



Numéro du répertoire

2025 /

Date du prononcé

20 novembre 2025

Numéro du rôle

2024/AB/659

Décision dont appel
tribunal du travail francophone de
Bruxelles
18 juillet 2024
23/3417/A

Expédition

Délivrée à

le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

deuxième chambre

Arrêt

DROIT DU TRAVAIL - discrimination

Arrêt contradictoire

Définitif

INSTITUT POUR L'EGALITE DES FEMMES ET DES HOMMES, BCE 0873.091.753, dont le siège est établi à 1060 SAINT-GILLES, Place Victor Horta 40,

partie appelante représentée par Maître L. C. et Maître N. J., avocats à 1050 BRUXELLES,

contre

ALLIANZ BENELUX SA, BCE 0403.258.197, dont le siège est établi à 1000 BRUXELLES, Boulevard du Roi Albert II 32,

partie intimée représentée par Maître G. F., avocate à 1050 BRUXELLES, et Maître I. B., avocat à 2000 ANTWERPEN,

*

*

*

I. Les faits

Un employeur (déterminé mais qu'il n'est pas utile d'identifier ici) a conclu un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle avec la compagnie d'assurance ALLIANZ BENELUX le 1^{er} décembre 2021, entrant en vigueur le même jour.

Il s'agit d'une assurance collective à laquelle sont affiliés, de manière obligatoire, tous les membres du personnel salarié de l'employeur répondant aux conditions d'affiliation (articles 4 et 5 des conditions particulières).

Le risque assuré est l'incapacité de travail de l'affilié(e) résultant d'une maladie, d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un accident de la vie privée (article 8 des conditions particulières).

En cas de réalisation de ce risque, l'assureur garantit le paiement d'une rente à l'assuré (article 8 des conditions particulières). La rente est accordée à condition que l'assuré relève d'un des régimes belges de sécurité sociale et s'il bénéficie soit d'un droit à l'assurance obligatoire indemnités, soit d'un droit à des indemnités pour accident du travail (article 8 des conditions générales). Le montant de la rente est calculé de telle manière que la rente complète les indemnités accordées par la sécurité sociale belge (indemnités de l'assurance obligatoire indemnités et indemnités de maternité) (article 8.4 des conditions particulières). La prestation qui fait l'objet du contrat d'assurance collective est donc un complément à la sécurité sociale.

Toutefois, l'article 11 des conditions générales exclut la couverture des risques préexistants dans les termes suivants :

«les prestations ne sont pas dues lorsque l'incapacité de travail débute pendant la première année d'affiliation et résulte d'une maladie, d'un accident survenu avant l'affiliation au présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, ou d'une grossesse existant au moment de l'affiliation et qui s'étaient déjà manifestés par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués.»

À la suite de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance collective, ALLIANZ BENELUX a invité chaque membre du personnel de l'employeur à remplir un formulaire médical. À cette occasion, madame X a indiqué être enceinte.

Le 8 février 2022, ALLIANZ BENELUX a notifié à madame X son acceptation de couverture *« avec exclusion de toute incapacité de travail en rapport avec la grossesse actuelle et l'accouchement prévu, leurs suites et leurs conséquences »*. Madame X a marqué son désaccord sur cette exclusion, l'estimant discriminatoire à son égard.

Dans ce contexte, madame X s'est tournée vers l'INSTITUT POUR L'ÉGALITE DES FEMMES ET DES HOMMES (ci-après en abrégé : l'INSTITUT).

Après un échange d'arguments au terme duquel chaque partie a maintenu sa position, l'INSTITUT a saisi le président du tribunal du travail francophone de Bruxelles par une requête en cessation du 3 août 2023.

II. L'ordonnance dont appel

L'INSTITUT a demandé au président du tribunal du travail de :

«Constater que le fait pour ALLIANZ BENELUX d'exclure de la couverture d'assurance collective toute absence liée à une grossesse ou un accouchement lorsque la grossesse existait déjà lors de la conclusion du contrat d'assurance et/ou lors de l'affiliation de la travailleuse, est discriminatoire

Ordonner la cessation de la discrimination, c'est-à-dire enjoindre ALLIANZ BENELUX à modifier ses Conditions d'intervention (conditions générales et conditions particulières) dans la mesure où elles excluent les périodes d'absence liées à la grossesse (ou à l'accouchement) préexistant à la conclusion du contrat d'assurance et/ou à l'affiliation de la travailleuse, et à indemniser ces périodes

Ordonner, sous peine d'astreinte de 500 EUR par jour de retard :

- *La publication aux frais d'ALLIANZ BENELUX de la décision à intervenir, en enlevant les données personnelles relatives à Madame [X], dans le mois de sa signification, dans le Bulletin des Assurances et sur le site internet de l'Ombudsman des assurances;*
- *L'affichage de la décision à intervenir, en enlevant les données personnelles relatives à Madame [X], dans le mois de sa signification et durant une période d'au moins six mois, sur la page d'accueil du site internet d'ALLIANZ BENELUX (allianz.be).*

Condamner ALLIANZ BENELUX aux dépens, liquidés à 1.824 EUR. » (sic).

Par une ordonnance du 18 juillet 2024 (R.G. n°23/3417/A), le président du tribunal a déclaré la demande recevable, mais non fondée et en a débouté l'INSTITUT.

III. L'appel

L'INSTITUT interjette appel de cette ordonnance et demande à la cour du travail de :

« Réformer le jugement a quo et, faisant ce que le 1er juge eut dû faire,

A titre principal

Constater que le fait pour ALLIANZ BENELUX d'exclure de la couverture d'assurance collective toute absence liée à une grossesse ou un accouchement lorsque la grossesse existait déjà lors de la conclusion du contrat d'assurance et/ou lors de l'affiliation de la travailleuse, est discriminatoire ;

Ordonner la cessation de la discrimination, c'est-à-dire enjoindre à ALLIANZ BENELUX de modifier ses Conditions d'intervention (conditions générales et conditions particulières) dans la mesure où elles excluent les périodes d'absence liées à la grossesse (ou à l'accouchement) préexistant à la conclusion du contrat d'assurance et/ou à l'affiliation de la travailleuse, et d'indemniser ces périodes ;

Ordonner, sous peine d'astreinte de 500 EUR par jour de retard :

- *La publication aux frais d'ALLIANZ BENELUX de la décision à intervenir, en enlevant les données personnelles relatives à Madame [X], dans le mois de sa signification, dans le Bulletin des Assurances et sur le site internet de l'Ombudsman des assurances ;*
- *L'affichage de la décision à intervenir, en enlevant les données personnelles relatives à Madame [X], dans le mois de sa signification et durant une période d'au moins six mois, sur la page d'accueil du site internet d'ALLIANZ BENELUX (allianz.be) ;*

Condamner ALLIANZ BENELUX aux dépens, liquidés à 1.824 EUR pour la première instance et 1.883,72 EUR pour l'appel.»

IV. La procédure devant la cour du travail

La cour a pris connaissance des pièces de la procédure, en particulier :

- l’ordonnance attaquée
- la requête d’appel reçue le 30 septembre 2024 au greffe de la cour
- les dernières conclusions déposées par les parties ainsi que les pièces des parties

Les parties ont plaidé à l’audience publique du 02 octobre 2025.

La cause a été prise ensuite en délibéré.

La cour a fait application de la loi du 15 juin 1935 concernant l’emploi des langues en matière judiciaire.

L’appel est recevable.

V. L’examen de la contestation par la cour du travail

1. Le cadre juridique pertinent

1.1. Le droit anti-discrimination

1.

La cour est saisie d’une action en cessation fondée sur l’article 25, § 1^{er}, de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes (ci-après : « la loi du 10 mai 2007 »).

L’action en cessation présente des spécificités procédurales et de fond. Elle ne relève pas du droit commun de la procédure, mais nécessite une base légale spécifique. En matière de discrimination entre les femmes et les hommes, c’est la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes qui fournit cette base légale. Le litige soumis à la cour doit être examiné sous le prisme de la loi du 10 mai 2007, seul vecteur possible d’une action en cessation en la matière en droit belge.

2.

Le droit européen, quant à lui, ne fournit pas de cadre procédural permettant d’intenter une action en cessation de discrimination en dehors du cadre de la loi du 10 mai 2007. Les normes de droit européen pertinentes ne seront donc mobilisées ici que si nécessaire et de manière incidente pour guider l’interprétation du droit belge en conformité avec le droit européen ou, le cas échéant, imposer que des dispositions du droit belge qui seraient contraires aux normes européennes soient laissées inappliquées.

3.

Le champ d’application de la loi du 10 mai 2007 recouvre notamment les régimes complémentaires de sécurité sociale, en ce compris la fixation des conditions d’octroi des prestations, ainsi que les relations de travail, en ce compris l’octroi et la fixation de tous les avantages payés, même de façon indirecte, par l’employeur au travailleur.¹

¹ Article 6, § 1^{er}, 4° et 5°, § 2, 2°, troisième tiret, et § 3, huitième tiret, de la loi.

Dans les domaines qui relèvent du champ d'application de la loi, toute forme de discrimination, dont la discrimination directe, est interdite.²

La loi ne limite pas l'interdiction de toute forme de discrimination à l'employeur. Lorsqu'un avantage est accordé par un employeur à un travailleur de manière indirecte, notamment via la souscription d'un contrat d'assurance au bénéfice du travailleur, l'interdiction de discrimination s'impose également à l'assureur, partie prenante à ce contrat. Le même raisonnement vaut pour l'octroi de prestations par un assureur dans le cadre d'un régime complémentaire de sécurité sociale.³

La loi définit la discrimination directe comme suit⁴ :

- est une distinction directe : la situation qui se produit lorsque, sur la base d'un ou plusieurs 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 ;
- est une discrimination directe : la distinction directe, fondée sur un ou plusieurs des critères protégés, qui ne peut être justifiée sur la base des dispositions du titre II de la loi.

Les critères protégés fixés par la loi incluent notamment, outre le sexe : la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et la maternité. Ces critères peuvent être réels ou supposés.⁵

Les justifications susceptibles d'être retenues de telle sorte qu'une distinction directe fondée sur un critère protégé ne constitue pas une discrimination sont :

- Les motifs généraux de justification
Parmi les trois justifications générales permises par la loi, seule l'une est pertinente ici ; il s'agit de l'ordre de la loi :
« Art. 18. § 1er. Une distinction directe ou indirecte fondée sur un ou plusieurs des critères protégés ne s'analyse pas en une quelconque forme de discrimination prohibée par la présente loi lorsque cette distinction directe ou indirecte est imposée par ou en vertu d'une loi.
§ 2. Le § 1er ne préjuge cependant en rien de la conformité des distinctions directes ou indirectes imposées par ou en vertu d'une loi avec la Constitution, le droit de l'Union européenne et le droit international en vigueur en Belgique. ».
- Les motifs de justification en matière de relations de travail⁶
Outre les motifs généraux de justification, une distinction directe fondée sur un critère protégé dans cette matière ne peut être justifiée que sur la base d'une exigence professionnelle essentielle et déterminante. Ce motif de justification n'est pas invoqué en l'espèce par ALLIANZ BENELUX ; la cour ne s'y attardera donc pas. En tout état de cause, il ne permettrait pas de justifier une distinction en matière de relations de travail qui constitue en même temps une distinction en matière de régimes complémentaires de sécurité sociale, dont le régime de justification est plus sévère et n'admet pas la justification sur la base d'une exigence professionnelle essentielle et déterminante.

² Article 19 de la loi.

³ CJCE, 17 mai 1990, C-262/88, *Barber*, n° 29 ; Cass., 2 juin 2025, R.G. n° S.22.0022. N-S.22.0023.N, www.juportal.be

⁴ Article 5, 5° et 6° de la loi.

⁵ Article 4 de la loi.

⁶ Article 13 de la loi.

- Les motifs de justification en matière de régimes complémentaires de sécurité sociale⁷
En cette matière, la loi du 10 mai 2007 n'admet aucune justification à une distinction directe fondée sur un critère protégé (hormis dans certains cas non pertinents en l'espèce). Seuls les motifs généraux de justification peuvent être invoqués.

En définitive, dans le cadre de la loi du 10 mai 2007, seul l'ordre de la loi est susceptible de justifier une distinction directe dans un domaine qui relève à la fois des relations de travail et des régimes complémentaires de sécurité sociale. C'est d'ailleurs le seul motif de justification invoqué par ALLIANZ BENELUX à titre subsidiaire.

4.

L'INSTITUT demande à la cour, sur la base de l'article 25, § 1^{er} de la loi du 10 mai 2007, de constater en l'espèce l'existence d'une discrimination, d'en ordonner la cessation, d'ordonner des mesures positives visant à empêcher la répétition d'actes similaires (modification des conditions générales et particulières de l'assurance) et d'ordonner des mesures de publicité de la décision qui sera prise.

La qualité et l'intérêt à agir de l'INSTITUT ne sont pas contestés en l'espèce. Il exerce en l'espèce une action d'intérêt collectif qui lui est confiée par les articles 34 et 25 de la loi du 10 mai 2007.

1.2. Le droit des assurances

1.

La loi relative aux assurances du 4 avril 2014 pose les principes applicables en droit des assurances.

L'assurance en cause en l'espèce relève du champ d'application de cette loi. Il s'agit d'un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle au sens de l'article 201, § 2, de la loi du 4 avril 2014 : « *tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation.* » Constitue une forme d'assurance maladie, l'assurance incapacité de travail « *qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne* » (article 201, § 1^{er}, 2°).

2.

L'objet de tout contrat d'assurance consiste à couvrir un événement dont la survenance est incertaine. L'événement incertain est ainsi un élément essentiel participant à la nature même du contrat d'assurance. Le législateur l'a exprimé de la manière suivante :

« Art. 5. Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution, il y a lieu d'entendre, sauf mention contraire explicite, par :

14° "contrat d'assurance" : un contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime fixe ou variable, une partie, l'assureur, s'engage envers une autre partie, le preneur d'assurance, à fournir une prestation stipulée dans le contrat au cas où surviendrait un événement incertain que, selon le cas, l'assuré ou le bénéficiaire, a intérêt à ne pas voir se réaliser. (...);

⁷ Article 12 de la loi.

16° "assurance de personnes" : l'assurance dans laquelle la prestation d'assurance ou la prime dépend d'un événement incertain qui affecte la vie, l'intégrité physique ou la situation familiale d'une personne. (...) » (loi du 4 avril 2014).

La doctrine propose plusieurs définitions de l'événement incertain, également appelé « aléa », comme élément essentiel du contrat d'assurance :

- *« événement dont la survenance est possible, sans être certaine, et à la réalisation duquel est subordonnée l'obligation de l'assureur d'effectuer la prestation convenue »⁸*
- *« L'aléa est un événement dépendant d'un hasard favorable ou non. Il désigne un événement dont la survenance et les résultats sont incertains. 'L'aléa existe dès lors qu'au moment de la formation du contrat, les parties ne peuvent apprécier l'avantage qu'elles en retireront parce que celui-ci dépend d'un événement incertain' (Cass. fr., 8 juillet 1994, Bull. civ. 1994, I, n° 120) »⁹*
- *« Un contrat aléatoire est un accord de volontés dans lequel les contractants acceptent d'ignorer le résultat économique des prestations qu'ils accompliront effectivement ; ils savent que ce résultat pourra être déséquilibré car il dépend de la question de savoir si un événement incertain se réalisera ou non. (...) Le caractère aléatoire du contrat d'assurance réside dans le fait que la prestation de l'assureur n'est due qu'en cas de réalisation d'un risque. Il y a assurance si, 'à la conclusion du contrat, l'une et l'autre partie sont disposées à courir une chance d'y gagner ou un risque d'y perdre, eu égard à leurs engagements contractuels respectifs (paiement de la prime – versement de la prestation assurée), en fonction de la survenance ou de la non-survenance de l'événement assuré, ou encore de la date exacte de cette survenance' »¹⁰.*

Pour ce qui concerne les assurances maladie, la doctrine identifie plusieurs formes d'aléas touchant la prestation d'assurance :

« a) Survenance ou non de l'événement assurable

Pour certains types d'événements assurables, on se trouve devant une situation binaire : l'événement peut se réaliser ou, à l'inverse, ne jamais le faire. (...) Cette forme d'aléa est évidemment présente dans l'ensemble des assurances maladie, même si la probabilité de ne jamais être hospitalisé ou en incapacité de travail à un quelconque moment de sa vie est faible (hormis l'hypothèse du décès précoce et soudain de l'assuré).

b) Moment de la survenance de l'événement assurable

(...) En assurance maladie, comme nous le laissons entendre au point précédent, le fait de devoir faire appel à la garantie n'est pas une certitude, mais est très vraisemblable. Pour autant, même dans ce cas, un élément aléatoire supplémentaire consiste à savoir quand l'affection, l'incapacité ou l'hospitalisation surviendra.

⁸ J. VAN RYN et J. HEENEN, *Principes de droit commercial*, 1re éd., t. IV, Bruxelles, Bruylant, n° 2413 ; cette définition est reprise par J.-L. FAGNARD, *Le contrat d'assurance*, Tiré à part de *Traité pratique de droit commercial*, Tome 3. Droit privé des assurances terrestres. Principes généraux, Kluwer, Waterloo, 2011, p. 50, n° 105.

⁹ J.-L. FAGNARD, *op. cit.*, p. 49, n° 102 ; l'arrêt de Cass. fr. ici cité porte le n° de pourvoi 92-15551 et est publié en ligne sur <https://juricaf.org/arret/FRANCE-COURDECASSATION-19940708-9215551>

¹⁰ C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, 1e édition, Bruxelles, Larcier, 2021, p. 107, n° 100/1, citant J.-M. Binon et B. Dubuisson, « L'aléa dans les produits d'assurance vie. Le point de vue belge », *Les nouveaux produits d'assurance vie – Droit civil et droit fiscal*, éd. Ch. Jaumain et B. Dubuisson, Bruxelles/Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2000, p. 39.

c) Durée de la prestation

La prestation d'assurance prend souvent la forme d'un versement unique (valeur du bien volé, montant de la facture de réparation du véhicule sinistré) ou de paiements fractionnés en vertu de contraintes ou d'exigences réglementaires ou légales (paiement d'une avance en assurance incendie suivie du solde). Toutefois, il se peut que l'assureur s'engage à fournir des paiements répétés, notamment sous la forme d'une rente, tant que sont réunies les conditions auxquelles ces paiements sont subordonnés. Ainsi en sera-t-il d'une rente viagère immédiate, qui prendra fin au décès du bénéficiaire, décès qui constitue l'élément aléatoire. Dans le cas d'une assurance « forfait hospitalisation » ou d'une assurance hospitalisation, l'assureur doit fournir des prestations dépendant de la durée du séjour à l'hôpital (voire avant et après s'il y a prise en charge de frais pré et post-hospitalisation). Si l'on a affaire à une assurance invalidité, l'assureur peut être tenu de verser une rente tant que le seuil minimum d'invalidité pris en compte est atteint. (...) »¹¹

« L'existence d'une affection au moment de la conclusion du contrat ne fait pas alors nécessairement obstacle à la validité de ce dernier, pour autant :

- que l'aléa subsiste pour les autres affections dont aurait à souffrir l'assuré dans l'avenir et qui ne seraient pas induites par l'affection préexistante ;*
- que cet aléa puisse donner lieu à des prestations d'assurance plus importantes que celles qui découleraient de la prise en charge théorique de l'affection préexistante. »¹²*

La sanction de l'inexistence d'un aléa au moment de la conclusion du contrat d'assurance est la nullité de ce contrat : *« Lorsque, au moment de la conclusion du contrat, le risque n'existe pas ou s'est déjà réalisé, l'assurance est nulle. »* (article 79 de la loi). La doctrine souligne que *« La sanction de la nullité se justifie puisqu'un élément essentiel du contrat fait défaut au départ »*¹³.

Cette sanction peut, le cas échéant, être opposée par l'assureur non seulement au preneur, c'est-à-dire l'employeur, mais également aux assurés, et ce en vertu de l'article 92 de la loi du 4 avril 2014.

3.

L'assurance en cause présente la particularité d'être conclue au profit d'une collectivité d'assurés dont le nombre et l'identité ne sont pas connus au moment de la conclusion du contrat d'assurance. En effet, conformément aux conditions particulières de l'assurance en cause (articles 4 et 5), tous les travailleurs et travailleuses salarié(e)s de l'employeur, actuels et futurs, sont obligatoirement affiliés. C'est en ce sens que la cour qualifie l'assurance en cause de collective et obligatoire.

La loi du 4 avril 2014 ne consacre aucune disposition aux spécificités d'une telle assurance, à l'exception des dispositions consacrées à la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle par l'assuré qui a perdu le bénéfice de cette assurance (articles 208 à 211 de la loi). Ces dispositions ne sont pas pertinentes en l'espèce.

¹¹ *Ibid.*, p. 20-23.

¹² C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, Anthémis, 2011, p. 168-169.

¹³ M. FONTAINE, *Droit des assurances*, 5e édition, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 205, n° 246.

De rares auteurs de doctrine se sont penchés sur les spécificités des assurances collectives, autres que l'assurance de groupe sur la vie. La doctrine relève à ce sujet que :

« À la différence d'une assurance individuelle, où sont couverts un assuré principal et, éventuellement, des personnes faisant partie de son entourage familial, les bénéficiaires d'une assurance collective se présentent comme une pluralité d'« assurés principaux ». Pour le reste, la particularité de l'assurance collective est qu'elle rassemble en principe un nombre d'assurés bien plus important que celui d'une cellule familiale, de manière telle qu'il peut s'opérer au sein du groupe un effet de « mutualisation » du risque et que peut être présumé écarté le risque d'anti-sélection ».¹⁴

« L'anti-sélection est la volonté ou, au moins, la tendance de personnes conscientes de présenter un risque plus élevé que la moyenne à vouloir s'assurer contre ce risque. La principale conséquence de la non-maîtrise de l'anti-sélection est la composition d'un portefeuille présentant des niveaux de sinistre plus élevés que ceux attendus, et donc que tarifés. Isolée, elle n'a que peu d'impact, mais constitue un manquement à l'équité actuarielle. »¹⁵

2. Approfondissement et application en l'espèce

2.1. La distinction directe fondée sur la grossesse

2.1.1. La pratique constatée en l'espèce

S'agissant d'une assurance collective, la date de la conclusion du contrat d'assurance diffère de la date d'affiliation des assuré(e)s. La conclusion du contrat est un événement unique, alors que l'affiliation des assuré(e)s a lieu dans les semaines qui suivent la date de conclusion du contrat pour les membres du personnel en service à ce moment et, ensuite, au fur et à mesure de l'entrée en service des futurs membres du personnel tout au long de la vie du contrat.

Selon le contrat d'assurance en cause :

- Les prestations sont octroyées si le bénéficiaire a effectivement été affilié (article 8.1 des conditions générales).
- Le droit de chaque membre du personnel à l'affiliation naît aussitôt qu'il ou elle satisfait aux conditions d'affiliation énoncées (article 4 des conditions particulières).
- L'affiliation est obligatoire pour les personnes qui satisfont à ces conditions (article 5.1, alinéa 2 des conditions particulières).
- Parmi ces conditions, il est notamment requis que le membre du personnel ait satisfait aux formalités médicales.

La pratique qui fait l'objet de l'action en cessation ne consiste pas à refuser l'affiliation des travailleuses enceintes, mais consiste, selon l'INSTITUT, à limiter les prestations de l'assureur en leur faveur par l'exclusion des périodes d'incapacité de travail liées à la grossesse préexistant à la conclusion du contrat d'assurance et/ou à l'affiliation de la travailleuse ainsi qu'à l'accouchement. L'affiliation de madame X a

¹⁴ J.-C. ANDRE-DUMONT, *L'assurance maladie privée*, Anthémis, 2012, p. 51.

¹⁵ *Ibid.*, p. 49, note 121 ; à propos de l'antisélection, voir également J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes*, 2e éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 889, n° 1428 et p. 911, n° 1463.

été acceptée par ALLIANZ BENELUX, mais ALLIANZ BENELUX lui a notifié exclusion de la couverture toute incapacité de travail en rapport avec la grossesse en cours et l'accouchement prévu, leurs suites et leurs conséquences.

Cette décision a été prise par ALLIANZ BENELUX en application de l'article 11 des conditions générales du contrat d'assurance en cause, qui exclut la couverture de l'incapacité de travail qui débute pendant la première année d'affiliation et résulte d'une maladie, d'un accident survenu avant l'affiliation ou d'une grossesse existant au moment de l'affiliation et qui s'étaient déjà manifestés par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués.

Les termes de cette clause visent expressément l'affiliation au contrat et non la conclusion de celui-ci. ALLIANZ BENELUX a appliqué cette clause d'exclusion à madame X, qui s'est déclarée enceinte dans le formulaire médical qu'elle a dû compléter pour être affiliée à l'assurance collective. Il ne semble pas que la grossesse de madame X était déjà en cours et s'était déjà manifestée à la date de la conclusion du contrat, le 1^{er} décembre 2021 (madame X a accouché le 24 août 2022).

Sur la base du dossier qui lui est soumis, la cour ne constate pas l'existence d'une clause ni d'une pratique consistant à exclure de la couverture d'assurance toute absence liée à une grossesse ou un accouchement lorsque la grossesse existait déjà lors de la *conclusion* du contrat d'assurance. En l'absence d'une clause des conditions générales ou particulières qui prévoirait une telle exclusion et en l'absence de démonstration de l'application d'une telle exclusion à une travailleuse, l'INSTITUT ne prouve pas l'existence d'une telle clause ou pratique. La confusion entre conclusion du contrat et affiliation, qui a parfois affecté l'argumentation développée par l'assureur dans sa correspondance et ses conclusions de première instance, ne permet pas de conclure à l'existence d'une clause ni d'une pratique en ce sens.

La cour centrera dès lors son examen sur la clause contractuelle et la pratique d'ALLIANZ BENELUX consistant à exclure de la couverture l'incapacité de travail qui présente les caractéristiques suivantes :

- l'incapacité de travail débute pendant la première année d'affiliation
- l'incapacité de travail résulte d'une grossesse existant au moment de l'affiliation et qui s'était déjà manifestée au moment de l'affiliation par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués
- toutes les périodes d'incapacité de travail en rapport avec cette grossesse et l'accouchement prévu, leurs suites et leurs conséquences, sont visées par l'exclusion.

2.1.2. La distinction directe fondée sur la grossesse

La définition de la distinction directe par la loi du 10 mai 2007, rappelée ci-dessus (« *la situation qui se produit lorsque, sur la base d'un ou plusieurs 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* »), fait référence à une comparaison entre des personnes. En règle, la comparaison a lieu avec une personne, réelle ou hypothétique, placée dans une situation analogue à celle de l'éventuelle victime de discrimination, à ceci près qu'elle ne partage pas le critère protégé.¹⁶

¹⁶ J. RINGELHEIM, « Les concepts-clés du droit de la lutte contre les discriminations », *Comprendre et pratiquer le droit de la lutte contre les discriminations*, Anthémis, CUP, vol. 184, 2018, p. 44.

Les parties relèvent toutes deux, à juste titre, que la grossesse constitue une situation particulière qui ne s'assimile ni à une quelconque situation concernant un homme, ni à la situation d'une femme n'étant pas enceinte. Personne ne se trouve dans une situation analogue à celle d'une femme enceinte, à ceci près qu'elle ne serait pas enceinte. ALLIANZ BENELUX en déduit qu'aucune discrimination ne peut être établie, faute d'une comparabilité suffisante. Cette déduction confine à l'absurde en ce qu'elle prive de la protection de la loi les femmes caractérisées par l'un des critères protégés par la même loi, à savoir la grossesse.

Il convient au contraire de donner à la loi une interprétation qui lui permette de produire ses effets. L'état de grossesse n'étant comparable à nul autre et étant protégé par la loi, la comparaison est sans objet et tout traitement défavorable sur la base de l'état de grossesse constitue une distinction directe au sens de la loi.¹⁷

Si le traitement défavorable repose sur plusieurs motifs, il suffit que l'un d'eux soit en lien avec un critère protégé pour conférer au traitement un caractère discriminatoire, à moins qu'il ne soit dûment justifié.¹⁸

En l'espèce, l'exclusion de la couverture de l'assurance frappant toutes les périodes d'incapacité de travail débutant pendant la première année d'affiliation, en rapport avec la grossesse et l'accouchement, leurs suites et leurs conséquences, lorsque la travailleuse affiliée était enceinte et que sa grossesse s'était déjà manifestée au moment de l'affiliation, est en lien avec le critère protégé de la grossesse.

Le fait que toutes les périodes d'incapacité de travail liées à une grossesse ne soient pas systématiquement exclues de la couverture d'assurance — notamment lorsque la grossesse survient après l'affiliation de la travailleuse — n'empêche pas de constater un traitement défavorable fondé sur la grossesse, lorsque celle-ci entre dans les hypothèses d'exclusion prévues à l'article 11 des conditions générales du contrat. Autrement dit, un traitement défavorable fondé sur la grossesse dans certains cas déterminés constitue un traitement défavorable fondé sur la grossesse, même si d'autres situations de grossesse bénéficient d'un traitement plus favorable.

La circonstance que la clause d'exclusion critiquée par l'INSTITUT frappe également d'autres travailleurs ou travailleuses qui ne sont pas enceintes, mais se trouvent en incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident survenus avant leur affiliation, n'empêche pas davantage qu'un traitement défavorable fondé sur la grossesse soit constaté. Comme ALLIANZ BENELUX le reconnaît, l'état de grossesse ne constitue ni une maladie, ni un accident, de sorte que ces situations ne sont pas comparables. À supposer même qu'elles le soient, la loi offre des possibilités de justification différentes pour ce qui concerne les traitements défavorables fondés sur la grossesse, d'une part, et sur l'état de santé, d'autre part. La circonstance que la clause litigieuse prévoit aussi un traitement défavorable fondé sur l'état de santé au moment de l'affiliation ne dispense la cour pas de constater l'existence d'un traitement défavorable fondé sur la grossesse ni de vérifier si ALLIANZ BENELUX peut se prévaloir, pour celui-ci, d'une justification conforme à la loi.

2.2. La justification de la distinction directe fondée sur la grossesse

¹⁷ CJUE, 8 novembre 1990, n° C-177/88, *Dekker* ; C.trav. Liège, 10 décembre 2024, R. G. n° 2024/AN/5, p. 19, www.terralaboris.be

¹⁸ C.trav. Bruxelles, 30 juin 2021, R.G. n° 2018/AB/695, www.terralaboris.be, p. 19-20.

ALLIANZ BENELUX invoque (à titre subsidiaire) l'ordre de la loi comme unique cause de justification de la distinction directe fondée sur la grossesse. Elle fait valoir que l'article 79 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014 et le concept d'assurance lui-même exigent l'existence d'un aléa au moment de la conclusion du contrat d'assurance, sous peine de nullité de ce contrat. Les principes du droit des assurances à ce sujet ont été rappelés ci-dessus. Selon ALLIANZ BENELUX, l'incapacité de travail découlant d'une grossesse et d'un accouchement ne présenterait pas le caractère aléatoire requis pour pouvoir faire l'objet d'un contrat d'assurance lorsque la grossesse était connue au moment de l'affiliation de l'assurée.

Or, il est notoirement connu qu'une grossesse ne donne pas toujours lieu à une incapacité de travail et, *a fortiori*, que le moment et la durée de l'incapacité de travail potentiellement liée à une grossesse et à un accouchement sont indéterminés. La grossesse peut prendre fin par une fausse couche sans incapacité de travail ou avec une incapacité de travail de durée minime ou longue ; la grossesse et/ou l'accouchement peuvent s'accompagner de complications entraînant ou non des périodes d'incapacité de travail minimales ou longues elles aussi ; la durée du repos de maternité et d'accouchement est comprise entre zéro jour (en cas de fausse couche précoce sans complication) et 15 semaines (17 semaines en cas de naissance multiple), dont 5 semaines (7 semaines en cas de naissance multiple) ne sont pas obligatoirement prises. C'est dès lors à tort qu'ALLIANZ BENELUX allègue qu'en cas de grossesse au moment de l'affiliation de l'assurée, ALLIANZ BENELUX sera automatiquement et certainement amenée à intervenir, c'est-à-dire à payer la rente complémentaire aux indemnités de sécurité sociale. En réalité, cette intervention n'est pas automatique et certaine et quand bien même elle est très probable, le moment et la durée de l'intervention sont indéterminés.

Il existe donc une haute probabilité, mais non une certitude, que la grossesse existante et qui s'est déjà manifestée au moment de l'affiliation donne lieu à des périodes d'incapacité de travail. Le nombre et la durée de ces périodes sont indéterminés. Même si un repos de maternité de 15 semaines est assez probable et si le moment où il surviendra est approximativement prévisible, il existe à ce sujet une incertitude raisonnable compte tenu de l'éventualité d'une fausse couche et du caractère facultatif d'une partie de la période de repos. Par ailleurs, d'autres périodes d'incapacité de travail, imprévisibles quant à elles, peuvent survenir en cas de complications.

Même en cas de grossesse existante, les périodes d'incapacité de travail à couvrir par l'assurance en cause présentent donc un aléa, une incertitude au sens défini ci-dessus pour l'application de la loi du 4 avril 2014. En effet, la survenance des événements à couvrir est probable, sans être certaine et leur durée est incertaine. Au moment de la conclusion du contrat, les parties ignorent le résultat économique de celui-ci, à savoir le rapport entre les primes qui seront encaissées par l'assureur et les prestations à fournir par celui-ci ; ce résultat pourra être déséquilibré, ou non, en fonction du nombre et de la durée des périodes d'incapacité de la travailleuse, qui ne sont pas connus lors de la conclusion du contrat ni de son affiliation, même lorsqu'elle est enceinte à ce moment.

Le caractère obligatoire de l'affiliation augmente encore l'incertitude. En effet, la travailleuse enceinte au moment de l'affiliation ne pourra se désaffilier après son accouchement ; elle continuera donc à cotiser – et/ou l'employeur pour elle – pendant toute la durée de son contrat de travail. Au cours de cette période qui peut s'étendre sur de nombreuses années, elle pourra connaître, ou non, des périodes d'incapacité de travail totalement imprévisibles. Le rapport entre les primes encaissées par l'assureur pour cette travailleuse et les rentes qu'il devra lui payer, apprécié sur toute la durée du contrat, est imprévisible.

L'incertitude s'accroît encore lorsqu'est pris en considération le caractère collectif et obligatoire de la police d'assurance en cause. Au moment où le contrat d'assurance est conclu, et même au moment de l'affiliation de chaque assuré(e), tant l'employeur que l'assureur ignorent le nombre, la durée et le moment des périodes d'incapacité de travail qui seront à couvrir par l'assureur tout au long de la vie de ce contrat d'assurance. Les assuré(e)s ne sont pas des personnes déterminées que l'assureur pourrait sélectionner en fonction de leur profil de risque et d'éventuels risques préexistants, mais une collectivité de personnes indéterminées, composée non seulement des membres du personnel en service lors de la conclusion du contrat, mais également de tous ceux et celles qui entreront au service de l'employeur pendant toute la durée du contrat ; celui-ci est conçu comme un contrat à long terme, de telle sorte que le nombre de travailleurs et travailleuses qui seront assurés et leur profil de risque sont totalement indéterminés. Pour l'ensemble des travailleurs et travailleuses qui seront assuré(e)s durant toute la vie du contrat, la survenance et la durée des périodes d'incapacité de travail à couvrir par l'assureur sont totalement imprévisibles.

Le contrat d'assurance en cause présente donc bien le caractère aléatoire requis par la loi. L'exclusion de couverture prévue par ce contrat pour les incapacités de travail liées à une grossesse s'étant déjà manifestée au moment de l'affiliation de la travailleuse n'est nullement nécessaire pour préserver la nature aléatoire de l'opération d'assurance. Cette exclusion n'est donc pas exigée par l'article 79 de la loi du 4 avril 2014.

L'exclusion contestée permet à ALLIANZ BENELUX d'opérer une certaine sélection des risques à l'intérieur même d'un contrat d'assurance valable. Cette sélection des risques répond à des considérations économiques ; quel que soit le bien-fondé de ces considérations, dont la cour n'est pas juge, elles ne peuvent justifier un traitement défavorable fondé sur la grossesse. En vertu de la loi du 10 mai 2007, seul l'ordre de la loi peut justifier pareil traitement. Or, la loi sur les assurances du 4 avril 2014 n'impose pas la distinction directe sur la base de la grossesse, constatée en l'espèce. L'ordre de la loi, invoqué par ALLIANZ BENELUX, n'existe donc pas.

C'est à tort qu'ALLIANZ BENELUX fait valoir qu'à suivre le raisonnement de l'INSTITUT, toute femme enceinte pourrait souscrire une assurance maladie individuelle au moment où elle découvre qu'elle est enceinte et bénéficier de la couverture, et résilier le contrat après la reprise du travail. Cette situation n'est nullement comparable à la situation en cause en ce qu'en l'espèce, l'affiliation à l'assurance collective est obligatoire. La travailleuse ne peut ni choisir de s'affilier au moment où elle découvre qu'elle est enceinte, ni se désaffilier après la reprise du travail. Le risque d'antisélection est exclu par le caractère obligatoire de l'assurance collective.

2.3. La discrimination fondée sur la grossesse

En conclusion, la cour constate l'existence d'une distinction directe fondée sur la grossesse et son absence de justification conforme à la loi.

La cour constate donc l'existence d'une discrimination directe fondée sur la grossesse. La discrimination constatée consiste à exclure de la couverture du contrat d'assurance l'incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, à caractère collectif et obligatoire, l'incapacité de travail qui résulte d'une grossesse existant au moment de l'affiliation ainsi que toute incapacité de travail en rapport avec cette grossesse et l'accouchement prévu, leurs suites et conséquences.

2.4. L'ordre de cessation et les mesures demandées

Sur la base de l'article 25, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, la cour du travail ordonne la cessation de cette pratique discriminatoire.

Sur la base de l'article 25, § 1^{er}, alinéa 3, de la même loi, il y a lieu d'ordonner des mesures positives visant à empêcher la répétition d'actes similaires. À cette fin, la cour du travail ordonne à ALLIANZ BENELUX de modifier les conditions générales et conditions particulières de ses contrats d'assurance incapacité de travail lié à l'activité professionnelle, à caractère collectif et obligatoire, de manière à ne plus exclure de la couverture l'incapacité de travail qui résulte d'une grossesse existant au moment de l'affiliation ainsi que toute incapacité de travail en rapport avec cette grossesse et l'accouchement prévu, leurs suites et conséquences. La cour ordonne également à ALLIANZ BENELUX d'indemniser ces périodes d'incapacité, pour autant que les autres conditions d'intervention soient remplies.

La loi prévoit la possibilité, pour le juge de la cessation, de prescrire des mesures de publicité de sa décision (article 25, § 3). En l'espèce, la cour ne juge pas cette mesure nécessaire. Les canaux d'information existants, tant à destination du grand public que des professionnels du droit, sont suffisants pour assurer l'exécution du présent arrêt. Même si la préoccupation de l'INSTITUT d'améliorer la connaissance du dispositif antidiscriminatoire par le secteur des assurances et par les assurés est louable, ce n'est pas le rôle attribué par la loi au juge.

VI. La décision de la cour du travail

La cour déclare l'appel fondé et met à néant l'ordonnance attaquée, sauf en ce qu'elle a déclaré la demande originaire recevable.

Statuant à nouveau pour le surplus, la cour déclare la demande de l'INSTITUT fondée dans la mesure suivante :

La cour constate l'existence d'une discrimination directe fondée sur la grossesse, commise par ALLIANZ BENELUX. La discrimination constatée consiste à exclure de la couverture du contrat d'assurance incapacité de travail lié à l'activité professionnelle, à caractère collectif et obligatoire, l'incapacité de travail qui résulte d'une grossesse existant au moment de l'affiliation ainsi que toute incapacité de travail en rapport avec cette grossesse et l'accouchement prévu, leurs suites et conséquences.

La cour ordonne à ALLIANZ BENELUX la cessation de cette pratique discriminatoire.

La cour ordonne à ALLIANZ BENELUX de modifier les conditions générales et conditions particulières de ses contrats d'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, à caractère collectif et obligatoire, de manière à ne plus exclure de la couverture l'incapacité de travail qui résulte d'une grossesse existant au moment de l'affiliation ainsi que toute incapacité de travail en rapport avec cette grossesse et l'accouchement prévu, leurs suites et conséquences. La cour ordonne également à ALLIANZ BENELUX d'indemniser ces périodes d'incapacité, pour autant que les autres conditions d'intervention soient remplies.

La cour déclare la demande de mesures de publicité non fondée et en déboute l'INSTITUT.

La cour condamne ALLIANZ BENELUX aux dépens des deux instances, liquidés comme suit et à payer à l'INSTITUT :

- **1.800 euros à titre d'indemnité de procédure de première instance**
- **1.883,72 euros à titre d'indemnité de procédure d'appel**
- **2x 24 euros, soit 48 euros, à titre de contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.**

Cet arrêt est rendu et signé par :

F. B., présidente de chambre,
B. C., conseiller social au titre d'employeur
B. M., conseiller social au titre d'employé
Assistés de F. A., greffier

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 2^{ème} Chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le 20 novembre 2025, où étaient présents :

F. B., présidente de chambre,
F. A., greffier

F. A.,

F. B.,