

**CHAMBRE DES RECOURS CIVILE**

---

---

Arrêt du 3 octobre 2011

---

Présidence de M. CREUX, président  
Juges : MM. Giroud et Colelough  
Greffier : M. Perret

\*\*\*\*\*

**Art. 74 al. 1, 97 al. 1 LTF; 7, 157, 319 let. a CPC; 56 al. 1 LAMal;  
129 Cst-VD; 73 al. 1 LOJV**

Statuant à huis clos sur le recours interjeté par **T.\_\_\_\_\_**, à Savigny, demanderesse, contre le jugement rendu le 4 avril 2011 par le Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans la cause divisant la recourante d'avec **J.\_\_\_\_\_ SA**, à Lausanne, défenderesse, la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal voit :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 4 avril 2011, dont les motifs ont été notifiés aux parties le 24 mai 2011 et reçus le 1<sup>er</sup> juin suivant par la recourante, le Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté les conclusions de la demande du 15 avril 2009 de T.\_\_\_\_\_ contre J.\_\_\_\_\_ SA (I) et dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens (II).

En droit, le premier juge a considéré, en substance, que les prétentions émises par T.\_\_\_\_\_ à l'encontre de son assurance maladie tendant à la prise en charge des frais consécutifs à son séjour du 5 au 6 novembre 2007 auprès de la clinique V.\_\_\_\_\_ relatifs à une intervention consistant en une hystéroscopie et la mise en place d'un stérilet de type Mirena étaient mal fondées. Il a en effet retenu que les conditions générales et complémentaires d'assurance applicables à la police d'assurance de la prénommée permettaient à l'assureur d'exclure notamment la prise en charge de frais de traitements d'hospitalisation ne répondant pas à une réelle nécessité médicale, ce qui était le cas en l'espèce, les éléments médicaux ressortant du dossier ne permettant pas de justifier une hospitalisation de l'assurée dans le cadre de l'intervention précitée.

**B.** Par acte motivé du 27 juin 2011, T.\_\_\_\_\_ a recouru contre ce jugement, concluant, avec suite de frais et dépens des deux instances, à sa réforme dans le sens que ses conclusions de première instance portant sur 7'340 fr. 95, plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, sont admises.

Dans le délai imparti, l'intimée J.\_\_\_\_\_ SA a déposé un procédé écrit, concluant, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours.

**C.** La Chambre des recours civile fait sien dans son entier l'état de fait du jugement, complété par les pièces du dossier, dont il ressort notamment ce qui suit :

**1.** T.\_\_\_\_\_, née en 1949, était en 2007 au bénéfice de plusieurs couvertures d'assurances complémentaires auprès de la caisse J.\_\_\_\_ SA, dont la couverture [...] couvrant les frais d'hospitalisation en division privée des établissements publics ou privés ayant conclu un accord tarifaire préférentiel avec la caisse. L'édition 1999 des conditions générales et spéciales d'assurance était applicable au contrat de l'assurée.

T.\_\_\_\_\_ était assurée auprès d'une autre caisse d'assurance pour l'assurance maladie obligatoire.

**2.** Le 5 novembre 2007, l'assurée a été hospitalisée à la clinique V.\_\_\_\_\_ pour une hystéroscopie diagnostique et la mise en place d'un stérilet de type Mirena, en raison de métrorragies en période ménopausique.

Préalablement à cette hospitalisation, le 9 octobre 2007, J.\_\_\_\_\_ SA a reçu de la clinique V.\_\_\_\_\_ un premier formulaire de garantie indiquant le code diagnostic 17 relatif à la gynécologie et mentionnant comme médecin hospitalisant la Dresse L.\_\_\_\_\_, chirurgienne plasticienne.

Le 23 octobre 2007, un second formulaire est parvenu à la caisse mentionnant le même code diagnostic mais en indiquant cette fois-ci le Dr H.\_\_\_\_\_, gynécologue, en tant que médecin hospitalisant. Par courrier du 24 octobre 2007, la caisse informait la clinique V.\_\_\_\_\_ que ce praticien avait été prié de donner des renseignements médicaux sur l'intervention envisagée et qu'à réception de ces informations une détermination serait rendue dans les plus brefs délais.

Sur le courrier du 25 octobre 2007 que lui avait adressé la caisse, le Dr H.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport médical succinct dans lequel

il posait le diagnostic de métrorragies en période ménopausique en absence de Mirena, en précisant qu'une hystéroscopie diagnostique avec mise en place d'un stérilet Mirena allait être effectuée. La durée prévisible du séjour en question étant de vingt-quatre heures. Ce document médical a été reçu le 1<sup>er</sup> novembre 2007 par la caisse.

Le 5 novembre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ a été requis par la caisse de fournir un rapport détaillé précisant les raisons médicales imposant dans ce cas une hospitalisation, celle-ci étant selon le catalogue du Centre N.\_\_\_\_\_ généralement pratiquée en ambulatoire. Le même jour, la caisse a communiqué copie de ce courrier à la clinique V.\_\_\_\_\_.

Sur rappel du 8 février 2008 de la caisse, le Dr H.\_\_\_\_\_ a envoyé à nouveau le rapport médical précité du 25 octobre 2007.

Après avoir soumis cet avis à son médecin-conseil, le Dr B.\_\_\_\_\_, la caisse, par lettre du 25 février 2008, a refusé la prise en charge du séjour hospitalier en question au motif que, selon les renseignements médicaux obtenus, l'intervention prévue pouvait se faire en ambulatoire.

Dans un courrier du 6 mars 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a réitéré sa demande de prise en charge complète de l'hospitalisation d'au minimum vingt-quatre heures pour réaliser cette intervention gynécologique.

Le 3 avril 2008, le médecin-conseil de la caisse a confirmé sa position initiale. A la lecture du protocole opératoire transmis, il a considéré en effet que l'hospitalisation n'était pas justifiée par la seule intervention gynécologique annoncée mais par la mastopexie bilatérale et la blépharoplastie inférieure, pratiquées à cette occasion par la Dresse L.\_\_\_\_\_, de sorte que ces coûts ne pouvaient pas être mis à la charge de la caisse.

Malgré le courrier du 21 avril 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_ précisant que sa patiente présentait des polypes endocervicaux, confirmés

histologiquement après hystéroscopie diagnostique et opératoire, justifiant le séjour hospitalier, le résultat ne montrant aucune pathologie maligne, le médecin-conseil a maintenu son avis initial en considérant que l'hospitalisation avait été motivée par une intervention esthétique, et la caisse a confirmé le 25 avril 2008 son refus de prendre en charge les frais relatifs à l'hospitalisation.

T.\_\_\_\_\_ a transmis à la caisse l'ensemble de ses documents de facturation reçus et copie de sa lettre du 10 octobre 2008 réclamant des éclaircissements à la Clinique V.\_\_\_\_\_. Dans un courrier du 22 décembre 2008, la clinique a expliqué que la partie "esthétique" du dossier avait été réglée par le versement de 6'750 fr. effectué par la patiente. Ce montant couvrait les frais d'hospitalisation, la location de la salle et l'anesthésie, un montant de 2'300 fr. lui ayant été remboursé, l'intervention ayant semble-t-il duré moins de temps que prévu initialement.

**3.** Mandaté par T.\_\_\_\_\_, l'avocat Philippe Nordmann a adressé à J.\_\_\_\_\_ SA un courrier du 6 février 2009 par lequel il considérait qu'outre les frais d'anesthésiste et ceux du Dr H.\_\_\_\_\_, la caisse devait encore prendre en charge un montant de 6'213 fr. relatif à l'intervention gynécologique. Il expliquait de surcroît qu'une intervention gynécologique en hospitalisation étant nécessaire, l'assurée en avait saisi l'occasion pour faire pratiquer une intervention esthétique à ses propres frais.

Le 2 mars 2009, Me Nordmann a sommé la caisse de s'acquitter de ses obligations à la mi-mars 2009, faute de quoi il ouvrirait action auprès du tribunal.

Par courrier du 11 mars 2009, la caisse a confirmé au conseil de l'assurée sa position de refus de prise en charge du séjour hospitalier, refus qu'elle avait également communiqué par lettres des 25 février et 25 avril 2008 à la clinique V.\_\_\_\_\_.

4. Par demande du 15 avril 2009 adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, T. \_\_\_\_\_ a conclu à ce que J. \_\_\_\_\_ SA soit condamnée à lui verser la somme de 7'340 fr. 95 plus intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.

Dans sa réponse du 29 mai 2009, la défenderesse J. \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet de la demande.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives lors des échanges ultérieurs d'écritures.

Le 20 août 2009, la demanderesse a produit une lettre du 4 juillet 2009 de son médecin traitant à teneur de laquelle ce dernier mentionnait que l'intervention subie était indiquée à la fois sur le plan diagnostic (mise en évidence d'un polype) et thérapeutique (ablation de cette tumeur avec mise en place d'un dispositif intra-utérin susceptible de supprimer les saignements). Elle a également produit un document intitulé "*Protocole d'information pour un curetage explorateur et hystérocopie*" établi par la Société suisse de gynécologie et obstétrique (SSGO) duquel il ressortait en particulier que dans des cas très rares, il pouvait survenir des risques et complications lors de telles interventions.

Le 23 avril 2010, la demanderesse a produit le protocole opératoire établi le 7 novembre 2007 par le Dr H. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport anatomo-pathologique du 9 novembre 2007 adressé à ce dernier par le laboratoire de Cytologie et Pathologie [...] à [...]. Le protocole opératoire indiquait notamment que l'intervention du Dr H. \_\_\_\_\_ avait précédé l'opération esthétique réalisée par la Dresse L. \_\_\_\_\_. Il y était précisé que la patiente ménopausée sous traitement oestrogénique depuis six ans nécessitait le remplacement d'un stérilet Mirena mis en place comme moyen thérapeutique en fin d'intervention.

Lors de l'audience d'instruction qui s'est tenue le 21 mars 2011, la demanderesse a produit deux extraits internet relatifs au traitement par hystérocopie. Le premier de ces extraits

(hystéroscopie.org) listait les premiers centres d'hystérocopie diagnostique sis en France dont il ressortait le nom de plusieurs hôpitaux ainsi qu'une clinique. Le second extrait (about.com Women's health) mentionnait que l'hystérocopie était une opération chirurgicale d'importance mineure pouvant être réalisée tant en cabinet médical qu'en hôpital.

### **En droit :**

**1.** Le jugement entrepris ayant été rendu après l'entrée en vigueur du CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272), la procédure de recours est régie par ce dernier (art. 405 al. 1 CPC), lequel s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, peu importe qu'il soit soumis à la juridiction civile ou qu'il reste de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Rüetschi, in Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zurich-Bâle-Genève 2010, n. 15 ad art. 7 CPC).

**2. a)** Il convient tout d'abord d'examiner si la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal est compétente *ratione materiae* pour connaître d'un appel formé contre un jugement rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Selon l'art. 73 al. 1 LOJV (loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01), la Chambre des recours civile connaît de tous les recours contre les décisions d'autorités judiciaires qui ne sont pas attribués par la loi ou le règlement à une autre section du Tribunal cantonal ou à une autre autorité judiciaire.

En principe, sous réserve de règles expresses, un recours horizontal, entre cours du Tribunal cantonal, qui sont des juridictions cantonales de degré supérieur et de même rang, est exclu (JT 1985 III 57; Poudret/Haldy/Tappy, Procédure civile vaudoise, 3<sup>ème</sup> éd., Lausanne 2002, n. 2 ad art. 443 CPC-VD). Le Tribunal cantonal a dérogé à ce principe et, en vertu du principe de la double instance, ancré à l'art. 129 Cst-VD (Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003; RSV 101.01), introduit des voies de recours contre les jugements du Tribunal des assurances, puis de la Cour des assurances sociales en matière d'assurance complémentaire lorsqu'un recours au Tribunal fédéral n'était pas ouvert, soit si la valeur litigieuse n'atteignait pas le minimum fixé par l'art. 74 al. 1 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110) et si la cause ne soulevait pas de question juridique de principe (JT 2009 III 15). Il a de plus montré qu'il privilégiait ce principe en renonçant à faire usage de la faculté que lui conférait l'art. 7 CPC de confier les causes en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale à une juridiction cantonale unique, choisissant de confier les litiges en la matière aux juridictions civiles ordinaires *ratione valoris* (cf. Exposé des motifs relatif à la réforme de la juridiction civile - Codex 2010 volet "procédure civile", mai 2009, ch. 2.3.3.3).

Cela étant, dans la période transitoire où des jugements sont communiqués par la Cour des assurances sociales, respectivement son Président, après le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans des procédures introduites avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, il y a lieu, suivant les priorités données par le législateur cantonal, de privilégier le principe de double instance et d'admettre que le législateur n'a pas entendu exclure l'appel à la Cour d'appel civile, respectivement le recours à la Chambre des recours civile lorsque la valeur litigieuse est inférieure à 10'000 fr. dans ces hypothèses.

**b)** En l'espèce, le recours est dirigé contre un jugement rendu par un juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en matière d'assurance-maladie complémentaire. Les conclusions du recours s'élèvent au montant de 7'340 fr. 95, qui détermine la valeur litigieuse (art. 116 LOJV applicable par analogie aux recours cantonaux et

art. 74 al. 1 let. b LTF). On se trouve donc sous le seuil posé à l'art. 74 al. 1 let. b LTF. Par ailleurs, le présent litige ne paraît pas non plus poser une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). Le recours en matière civile au Tribunal fédéral ne paraît ainsi pas ouvert.

Au vu de ce qui précède, la Chambre des recours civile est compétente pour statuer sur le présent recours, dirigé contre une décision finale qui ne peut pas faire l'objet d'un appel au vu de sa valeur litigieuse inférieure à 10'000 fr. (art. 319 let. a CPC).

Interjeté en temps utile par une partie qui y a un intérêt, le présent recours est recevable.

**3.** La recourante, qui admet que, pour l'essentiel, les faits retenus par le premier juge sont corrects, se plaint d'une part d'une constatation selon elle manifestement inexacte d'un fait (à savoir que l'intervention gynécologique litigieuse aurait nécessairement dû être faite en ambulatoire) et d'autre part de violation du droit (portée et effets du contrat d'assurance, art. 1 et 18 CO [Code des obligations du 30 mars 1911; RS 220]; art. 33 LCA [loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1]).

**4. a)** En premier lieu, la recourante conteste que le premier juge ait eu la faculté de statuer que l'hospitalisation n'était pas nécessaire, autrement dit que l'intervention litigieuse aurait dû avoir lieu en ambulatoire. Elle soutient en substance qu'en présence des avis médicaux de son médecin traitant d'une part et du médecin-conseil de l'assurance d'autre part, il n'appartenait pas au premier juge de trancher entre ces deux avis contradictoires, dès lors qu'il s'agissait d'une question médicale et non juridique. Le premier juge serait sorti de son rôle en tranchant entre deux possibilités médicales également défendables; ce faisant, il aurait arbitrairement apprécié les preuves que sont les deux expertises médicales au dossier et aurait constaté de façon inexacte un fait en

substituant son appréciation à celle du médecin traitant et en acceptant le point de vue du médecin-conseil de l'assurance, qui n'a jamais vu l'assurée.

**b)** Comme pour l'art. 97 al. 1 LTF, le grief de la constatation manifestement inexacte des faits ne permet que de corriger une erreur évidente, la notion se recoupant en définitive avec l'appréciation arbitraire des preuves (Corboz et al., Commentaire de la LTF, Berne 2009, n. 19 ad art. 97 LTF, p. 941). Les constatations de fait et l'appréciation des preuves sont arbitraires lorsqu'elles sont évidemment fausses, contredisent d'une manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité, reposent sur une inadvertance manifeste ou un abus du pouvoir d'appréciation, par exemple si l'autorité s'est laissé guider par des considérations aberrantes ou a refusé de tenir compte de faits ou de preuves manifestement décisifs. Une constatation de fait n'est donc pas arbitraire pour la seule raison que la version retenue par le juge ne coïncide pas avec celle du recourant. Encore faut-il que l'appréciation des preuves soit manifestement insoutenable, en contradiction flagrante avec la situation effective, qu'elle repose sur une inadvertance manifeste, ou encore qu'elle heurte de façon grossière le sentiment de la justice et de l'équité (ATF 129 I 8 c. 2.1).

En l'espèce, le premier juge a rappelé les deux avis médicaux figurant au dossier, ainsi que les autres éléments pertinents, notamment les extraits tirés d'internet et produits tant par la recourante que par l'intimée. Cela étant, il a apprécié ces preuves, de manière adéquate, retenant le point de vue selon lequel l'intervention hospitalière n'était pas indispensable, ni même nécessaire dans le cas concret (cf. jugement, c. 5). Il a été particulièrement attentif aux principes régissant l'appréciation d'avis médicaux divergents dans des causes de cette nature (ibidem, c. 5b). Il a notamment expliqué de manière détaillée et convaincante pourquoi il ne retenait pas l'avis du médecin traitant de la recourante (ibidem, c. 5c). Dans ces conditions, l'appréciation des faits à laquelle s'est livré le premier juge, conforme au principe de l'art. 157 CPC, ne prête en aucun cas à la critique, ceci d'autant moins que l'autorité de recours doit

limiter son analyse des griefs relevant des faits à l'arbitraire (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 4 et 5 ad art. 320 CPC).

En conclusion, le premier juge a procédé à une appréciation correcte et complète des preuves, au terme de laquelle il a abouti de façon exacte à la conclusion que l'hospitalisation de la recourante n'était médicalement pas justifiée pour effectuer la seule intervention gynécologique (hystéroscopie et mise en place d'un stérilet).

Ce premier moyen doit donc être écarté.

**5. a)** La recourante invoque ensuite une violation du droit dans l'interprétation du critère d'économicité découlant de l'art. 21 let. c des conditions générales des assurances complémentaires de l'assurance maladie et accidents de l'intimée (ci-après : CGA). Elle considère d'abord que le premier juge s'est trompé en retenant que ce critère selon l'art. 21 let. c des CGA est le même que celui découlant de la LAMal (loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10). Elle soutient que la clause d'économicité en assurance privée ne doit pas avoir la même portée, restrictive, qu'en assurance sociale, sous peine de vider l'assurance privée de son utilité et de son sens.

**b)** Le jugement attaqué expose de façon complète et exhaustive à quel critère et à quelles normes légales il faut se référer pour interpréter la notion d'économicité. L'art. 3 ch. 1 des conditions complémentaires de l'intimée des frais d'hospitalisation (ci-après : CCA) prévoit le principe de la prise en charge de la différence entre les prestations d'assurance obligatoire et les autres frais hospitaliers et honoraires médicaux. L'art. 9 CCA exclut de la prise en charge, outre les risques mentionnés à l'art. 21 CGA, certains traitements ou frais, notamment ceux découlant de traitements ambulatoires. Selon l'art. 21 let. c CGA, les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique sont exclus de la couverture d'assurance; n'est pas économique la mesure médicale qui ne se limite pas à l'intérêt de la

personne assurée et n'est pas conforme au but du traitement; l'efficacité doit être prouvée par des méthodes scientifiques. Cette disposition des CGA reprend les notions développées dans le domaine de l'assurance obligatoire, en particulier par les art. 32 et 56 al. 1 LAMal, notions confirmées par la jurisprudence. Comme le relève le premier juge, dès lors que l'assureur s'y réfère dans ses CGA (auxquelles renvoient expressément les CCA applicables en l'espèce à la police d'assurance) et dans la mesure où les risques couverts tant par l'assurance obligatoire que par l'assurance complémentaire sont en rapport étroit - seule l'étendue de leur prise en charge étant admise plus largement dans l'assurance complémentaire -, il faut admettre que la jurisprudence développée en matière d'assurance obligatoire est bien applicable par analogie.

Ainsi, la reprise de la même définition du critère d'économicité en matière d'assurance complémentaire que celle prévalant pour l'assurance obligatoire évite-t-elle à l'assureur d'avoir à payer des hospitalisations de pur confort, alors que la science médicale n'en voit pas la nécessité. Cela ne signifie pas pour autant, comme paraît le croire la recourante, que la couverture complémentaire en devient inutile, puisqu'elle offre aux assurés concernés un confort supplémentaire en cas d'hospitalisations nécessaires, par le biais notamment du choix du médecin et d'une chambre individuelle.

Le premier juge a clairement rappelé les principes régissant ce système, tirés du texte clair de la loi, comme de la jurisprudence (cf. jugement, pp. 10 et 11), et ne s'est en définitive absolument pas mépris en considérant que la notion d'hospitalisation nécessaire telle que définie par les sources susmentionnées prévalait également en matière d'assurance complémentaire.

Ce moyen de la recourante doit donc aussi être écarté.

**c)** La recourante soutient enfin que, même si l'interprétation de la clause d'économicité retenue par le premier juge devait être confirmée - ce qui est le cas, comme on vient de le voir -, elle serait alors

soit inefficace en vertu du principe de la confiance (aucun assuré, selon elle, n'imaginant au moment de conclure l'assurance qu'une interprétation aussi restrictive lui sera opposée), soit insolite au sens de l'art. 8 LCD (loi du 19 décembre 1986 contre la concurrence déloyale; RS 241), c'est-à-dire contraire à l'essence d'une assurance privée et de nature à induire l'assuré en erreur.

La recourante affirme que l'art. 21 let. c CGA contient une définition "non LAMal" du caractère économique. Se référant au texte de la disposition, elle relève qu'aux termes de cette disposition les seules mesures médicales qui ne sont pas économiques sont celles qui ne se limitent pas à l'intérêt de la personne assurée et qui ne sont pas conformes au but du traitement, l'efficacité devant être prouvée par des méthodes scientifiques. Elle considère que cette définition est plus restrictive quant au caractère non économique (autrement dit, plus généreuse pour les assurés) que la définition de la LAMal. Elle voit la justification de cette différence dans les primes spécifiques plus élevées qui sont prélevées en matière d'assurances complémentaires.

**d)** Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas en quoi la définition des CGA diffère de celle de l'art. 56 al. 1 LAMal. Elle n'en constitue au contraire que la reprise. Cette dernière disposition stipule en effet ce qui suit : "*Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement*". L'argument de la recourante, selon lequel l'intimée aurait elle-même choisi une notion plus clémente de l'économicité dans ses CGA, tombe par conséquent à faux.

Le jugement attaqué a d'ailleurs également examiné en détail cette partie de l'argumentation de l'assurée (cf. jugement, c. 4, spéc. 4b et c). La motivation développée pour écarter les moyens de cette dernière est convaincante et peut être adoptée.

Ce moyen doit donc aussi être écarté.

**6.** En définitive, le recours est infondé et doit être entièrement rejeté, le jugement entrepris étant confirmé.

La présente décision est rendue sans frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

L'intimée ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens de deuxième instance.

Par ces motifs,  
la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal,  
statuant à huis clos,  
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais.
- IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 4 octobre 2011

Le dispositif de l'arrêt qui précède est communiqué par écrit aux intéressés.

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié en expédition complète, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Philippe Nordmann (pour T. \_\_\_\_\_),
- J. \_\_\_\_\_ SA.

La Chambre des recours civile considère que la valeur litigieuse est de 7'340 fr. 95.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme le Juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le greffier :