



Point de départ des intérêts moratoires des créances d'assurances privées : analyse de l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020

EMILIE CONTI MOREL

I. Objet de l'arrêt

Cet arrêt traite de la question du **dies a quo des intérêts moratoires** pour des arriérés d'indemnités journalières d'une assurance maladie perte de gain sous l'angle de l'art. 41 LCA.

Le TF a dû trancher la question de savoir si les intérêts moratoires couraient depuis l'introduction de la demande en justice, voire avant, comme le soutenait l'assurée, ou s'ils ne couraient que depuis la prise de connaissance par l'assureur de l'expertise judiciaire diligentée en cours de procédure, respectivement quatre semaines plus tard, comme le soutenait l'assureur suivi par la juridiction cantonale.

II. Résumé de l'arrêt

A. Les faits

L'assurée, « A. », est au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de l'assureur « B. SA » via son employeur. Le 25 janvier 2016, l'employeur annonce à B. SA que A. est en **incapacité de travail depuis le 21 janvier 2016**. L'incapacité est attestée successivement par le Dr M., interniste, puis dès le mois de mars 2016, par le Dr N., psychiatre, qui ont tous deux fait état d'un état anxio-dépressif sévère.

Doutant du bien-fondé de ces certificats médicaux, B. SA demande à A. de se rendre à la Clinique X. afin d'y être expertisée. Précisons que la Clinique X. est celle qui a, depuis lors, défrayé la chronique pour ses pratiques douteuses¹. Le 18 juin 2016, l'experte psychiatre de la Clinique X. estime que A. est pleinement capable de travailler.

Sur cette base, B. SA, qui avait commencé à verser ses prestations le 21 mars 2016 (au terme du délai d'attente), **interrompt ses prestations après le 21 juin 2016**.

¹ Voir ERIC MAUGUÉ, retrait de l'autorisation d'exploiter le département « expertises » d'une institution de santé, analyse de l'arrêt du TF 2C_32/2017, Newsletter rcassurances.ch, mars 2018.

Le 20 juillet 2016, elle informe A. du fait que les conditions pour la prise en charge de son cas ne sont pas remplies compte tenu du rapport de l'experte psychiatre.

En parallèle, le Dr M., interniste traitant, atteste d'une incapacité de travail totale dès le 28 juin 2016 en raison de douleurs lombaires. Sur ce, B. SA mandate le Dr Z., interniste et pneumologue auprès de la même clinique. Le Dr Z. estime que les douleurs lombaires justifient l'incapacité de travail durant 10 jours seulement.

Dans un rapport du 9 août 2016, le Dr N., psychiatre traitant, confirme son premier diagnostic, en relevant **une péjoration de l'état de santé**. Il complète ensuite son rapport le 19 octobre 2016, en contestant les conclusions de l'expert psychiatre. Le Dr M., interniste traitant, a lui aussi confirmé son diagnostic ainsi que **la poursuite de l'incapacité totale de travailler**, en joignant une IRM, en date du 28 octobre 2016.

Le 15 novembre 2016, A. saisit la Cour de justice genevoise d'une demande contre B. SA. Elle conclut, au terme de la procédure, au paiement de CHF 206'770,20 avec intérêts à 5 % l'an dès le 20 mars 2017, date moyenne.

En cours de procédure, A. informe la Cour que **l'office AI lui a reconnu une incapacité de travail totale dès le 1^{er} janvier 2016.**

La Cour diligente une **expertise psychiatrique**. Dans son rapport du 8 octobre 2018, l'experte se rallie à l'avis du Dr. N., psychiatre traitant, et **confirme l'incapacité totale de travailler depuis le mois de janvier 2016**. Sur ce, B. SA se rallie finalement aux conclusions de l'expertise judiciaire et reconnaît à A. le droit aux indemnités journalières querellées. La Cour admet donc la demande et condamne B. SA à verser un montant de CHF 170'885.- à A., **avec intérêts dès le 6 novembre 2018.**

A. forme recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, concluant au versement des intérêts à 5 % l'an à compter du 19 novembre 2016 sur le montant de CHF 48'040.-, respectivement à compter du 20 juin 2017 (date moyenne) sur le solde.

B. Le droit

Le TF commence par rappeler que le litige concerne exclusivement le **dies a quo de l'intérêt moratoire** afférent à la somme que l'assureur a été condamné à verser (CHF 170'885.-), et qu'il ne conteste plus (c. 3).

Les juges cantonaux ont retenu **le 6 novembre 2018** en articulant les raisons suivantes: c'était seulement à **réception du rapport d'expertise judiciaire** que l'assureur avait pu se convaincre du droit de l'assurée à toucher des indemnités journalières au-delà du 21 juin 2016 – date à laquelle les versements avaient été interrompus. Après cette date, différents certificats d'arrêt de travail avaient été établis; toutefois, leurs conclusions étaient diamétralement opposées à celles des experts de la Clinique X. L'assureur pouvait ainsi **concevoir des doutes sur l'étendue de ses obligations** et ce, jusqu'à l'obtention du rapport d'expertise judiciaire, dont on pouvait admettre qu'il avait été reçu le 9 octobre 2018. La créance était échue **quatre semaines plus tard** par l'effet de l'art. 41 al. 1 LCA, soit le 6 novembre 2018 (c. 3.1).

L'assurée estime que la Cour n'était pas fondée à retenir la date correspondant à la prise de connaissance par l'assureur du rapport d'expertise judiciaire, celui-ci ne faisant que **confirmer les diagnostics** qu'elle avait déjà invoqués à l'appui de sa demande en paiement. Pour elle, les

arriérés dus pour la période du 22 juin au 15 novembre 2016 (date du dépôt de la demande en justice), portaient intérêt **dès le lendemain de la réception de ladite demande**, soit le 19 novembre 2016. Celle-ci vaudrait en effet **interpellation** au sens de l'art. 102 al. 1 CO, applicable par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA. S'agissant du solde d'indemnités journalières, non échues au jour du dépôt de la demande en justice, l'intérêt moratoire devait être calculé à compter d'une **date moyenne** fixée au 20 juin 2017 (c. 3.2).

Le TF expose ensuite les **principes juridiques applicables**. Aux termes de l'art. 41 al. 1 LCA, la créance qui résulte du contrat d'assurance est **échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention**. Les « renseignements » visés par cette disposition correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA. **Le délai de délibération de quatre semaines laissé à l'assureur ne court pas tant que l'ayant droit n'a pas suffisamment fondé sa prétention**; tel est par exemple le cas lorsque, dans l'assurance contre les accidents, l'état de santé véritable de l'ayant droit n'est pas éclairci parce que ce dernier empêche le travail des médecins (c. 4.1).

Le débiteur d'une obligation exigible est **mis en demeure par l'interpellation du créancier** (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû **à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation**, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, **dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur**. Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, **qu'une interpellation n'est pas nécessaire**; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (c. 4.1).

Dans le cas d'espèce, l'assurée fait valoir que les rapports établis par son psychiatre traitant fournissaient tous les renseignements nécessaires à l'assureur pour qu'il puisse se convaincre du bien-fondé de ses prétentions. L'expertise judiciaire n'a fait que confirmer le diagnostic déjà posé par ce médecin. L'assureur était ainsi en demeure bien avant d'en prendre connaissance. Celui-ci objecte que seule l'experte judiciaire aurait mis en œuvre un examen neuropsychologique révélant des éléments nouveaux qui ont emporté son adhésion (c. 4.2).

Est donc litigieux le moment à compter duquel l'assureur a reçu les **renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé des prétentions de l'assurée** (c. 4.3).

En substance, les juges fédéraux relèvent que les rapports des médecins traitants attestaient d'un état anxio-dépressif sévère et d'une incapacité de travail totale. De plus, dans son rapport du 27 avril 2016, le psychiatre traitant avait effectué une anamnèse précise du contexte dans lequel l'état maladif avait surgi, décrit les symptômes et le traitement en cours. L'assurée s'était soumise sans discuter à l'« expertise » requise par l'assureur en juin 2016. Ses médecins traitants avaient encore confirmé leur premier diagnostic et l'incapacité de travail totale. **L'assurée s'était ainsi acquittée à satisfaction du devoir de transmettre à l'assureur tous les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de ses prétentions.**

Comme l'a retenu le TF, si l'assureur a choisi de mandater l'experte de la Clinique X. afin de réaliser un contre-rapport, on ignore tout des motifs ayant déterminé ce choix. En particulier, il n'apparaît pas que les rapports produits par l'assurée aient été incomplets ou

contradictoires, que l'anamnèse fondée sur les renseignements de l'intéressée ait été lacunaire ou inexacte.

Le TF précise qu'il ne tient pas rigueur à l'assureur de s'être tourné vers un établissement auquel de graves manquements ont ensuite été reprochés, puisque la médiatisation de cette affaire est intervenue ultérieurement. Il n'en demeure pas moins que l'« expertise » du médecin psychiatre de cette clinique banalisait, voire occultait certains signes cliniques et anamnésiques selon l'experte judiciaire, reproches qui avaient déjà été formulés par le psychiatre traitant.

Le TF relève encore que l'assureur s'est enfoncé dans sa position même après que l'office AI eut décidé d'octroyer une rente AI. **Or, l'assureur ne peut pas retarder à loisir l'exigibilité de la créance en prétextant qu'il n'est lui-même pas convaincu du bien-fondé des prétentions émises par l'assuré.** On ne saurait suivre la thèse de l'assureur selon laquelle l'expertise judiciaire aurait apporté des éléments nouveaux qui seuls lui auraient permis d'acquiescer à une conviction. En effet, l'experte judiciaire n'avait fait que **confirmer** le diagnostic du psychiatre traitant. Certes, elle a étayé ce diagnostic par les résultats d'un examen neuropsychologique. **Toutefois, si l'assureur considérait vraiment que la réalisation d'un tel examen était cruciale, il aurait dû le requérir d'emblée, ce qu'il n'a pas fait.** Il a beau jeu, a posteriori, d'invoquer qu'il serait prétendument incontournable, de sorte qu'il ne saurait être suivi sur ce point. Partant, dans cette constellation particulière, l'autorité précédente ne pouvait pas inférer que les renseignements propres à convaincre du bien-fondé de la prétention auraient été obtenus à réception seulement du rapport d'expertise judiciaire en octobre 2018. Il faut bien plutôt retenir, aux yeux du TF, que l'assureur était déjà en demeure avant d'en prendre connaissance.

S'agissant des indemnités journalières afférentes à la période du 22 juin au 15 novembre 2016, l'assurée estime que le *dies a quo* des intérêts moratoires correspond au **lendemain de la réception par l'assureur de la demande en justice**, soit le 19 novembre 2016. **Le TF se demande s'ils ne courent pas à partir d'une date même antérieure, mais laisse la question ouverte, étant lié par les conclusions de la recourante.**

Quant aux indemnités journalières relatives à la période du 16 novembre 2016 au 19 janvier 2018, la recourante conclut au versement d'intérêts moratoires à compter d'une **date moyenne**, soit le 20 juin 2017. L'assureur ne s'y oppose pas en soi, puisque son unique argument tient au rapport d'expertise judiciaire qui, seul, lui aurait permis de se forger une conviction. Cette date peut donc également être retenue (c. 4.3).

Le TF admet donc le recours et condamne l'assureur à verser des intérêts à 5 % l'an sur la somme de CHF 48'040,80 dès le 19 novembre 2016 et des intérêts à 5 % l'an sur le montant de CHF 122'844,20 dès le 20 juin 2017.

III. Analyse

1. Préambule

L'avocat qui intervient à la défense des assurés est régulièrement confronté à la question du point de départ des intérêts moratoires, en particulier lors du dépôt d'une demande en justice. Faute de temps ou de moyen, il n'y prête toutefois pas toujours l'attention requise, l'essentiel du travail étant consacré à établir l'existence de la créance principale. Pourtant, les

montants en jeu ne sont pas négligeables, compte tenu de la durée des procédures et du taux d'intérêt de 5 % l'an ancré à l'art. 104 CO, également applicable en matière d'assurances privées par le renvoi de l'art. 100 LCA. L'arrêt présentement commenté a donc le mérite de rappeler les principes régissant le point de départ des intérêts moratoires des créances d'assurances privées, plus particulièrement des indemnités journalières perte de gain.

2. Point de départ des intérêts moratoires

En droit privé général, les créances sont en principe immédiatement exigibles et les intérêts moratoires courent dès le lendemain de la mise en demeure du débiteur par le créancier (art. 75, 102 et 104 CO).

En matière de créances résultant d'un contrat d'assurance privée, tel que le contrat d'assurance maladie perte de gain, le régime est différent.

En effet, l'art. 41 LCA prévoit que la créance qui résulte du contrat d'assurance est échue **quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention**. La prétention de l'ayant droit n'est donc pas exigible tant que celui-ci n'a pas satisfait à ses **incombances** en vue d'établir le bien-fondé de sa prétention, de manière fautive ou non². Il en va ainsi si l'ayant droit ne s'est pas conformé à son devoir d'annonce prévu par l'art. 38 LCA, s'il n'a pas fourni les renseignements et produit les documents visés à l'art. 39 LCA ou s'il ne s'est pas acquitté des autres devoirs de collaborer que lui imposent la loi ou le contrat³.

Quant à l'assureur, il dispose, pour étudier le cas, d'un **délai de délibération** de quatre semaines qui commence à courir dès la réception de tous les renseignements utiles, sauf disposition contraire des CGA. Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la prestation devient exigible et que l'assuré peut, le cas échéant, la faire valoir en justice et réclamer des intérêts moratoires⁴.

Si l'assureur conteste à tort son obligation ou signifie clairement et définitivement qu'il ne s'exécutera pas, le délai de délibération devient superflu et la prestation devient **immédiatement exigible**⁵.

Suite à la survenance de l'exigibilité, le créancier doit encore **interpeller le débiteur** au sens de l'art. 102 CO (par renvoi de l'art. 100 al. 1 LCA). **Ce n'est qu'au lendemain de l'interpellation que les intérêts moratoires commencent à courir**.

A noter que l'interpellation peut intervenir avant l'exigibilité, en quel cas les intérêts moratoires commencent à courir dès l'exigibilité, c'est-à-dire au terme du délai de délibération⁶.

² BSK VVG-NEF, art. 41 N 12 ; FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Zurich/Bâle/Genève 2011, N 11.51.

³ TF, 26.3.2018, 4A_489/2017, c. 4.4 ; TF, 18.10.2006, 5C.18/2006, c. 6.1.

⁴ BSK VVG-NEF, art. 41 N 1 ss.

⁵ TF, 16.12.2014, 4A_122/2014, c. 3.5.

⁶ CJ GE, 12.9.18, ATAS/795/2018, c. 16b ; CR CO I-THÉVENOZ, ad art. 102 N 19.

L'introduction d'une **action en justice** vaut interpellation⁷.

De plus, lorsque l'assureur nie définitivement et à tort son devoir de prester, l'interpellation est superflue et les intérêts moratoires **courent immédiatement** (art. 108 al. 1 CO)⁸.

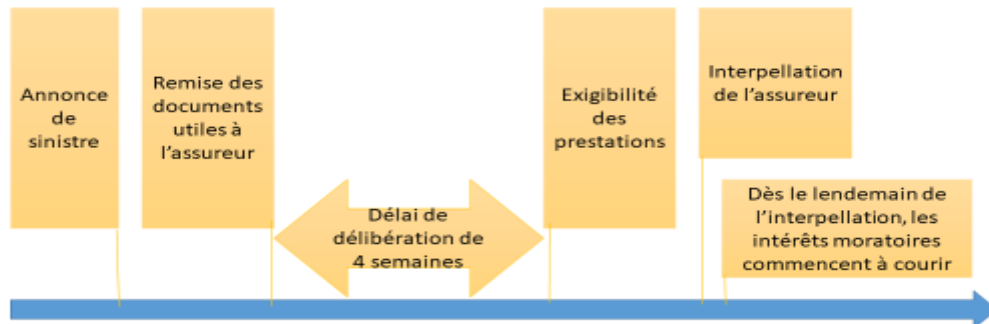


Schéma récapitulatif des principes fixés aux art. 38, 39 et 41 LCA et 102 CO

Pour illustrer ces principes, prenons les exemples suivants :

- a. Adrien a remis une partie des documents utiles à l'assureur suite à l'annonce de sinistre. Trois semaines plus tard, l'assureur lui indique qu'il manque un document essentiel pour fonder le droit aux prestations. Dès le jour où Adrien envoie le document manquant à l'assureur, le délai de délibération commence à courir. Après quatre semaines, les prestations deviennent exigibles. Adrien interpelle l'assureur pour qu'il s'exécute immédiatement. Les intérêts courent dès le lendemain de l'interpellation.
- b. Maria a remis tous les documents utiles à l'assureur suite à l'annonce de sinistre. Elle l'a directement interpellé pour qu'il verse les prestations d'assurance. Au terme du délai de délibération, l'assureur ne répond rien. Après trois vaines relances, Maria dépose une action en justice. Les intérêts moratoires courent dès le lendemain de l'expiration du délai de délibération.
- c. Serge a remis tous les documents utiles à l'assureur. Deux semaines plus tard, l'assureur lui répond, à tort, qu'il n'a pas de devoir de prester. Dès la réponse de l'assureur, les prestations deviennent exigibles. Les intérêts moratoires courent immédiatement, sans nécessité d'interpellation.
- d. Olivia a remis tous les documents utiles à l'assureur. Au terme du délai de délibération, l'assureur ne s'exécute pas. Olivia introduit directement une action en justice. La

⁷ TF, 25.2.2006, 5C_177/2005, c. 6.2.

⁸ BSK VVG Nachf.Bd.-NEF, art. 41 ad 20 ; TF 8.5.2017, 4A_16/2017, c. 3.1.

notification de l'action en justice vaut interpellation. Les intérêts moratoires courent dès le lendemain de la notification de l'action en justice à l'assureur.

- e. Albert a remis certains documents à l'assureur. L'assureur a refusé de s'exécuter, car certains documents justificatifs n'avaient pas été fournis. Albert dépose directement une demande en justice. Dans son bordereau figurent les pièces justificatives manquantes. Le délai de délibération commence à courir lors de la notification du bordereau à l'assureur. Les intérêts commencent à courir au terme du délai de délibération, soit quatre semaines plus tard.

3. Incombances de l'assuré

Comme nous l'avons vu, pour connaître l'échéance des prestations d'assurance et le point de départ des intérêts moratoires, il faut d'abord définir le jour où l'assuré a fourni à l'assureur tous les documents permettant à celui-ci de se convaincre du bien-fondé de sa prétention. En effet, l'art. 39 al. 1 LCA impose à l'assuré de transmettre à l'assureur, à sa demande, tous les **renseignements ou documents** pouvant servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre⁹. Au contraire de l'art. 38 qui prévoit un devoir d'annonce spontané, l'art. 39 consacre **un devoir de l'ayant droit de répondre aux questions que peut se poser l'assureur** après réception du formulaire d'annonce de sinistre¹⁰.

L'étendue du **devoir de collaboration** de l'ayant droit se détermine au cas par cas, selon la nature du contrat d'assurance en cause ainsi que selon les règles sur le fardeau de la preuve¹¹.

De plus, ce devoir peut **s'étendre dans le temps**, par exemple lorsqu'une modification du taux d'incapacité de travail peut engendrer une augmentation ou une diminution des prestations d'assurance¹².

L'arrêt présentement commenté clarifie l'étendue du devoir de collaboration de l'assuré en matière d'assurance maladie perte de gain.

Pour juger si l'assurée s'était conformée à son obligation de collaborer, le TF a en particulier retenu les éléments suivants :

- les rapports des médecins traitants attestaient d'un état anxio-dépressif sévère et d'une incapacité de travail totale ;
- dans son rapport du 27 avril 2016, le psychiatre traitant avait effectué une anamnèse précise du contexte dans lequel l'état malade avait surgi et avait décrit les symptômes et le traitement en cours ;
- l'assurée s'était soumise sans discuter à l'« expertise » requise par l'assureur en juin 2016 ;

⁹ BSK VVG-NEF, art. 41 N 9 ; TF 26.3.2018, 4A_489/2017, c. 4.3 à 4.5.

¹⁰ MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3^e éd., Berne 1995, 383 ; SCHAER, Modernes Versicherungsrecht – das privatversicherungsrecht und seine Schnittstellen zum Sozialversicherungs – und Haftpflichtrecht, Berne 2007, § 21 N 12.

¹¹ MAURER, 382 ; BSK VVG-NEF, art. 41 N 12 ; SCHAER, § 21 N 12.

¹² SCHAER, § 21 N 21.

- ses médecins traitants avaient encore confirmé leur premier diagnostic et l'incapacité de travail totale.

L'assurée s'était ainsi acquittée à satisfaction du devoir de transmettre à l'assureur tous les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de ses prétentions, de sorte à faire courir le délai de délibération.

Ainsi, comme souligné par le TF, l'assureur ne pouvait pas plaider que ce n'était qu'à réception de l'expertise judiciaire qu'il avait pu se convaincre du bien-fondé des prétentions de l'assuré, alors que cette expertise n'avait fait que confirmer l'opinion des médecins traitants.

Il est regrettable qu'en raison du principe de l'interdiction de statuer *ultra petita*, le TF n'ait pas eu l'occasion de fixer plus précisément le point de départ des intérêts moratoires qui était certainement antérieur à la date évoquée par l'assurée dans ses conclusions.

Tentons donc de nous livrer à l'exercice.

Après l'annonce de sinistre, l'assurée a fait parvenir à l'assureur divers rapports médicaux de ses médecins traitants, interniste et psychiatre, justifiant son incapacité de travail. Ces documents ont suffi à enclencher le versement des prestations par l'assureur, qui a versé des indemnités journalières durant trois mois, du 21 mars au 21 juin 2016. Il faut donc en conclure que l'assureur était **suffisamment renseigné pour s'exécuter**. Le fait qu'il ait ultérieurement nourri des doutes quant à la poursuite de l'incapacité de travail et souhaité obtenir un deuxième avis ne signifie pas que l'assurée ne s'est pas conformée à son obligation de collaborer. Celle-ci s'est d'ailleurs rendue auprès de l'experte mandatée par l'assureur. Par la suite, l'assurée a continué à transmettre à l'assureur des rapports médicaux de ses médecins traitants, qui attestaient d'une péjoration de son état de santé et critiquaient les résultats de l'expertise. **L'assurée a donc fait tout ce qui était en son pouvoir pour justifier ses prétentions.**

Quant à l'assureur, par courrier du 20 juillet 2016, il a affirmé que les conditions d'assurance n'étaient plus remplies et qu'il interrompait le versement de ses prestations, et ce depuis le 21 juin 2016. **Ce faisant, l'assureur a clairement et définitivement refusé, à tort, de prester.** Dès lors, les prestations sont devenues immédiatement exigibles, le délai de délibération n'ayant plus lieu d'être. De plus, une interpellation n'était plus nécessaire pour faire courir les intérêts moratoires.

A notre sens, c'est donc **à partir du 20 juillet 2016** que les intérêts moratoires auraient pu être réclamés par l'assurée pour les arriérés échus à cette date (soit les indemnités dues depuis le 22 juin 2016), puis dès le 18 septembre 2016 (date moyenne) pour les arriérés échus entre le 21 juillet et le 15 novembre 2016, date de l'introduction de la demande en justice.

5. Conclusions

Dans cet arrêt, le TF rappelle que les créances découlant d'une assurance privée deviennent exigibles quatre semaines après le moment où l'assuré a fourni à l'assureur tous les

renseignements permettant à celui-ci de se convaincre du bien-fondé de sa prétention et que les intérêts moratoires courent dès le lendemain de l'interpellation de l'assureur par l'assuré.

Le TF rappelle également que l'assureur ne peut repousser à loisir le début du délai de délibération en mettant en doute, sans motif objectif, les pièces remises par l'assuré, en l'espèce des rapports médicaux justifiant l'incapacité de travail. En particulier, le fait que l'assureur ait obtenu une expertise médicale contredisant les constatations des médecins traitants de l'assuré n'est pas de nature à repousser le point de départ du délai de délibération. S'il décide de ne pas payer malgré les pièces justificatives fournies par l'assuré, l'assureur s'expose donc au paiement d'intérêts moratoires au cas où il s'avère, en définitive, que les prétentions de l'assuré étaient fondées.

La clarification apportée par le TF dans cet arrêt est bienvenue. En effet, lorsque l'assureur met en doute l'incapacité de travail d'une personne et cesse pour ce motif de lui verser les indemnités journalières qui se substituent au salaire durant la maladie, il place souvent celle-ci dans une situation inextricable. Du jour au lendemain, cette personne se trouve privée de tous revenus, tout en étant en arrêt de travail. De plus, dans les cas où le contrat de travail a été entretemps résilié par l'employeur, elle n'aura pas forcément la possibilité de s'inscrire au chômage à titre provisoire, à défaut d'une quelconque capacité de travail.

L'assureur ne devrait donc pas effectuer ce type de démarche à la légère. Or, s'il ne s'exposait pas au paiement d'intérêts moratoires, l'assureur n'aurait rien à perdre à tenter d'interrompre le versement de ses prestations prématurément. En définitive, le fait que l'assureur puisse avoir des intérêts moratoires à payer sur les arriérés est le seul moyen de pression dont dispose l'assuré pour dissuader l'assureur de suspendre, sans droit, ses prestations.

Précisons enfin que l'art. 41 LCA ne devrait pas subir de modification dans le cadre de la révision législative en cours de la LCA.