



HAL
open science

”La responsabilité du fait des produits de santé défectueux”

Caroline Lantero

► **To cite this version:**

Caroline Lantero. ”La responsabilité du fait des produits de santé défectueux”. *Actualité juridique Droit administratif*, 2021, n° 37, p. 2179. halshs-03409266

HAL Id: halshs-03409266

<https://shs.hal.science/halshs-03409266v1>

Submitted on 21 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La responsabilité du fait des produits de santé défectueux – Un système français

Note sous CE, 27 mai 2021, SHAM c. Sté Dumont Sécurité, n° 433822, T

Caroline Lantero, MCF en droit public, HDR, CMH UCA EA4232

AJDA 2021, n°37, p2179

Dans une affaire dont l'enchevêtrement des procédures et des protagonistes était digne d'un cas pratique alambiqué issu de l'imagination légèrement retorse d'un professeur de droit pour pousser l'étudiant à produire une synthèse de jurisprudences, le Conseil d'État, aidé du Tribunal des Conflits, a confirmé qu'il demeurerait maître des régimes de responsabilité en matière de produits de santé défectueux.

Les pantalons anti-G sont des vêtements utilisés par les astronautes et les pilotes de chasse pour les protéger du phénomène de perte de connaissance qui peut survenir à partir de 5G. Comprimant fortement les jambes pour éviter l'accumulation du sang dans les membres inférieurs et le défaut d'irrigation du cerveau, ces pantalons ont également une indication en matière médicale pour prévenir notamment les complications de type embolie gazeuse. Mis en place à cette fin par le CHU de Tours à la suite d'une intervention sur une patiente atteinte d'une tumeur de la moelle épinière, l'un de ces pantalons anti-G, livré à l'établissement par la société Dumont Sécurité, a présenté une défaillance et la patiente a subi un œdème grave et douloureux.

La Société hospitalière des assurances mutuelles (SHAM) a indemnisé la victime en lui versant une somme de 19 000€ en qualité d'assureur du CHU de Tours puis a exercé une action subrogatoire contre la société Dumont Sécurité. Le tribunal administratif d'Orléans et la Cour administrative d'appel de Nantes ont rejeté sa requête et la SHAM s'est pourvu en cassation devant le Conseil d'État qui ne lui a pas davantage donné satisfaction, mais a tout de même livré une intéressante synthèse des régimes de responsabilité du fait de produits de santé défectueux. Il a confirmé dans cette décision toute la construction jurisprudentielle qu'il a édifiée pendant des années autour, avec, et parfois en dépit des textes.

Historiquement, le régime de responsabilité des hôpitaux pour les dommages causés par des produits de santé défectueux était un régime de responsabilité pour faute de service. Lorsque le service n'avait pas commis d'erreur dans la manipulation ou l'utilisation du matériel, la responsabilité de l'hôpital ne pouvait pas être engagée devant le juge administratif (**CE 14 décembre 1984, CH de Meulan, n° 35563 43702, Leb. T. p. 734**).

En 1985, la directive 85/374/CEE relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres a harmonisé les pratiques internes relatives aux produits défectueux afin de faciliter la libre circulation des marchandises tout en garantissant la protection des consommateurs. Elle a institué un régime de primo-responsabilité sans faute du producteur et, à défaut, du fournisseur. L'économie générale de la directive est de favoriser la libre circulation des produits de santé et de limiter le nombre d'intermédiaires responsables entre le fabricant et la victime. Tout en assurant un principe de réparation, elle fait peser sur la victime la charge de poursuivre le fabricant dès lors qu'il peut être identifié ou, à défaut, le fournisseur. La directive prévoyait néanmoins, dans un article 13 qui fera parler de lui, que la victime d'un dommage puisse continuer d'actionner les

mécanismes de responsabilité contractuelle ou extracontractuelle ou tout autre « régime spécial » de droit interne au moment de la notification de la directive.

En 1998, la directive est introduite en droit interne par la loi n° 98-389 et transposée aux anciens articles 1386-1 à 1386-18 du Code civil (devenus articles 1245 à 1245-17 en 2016) définissant le régime général de la responsabilité du fait des produits défectueux. Une transposition tardive et partiellement erronée qui lui vaudra d'ailleurs une condamnation pour non-transposition (**CJCE, 13 janvier 1993, aff. C- 293/91, Commission c/ France**) et deux condamnations en manquement (**CJCE, 25 avril 2002, aff. C-52/00 et 14 mars 2006, aff. C-177/04, Commission c/ France**) conduisant à des rectifications législatives.

En 2002, la loi n° 2002-303, dite Kouchner, introduit l'article L. 1142-1 I. du code de la santé publique, qui pose le principe général d'une responsabilité pour faute des établissements, mais commence toutefois par une exception : « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les (...) établissements (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ». On ne sait pas encore si cette exception renvoie alors au régime institué par la directive (primo-responsabilité du producteur), ou si elle pose un principe général de responsabilité sans faute des établissements de santé, mais pendant longtemps, la question ne s'est pas vraiment posée.

En 2003, le Conseil d'État opère dans son célèbre arrêt *Marzouk* un revirement majeur en faisant émerger un régime de responsabilité sans faute de l'hôpital lorsqu'il utilise un matériel défaillant (en l'espèce un respirateur artificiel : **CE 9 juillet 2003, AP-HP c. Marzouk, n° 220437, Leb. p. 338**). Les faits de l'espèce étaient antérieurs à la loi de 1998 transposant la directive de 1985 et, bien qu'il aurait pu s'en inspirer en optant pour un mécanisme de primo-responsabilité du producteur, le Conseil d'État a décidé de faire primer les droits du patient sur le libéralisme économique. Le régime *Marzouk* est en effet favorable à la victime qui peut exercer une action en s'adressant directement à l'hôpital, sans avoir à rechercher le producteur et, ou, à défaut, le fournisseur.

En 2010, dans une décision *CHU de Besançon*, le Conseil d'État doit statuer sur la responsabilité d'un établissement de santé au regard d'un matelas chauffant défectueux qui avait causé de graves brûlures à un jeune patient. Les faits datant de 2000, la juridiction se penche pour la première fois sur des faits postérieurs à la loi de 1998, mais antérieurs à la loi de 2002, c'est-à-dire sur la coexistence du régime issu de la directive de 1985 et du régime issu de la jurisprudence *Marzouk*, et pose une question préjudicielle à la Cour de justice de l'Union européenne pour savoir si le régime de responsabilité sans faute qu'il a fait émergé dans *Marzouk* en 2003 pouvait être regardé comme un droit « dont la victime d'un dommage peut se prévaloir au titre de la responsabilité (...) extracontractuelle », c'est-à-dire comme un régime dont le maintien est autorisé par le fameux article 13 de la directive (**CE 4 octobre 2010, CHU de Besançon, n° 327449**). La CJUE, qui avait déjà condamné la France en manquement pour lutter contre la désignation abusive de « fournisseurs » qui diluait la primo-responsabilité du producteur (**CJCE, 25 avril 2002, aff. C-52/00, Comm. CE c/ France et CJCE, 14 mars 2006, aff. C-177/04, Comm. CE c/ France , préc.**), n'a en réalité pas répondu. Elle a simplement indiqué que l'hôpital n'était pas un « fournisseur » de produit de santé, mais un « prestataire » de service, et que, de fait, il était inutile de se prononcer sur une éventuelle opposition entre le régime institué par la directive, car celle-ci s'intéresse aux seuls producteurs et, le cas échéant, aux fournisseurs, et celui institué par la jurisprudence *Marzouk*, qui s'intéresse aux hôpitaux prestataires de services (**CJUE, gde ch., 21 décembre 2011, CHU de Besançon, aff. C-495/10**). La jurisprudence *Marzouk* était sauvée et le Conseil d'État, tranchant le litige, a engagé la responsabilité sans faute du CHU (**CE 12 mars 2012, CHU de Besançon, n° 327449**). En l'état de la jurisprudence, la victime

peut naturellement toujours rechercher la responsabilité du producteur sur le fondement de la directive de 1985, mais il lui est aussi loisible d'engager la responsabilité sans faute de l'hôpital, ce qui est potentiellement beaucoup plus aisé. Charge alors à l'hôpital d'exercer une action récursoire contre le producteur.

On ignorait encore si l'article L. 1142-1 issu de la loi de 2002, qui distingue le principe général de responsabilité pour faute de l'établissement des « cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé », se bornait à renvoyer à un régime de responsabilité sans faute ou si elle renvoyait au régime général de la directive et si, dans ce dernier cas, le régime *Marzouk* demeurerait compatible. En réalité, de forts indices ont été donnés depuis dix ans et l'arrêt commenté en est une synthèse, assortie de quelques subtilités et difficultés supplémentaires.

Revenons à notre affaire de pantalon anti-G défectueux dans laquelle les protagonistes sont : une victime, un hôpital, un assureur, un fournisseur de produit de santé (regardé comme producteur en sa qualité d'importateur de ce produit sur le territoire de la Communauté européenne). La victime a engagé une procédure amiable devant la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et le produit a été expertisé comme défectueux. L'assureur (SHAM) a indemnisé la victime. La SHAM est subrogée dans les droits du centre hospitalier, qui est absent du procès, mais qui est juridiquement la personne morale concernée par les mécanismes de responsabilité.

La décision rendue par le Conseil d'État constitue ce que l'on pourrait appeler un « arrêt de synthèse ». Il met en application et confirme un certain nombre d' « arrêts de principe », mais est évidemment bien davantage qu'un humble « arrêt d'espèce ».

Alors que le Conseil d'État ne statue pas sur la responsabilité du CHU, laquelle a été reconnue dès le stade amiable de la procédure, il en dit néanmoins beaucoup sur le régime juridique de l'action de la victime contre l'hôpital en confirmant le maintien d'un régime de responsabilité sans faute de l'hôpital (I). Précisant par conséquent que l'action de l'hôpital est récursoire (et non subrogatoire), le Conseil d'État précise les mécanismes offerts à ce dernier pour se retourner contre le producteur du produit de santé (II).

I. L'action de la victime contre l'hôpital : le maintien du choix entre la directive et la jurisprudence Marzouk

Il est évident, et cela n'a jamais été une difficulté, qu'une victime d'un produit de santé défectueux peut actionner le dispositif prévu par la directive de 1985 et engager la responsabilité sans faute du producteur ou du fournisseur. Ce mécanisme présente néanmoins deux limites. Il faut d'abord identifier le producteur ou le fournisseur. Il faut ensuite éviter l'écueil de la prescription, laquelle intervient dix ans après la mise en circulation (art. 1386-16 devenu art. 1245-4 du Code civil). L'action en responsabilité contre l'hôpital est nettement plus aisée et plus favorable aux victimes, car l'établissement est évidemment identifié et le point de départ de la prescription – elle aussi décennale – est la consolidation du dommage (art. L. 1142-28 du code de la santé publique). Le Conseil d'État a veillé à maintenir cette facilité pour les victimes, indépendamment de la lettre de la directive (A) ou de celle de la loi de 2002 (B).

A – Le maintien assumé de la jurisprudence *Marzouk* en marge de la directive de 1985

Dans une affaire *Falempin*, jugée en 2013, dans laquelle les faits dataient également de 2000 et se situaient entre l'entrée en vigueur de la directive de 1985 et la loi du 4 mars 2002, le Conseil d'État fait le choix assumé de maintenir l'hôpital dans sa qualité juridique de « prestataire » de soin, même lorsqu'il pourrait être regardé comme fournisseur, et d'appliquer un régime de responsabilité sans faute. En l'espèce, l'hôpital avait implanté une prothèse du genou qui s'est avérée défectueuse et avait contesté l'application de la jurisprudence *Marzouk* en soutenant l'applicabilité de la directive de 1985, susceptible de l'exonérer au motif que le fabricant était parfaitement connu et que l'hôpital – en tant qu'il implantait un dispositif – n'était que fournisseur de la prothèse. Écartant cette subtilité, le Conseil d'État maintient l'hôpital dans sa qualification juridique de prestataire des soins en estimant que le principe tel qu'interprété par la CJUE en 2011 « trouve à s'appliquer lorsque le service public hospitalier implante, au cours de la prestation de soins, un produit défectueux dans le corps d'un patient » (**CE 25 juillet 2013, Falempin, n° 339922, Leb.**). Le message porté par *Falempin* n'aurait pas été aussi fort si la Cour de cassation n'avait pas pris un chemin radicalement différent l'année précédente.

Dans un arrêt « coup de théâtre » (**A. Bretonneau et X. Domino, « Le juge administratif et la prothèse défaillante », AJDA 2013, p. 1972**), elle venait d'abandonner l'obligation de sécurité de résultat pesant sur les professionnels, apparentée à un régime de responsabilité sans faute, au profit d'un régime de responsabilité pour faute en matière de prothèses défectueuses (**Cass. Civ. 1, 12 juillet 2012, n° 11-17510, bull.**). Elle estimait que le régime de l'obligation de sécurité avait le même fondement que celui imposé par la directive (primo-responsabilité sans faute), et qu'il ne pouvait être concerné par l'article 13 de la directive autorisant le maintien de régimes différents. La Cour de cassation a par conséquent choisi un autre fondement : celui de la responsabilité pour faute du médecin qui implante une prothèse défectueuse. En somme, la Cour de cassation a estimé que l'équivalent de son régime *Marzouk* n'entraîne pas dans les dérogations de l'article 13 de la directive. Moins favorable aux victimes, cette position est juridiquement orthodoxe. En effet, si la CJUE ne s'était pas prononcée sur cette question dans son arrêt *CHU de Besançon* en 2011, l'avocat général avait tout de même énoncé que le régime *Marzouk* ne reposait pas à son sens sur un fondement différent de celui institué par la directive ni qu'il pouvait être regardé comme un régime spécial existant au moment de la notification de la directive, et n'entraîne donc pas dans le champ de l'article 13 de la directive (**Conclusions de l'Avocat Général M. Paolo Mengozzi, présentées le 27 octobre 2011, en ligne sur le site <https://eur-lex.europa.eu>**).

Dans l'arrêt *Falempin*, le Conseil d'État a délibérément choisi de ne pas poser de nouveau la question à la CJUE, de ne pas suivre le revirement de la Cour de cassation et de maintenir sa jurisprudence *Marzouk* (**A. Bretonneau et X. Domino, « Le juge administratif et la prothèse défaillante », préc.**) dans l'intérêt des patients.

Dans l'arrêt *SHAM c. Sté Dumont Sécurité*, le Conseil d'État précise encore que l'hôpital ne doit pas être regardé comme un fournisseur au sens de la directive, mais comme un prestataire de soin auxquels les dispositions de l'article 1386-7 du Code civil (devenu art. 1245-6) ne s'appliquent pas. L'action de l'hôpital contre le fournisseur n'est donc pas une action subrogatoire en lieu et place de la victime, mais une action récursoire, c'est-à-dire une action propre, contre le producteur ou le fournisseur.

B – Le maintien de la jurisprudence *Marzouk* en marge de la loi de 2002

La question n'est pas tranchée de manière aussi assumée qu'elle a pu l'être s'agissant de l'articulation entre la jurisprudence *Marzouk* et la directive de 1985. Elle devrait pourtant être traitée de manière claire lorsque les faits sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 et de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique qui pose le principe de la

responsabilité pour faute des établissements « *hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé* ». Un doute persiste sur la lecture de la formule « *hors le cas où* ». Renvoie-t-elle à une exception à la responsabilité pour faute – ce qui est alors parfaitement compatible avec le régime *Marzouk* –, ou à la législation transposant la directive de 1985 – ce qui commande d'abandonner *Marzouk* (**M. Bacache, « Prothèses défectueuses : quelle responsabilité ? » D. 2013, p. 2438**) ? Dans les premières analyses de la jurisprudence *Falempin*, certains auteurs estimaient que le régime *Marzouk* et le régime légal de primo-responsabilité sans faute du producteur/fournisseur étaient différents et prônaient alternativement la fin de la jurisprudence *Marzouk* (**P. Jourdain, « Responsabilité née de la pose d'une prothèse défectueuse : le Conseil d'État, appliquant sa jurisprudence *Marzouk*, prend ses distances avec la Cour de cassation** », RTD civ. 2014. 134 et Ph. Pierre, « L'actualité du droit de la responsabilité médicale », RLDC 2012, n° 4921, II.) ou au contraire un « marzoukage » de la loi, c'est-à-dire une modification législative pour maintenir le régime jurisprudentiel (**A. Bretonneau et X. Domino, « Le juge administratif et la prothèse défaillante », préc.**). À la lecture des travaux parlementaires de la loi du 4 mars 2002, l'incipit de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique n'avait pas vocation à modifier « *les règles de responsabilité du fait des produits défectueux définis par la loi n° 93-389 du 19 mai 1998* » (**Rapp. Sénat n° 174, 2001-2002, p. 230, par F. Giraud, G. Deriot et J.-L. Lorrain ; adde, Rapport Ass. Nat. n° 3263, 18 septembre 2001, p. 24**) et renvoie bel et bien au régime de responsabilité de la directive et non à un régime général de responsabilité sans faute du prestataire de soin. Il n'y aurait plus de place pour la jurisprudence *Marzouk* dans la loi du 4 mars 2002, et c'est également la lecture qu'a eue la Cour de cassation dans son arrêt « coup de théâtre » de 2012. Il n'y avait plus de place dans la loi pour son régime de responsabilité du médecin fondé sur l'obligation de sécurité. La Cour de cassation maintient d'ailleurs sa position et son interprétation, au double visa de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique et de la loi de 1998 ayant transposé la directive de 1985 (**Cass. Civ. 1, 26 février 2020, n° 18-26.256, RTD Civ. 2020, p. 406**). Le Conseil d'État maintient, lui, sa jurisprudence *Marzouk*, même lorsqu'il statue sur des faits postérieurs à la loi du 4 mars 2002 et sans s'embarrasser de s'en justifier, rappelant systématiquement que l'hôpital est prestataire de soin et que la directive de 1985 ne s'applique pas (**CE 4 mars 2012, CHU de Bordeaux, n°324455, 332061 ; CE 24 avril 2012, CH de Mantes-la-Jolie, n°331967**). C'est encore le cas dans l'arrêt commenté *SHAM c/ Sté Dumont Sécurité*, dont les faits datent de 2009 et dans lequel le juge administratif indique que l'hôpital est un prestataire de soin « responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables, pour les usagers, de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise ».

En maintenant un régime en marge de la directive et de la loi du 4 mars 2002, le Conseil d'État parachève une politique jurisprudentielle qui se veut cohérente avec le régime de responsabilité du service public hospitalier abordé comme un système à part entière. En matière de soin, l'hôpital n'est ni un opérateur économique ni un médecin libéral. Son régime de responsabilité repose sur la spécificité de la relation juridique entre l'usager et le service public qui implique des droits très particuliers des patients, et des obligations propres au service public (**N. Polge, Conclusions sur CE 25 juillet 2013, Falempin, n° 339922, Leb., publiées sur ArianeWeb**). La directive de 1985, tout comme le régime de responsabilité pour faute adopté par la Cour de cassation, pourraient avoir un effet pervers et déresponsabilisant pour les établissements de santé qui, retranchés derrière la responsabilité des producteurs et fournisseurs, pourraient ainsi être tentés de faire des économies dans leurs achats de produits de santé. La jurisprudence *Marzouk* les en empêche.

II. L'action de l'hôpital contre le producteur : la directive, le contrat et les vices cachés

Fortement responsabilisé lorsqu'il utilise un produit de santé défectueux, l'hôpital n'en demeure pas moins juridiquement armé pour se retourner contre le producteur ou contre le fournisseur de ce produit. C'est la seconde synthèse apportée par l'arrêt *SHAM c. Sté Dumont Sécurité*.

Dans son arrêt de 2011, la CJUE avait précisé que la possibilité de mettre en cause le fabricant du produit de santé devait « être ouverte non seulement à la victime, mais également au prestataire de services qui doit donc, à cette fin, notamment pouvoir disposer d'un mécanisme tel que celui du recours en garantie » (CJUE, 21 déc. 2011, **CHU de Besançon, préc. § 30**). Toutefois, un tel recours en garantie n'a pas été organisé par la directive qui n'a prévu que les modalités de recours du fournisseur contre le producteur.

Dans les suites de la décision *Falempin* de 2013, le centre hospitalier universitaire de Chambéry, qui venait d'être condamné à indemniser la victime sur le fondement de la responsabilité sans faute, a exercé une action en garantie contre le producteur de la prothèse défectueuse sur le fondement de la directive. Le Conseil d'État a rappelé qu'en présence d'un marché public ayant le caractère d'un contrat administratif, le CHU aurait naturellement pu actionner – ce qu'il n'a pas fait – la responsabilité contractuelle du producteur (qui se trouvait également être son fournisseur), soit au titre des stipulations du contrat, soit en raison des vices cachés du produit sur le fondement des articles 1641 à 1649 du Code civil (ce que le juge administratif sait faire : **CE, 7 avril 2011, Sté Ajaccio Diesel, n° 344226**). Il a également jugé que la voie de recours alternative fondée sur la directive lui était ouverte, mettant ainsi entre parenthèses du fait de la jurisprudence de la CJUE de 2011, le principe selon lequel le fondement contractuel de la responsabilité prime tout autre fondement (**CE, 1^{er} déc. 1976, Berezowski, n° 98946, Leb. 521**). Il a enfin implicitement jugé que l'action engagée par le CHU contre le producteur était nécessairement récursoire, car l'hôpital a été condamné et ne peut être regardé comme subrogé dans les droits de la victime. Il s'agit d'une action propre. Mais il restait une difficulté sérieuse tendant à la compétence juridictionnelle puisque le CHU, bien que lié au producteur par un contrat administratif, avait fondé son action sur la directive. Or, le producteur était une personne morale de droit privé et, normalement, les actions en responsabilité présentées par une personne publique contre une personne privée relèvent du juge judiciaire (**TC, 13 avril 2015, Province des îles Loyauté c. Cie maritime des Îles, n° 3993, T.**). De plus, l'action en responsabilité fondée sur la directive se joue normalement toujours entre une victime et un producteur, soit deux personnes de droit privé. Or, dès lors que l'hôpital n'est pas subrogé dans les droits de la victime, une difficulté sérieuse se posait. Le Conseil d'État a transmis la question au Tribunal des Conflits (**CE 23 décembre 2015, CH de Chambéry, n° 375406**).

Celui-ci a « attiré » l'action en responsabilité (de nature extracontractuelle) prévue par la directive de 1985 dans les fondements de l'action en responsabilité contractuelle ouverte à l'hôpital lié au producteur par un marché public. Les actions en garantie exercées par l'hôpital peuvent ainsi être fondées sur le contrat, sur les dispositions du Code civil relatives aux garanties des vices cachés, ou sur celles relatives à la responsabilité du fait des produits défectueux qui ont accueilli la transposition de la directive de 1985 (**TC, 11 avril 2016, Centre hospitalier de Chambéry, n° 4044, Leb.**). En revanche, le tribunal n'a pas proposé de former un bloc de compétence au profit du juge administratif dès lors que l'action est exercée par un hôpital contre un producteur. Il faut le support d'un contrat de droit public. Ainsi, si le contrat n'est pas conclu selon les règles de la commande publique et que l'appel en garantie porte sur les vices cachés, le litige relève de la juridiction judiciaire (**CE 15 novembre 2017, Centre hospitalier de Lannion, n° 403317**).

Dans l'affaire *SHAM c. Dumont Sécurité*, seuls les fondements de la directive étaient initialement soulevés et, en l'espèce, l'action était prescrite depuis deux ans. Les règles imposées par la directive prévoient en effet que l'action est éteinte dix ans après la mise en

circulation du produit. La livraison du pantalon à l'hôpital, qui valait « mise en circulation » au sens des textes, datait de 2004 et l'introduction du recours indemnitaire par la SHAM datait de 2016. La SHAM s'est alors rabattue, en appel, sur les fondements de responsabilité contractuelle et de responsabilité du fait des vices cachés, mais, s'agissant de causes juridiques distinctes, le couperet de l'irrecevabilité de la demande nouvelle est tombé.