

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

**Sommaire :**

[I. Timing](#)

[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquez sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



## Atelier N°4 - Surtraitements non liés au surdiagnostic

Modérateur : François PESTY

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

**I. Timing**

II. Propos introductifs  
(Ex: surtraitements du cancer)

III. Les contributions

IV. Le périmètre de réflexion

V. Questions auxquelles répondre

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### ***I. Le « timing » de l'atelier – Vendredi 27 avril 2012 – 14h00 – 18h00***

- 14h00 - 14h15 - **François PESTY – Propos introductifs - Présentation de l'atelier - Démarche méthodologique**  
(Ex: Surtraitements du cancer)
- 14h15 - 14h45 - **Contributions - Pr. Marie-France LE GOAZIOU - Xavier BRIFFAULT - Dr. Bertrand GUILLONNEAU**
- 14h45 - 16h15 - **Discussions / Réponses aux questions identifiées**
- 16h15 - 16h30 - **Pause (participants) / Préparation rapport (Modérateur)**
- 16h30 - 17h15 - **Restitution en plénière**

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

[III. Les contributions](#)

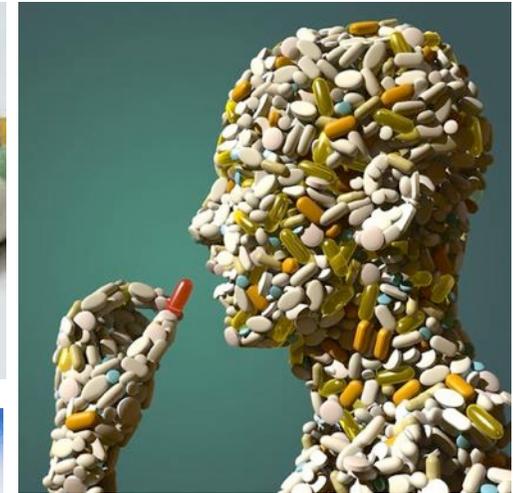
[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquez sur les liens](#)

Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

## II. Propos introductifs sur les surtraitements du cancer



# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquer sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### Déclaration publique de liens d'intérêts

#### Déclaration publique d'intérêt de François PESTY

« Je déclare n'avoir perçu aucune rémunération et aucun avantage de quelque nature que ce soit de la part des firmes pharmaceutiques depuis avril 2002, à l'exception de la prise en charge de mes frais de déplacement par les laboratoires NORDISK dans le cadre d'une intervention non rémunérée sur le thème « Etat des lieux de l'offre logicielle sur le circuit du médicament » au cours d'une journée de FMC organisée par l'association régionale de pharmaciens hospitaliers « Ph@re » en septembre 2009.

Je suis intervenu entre juillet 2005 et septembre 2009 sur plusieurs missions rémunérées par l'assurance maladie pour accompagner des caisses sur des campagnes pilotes de visites médicalisées de leurs délégués portant sur le bon usage et la prescription efficiente des médicaments : antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses, hypolipémiants, antihypertenseurs du système rénine - angiotensine. Les excellents résultats obtenus, largement salués dans le rapport 2007 de l'IGAS sur l'[information des médecins généralistes sur le médicament](#), ont conduit paradoxalement la Direction générale de la Cnamts à interdire à ses directeurs d'organismes (CPAM, CRAM, URCAM) de faire appel à mes services...

J'interviens également de manière épisodique depuis 2008 sur des missions rémunérées portant sur le « pilotage médico-économique » des produits de santé à l'hôpital : construction d'outils décisionnel - base de données, réalisation d'état des lieux, proposition de pistes d'économie sans perte de chance pour les patients »

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**II. Propos introductifs  
(Ex: surtraitements du cancer)**

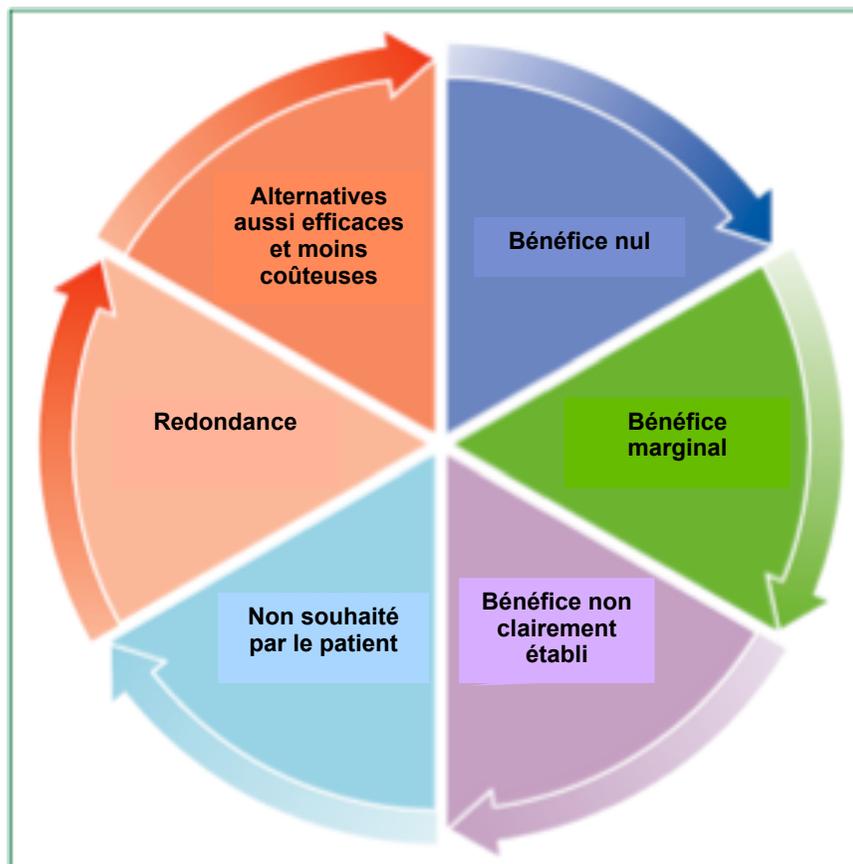
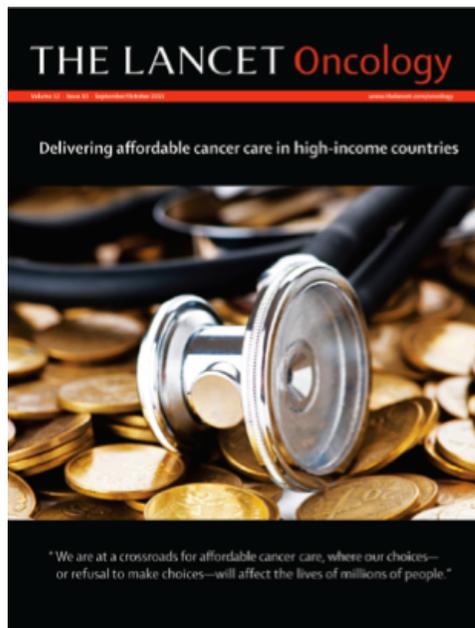
[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



Extrait choisi 1: « **Statistiquement significatif n'implique pas que cela ait du sens, cliniquement parlant** »

« Dans le cancer du pancréas localement avancé, un essai mené par l'Institut National Canadien du Cancer, a montré que l'erlotinib (TARCEVA®) associé en première ligne à la gemcitabine permettait d'obtenir une augmentation significative de la survie globale de 0,33 mois comparée à la gemcitabine seule. Ce faible gain de survie était obtenu au prix d'une toxicité accrue : diarrhées, pneumopathie interstitielle, décès lié au traitement. Malgré, une valeur thérapeutique très réduite dans ce contexte, ce médicament a obtenu une AMM de la FDA et de l'EMA »

Nota : En France, l'AMM dans cette indication stipule « Aucun bénéfice en survie n'a été montré chez les patients ayant une maladie localement avancée ». Avis défavorable au remboursement de la commission de la transparence (19/03/2008)

### Soins inutiles à éviter – Selon la commission oncologie du Lancet<sup>1</sup>

[1] : Delivering affordable cancer care in high-income countries. The Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol 2011; 12: 933–80.

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

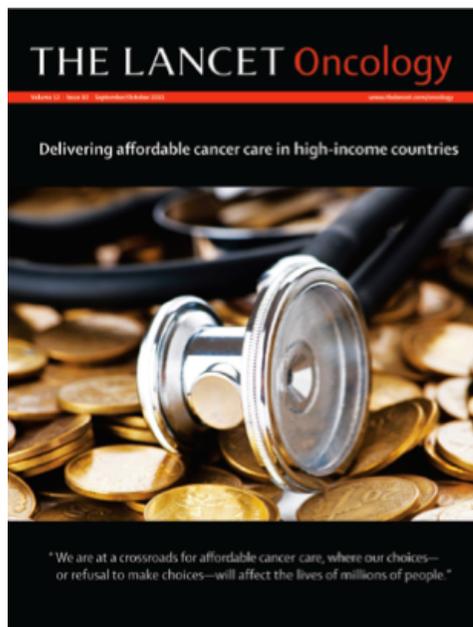
[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



### Quelles sont les limites des essais cliniques randomisés dans le traitement du cancer selon la commission oncologie du Lancet<sup>1</sup> ?

- **Différence statistiquement significative n'est pas synonyme de bénéfice clinique** : Cf. exemple précédent
- **Critères intermédiaires** (« surrogate endpoints ») : Ex: La survie sans progression tumorale...
- **Sélection des patients dans les essais** : Patients non comparables avec ceux rencontrés en pratique oncologique courante ; Rareté des bases de données de qualité qui permettrait de faire des études de cohorte observationnelle dans la « vraie vie » sur le long terme depuis le diagnostic
- **La poursuite du développement d'une molécule qui a montré un bénéfice marginal en « phase 2 » ne peut conduire qu'au même constat en phase 3** : Exemples : panitumumab (VECTIBIX®) et cetuximab (ERBITUX®) dans le cancer colo-rectal, cetuximab dans le cancer bronchique non à petite cellule
- **La majorité des nouvelles thérapies ciblées dans le cancer, récemment introduite ou qui arriveront sur le marché dans les toutes prochaines années, ne seront vraisemblablement pas capables de guérir les malades en phase avancée et ne permettront d'obtenir que des gains très limités de survie.**

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

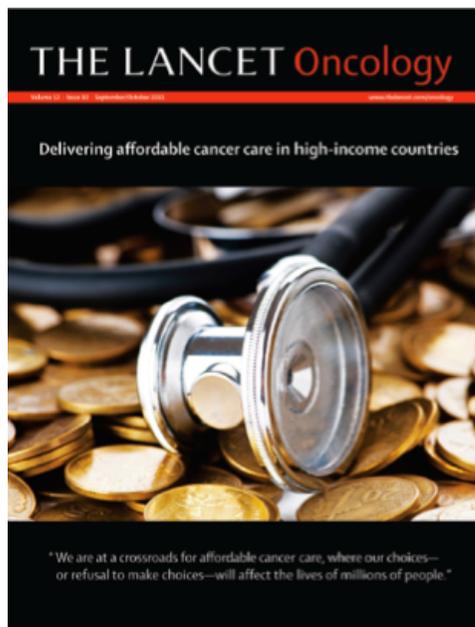
[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquez sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



### Quelles sont les conditions d'une chirurgie abordable dans le cancer selon la commission oncologie du Lancet<sup>1</sup> ?

- **La chirurgie reste le principal moyen de guérir ou de contrôler l'évolution des tumeurs solides** : 70% des patients guéris qui présentaient une tumeur solide ont subi une ablation chirurgicale
- **Le principal problème pour juger du bénéfice de la chirurgie du cancer est la pauvreté des données cliniques de haute qualité** (Evaluation des techniques chirurgicales, des technologies d'imagerie médicale associées, des coûts liés, des variations selon les territoires géographiques, et de l'efficacité de la chirurgie en terme de bénéfice clinique global et de qualité de vie)

*« Dans les pays développés, le traitement du cancer est tombé dans la culture de l'excès. Nous surdiagnostiquons, surtraitons et sommes dans la « surpromesse ». Cela va du recours à des technologies sophistiquées, à la chirurgie, aux médicaments, à l'apparition d'événements indésirables consécutifs à l'acceptation des effets secondaires des traitements. Notre société se focalise sur un bénéfice qui est souvent faible... Nous ignorons que toute intervention comporte ses effets indésirables et présente un coût financier »*

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

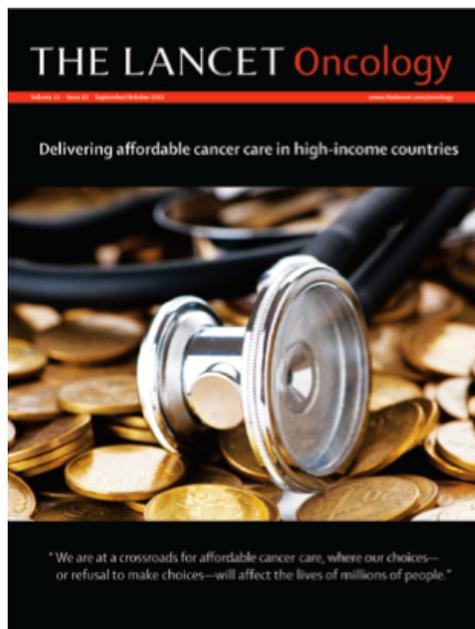
[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquer sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



### Les thérapeutiques ciblées dans le cancer grâce à la génomique : Qu'en pense la commission oncologie du Lancet<sup>1</sup> ?

■ Pour prouver un bénéfice un test génomique ne doit pas se contenter de prédire la présence ou l'absence d'une séquence génétique ou d'une pathologie ; Il doit améliorer le devenir clinique du patient, soit en terme de qualité de vie, de survie, ou sur un autre critère tangible

■ Les preuves d'un bénéfice clinique font défaut pour la plupart des tests de génomique, et ce, en dépit de leur intégration dans les modalités d'usage des médicaments concernés (Les auteurs citent un travail qui n'a pu établir à la fois la validité du test et son utilité clinique que pour un seul, HER2, utilisé pour sélectionner les patientes répondeuses au traitement par trastuzumab, HERCEPTIN®, dans le cancer du sein ; Les autres tests génomiques, UGT1A1 pour l'irinotécan (CAMPTO®) dans les cancers colorectaux ou bronchiques, la surexpression du gène EGFR dans le cancer du poumon, comme les plus récents, BRAF dans le mélanome, ou ALK dans le cancer du poumon, n'ont pas apporté la preuve de leur utilité clinique...

[1] : Delivering affordable cancer care in high-income countries. The Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol 2011; 12: 933–80.

[2] : Wong WB, Carlson JJ, Thariani R, Veenstra DL. Cost-effectiveness of pharmacogenomics: a critical and systematic review. Pharmacoeconomics 2010; 28: 1001–13.

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire : I. Timing

II. Propos introductifs  
(Ex: surtraitements du cancer)

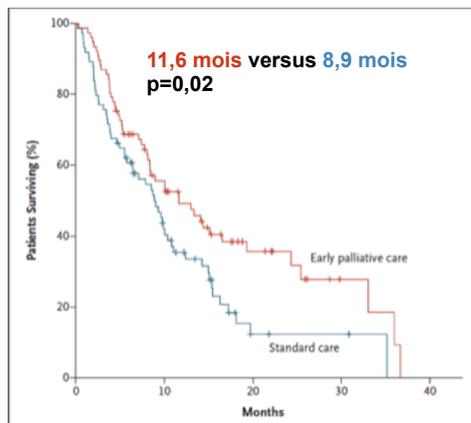
III. Les contributions

IV. Le périmètre de réflexion

V. Questions auxquelles répondre

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



### Quelle est la place des soins palliatifs précoces dans le cancer du poumon métastaté ?

■ La survie est plus longue et la qualité de vie meilleure pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petite cellule métastaté nouvellement diagnostiqué par rapport à une prise en charge standard plus agressive, selon les résultats d'une étude randomisée publiée récemment<sup>1</sup>

■ L'amélioration de la qualité de vie est similaire chez ces patients à celle observée chez des patients qui répondent à un traitement en première ligne par sels de platine

■ Les raisons de l'allongement de 2,7 mois de la survie des patients placés en soins palliatifs précoces sont inconnues, mais pourraient résulter d'un traitement efficace de la dépression, d'une amélioration des traitements symptomatiques, et d'une réduction des réhospitalisations, selon les éditorialistes<sup>2</sup>

### Commentaire personnel :

« A quand un bras « soins palliatifs précoces » dans les essais cliniques randomisés évaluant le bénéfice des nouvelles biothérapies du cancer ?



[1] : Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer; Jennifer S. Temel et al. N Engl J Med 2010;363:733-42.

[2] : Palliative Care — A Shifting Paradigm. Editorials. Amy S. Kelley and Diane E. Meier. N Engl J Med 2010;363:781-82.

François PESTY  
Pharmacien, Institut Supérieur de Gestion  
Visite des DAM sur le médicament  
Pilotage « médico-économique » à l'hôpital  
[Francois.PESTY@Wanadoo.fr](mailto:Francois.PESTY@Wanadoo.fr)

mercredi 6 juin 2012

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

[Sommaire :](#)

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquer sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic



### Quelle est la proportion des chimiothérapies inutiles en fin de vie ?

- Au Royaume Uni, une revue systématique des dossiers des patients décédés dans les 30 jours ayant suivi une chimiothérapie, a été conduite pendant 3 mois en 2006 auprès de 1.051 hôpitaux afin d'élucider les causes des décès : progression de la maladie, toxicité des médicaments, ou autre motif <sup>1</sup>
- La décision de démarrer une chimio a été jugée inappropriée dans 19% des cas
- La chimiothérapie était à visée curative pour 14% des patients seulement et compassionnelle pour 86%
- 21% des patients avaient un mauvais état général lorsque la décision a été prise de commencer la dernière cure de chimiothérapie
- 43% des patients ont souffert de réactions de toxicité de grade 3 ou 4 (dont neutropénie : 26% ; neutropénie fébrile : 16% ; infection : 22% ; thrombocytopénie : 16%)
- La posologie lors du dernier cycle de chimio n'a été réduite que dans 23% des cas, alors qu'elle aurait dû l'être pour 13% supplémentaires
- 12% des patients ont continué à recevoir la chimio malgré des signes évidents de progression de la maladie
- La chimiothérapie a causé ou accéléré le décès pour 27% des patients
- Seulement 16% des décès ont fait l'objet d'une revue de morbi-mortalité

[1] : For better, for worse? A review of the care of patients who died within 30 days of receiving systemic anti-cancer therapy. A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD) - UK - 2008

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

**[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)**

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### Peut-être un espoir avec la campagne « Choosing wisely » aux USA...



« Ne pas traiter les patients cancéreux pour une tumeur solide, lorsque leur état général est très dégradé, qu'aucun bénéfice n'est établi, qu'ils ne sont pas éligibles à un essai thérapeutique, et qu'il n'existe pas d'argument solide, fondé sur un sens clinique à poursuivre le traitement anticancéreux ». ASCO. 04/04/2012

**Choosing Wisely**  
An initiative of the ABIM Foundation

An initiative of the ABIM Foundation

American Society of Clinical Oncology



American Society of Clinical Oncology

### Five Things Physicians and Patients Should Question

The American Society of Clinical Oncology (ASCO) is a medical professional oncology society committed to conquering cancer through research, education, prevention, and delivery of high-quality patient care. ASCO recognizes the importance of evidence-based cancer care and making wise choices in the diagnosis and management of patients with cancer. After careful consideration by experienced oncologists, ASCO highlights five categories of tests, procedures and/or treatments whose common use and clinical value are not supported by available evidence. These test and treatment options should not be administered unless the physician and patient have carefully considered if their use is appropriate in the individual case. As an example, when a patient is enrolled in a clinical trial, these tests, treatments, and procedures may be part of the trial protocol and therefore deemed necessary for the patient's participation in the trial.

**Don't use cancer-directed therapy for solid tumor patients with the following characteristics: low performance status (3 or 4), no benefit from prior evidence-based interventions, not eligible for a clinical trial, and no strong evidence supporting the clinical value of further anti-cancer treatment.**

- Studies show that cancer directed treatments are likely to be ineffective for solid tumor patients who meet the above stated criteria.
- Exceptions include patients with functional limitations due to other conditions resulting in a low performance status or those with disease characteristics (e.g., mutations) that suggest a high likelihood of response to therapy.
- Implementation of this approach should be accompanied with appropriate palliative and supportive care.

[1] : « [Choosing wisely](#) » est une campagne de communication grand public lancée aux USA le 4 avril 2012, soutenue par plusieurs sociétés savantes de renom, dont l'ASCO, dans le but d'éviter des soins non pertinents et de favoriser le dialogue entre médecins et patients...

11

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire : [I. Timing](#)

**II. Propos introductifs  
(Ex: surtraitements du cancer)**

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

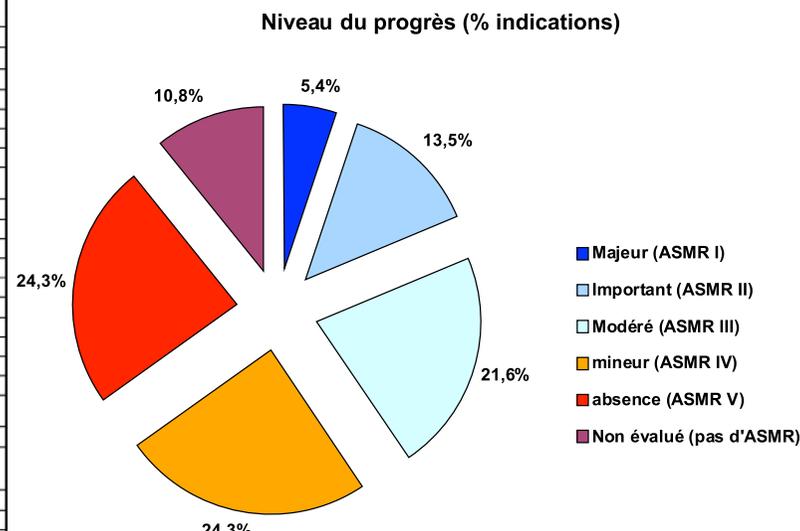
[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### Progrès thérapeutique des 10 premières molécules anticancéreuses dans leurs principales indications

Molécule	Nom de marque	Classement 2009	% dépenses 2009	Classement 2008	% dépenses 2008	Indications	ASMR	Remarques
Bévacizumab	AVASTIN®	1	19,3%	2	16%	Colorectal	IV <sup>a</sup>	Indication retirée aux USA
						Sein	V <sup>a</sup>	
						Poumon non à petite cellule	V <sup>a</sup>	
						Rein	IV <sup>a</sup>	
Rituximab	MABTHERA®	2	16,8%	1	17%	Lymphomes	I <sup>a</sup>	
						Polyarthrite rhumatoïde	II <sup>a</sup>	
						Leucémie lymphoïde Chronique	IV <sup>a</sup> , III <sup>a</sup>	
						Sein	I, II <sup>a</sup> , V <sup>a</sup> , absence <sup>1,m</sup>	
Trastuzumab	HERCEPTIN®	3	12,8%	3	14%	Sein	I, II <sup>a</sup> , V <sup>a</sup> , absence <sup>1,m</sup>	
Docétaxel	TAXOTERE®	4	11,5%	4	12%	Estomac	IV <sup>a</sup>	
						Poumon non à petite cellule	IV <sup>a</sup>	
						Sein	II <sup>a</sup> , III <sup>a</sup> , IV <sup>a</sup>	
						Prostate	III <sup>a</sup>	
						Estomac	IV <sup>a</sup>	
Pémetrexed	ALIMTA®	5	8,1%	6	6%	carcinomes épidermoïdes	III <sup>a</sup> , II <sup>a</sup>	
						Mésothéliome pleural malin	III <sup>a</sup>	
Cétuximab	ERBITUX®	6	6,7%	5	7%	Poumon non à petite cellule	V <sup>a</sup> , IV <sup>a</sup>	
						Colorectal	V <sup>a</sup> , IV <sup>a</sup>	
Bortézomib	VELCADE®	7	5,5%	8	5%	Tête et cou (c. épidermoïde)	III <sup>a</sup> , IV <sup>a</sup>	
						Myélome multiple	II <sup>a</sup> , V <sup>a</sup> , IV <sup>a</sup> , III <sup>a</sup>	
Irinotécan	CAMPTO®	8	4,8%	7	6%	Colorectal	absence <sup>25</sup>	Radié en mars 2010
Gemcitabine	GEMZAR®	9	3,4%	9	5%	Poumon non à petite cellule	absence <sup>25</sup>	Radiée en mars 2010
						Sein	V <sup>a</sup>	
Doxorubicine	CAELYX®	10	2,0%			Ovaire	V <sup>a</sup>	
						Sein	III <sup>a</sup>	
						Sein	III <sup>a</sup>	
						Myélome multiple	V <sup>a</sup>	
Oxaliplatine	ELOXATINE®			10	4%	Colorectal / Colon	III <sup>a</sup> , absence <sup>25</sup>	Radiée en mars 2010
		<b>Totaux</b>	<b>90,9%</b>		<b>92%</b>			



Progrès majeur ou important : 19% ; progrès modeste : 22% ; progrès mineur, absent ou non évalué : 59%

Source : Les rapports de l'Institut National du Cancer (INCa) sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2008 et 2009 et les avis de la commission de la transparence (HAS).

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

## III. Les contributions de l'atelier

- Pr. Marie-France LE GOAZIOU, Département de Médecine Générale de la faculté de médecine Lyon Est  
[mf.legoaziou@medsyn.fr](mailto:mf.legoaziou@medsyn.fr)

Surmédicalisation : A propos de deux situations qui m'ont interrogée

- Xavier BRIFFAULT, CNRS – CERMES3 équipe CESAMES  
[xavier.briffault@wanadoo.fr](mailto:xavier.briffault@wanadoo.fr)

« Licence to pill » : AMM et RBP, « substitut pratiques » au raisonnement EBM ?

- Dr. Bertrand GUILLONNEAU, M.D., PhD, Chef du service Urologie, G.H. Diaconesses – Croix St Simon, Paris  
[bguillonneau@hopital-dcss.org](mailto:bguillonneau@hopital-dcss.org)

Réflexions sur le(s) cancer(s) de la prostate

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire : [I. Timing](#) [II. Propos introductifs \(Ex: surtraitements du cancer\)](#) [III. Les contributions](#) [IV. Le périmètre de réflexion](#) [V. Questions auxquelles répondre](#)

[Cliquez sur les liens](#)

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### *IV. Le périmètre proposé de notre réflexion*

Surtraiter, à partir d'un diagnostic posé, consiste à initier un traitement surdimensionné ou inapproprié, alors qu'une alternative thérapeutique moins lourde, pouvant aller jusqu'à l'abstention ou faisant appel à des soins palliatifs, était possible, moins délétère, moins traumatisante, voire moins coûteuse ou sans fausses promesses :

- opérations chirurgicales, radiations, prescriptions médicamenteuses inutiles (ou futiles) ;
- exérèses, irradiations ou doses de médicaments trop importantes ;
- durées de traitement, d'intervention, d'exposition trop prolongées ;
- recours à un traitement non éprouvé, voire non autorisé (ex : hors AMM) et sans bénéfice clinique clairement démontré (effet uniquement sur des critères intermédiaires), alors que d'autres le sont ;
- combinaison (surenchère) de moyens thérapeutiques telles que des associations médicamenteuses futiles, la chimiothérapie adjuvante (après chirurgie) ou néo-adjuvante (avant chirurgie), la chimiothérapie combinée à la radiothérapie ;

Nous illustrerons les surtraitements, par des exemples et tenterons ensemble d'en analyser les causes et les moyens de les éviter, ou tout au moins de les limiter...

# Colloque « Surmédicalisation, surdiagnostics et surtraitements »

Bobigny, les 27 & 28 avril 2012

Sommaire :

[I. Timing](#)

[II. Propos introductifs  
\(Ex: surtraitements du cancer\)](#)

[III. Les contributions](#)

[IV. Le périmètre de réflexion](#)

[V. Questions auxquelles répondre](#)

Cliquer sur les liens

## Atelier N°4 – Surtraitements non liés au surdiagnostic

### *V. Les questions auxquelles nous pourrions tenter de répondre*

- **Quelles sont les pathologies objets de surtraitements non liés à un surdiagnostic ?**
- **Quelles sont les différentes formes de surtraitements sans lien avec les surdiagnostics ?**  
Intensification thérapeutique, synergie ou effet additif des associations de traitements, efficacité biologique versus clinique, non prise en compte de l'évaluation comparative (sur les critères bénéfice/risque et coût/efficacité)
- **Dans quelle mesure les obligations de moyens et de résultats favorisent-elles ces surtraitements ?**
- **La médecine fondée sur les preuves et les recommandations de bonne pratique sont-elles des gages d'efficience ou des causes de surtraitements non liés aux surdiagnostics ?**  
L'EBM en deux colonnes actif et passif
- **Suffirait-il de réduire la pression du marché pour que la situation se normalise ?**
- ...