

CHAMBRE DES RECOURS CIVILE

Arrêt du 8 octobre 2012

Présidence de M. CREUX, président
Juges : Mme Charif Feller et M. Pellet
Greffier : Mme Logoz

* * * * *

Art. 1a, 12 al. 3 LAMal; 33, 35, 61, 100 LCA; 18 al. 1CO

Statuant à huis clos sur le recours interjeté par **Z.**_____, à Martigny, défenderesse, contre la décision finale rendue le 7 mai 2012 par le Juge de paix du district de l'Ouest lausannois dans la cause divisant la recourante d'avec **A.O.**_____, à Renens, demanderesse, la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal voit :

En fait :

A. Par décision finale du 7 mai 2012, notifiée aux parties le 29 juin 2012 et reçue par la recourante le 2 juillet 2012, le Juge de paix du district de l'Ouest lausannois a prononcé que la partie défenderesse Z._____ doit verser à la partie demanderesse A.O._____ la somme de 1'128 fr. 95, plus intérêts à 5% l'an dès le 18 mai 2010 (I), arrêté les frais judiciaires de la partie demanderesse à 150 fr. (II), mis les frais à la charge de la partie défenderesse (III), dit que celle-ci remboursera à la partie demanderesse ses frais judiciaires, sans allocation de dépens pour le surplus (art. 113 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]) (IV) et rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (V).

En droit, le premier juge, statuant en application de l'art. 212 CPC, a considéré que les frais de l'anesthésie générale, pratiquée par [...] dans le cadre de soins dentaires donnés à l'enfant B.O._____ par un médecin dentiste de cet établissement, devaient être pris en charge par l'assurance des soins Dentaire plus (ci-après : assurance DP) dans la mesure où ces frais découlaient d'un traitement dentaire au sens de l'art. 3 al. 1 let. b des conditions particulières de l'assurance DP. Il a estimé qu'il était sans pertinence pour l'allocation des prestations d'assurance que les soins hospitaliers ne figurent pas dans les prestations couvertes par cette assurance complémentaire, dès lors que l'anesthésie générale s'imposait dans le cas particulier, compte tenu de l'âge de l'enfant et de l'importance des soins à administrer.

B. Par acte du 31 juillet 2012, Z._____ a interjeté recours auprès de la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision en ce sens que les frais litigieux, savoir les frais d'anesthésie, ne sont pas à la charge de l'assureur. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi à l'autorité précédente pour nouvelle décision.

La recourante a produit un bordereau de pièces.

L'intimée n'a pas été invitée à se déterminer.

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. A.O._____ a assuré son enfant B.O._____, né le [...] 2004, auprès de Z._____ pour l'assurance obligatoire de soins. Elle a également souscrit auprès de cet établissement diverses assurances complémentaires pour B.O._____, dont l'assurance DP.

2. Le 26 août 2009, B.O._____ a reçu à [...] d'importants soins dentaires, administrés sous anesthésie générale par un médecin dentiste du [...] de la policlinique. Selon le rapport établi le 22 septembre 2009 par la policlinique, le traitement effectué était le suivant :

- "- Extractions : dents 51, 52, 61, 62, 54, 64.
- Pulpotomie : dents 85, 65, 75 (reprise du traitement). On laisse la dent 55 telle quelle car absence de signe clinique et radiologique.
- Amalgames : dents 850, 650, 750.
- Composite : dent 53 vest.
- Détartrage."

Selon un courrier du 14 décembre 2011 du Docteur [...], pédiatre de l'enfant, B.O._____ a dû subir cette narcose pour permettre un traitement dentaire qui n'était pas possible en anesthésie locale du fait de son âge et de l'importance des travaux à effectuer. Ce traitement était absolument indiqué pour éviter la formation d'abcès dentaires susceptibles de survenir et d'entraîner des lésions et des coûts importants. De plus, une alimentation normale devenait problématique.

3. Le 30 octobre 2009, le [...] a établi une facture de 1'505 fr. 25 pour les frais d'anesthésie générale et d'hospitalisation encourus dans le cadre des soins dentaires donnés à B.O._____ le 26 août 2009 à la [...]

4. En date du 26 mars 2010, Z._____ a adressé à A.O._____, preneur d'assurance pour son enfant B.O._____, une décision refusant notamment la prise en charge de ces frais par l'assurance complémentaire DP au motif suivant :

"(...)

S'agissant de l'assurance complémentaire, aucune prestation aux frais hospitaliers ne peut vous être allouée. En effet, selon l'art. 3 des conditions particulières de l'assurance des soins dentaires plus (DP, niveau 3), cette assurance couvre :

- a. les traitements dentaires effectués par un médecin dentiste-diplômé
- b. les soins d'orthopédie dento-faciale
- c. les frais de laboratoire.

Les soins hospitaliers ne figurant pas dans les prestations couvertes par cette assurance complémentaire, nous ne pouvons malheureusement pas intervenir pour une éventuelle participation à ces frais.

(...)"

5. Par demande (recte : requête de conciliation) adressée le 18 juillet 2011 au Juge de paix du district de l'Ouest lausannois, A.O._____ a conclu, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit prononcé que Z._____ est sa débitrice de la somme de 1'505 fr. 25, portant intérêts moratoires dès le 26 août 2009.

Les parties ont été entendues à l'audience du 3 novembre 2011, puis du 15 mars 2012. La conciliation n'ayant pas abouti, A.O._____ a requis qu'une décision finale au sens de l'art 212 al. 1 CPC soit rendue.

En droit :

1.

1.1 L'appel est ouvert contre les décisions finales de première instance dans les causes non patrimoniales (art. 308 al. 1 let. a CPC) ou dont la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC). En se référant au dernier état des conclusions, l'art. 308 al. 2 CPC vise les conclusions litigieuses devant l'instance précédente, non l'enjeu de l'appel (Tappy, Les voies de droit du nouveau Code de procédure civile, JT 2010 III 126).

En l'espèce, la décision attaquée est une décision finale rendue en application de l'art. 212 al. 1 CPC. Sa valeur litigieuse étant inférieure à 10'000 fr., seule la voie subsidiaire du recours au sens de l'art. 319 let. a CPC est ouverte.

1.2 Le recours, écrit et motivé, est introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision attaquée ou de la notification postérieure de la motivation; il est de dix jours pour les décisions prises en procédure sommaire et les ordonnances d'instruction (art. 321 al. 1 et 2 CPC). La décision attaquée a été prise dans le cadre d'une cause soumise à la procédure simplifiée (art. 243 al. 1 et 2 CPC), de sorte que le délai de 30 jours est applicable.

Interjeté en temps utile par une partie qui y a intérêt (art. 59 al. 2 let. a CPC) et dûment motivé, le recours est formellement recevable.

2.

2.1 Le recours est recevable pour violation du droit et constatation manifestement inexacte des faits (art. 320 CPC).

L'autorité de recours dispose d'un plein pouvoir d'examen s'agissant de la violation du droit (Spühler, Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, Bâle 2010, n. 12 ad art. 319 CPC, p. 1504). Elle revoit librement les questions de droit soulevées par le recourant et peut substituer ses propres motifs à ceux de l'autorité précédente ou du recourant (Hohl, Procédure civile, tome II, 2ème éd., 2010, n. 2508, p. 452).

S'agissant de la constatation manifestement inexacte des faits, ce grief, comme pour l'art. 97 al. 1 LTF (Loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005; RS 173.110), ne permet que de corriger une erreur évidente, la notion se recoupant en définitive avec l'appréciation arbitraire des preuves (Corboz et alii, Commentaire de la LTF, Berne 2009, n. 19 ad art. 97, p. 941).

2.2 Les conclusions, les allégations de fait et les preuves nouvelles sont irrecevables en procédure de recours (art. 326 CPC).

En l'espèce, la recourante a produit un bordereau de quatorze pièces, comprenant également la décision attaquée (pièce n° 15). Les pièces n° 2 (en ce qui concerne les conditions particulières de l'assurance des soins Dentaires plus), 5, 6, 7, 8, 9, 12 à 14 ont déjà été produites en première instance de sorte qu'il n'y a pas lieu de les considérer comme pièces nouvelles. Les pièces n° 1, 2 (en ce qui concerne les Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du [...]), 3, 10 et 11, qui sont toutes antérieures à l'audience du Juge de paix du 15 mars 2012, sont irrecevables.

3. La recourante reproche au premier juge d'avoir considéré que l'art. 3 let. b des conditions particulières de l'assurance DP, disposant que cette assurance couvre notamment les traitements effectués par un médecin dentiste diplômé, s'avérait clair et dépourvu d'ambiguïté et que les frais d'anesthésie générale devaient en l'espèce être pris en charge par l'assurance dès lors qu'ils découlaient des traitements effectués par un médecin dentiste en milieu hospitalier. Elle soutient que les soins facturés par le [...] ont en réalité été dispensés par des médecins spécialistes en anesthésiologie et en pédiatrie et que les soins fournis par d'autres prestataires de soins, tels des anesthésistes ou des pédiatres, ne sont pas visés par l'art. 3 let. b des conditions particulières de l'assurance DP, pas plus d'ailleurs que les prestations hospitalières.

3.1

3.1.1 Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 1a LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10) sont soumises à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1; art. 12 al. 3 LAMal) et de manière générale au droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 LCA, ATF 118 III 342 c. 1a). En matière d'assurances complémentaires, les rapports entre l'assureur et l'assuré sont ainsi régis, dans les limites de la loi, par la liberté contractuelle (ATF 124 V 201 c. 3d).

Les conditions d'assurance, qui se subdivisent en conditions générales et en conditions particulières, font partie intégrante du contrat. L'assureur peut les modifier selon l'art. 35 LCA. La LCA comporte des dispositions impératives (art. 97)

et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant-droit (art. 98).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières. Il s'ensuit que, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des cocontractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques en fonction de l'ensemble des circonstances, étant rappelé que ce principe permet d'imputer à une partie le sens objectif de sa déclaration ou de son comportement, même s'il ne correspond pas à sa volonté intime (application du principe de la confiance; ATF 132 III 268 c. 2.3.2; 130 III 686 c. 4.3.1). Même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire à première vue, il peut résulter d'autres conditions du contrat, du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que son texte ne restitue pas le sens de l'accord conclu; cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter du sens littéral lorsqu'il n'y a pas de raisons sérieuses de penser qu'il ne correspond pas à leur volonté (ATF 131 III 606 c. 4.2; 130 III 417 c. 3.2 et les arrêts mentionnés; arrêt TF 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 c. 2).

3.1.2 Sauf disposition contraire de la LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque (art. 33 LCA).

Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai, néanmoins, qu'une clause d'exclusion doit être interprétée restrictivement. Mais l'art. 33 LCA n'exige pas une énumération de tous les événements exclus; il suffit d'en décrire une catégorie de manière assez précise et

non équivoque pour qu'il ne subsiste aucun doute, compte tenu du contexte, sur l'étendue du risque assuré ([ATF 118 II 342](#) c. 1a p. 345; [116 II 189](#) c. 2a; 342 c. 2b et les références citées; arrêt TF 5C_26/2004 du 14 avril 2004 c. 3.1).

3.2 En l'espèce, l'art. 3 (intitulé "prestations") des conditions particulières de l'assurance DP, classe de couverture 3, est applicable. Il indique que l'assurance DP couvre notamment les traitements dentaires effectués par un médecin dentiste diplômé jusqu'à concurrence de 75% du montant facturé selon le tarif, mais au maximum 15'000 fr. par année civile.

De l'avis de la recourante, le texte clair de cette disposition aurait dû amener le premier juge à refuser les prestations d'assurance DP en ce qui concerne les frais litigieux, dans la mesure où les soins facturés par [...] n'ont pas été dispensés par des médecins dentistes mais par des médecins spécialistes en anesthésiologie et en pédiatrie. Elle précise que les traitements dentaires dispensés dans le cadre de l'anesthésie générale ont été facturés séparément selon un tarif propre à la médecine dentaire et pris en charge par l'assureur.

Une telle argumentation, fondée sur une interprétation purement littérale de l'art. 3 des conditions particulières de l'assurance DP, ne tient pas compte des principes régissant l'interprétation des contrats de manière générale et celle des conditions générales préformulées en particulier. Elle reviendrait à exclure de la couverture d'assurance les interventions médicales liées à un traitement dentaire, qui n'auraient pas été effectuées par un médecin dentiste. L'anesthésie locale administrée par ce dernier serait ainsi prise en charge par l'assurance alors même que l'anesthésie générale effectuée par un médecin spécialisé ne le serait pas, quand bien même cette anesthésie serait commandée par les circonstances et l'importance des soins dentaires à dispenser. Interprétée selon le principe de la confiance, la disposition en question ne permet pas d'exclure, à tout le moins de manière précise et non équivoque au sens de l'art. 33 LCA, une anesthésie générale, dans la mesure où un tel acte s'imposerait.

En l'occurrence, le patient a été adressé à la [...] par son pédiatre le Dr [...], afin d'y recevoir des soins dans le cadre du [...] qui propose, entre autres, des traitements dentaires sous narcose. Les médecins dentistes [...] (directeur médical et chef de service) et [...] (chef de clinique) ont effectué le traitement litigieux le 26 août

2009, sous anesthésie générale. L'on ne saurait dès lors considérer, comme le soutient la recourante, que les soins en question, n'ont pas été prodigués par des médecins dentistes, même si l'anesthésie elle-même a été effectuée par un spécialiste en la matière, assistant le médecin dentiste pour l'occasion, comme c'est le cas de manière générale pour une narcose complète. On ajoutera à ce qui précède que selon le [...], le traitement dentaire n'était pas possible en anesthésie locale du fait de l'âge du patient (5 ans) et de l'importance des soins à effectuer, tels qu'ils ressortent du courrier de la [...] daté du 22 septembre 2009. Au surplus, on retiendra que de l'avis du [...], le traitement était absolument indiqué pour éviter la formation d'abcès dentaires, susceptibles d'entraîner des lésions et des coûts importants et qu'enfin une alimentation normale de l'enfant devenait problématique.

Mal fondé, le recours doit être rejeté sur ce point.

4. La recourante invoque l'art. 61 LCA et fait valoir que l'intervention réalisée sous anesthésie générale n'était pas économique, que l'intimée n'aurait pas tout mis en oeuvre pour diminuer les coûts et le dommage et que l'intervention pratiquée en milieu hospitalier était de pure convenance personnelle puisque réalisable sans l'intervention de médecins spécialistes en anesthésiologie et en pédiatrie.

Selon l'art 61 LCA, l'ayant droit est tenu, lors du sinistre, de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Cette disposition est de droit dispositif (cf. art. 97 et 98 LCA; Hönger/Susskind, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n. 29 ad art. 61 LCA; Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., 1995, p. 345) ; elle s'applique au cas présent, dans la mesure où les parties n'ont pas adopté de réglementation plus favorable à l'assuré. L'ayant droit remplit son obligation de faire ce qui peut raisonnablement être exigé de lui pour réduire son dommage s'il prend à cette fin les mesures que prendrait un homme raisonnable dans la même situation s'il ne pouvait attendre

aucune indemnisation de tiers (Hönger/Susskind, op. cit. , n. 15 ad art. 61 LCA; Maurer, op. cit. , p. 344 et les références citées).

En l'occurrence, au vu des circonstances du cas d'espèce, soit l'importance du traitement prodigué à un enfant alors âgé de cinq ans et les avis médicaux émanant de son pédiatre et des médecins dentistes intervenants, on ne saurait reprocher au représentant légal de l'ayant droit de s'en être remis aux conseils de ces spécialistes et d'avoir opté pour une narcose générale unique plutôt que pour une série de narcoses locales. Au surplus, en suivant les avis convergents des médecins spécialistes, on ne saurait soutenir que l'ayant droit n'a pas pris les mesures qui s'imposaient pour restreindre le dommage.

Mal fondé, le recours doit également être rejeté sur ce point.

5. La recourante invoque encore l'art. 7 des conditions particulières de l'assurance DP (intitulé "prestations exclues"), qui précise que l'assureur se réserve notamment le droit d'exclure les traitements déjà envisagés lors de l'établissement de la proposition d'assurance. A cet égard, elle fait valoir qu'un premier bilan bucco-dentaire a été réalisé le 11 novembre 2008, soit trois jours avant la demande d'augmentation de couverture de l'assurance DP pour le 1^{er} janvier 2009, et que le représentant de l'ayant droit aurait en dépit de ce contrôle indiqué dans la proposition d'assurance complétée le 14 novembre 2008 que tout était en ordre alors que cela n'était clairement pas le cas.

En l'espèce, il y a lieu de rejeter cette argumentation dans la mesure où elle se fonde sur une pièce irrecevable, à savoir la proposition d'assurance datée du 14 novembre 2008 (cf. supra c. 2.2). Au surplus, on relèvera que la recourante, qui ne s'est pas prévaluée de l'art. 7 des conditions particulières de l'assurance DP dans sa décision du 26 mars 2010, ne saurait en déduire quoi que ce soit en sa faveur, compte tenu de l'interprétation restrictive de la clause d'exclusion qu'impose l'art. 33 LCA (cf. supra c. 3.1.2). Certes, le preneur d'assurance ne saurait être dispensé de remplir un formulaire d'admission de manière correcte conformément à l'art. 2 ch. 2 des conditions particulières de l'assurance DP, qui précise que l'admission se fait sur la base d'une formule délivrée par l'assureur, signée par le proposant ou son représentant légal, accompagnée d'un certificat établi par un médecin dentiste au

bénéfice d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme équivalent, reconnu en Suisse (ch. 2) et que l'assureur prend en charge, jusqu'à concurrence de 75 fr., les honoraires du médecin dentiste ayant établi le certificat. Toutefois, on se trouvait en l'espèce dans une situation non pas de première admission mais d'augmentation de la couverture d'assurance de 3'000 fr. à 15'000 fr. pour laquelle l'assureur lui-même n'avait pas requis de certificat médical. Quoi qu'il en soit, le formulaire relatif à l'augmentation de la couverture d'assurance ne serait pas déterminant en l'espèce dans la mesure où la prétention litigieuse (1'505 fr. 25), additionnée à celle prise en charge par l'assureur pour le traitement effectué (1'161 fr. 60), n'atteint même pas les 3'000 fr. représentant le montant de la couverture de l'assurance conclue lors de l'admission initiale au sens de l'art. 2 précité.

Le recours doit également être rejeté sur ce point.

6. La recourante se réfère encore à l'art. 9 des conditions particulières de l'assurance DP (intitulé « déroulement des cas ») qui prévoit à son chiffre 2 que les prestations de l'assureur ne sont accordées que sur la base d'une facture détaillée tenant compte des positions couvertes par l'assurance (note d'honoraires destinée au remboursement des frais médico-dentaires de la Société suisse d'odontostomatologie [SSO]). Elle en déduit que la facture concernant la narcose, qui a été établie séparément de celle du médecin dentiste, sur la base du tarif médical TARMED selon un forfait qui s'écarte des tarifications SSO, ne peut être admise, l'art. 9 ch. 2 précité ne prévoyant aucun autre moyen de facturation.

En l'espèce, la facture litigieuse ne saurait être considérée comme non détaillée. Par ailleurs, le fait qu'elle applique le tarif TARMED et non le tarif SSO n'est pas déterminant, dès lors que l'interprétation restrictive de la clause d'exclusion prévue à l'art. 33 LCA aboutit à l'admission de l'anesthésie générale et qu'il n'apparaît pas qu'une disposition contraire de la LCA empêcherait, dans un tel cas de figure, la prise en considération de l'intervention réalisée sur la base du tarif TARMED. Au surplus, on relèvera que selon l'art. 8 des conditions particulières de l'assurance DP, le tarif officiel LAA (nomenclature et valeur du point) est déterminant pour le calcul des prestations couvertes par les conditions particulières. Or, l'art. 56 LAA, qui réglemente la faculté pour les assureurs de passer des conventions avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical ainsi qu'avec les

établissements hospitaliers afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs, ne permet pas non plus de conclure à l'exclusion du tarif TARMED. Enfin, la recourante n'établit pas que l'assuré n'aurait pas fourni, à sa demande, les précisions prévues par l'art. 9 des conditions particulières de l'assurance DP pour la fixation des prestations (cf. art. 54a LAA) et n'allègue pas que le travail exécuté ne ressortirait pas de la note d'honoraires.

Mal fondé, ce grief doit être rejeté, à l'instar des précédents.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la procédure de l'art. 322 al. 1 CPC et la décision confirmée.

L'arrêt est rendu sans frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

L'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer, il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens.

Par ces motifs,
la Chambre des recours civile du Tribunal cantonal,
statuant à huis clos,
en application de l'art. 322 al. 1 CPC,
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais judiciaires.
- IV.** L'arrêt motivé est exécutoire.

Le président :

Le greffier :

Du 9 octobre 2012

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 :

- Z. _____,
- Me Nadia Calabria (pour A.O. _____).

La Chambre des recours civile considère que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs.

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 la Juge de paix du district de l'Ouest lausannois.

Le greffier :