



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Expertise – Exercice professionnel

L'expertise médicale au temps des pandémies : l'exemple des cancers

Cancer expertise during pandemia

Rémy J. Salmon (Ancien Chef du Département de Chirurgie de l'Institut Curie Paris, Membre de l'Académie de Chirurgie, Expert Honoraire agréé par la Cour de Cassation)^{a,*}, Catherine Buffet (Membre honoraire, Ancien Cheffe, Expert)^b, Christine Estève (Docteur en droit, Expert agréé, Membre de l'Académie de Médecine, Expert ONIAM CCI)^c

^a 2, rue Rousselet, 75007 Paris, France

^b Service des maladies du foie et de l'appareil digestif de Bicêtre, France

^c PUPH Hépatogastro-entérologie, Hôpital Bicêtre, France



INFO ARTICLE

Mots clés :

Expertise (cancer)
Perte de chance (cancer)
COVID-19 (perte de chance)

RÉSUMÉ

L'expertise médicale lors de la pandémie à la COVID-19 s'est arrêtée durant le confinement et la reprise des activités juridiques va se faire progressivement. L'épidémie a induit un retard au diagnostic des cancers. Des modifications des procédures de prise en charge ont été validées par des consensus d'experts des sociétés savantes. Il est néanmoins possible que dans les années à venir, les patients estiment avoir été victimes d'une « perte de chance » et en demandent réparation. Les différentes situations qui se présentent aux médecins au cours de cette pandémie et les recommandations pour la tenue des dossiers médicaux sont discutées.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Medical law suits were interrupted during the COVID-19 pandemia and judicial process will come shortly back to the normal. Pandemia induced delays in the cancer diagnosis and treatment. These modifications were validated by expert consensus from the medical societies. However in the coming years it is highly possible that patients think they were victims of a “loss of chance” and ask for a compensation. The various situations in which physicians can be involved are described and recommendations for the management of medical charts are discussed.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Loss of chance (cancer)
COVID-19 (perte de chance)
Expertise (cancer)

Dans notre démocratie, « L'état providence » est supposé fournir l'emploi, l'éducation, la santé, les retraites et il entretient une idée d'une vie sans fin, une jeunesse éternelle, sans douleur, sans mort et sans souffrance. Face à lui, un individualisme, croissant, une exigence d'immédiateté de l'individu seul, face à son portable, intermédiaire actuel obligatoire face à l'administration et aux « autres », qui aboutit à « Nous avons des droits et nous n'avons plus de devoir » ou dit autrement par le Président Kennedy dans son discours du 20 janvier 1961 qui disait « Ne me demandez pas ce que l'Amérique peut faire pour vous, demandez ce que vous pouvez faire pour votre pays ».

La pandémie COVID-19 a profondément modifié ce paradigme. Le dogme de « l'état providence », déjà bien mis à mal depuis un certain temps, dans les démocraties occidentales, montre ses limites.

L'état semble pouvoir puiser dans une bourse sans fond, pour compenser le désastre économique qui s'annonce et nos concitoyens s'étonnent de cette apparente générosité. Comment l'état providence va-t-il financer, soutenir, aider la population qui espère mais n'y croit pas trop. Alors qu'il n'y a pas si longtemps, il n'était question pour l'hospitalisation publique et privée qu'économies, réductions budgétaires, pour pouvoir faire les réformes que tout le monde attend et craint à la fois.

Si la générosité publique ne fonctionne plus, l'individu cherche un ou des responsables. Et s'il y a un responsable, il doit y avoir une possibilité de « réparation », qui nécessitera pour aboutir la triade de « Faute, Responsabilité et Lien de causalité ».

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dr.rjsalmon@gmail.com (R.J. Salmon).

La non-réparation du supposé préjudice risque d'entraîner une frustration qui s'accumule et qui pourrait aboutir à des mouvements sociaux d'une ampleur croissante.

1. La pratique médicale

La COVID-19 a de façon très brutale changé nos pratiques. Le risque épidémique a rempli les unités de réanimation, tout en vidant les consultations et les services des pathologies considérées comme non urgentes et/ou chroniques.

Le risque d'être contaminé par la COVID-19 lors d'une visite médicale ou d'un séjour hospitalier a conduit la majorité des sociétés savantes à rédiger rapidement des recommandations, basées sur des avis d'experts, adaptées, lorsque c'était possible, aux données de l'*Evidence Based Medicine* [1]^{1,2,3,4,5,6}.

Ces recommandations sont d'autant plus difficiles à transmettre que les connaissances de cette pathologie nouvelle se modifient de jour en jour. La fin du confinement va de plus modifier les pratiques en attendant un retour à la « normale ».

Ces modifications des pratiques risquent d'entraîner une « **perte de chance** » de différentes façons.

1.1. L'arrêt du dépistage [2]

Le premier point est celui de l'arrêt des programmes de dépistage. Ces programmes sont supposés mettre en évidence, soit l'absence de maladie détectable et donc de rassurer les patient(e)s, soit mettre en évidence une maladie à un stade de début. En cancérologie, il existe un consensus pour dire que plus tôt la maladie est dépistée, meilleur est le pronostic. Cependant, il existe d'une part des facteurs sociétaux (lieu de résidence, conjoint dépendant, garde d'enfants, animaux au domicile...) qui peuvent expliquer la venue plus ou moins rapide des patients à un examen de dépistage, alors que la tumeur est cliniquement décelable et/ou symptomatique. D'autre part il existe des cancers « d'intervalle », survenant entre deux examens de dépistage. Il s'agit en règle de tumeurs à croissance rapide, où le retard au diagnostic peut avoir un effet préjudiciable.

Enfin, ces examens, pour des raisons épidémiologiques et financières, sont réservés à des tranches d'âge, où la réalisation des examens est plus « rentable ». Mais les cancers qui surviennent

avant, ou après les âges limites, risquent d'être dépistés avec retard, à un stade plus avancé.

Selon les données de Doctolib, l'activité médicale aurait baissé en avril 2020 par rapport à janvier 2020 de 44 % chez les médecins généralistes et de 71 % chez les spécialistes. La CNAMTS a confirmé une baisse d'activité de 40 % pour les médecins généralistes. Parmi les raisons évoquées par les patients de la plateforme, 38 % citent la peur d'être contaminés, 28 % la crainte de déranger leur médecin dans la période d'épidémie et 17 % la fermeture du cabinet. (Rapport de Thierry Bizard pour l'Académie de chirurgie).

1.2. Le retard au traitement

Tout ou partie du traitement va être retardé ou modifié.

Certaines tumeurs « in situ » sont considérées de bon pronostic. Leur traitement chirurgical peut être repoussé de quelques semaines, sans que le pronostic soit impacté.

Cependant, des travaux nord-américains ont montré que le report d'un acte chirurgical décidé sur une biopsie mammaire montrant un carcinome in situ, trouvait un taux d'environ 15 % de lésions infiltrantes au bout de 6 mois. Est-ce que les lésions infiltrantes étaient déjà présentes mais que la biopsie initiale, de petite taille, ne les avait pas mises en évidence, où est ce que la lésion in situ était devenue invasive pendant ces quelques mois ? Il ne peut évidemment pas y avoir de réponse claire. Mais il faut également tenir compte du traumatisme psychologique de l'attente puis de la découverte secondaire de la lésion infiltrante.

Lorsqu'un acte chirurgical curatif est possible, a été décidé et validé dans une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), l'ensemble des recommandations est homogène pour confirmer cette approche.

La discussion postopératoire d'un traitement adjuvant de chimio/radiothérapie fait alors l'objet de discussions et recommandations fondées sur des avis d'experts, dont la validité scientifique n'a néanmoins pas la même valeur que celles d'études prospectives randomisées. Il n'a jamais été démontré que reporter une radiothérapie de quelques semaines et réaliser alors une technique hypofractionnée, voire même sans sur-impression du lit tumoral, ne faisait pas courir de risque aux patientes, indépendamment des perturbations que ces délais peuvent entraîner dans leur vie personnelle et professionnelle.

De même, reporter le début d'une chimiothérapie, modifier les doses, espacer et/ou en diminuer le nombre de cures, prescrire des facteurs de croissance, diminuer la corticothérapie sont des modifications des règles établies qui ne sont pas « *en accord avec les données acquises de la science* ».

Les oncologues savent cependant, que la médecine de précision doit tenir compte de la « *real life* », la vraie vie, incluant l'âge, les comorbidités, les prises médicamenteuses associées, l'observance du traitement etc. qui peuvent modifier considérablement les résultats des traitements. L'utilisation d'algorithmes incluant les paramètres de la vraie vie est de plus en plus courante, mais pas toujours compatibles entre les centres.

Enfin le déconfinement proche va nécessiter une « priorisation » de la reprise des activités dans les blocs opératoires. Cette priorisation devra être de nouveau l'objet de consensus dans les établissements et validée par les ARS^{7,8}. La liste des actes prioritaires

¹ Avis sur les délais de prise en charge du cancer Haut conseil du Québec 2020. Recommandations nationales.

² Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, colon et prostate. Rapport du 3. Plan Cancer 2015–2019 Publication INCa.

³ COVID-19 et Cancers Solides : recommandations Bull cancer 2020. Recommandations pour la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques en période de pandémie COVID-19. Groupe Francogyn pour le CNGOF. Bulletin du cancer 01 avril 2020.

⁴ COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein : recommandations pour la pratique clinique de Nice-St Paul de Vence, en collaboration avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM), la Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) et le French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG). Bulletin du cancer 1^{er} avril 2020.

⁵ COVID-19 et Cancers Solides : recommandations. Membres du groupe de travail. Coordonnateur : Prof Benoit You (CHU de Lyon, HCL). Dr Anne Canivet (CLCC François Baclesse, Caen). Dr Thomas Grellety (Centre Hospitalier de la Côte Basque, Bayonne). Dr Gérard Ganem (Centres Privés de l'Ouest). Dr Laure Kaluzinski (CHG de Cherbourg). Pr Ivan Krakowski (ex CLCC Institut Bergonié Bordeaux, AFSOS). Pr Jean-Pierre Lotz (CHU Paris, AP-HP). Dr Didier Mayeur (CLCC GF Leclerc, Dijon, AFSOS). Pr Alain Ravaud (CHU de Bordeaux). Pr Rosine Guimbaud (CHU de Toulouse). Recommandations du HCSP (Haut Comité pour la Santé Publique).

⁶ Prise en charge des cancers digestifs en fonction de la situation épidémique à la COVID-19. Date de cette version : 18/03/2020. Thésaurus National de Cancérologie Digestive.

⁷ Gestion des programmes opératoires en chirurgie viscérale et digestive au sortir de la crise COVID : guide de bonnes pratiques de programmation. Thésaurus National de Cancérologie Digestive.

⁸ FSM. Position de la Fédération des Spécialités Médicales et des Conseils Nationaux Professionnels sur le déconfinement et la reprise des activités médicales. Ce document a été rédigé à la suite de la visio-conférence tenue le 30 avril.

sera établie en fonction de chaque établissement, mais ne pourra pas être homogène à l'échelle nationale.

Les décisions médicales sont plus simples à prendre quand la pathologie tumorale menace le pronostic vital à court terme.

Ne pas traiter s'assimilerait alors à une « non-assistance à personne en danger ».

À l'inverse, en matière de tumeurs solides, le bénéfice des chimiothérapies après une troisième ligne est limité et un entretien avec le patient et sa famille peut faire privilégier un traitement palliatif qui permettra d'éviter le risque de contamination lors des passages hospitaliers.

1.3. Infection par COVID-19 survenant en cours d'un traitement

Tout se complique quand un patient déclare une infection COVID en cours de traitement.

Quelques exemples :

- une patiente déclare une infection COVID-19 deux semaines après le début d'une irradiation mammaire pour un cancer du sein ;
- la COVID-19 survient lors du 2^e ou 3^e cycle d'une chimiothérapie, prévue pour 6 ou 12 cycles.

La poursuite du traitement est impossible en raison du risque de contamination des autres patientes, du personnel hospitalier, médical et para médical, du contact avec les personnes qui les transportent [3–7].

En dehors des cas d'urgence vitale, la communauté médicale est actuellement dans l'ignorance des risques encourus par les patients recevant une radio et/ou une chimiothérapie et qui sont infectés par la COVID-19. Une fois l'infection terminée, les radiothérapeutes s'accordent à déclarer que l'irradiation pourrait être reprise au bout de 14 jours, si l'état du patient le permet.

Quel que soit l'organe en cause et le stade de la maladie, le suivi de l'évolution de l'infection virale prime, dans l'ignorance où l'on est de la gravité de l'infection, de son risque de conduire le patient en réanimation et de son pronostic lorsque qu'elle survient lors de la leucopénie post chimiothérapie.

Les traitements seront, dans la majorité des cas, interrompus. Quand faut-il les recommencer et faut-il les recommencer ?

La reprise d'une irradiation, où d'un protocole de chimiothérapie après une interruption prolongée est une décision délicate dans sa date et ses modalités.

2. La perte de chance

La notion de perte de chance est mise à jour dans un arrêt de la cour d'appel de Grenoble⁹, où la non-application du traitement avait « de façon certaine privé le blessé d'une chance de guérison sur laquelle il était normalement en droit de compter ». Ce fondement a été approuvé quelques années plus tard par la Cour de Cassation¹⁰ dans un arrêt du 14 décembre 1965 – arrêt Petit – décision « révo-lutionnaire » qui suivait de peu le conseil d'État¹¹, condamnant un

⁹ CA Grenoble, 24 octobre 1961. L'absence de diagnostic d'une fracture du poignet, malgré une radio évidente est à l'origine d'une pseudarthrose quelques années plus tard. Si le diagnostic avait été correct, le traitement aurait évité la pseudarthrose.

¹⁰ Civ. 1^{re}, 14 décembre 1965, Bull. 1965, I, n° 707. Le médecin avait diagnostiqué une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus alors qu'il s'agissait d'une luxation du coude.

¹¹ Décision du 24 avril 1964, Hôpital-hospice de Voiron Lebon 259. « Les négligences du personnel soignant avaient compromis les chances qu'avait le sieur R. d'éviter l'amputation ».

médecin pour erreur de diagnostic qui « avait eu pour effet de priver l'enfant des chances de guérison. »¹².

Le premier arrêt didactique est l'arrêt Faivre¹³, en 1974. La Cour de cassation rejette le pourvoi du chirurgien en énonçant : « Mais attendu qu'un préjudice peut être invoqué du seul fait qu'une chance existait et qu'elle a été perdue ».

Si l'anesthésiste avait été prévenu, la patiente avait une chance de survie sans pour autant qu'il existe une certitude que la présence de ce médecin aurait pu éviter une issue fatale.

2.1. Les contrastes de la perte de chance

En matière de faute médicale, la théorie de la perte de chance met en lumière deux éléments contradictoires :

- l'incertitude puisqu'il ne peut être certain que si la faute n'avait pas été commise, la guérison ou au moins une amélioration de l'état du patient, aurait pu être obtenue ;
- la certitude puisque si la faute n'avait pas été commise, le malade avait des chances de guérison ou d'amélioration et que la faute l'a privé de cette chance.

La loi du 4 mars 2002 précise que chaque professionnel de santé n'engage sa responsabilité qu'en cas de faute¹⁴. Le triptyque de la responsabilité fait intervenir la faute, le dommage et un lien de causalité entre les deux. En droit de la réparation, ce lien doit être direct et certain. Le médecin est aussi tenu de mettre en œuvre personnellement des soins consciencieux, attentifs et diligents¹⁵.

Il est donc nécessaire qu'il y ait faute médicale¹⁶, erreur, maladresse, imprudence, négligence pour évoquer la responsabilité du médecin et le condamner pour avoir fait perdre une chance de guérison ou de survie.

La faute ne crée pas nécessairement le dommage, mais peut diminuer une chance de survie ou de guérison.

La Cour de cassation précise que doit être caractérisé « l'existence d'une perte de chance certaine et en relation directe avec la faute retenue¹⁷ ». La perte de chance devient alors le seul dommage qui doit être indemnisé¹⁸. Il ne peut y avoir réparation que s'il existait une chance ce qu'exprime la chambre criminelle¹⁹ « l'élément de préjudice constitué par la perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constaté la disparition, par l'effet du délit, de la probabilité d'un événement favorable - encore que, par définition la réalisation d'une chance ne soit jamais certaine ».

Il y a une perte de chance lorsqu'il est certain que la faute a privé un patient d'une chance de guérison, de survie ou de voir son état s'améliorer ou d'échapper à une infirmité.

¹² Le médecin avait diagnostiqué une fracture de l'humérus chez un enfant, alors qu'il s'agissait d'une luxation du coude. Les experts ayant émis des doutes sur les résultats de la réduction que le médecin n'a pas pratiquée. Les juges ont alors apprécié les chances de guérison dont avait été privé le blessé, et font partiellement droit à sa demande évaluant souverainement « la juste réparation subi, toutes causes de préjudice confondues ».

¹³ Civ. 1^{re}, 27 janvier 1974, Bull. 1974, I, n° 37 in rapport de la cour de cassation 2007. L'anesthésie locale pratiquée par le chirurgien entraîne des convulsions puis la mort. Celui-ci n'a pas fait appel à l'anesthésiste pour un traitement approprié.

¹⁴ Art. L 1142-1 I du code de la Santé publique.

¹⁵ Art. R 4127-32 du Code de la Santé publique.

¹⁶ Ce serait différend en cas d'obligation de résultat où la faute n'est pas nécessaire.

¹⁷ Civ. 1^{re}, 15 juin 2004, pourvoi n° 02-12192, inédit.

¹⁸ Penneau J. « La perte de chance de guérir constitue en elle-même, un préjudice indemnisable » Recueil Dalloz 2004, p. 601.

¹⁹ Crim., 6 juin 1990, Bull. crim. 1990, I, n° 224, p. 573, pourvoi n° 89-83703.

Il en est ainsi pour le défaut de surveillance²⁰ d'un médecin traitant, un traitement intempestif²¹ ou encore la persistance fautive de diagnostic erroné²².

Le défaut d'information qui n'est pas la cause de la complication, peut être considéré comme une perte de chance d'éviter le dommage. Mieux informé, le patient a posteriori n'aurait peut-être pas choisi ce traitement. Le patient a été privé d'une éventualité favorable ou de la possibilité d'éviter un risque qui s'est finalement réalisé.

Cependant il n'est pas certain qu'en l'absence de faute il y aurait eu amélioration. L'incertitude est liée à la maladie, car malgré tous les progrès scientifiques, il persiste une part d'incertitude.

2.2. La réparation de la perte de chance

L'indemnisation sera fonction de la chance perdue c'est-à-dire un pourcentage du montant total de l'intégralité du préjudice, évalué par le juge.

La tâche du juge est d'évaluer ce qui s'est passé réellement par rapport à ce qui aurait dû se passer si la faute n'avait pas été commise. C'est l'opération du pronostic rétrospectif [8], souvent difficile à juger, il se fonde alors sur les statistiques pour évaluer, en fonction de l'état antérieur du patient, les probabilités d'évolution exposés par l'expert dans son rapport.

La perte de chance bien qu'exprimée en pourcentage, sera intégralement réparée, diminuée de l'appréciation de l'état antérieur. Aussi pour calculer les indemnités correspondantes, les juges font appel au dommage corporel, en y appliquant ce pourcentage.

3. Comment se protéger du possible risque futur

Il est particulièrement important pour nos confrères de tracer dans les dossiers :

- l'information délivrée aux patients et leur famille en décrivant autant que faire se peut les modalités de cette information (orale, écrite, en présence d'un membre de la famille ou de la personne responsable désignée, copie de la lettre ou message adressé au médecin traitant établi en présence du patient) ;
- tracer précisément la date à laquelle cette information a été délivrée car l'appréciation du respect par le médecin de son obligation de moyens est toujours faite « en fonction des connaissances médicales au moment où les faits se sont produits » ;
- en RCP il est particulièrement important de décrire avec précision et en cas de délai et/ou de report d'un traitement, les raisons qui ont fondé les décisions prises ;
- en l'absence éventuelle de consensus dans les recommandations au cours de la RCP (port de masques, utilisation du Plaquenil®, transfert dans un centre plus spécialisé d'emblée par exemple), la mention « *divergences dans l'équipe sur la nature de la prise en charge* » est parfois plus pertinente qu'un consensus mou ;
- il faut si possible tracer dans les dossiers les références qui ont permis de prendre une décision d'abstention et/ou de report d'un traitement, mais aussi les éléments de fait ou de contexte qui ont justifié cette décision ;

- mentionner éventuellement les décisions prises dans un établissement donné par les conseils divers (conseil de bloc, CLIN, cellule de crise. . .) en traçant bien les dates.

Ces conseils ne sont pas exhaustifs et chaque cabinet, chaque centre privé ou public peut avoir des pratiques spécifiques, qu'il faut mentionner dans les dossiers.

Il faut toujours se souvenir que plus les dossiers sont complets et les prescriptions traçables, plus la traçabilité de l'information délivrée est claire et précise, lorsque c'est possible, plus on gagne de temps lors d'éventuelles procédures ultérieures.

Il faut toujours avoir à l'esprit que ce n'est pas parce qu'un patient ou une famille engage un recours contre un médecin, que sa responsabilité est retenue.

Le temps apparemment « perdu » à mentionner des informations dans un dossier est largement récupéré dans la sérénité avec laquelle les médecins mis en cause arriveront aux réunions d'expertise et seront aussi utiles pour la prise en charge ultérieure du patient.

Enfin il est possible que les tribunaux définissent dans le futur cette période de mars à juin 2020 et éventuellement au-delà comme une période « **particulière** ».

Les sociétés savantes des différentes spécialités ainsi que les académies de médecine et de chirurgie ont proposé de façon consensuelle et coordonnée une méthodologie pour la prise en charge des malades non Covid le plus rapidement possible⁸. Nous souhaitons que les ARS accompagnent les médecins et leurs équipes dans la reprise de l'activité et leur fassent confiance et comme le souligne le Conseil de l'ordre des médecins, le secret professionnel soit respecté.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Covid-19 et activités chirurgicales. Communiqué conjoint de l'Académie nationale de médecine et l'Académie nationale de chirurgie. Bulletin de l'Académie de médecine publié le 9 avril 2019. Oncologie et COVID 19. Bulletin de l'Académie de médecine du 12 avril 2020.
- [2] Bartlett DL, Howe JR, Chang G, et al. Management of cancer surgery cases during the covid-19 pandemic. considerations. Ann Surg Oncol 2020;27:1717–20, <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-020-08461-2>.
- [3] Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL. Treatment delay in surgically-treated colon cancer: does it affect outcomes? Ann Surg Oncol 2014;21:3909–16.
- [4] de MeloGagliato D, Gonzalez-Angulo AM, Lei X, et al. Clinical impact of delaying initiation of adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. J Clin Oncol 2014;32(8):735–44.
- [5] Raphael MJ, Ko G, Booth CM. Factors associated with chemoradiation therapy interruption and non-completion among patients with squamous cell anal carcinoma. JAMA Oncol 2020;23(6):1–7.
- [6] Pomponio MK, Keele LJ, Fox KR, et al. Does time to adjuvant chemotherapy (TTC) affect outcomes in patients with triple-negative breast cancer? Breast Cancer Res Treat 2019;177(1):137–43.
- [7] Koshkina A, Fazelzad R, Sugitani I, et al. Association of Patient age with progression of low-risk papillary thyroid carcinoma under active surveillance a systematic review and meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2020;10:1001.
- [8] Boucher J, Bourgeois-Machureau B. Indemnisation de la perte de chance, le conseil d'État poursuit sa conversion au probabilisme. In: ADJA; 2008, p. 135.

²⁰ Civ. 1^{re}, 25 mai 1971, Bull. 1971, I, n° 171 et 172 p. 144, pourvoi n° 69-14266.

²¹ Civ. 1^{re}, 8 janvier 1985, Bull. 1985, I, n° 10, p. 10, pourvoi n° 83-14852.

²² Civ. 1^{re}, 8 juillet 1997, Bull. 1997, I, n° 238, p. 158, pourvoi n° 95-18113.