objectifs poursuivis par la segmentation et la sélection des risques d'un côté, et les conséquences préjudiciables que celles-ci peuvent entraîner pour certaines catégories d'assurés de l'autre ; dans un tel contexte, l'interdiction des discriminations apparaît comme un moyen, parmi d'autres, en vue de lutter contre les pratiques abusives d'un marché soumis aux dures lois de la concurrence'

La défenderesse invoque le principe de la liberté de contracter et l'autonomie de la volonté, précisant qu'il n'existe pas d'obligation d'accepter d'assurer un candidat preneur, uniquement une obligation de motiver un refus ;

Les demanderesses ne contestent pas ce principe mais font valoir, à bon droit, que la

liberté de contracter n'est pas absolue ;

Elles font référence à l'arrêt du 10-11-2011 de la Cour constitutionnelle (conclusions de UNIA p. 29) dans lequel il a été rappelé que la liberté contractuelle est limitée par la liberté contractuelle et d'autres droits d'autrui, parmi lesquels le droit d'être traité de manière non discriminatoire ;

Elles se réfèrent également à J.M. BINON ( « La liberté tarifaire commerciale des assureurs à l'épreuve du feu européen », *R.D.C.*, 2010, p. 18) qui fait valoir que la liberté commerciale des assureurs doit s'arrêter là où les autorités publiques ont cru devoir la contrebalancer par des considérations d'intérêt général telles que la protection du consommateur (...) le principe d'égalité de traitement ou (...) la lutte contre la concurrence déloyale entre entreprises d'un même secteur d'activité ;

Le même auteur enseigne que la liberté commerciale des assureurs doit céder la priorité à des considérations supérieures, mêlant des objectifs de lutte contre une segmentation excessive et de préservation de la justice actuarielle parmi les assurés ( J-M BINON, *o.c.*, *R.D.C.*, 2010 p.10 n°9 ) ;

d) -La défenderesse a refusé la police d'assurance solde restant dû en invoquant l'état de santé de Mme B.(...);

Elle a précisé en effet que son refus était motivé par le risque lié à l'évolution de l'infection par le VIH ;

Il s'agit ainsi d'une distinction directe visée par l'article 4.6° de la loi du 10-5-2007 ;

Mme B.(...) est donc traitée de manière moins favorable qu'une autre personne sur la base d'un des critères protégés ;

Une distinction directe fondée sur un des critères protégés constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires ( article 7 de la loi )

Il appartient dès lors à la défenderesse de rapporter la preuve de la réunion des conditions rappelées ci-avant ;

° La condition du but légitime.

La défenderesse invoque à l'appui de son argumentation la recherche de la rentabilité et l'équilibre de ses tarifs ;

Elle relève que les travaux préparatoires de la loi du 10-5-2007 reconnaissent que certaines distinctions peuvent être opérées en vue de la rentabilité de l'entreprise d'assurance et par là justifier des segmentations fondées sur des critères protégés ( doc.parl. chambre 2006-2007, doc. 51 2720/009 p. 109-112 ) ;

La défenderesse fait valoir à juste titre qu'il ne saurait être question de mettre en péril la



rentabilité de l'activité de l'assureur en lui imposant des missions de sécurité sociale, et qu'un équilibre doit être trouvé entre la nécessité de protéger certaines personnes contre les discriminations et les impératifs économiques et financiers qui conditionnent la rentabilité d'une activité économique ;

Le fait de poursuivre une certaine rentabilité constitue un objectif parfaitement légitime pour un opérateur économique

Cette condition est dès lors remplie ;

° Le moyen doit être apte, adéquat pour parvenir à l'objectif poursuivi ;

Les demanderesse soutiennent que le moyen de réaliser le but légitime - le refus d'assurer Mme B.(...) - n'est pas approprié en ce que le risque de non remboursement de l'emprunt que l'assurance aurait dû venir garantir, en raison d'un décès prématuré de Mme B.(...), n'est pas plus important dans le chef de celle-ci que dans celui de toute autre personne non atteinte par le VIH ;

Elles se fondent sur les attestations médicales dont il résulte que la situation de Mme B.(...) et singulièrement son espérance de vie ne sont pas foncièrement différentes de celles de la généralité de la population ;

Elles en concluent que la défenderesse ne prenait pas un risque plus élevé en acceptant d'assurer Mme B.(...) qu'elle ne l'aurait supporté en acceptant une personne de 48 ans, non atteinte du VIH, cherchant garantir le remboursement d'un emprunt sur 22 ans ou sur 17 ans et 4 mois ;

La défenderesse fait valoir que, quant au caractère approprié des moyens utilisés, il n'est pas contesté qu'il peut être justifié de la part d'une entreprise d'exiger le respect de garanties financières d'un candidat preneur d'assurance ;

Il résulte des travaux parlementaires que le ministre Christian Dupont, en charge notamment de l'Egalité des chances, a clairement précisé que la réglementation de contrôle et la loi sur l'assurance terrestre reconnaissent le droit de l'assureur de choisir et de différencier les risques : la segmentation est donc une technique nécessaire pour permettre aux assureurs de respecter l'obligation consistant à assurer la rentabilité de leurs activités ; si la segmentation était mise en cause, cela impliquerait également que l'on touche à la position concurrentielle des entreprises belges d'assurances par rapport à leurs concurrents étrangers ; cela ne signifie évidemment pas que les assureurs pourront faire n'importe quoi ; conformément à la loi en projet, une différence de traitement n'est autorisée que si elle est objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but sont appropriés et nécessaires ;

Une distinction directe ou indirecte basée sur les critères protégés n'est pas une discrimination si, par exemple, l'âge ou l'état de santé constitue pour l'assureur un

facteur déterminant dans l'évaluation du risque, pour le calcul tant de la prime d'assurance que de la prestation, et ce bien sûr sur la base de données actuarielles et de statistiques pertinentes et précises ( Doc.parl.chambre 51 2720/009 p. 110-111 ) ;

La défenderesse explique que dans le cas litigieux, elle n'a pas pu recourir à des statistiques car il n'existe pas de statistiques suffisamment longues concernant les traitements du VIH ;

Elle relève que cette affirmation est confirmée par le Prof. D.(...) dans son attestation du 29-2-2016, postérieure aux deux décisions de refus de couverture d'assurance, qui précise qu'il n'y a pas de chiffres après 5 ans ;

Or, il lui faudrait des statistiques sur minimum 32 ans pour pouvoir évaluer le risque à assurer puisque Mme B.(...) est en traitement depuis 15 ans et demande une assurance de 17 ans et 4 mois ;

La défenderesse explique s'être basée sur les attestations médicales, et avoir pris en compte l'âge du candidat, la durée du contrat sollicité, la durée du traitement médical et le taux de CD4;

La défenderesse donne en conclusions des explications médicales destinées à comprendre en quoi le taux de CD4, critère sur lequel elle s'est fondée, est essentiel, objectif et pertinent dans sa prise de décision ;

*-La charge virale est définie comme suit 'La mesure de la charge virale indique la quantité de virus présents dans le plasma à un moment donné. Les mesures biologiques sont des 'marqueurs' de l'évolution de l'infection ( principalement le taux de lymphocytes CD4 et la charge virale).*

*C'est le plus souvent en fonction de l'évolution de ces marqueurs biologiques qu'un certain nombre de décisions médicales doivent être prises par le médecin et le patient' ([www.arcant-sante.org](http://www.arcant-sante.org) ) ;*

*-La détection de la charge virale se fait comme suit :*

*'On vérifie que le nombre de lymphocytes T CD4+ reste indétectable dans le sang.*

*N.B. : les tests utilisés en routine pour quantifier le taux de virus circulant ont un seuil de détection de 50 copies d'ARN\* viral/ml de sang. Autrement dit, un test négatif ne veut pas dire qu'il n'y a pas de virus circulant. Si 10 copies d'ARN viral/ml de sang sont présentes, cela représente pas moins de 50.000 copies dans le volume total de sang ( 5litres). Et cela correspond bien évidemment à la présence de virus libres). Autrement dit, on maintient le patient le plus longtemps possible dans la phase de latence' ([www.ulh.ac.be/info/sida](http://www.ulh.ac.be/info/sida)) ;*

*-La phase de latence est définie comme suit*

*'Il s 'agit d'une longue période pendant laquelle le virus se multiplie mais est encore gardé sous le contrôle du système immunitaire. A la fin de cette période de latence, le virus finira par prendre le dessus et commencera à se répliquer de façon intensive en faisant chuter le taux de lymphocytes (de 600 cellules à 350 cellules CD4\*/µl de sang et rendant le système immunitaire inefficace'*

-La phase SIDA

*'le patient n'a plus de système immunitaire capable d'éliminer des agents pathogènes (son taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 350/ µl de sang). Il va alors développer des maladies comme la tuberculose, des pneumonies, des cancers, qu'il ne pourra plus combattre'* ([www.ulh.ac.be/info/sida](http://www.ulh.ac.be/info/sida));

La défenderesse fait valoir que le taux de CD4 est un marqueur biologique ; le rôle de ces globules blancs est de coordonner le système immunitaire ;

Elle se base sur un communiqué de presse du (...) du Prof. D.(...) (disponible via [www.ulb.ac.be](http://www.ulb.ac.be) / communication de presse (...)), qui souligne la lourdeur du traitement antirétroviral et l'affaiblissement du système immunitaire ;

La défenderesse se base sur le taux de CD4 dans le sang qui était de 340 par ml en octobre (...) et de 347 en mars (...) ( attestations du Prof. V.(...) et du Dr. V.(...) ) ;

La défenderesse a émis un premier refus de couverture en invoquant le risque lié l'évolution de l'infection et un taux de CD4 trop bas;

Mme B.(...) a introduit une seconde demande pour une police liée à un crédit réduit à 122.000,00 € à rembourser en 17 ans et 4 mois ;

Cette seconde demande a été introduite en (...) si bien que le contrat serait venu échéance en octobre 2032, et Mme B.(...), née en septembre 1967, aurait alors 65 ans et 1 mois ;

La défenderesse a tenu compte de l'âge de Mme B.(...), de la durée du traitement médical, de la durée de couverture demandée et du taux de CD4 ;

Elle a maintenu son refus en faisant valoir que Mme B.(...) présente un risque de santé supérieur à la population moyenne ;

Elle constate que dans son rapport médical, le Dr V.(...) atteste *qu'on peut estimer que Mme B.(...) a une espérance de vie qui pourrait atteindre quasiment celle du reste de la population moyennant une observance stricte au traitement antirétroviral ;*

Il s'agit en effet d'un avis nuancé qui évoque une simple possibilité soumise à la condition de la persistance du traitement ;

La défenderesse a pu légitimement estimer que le risque à couvrir était accru ;

Elle a rappelé aussi que le taux de CD4 était inférieur à 400 ce qui risque de rendre la personne incapable de se défendre contre les maladies dites opportunistes ;

Ce critère médical du taux de CD4 est un critère objectif et il résulte des attestations médicales que les relevés de Mme B.(...) présentent une constance dans la faiblesse du taux de CD4 dont le relevé maximal est de 347 CD4 /mm<sup>3</sup> ;

La défenderesse a estimé qu'elle ne pouvait pas accepter la couverture sollicitée dans ces conditions, et elle précise que l'exigence d'un taux de CD4 supérieur à 400 est identique chez le réassureur Swiss Reinsurance Company LTD qui ne la couvrirait pas contre le risque litigieux en réassurance ;

Cette société se fonde sur une tarification et des conditions spécifiques auxquelles le souscripteur doit répondre, dont le taux de CD4 égal ou supérieur à 400 (pièce 19 du dossier de Unia) ;

La défenderesse a estimé, sur base de critères objectifs, que Mme B.(...) présentait un risque accru et qu'il était légitime pour elle de ne pas accepter de couvrir un risque aggravé sans en connaître l'ampleur au moyen de statistiques fiables de longue durée concernant l'évolution médicale d'une personne séropositive et sous traitement ;

La décision de refus d'assurance liée un crédit de 122.000,00 € à rembourser en 17 ans et 4 mois était proportionnée au regard du but de l'entreprise et vu l'état de santé de Mme B.(...), la défenderesse a estimé qu'une prime même élevée n'aurait pu rétablir l'équilibre au sein de l'ensemble des risques de tous les assurés ;

La défenderesse a estimé qu'il n'y avait pas d'autres mesures ayant la même efficacité au regard du but légitime qu'elle visait ;  
Il était donc nécessaire pour la défenderesse de refuser de couvrir ce risque ;

La défenderesse a refusé de couvrir le risque sollicité par Mme B.(...) et cette décision n'était pas critiquable au regard de la loi du 10-5-2007;

-Les demanderesses reprochent également d'avoir refusé la couverture en précisant dans sa lettre du (...) qu'elle maintenait le refus *quel que soit le montant à assurer et la durée à couvrir* ;

Les demanderesses font valoir que la défenderesse a opposé de la sorte un refus d'assurance à raison du seul état de santé de Mme B.(...), indépendamment de l'objet et des conditions de cette assurance ;

Selon les demanderesses, cette distinction directe fondée sur un des critères protégés constitue une discrimination directe ;

La défenderesse fait valoir qu'elle n'a pas manqué de préciser dans cette lettre que *'si cependant vous pouvez nous fournir de nouveaux éléments récents démontrant et prouvant une évolution favorable de votre état de santé par rapport à ceux qui sont déjà en notre possession, notre service médical et son médecin-conseil restent disposés à réexaminer votre dossier et éventuellement à revoir leur position'* ;

Il demeure que la défenderesse avait décidé de refuser toute possibilité de souscrire une assurance solde restant dû, et ce quelles que soient les modalités, quel que soit le montant, quelle que soit la durée ;

La défenderesse a ainsi refusé toute nouvelle demande de couverture et toute possibilité de nouvelle négociation sur base du seul critère de l'état de santé ;

Le refus était en effet fondé sur le seul état de santé de Mme B.(...), indépendamment de l'objet et des conditions de l'assurance ;

Cette distinction directe fondée sur un critère protégé n'était pas justifiée ;

La défenderesse fait valoir que sa décision de ne pas accorder d'assurance solde restant dû a été confirmée par le Bureau du suivi de la tarification dont les avis sont contraignants et elle se réfère à l'article 217 de la loi du 4-4-2014 relative aux assurances ; elle estime dès lors qu'elle ne pouvait pas se départir de la décision du Bureau qui lui imposait une distinction imposée en vertu de la loi ;

L'article 217 § 3 dispose comme suit :

'Le Bureau examine si la surprime proposée ou le refus d'assurance se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance. (...) Il fait une proposition contraignante dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier.'

La demanderesse UNIA fait valoir, tout d'abord, que le Bureau n'a émis aucune 'proposition contraignante'

Elle poursuit en précisant que ce n'est que dans l'hypothèse où l'assureur, ayant initialement opposé une décision de refus, déciderait suite à l'avis positif du Bureau de conclure le contrat d'assurance, qu'il doit le faire aux conditions proposées par le Bureau ; Elle se fonde sur le rapport au Roi préalable à l'AR du 10-4-2014 (M.B. 10-6-2014) réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire ( art.15 ) ;

Cette position est pertinente ;

Ce moyen manque de fondement ;

Il y a lieu, par conséquent, de constater une discrimination au préjudice de Mme B.(...);

-La demanderesse UNIA précise à juste titre que le fait que Mme B.(...) a finalement pu conclure une assurance auprès d'un autre assureur n'est pas de nature à effacer la discrimination ;

Elle rappelle qu'en égard aux missions dont elle est investie par la loi, elle a intérêt à solliciter un ordre de cessation dès lors que le risque de récurrence n'est pas objectivement exclu, que ce soit vis-à-vis de Mme B.(...) ou vis-à-vis de tout autre candidat à l'assurance ;

La demanderesse B.(...) sollicite la condamnation de la défenderesse au paiement de l'indemnité prévue à l'article 18 §1 et 2 de la loi du 10-5-2007, soit 1.300,00 € ;

L'article 18 § 1 dispose que la victime d'une discrimination peut réclamer une indemnisation de son préjudice ; cette indemnisation correspond soit au dommage réellement subi, que la victime doit établir, soit à un forfait de 650,00 €, porté à 1.300,00 € dans le cas où le contrevenant ne peut pas démontrer que le traitement litigieux aurait été également adopté en l'absence de discrimination ;

Dans les circonstances de l'espèce, la défenderesse reste en défaut de le démontrer ;

La demande de publication du jugement dans des journaux et d'affichage du jugement dans les locaux de la défenderesse n'est pas de nature à contribuer à la cessation de l'acte incriminé ;

Ce chef de la demande est rejeté ;

PAR CES MOTIFS, Nous, G. VAN VYVE, vice-Président du tribunal de commerce francophone de Bruxelles, en remplacement du Président, assisté de S. TEHEUX, Greffière.

Statuant contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15-6-1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire;

Déclarons les demandes recevables et fondées dans la mesure ci-après ;

Constatons une discrimination au préjudice de Mme B.(...) en ce que la défenderesse lui refuse toute possibilité de souscrire une assurance restant dû quelles que soient les modalités ;

Ordonnons la cessation de cette pratique discriminatoire, sous peine d'une astreinte 2.500,00 € par manquement constaté à compter de la signification du présent jugement ;

Condamnons la défenderesse à payer à Mme B.(...) l'indemnité forfaitaire de 1.300,00 € à titre de dédommagement ;

Déclarons le surplus des demandes non fondé ;

Condamnons la défenderesse aux dépens, liquidés pour la première demanderesse à 1.540,00€, pour la seconde demanderesse à 1.440,00€ et pour elle-même à 1.440,00 €.

Ce jugement a été rendu par la Chambre des actions en cessation du tribunal de commerce francophone de Bruxelles, Boulevard de Waterloo 70, Salle E, et prononcé en audience publique et extraordinaire

Le 08 JUIN 2017



S:TEHEUX  
VYVE