

Nouveaux anti-coagulants oraux : une étude de l'Assurance Maladie souligne la dynamique forte de ces nouveaux médicaments et la nécessité d'une vigilance accrue dans leur utilisation

Les anti-coagulants oraux constituent une classe thérapeutique indispensable dans le traitement et la prévention des phlébites et des embolies pulmonaires, ainsi que dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux dans certaines situations à risque. Compte-tenu de leurs mécanismes d'action, ces médicaments s'accompagnent d'un risque d'hémorragies graves qui nécessite une surveillance dédiée.

Depuis 2009, aux côtés des anti-vitamines K (AVK) commercialisés depuis plusieurs décennies, de nouveaux anti-coagulants oraux (NACO) ont été mis sur le marché : l'antithrombine *dabigatran* (Pradaxa®), les anti-facteurs Xa *rivaroxaban* (Xarelto®) ou *apixaban* (Eliquis®).

Afin d'accompagner la mise sur le marché et l'élargissement des indications de ces nouvelles molécules, les autorités sanitaires ont engagé une série d'actions : plan de suivi renforcé et information régulière par l'ANSM, fiche de bon usage des médicaments (HAS, juillet 2013), lettre aux professionnels de santé de l'ANSM en septembre 2013...

Deux études menées conjointement par la CNAMTS et l'ANSM, dans le cadre de la convention les associant, sont en cours de réalisation afin d'évaluer en vie « réelle » le rapport bénéfique/risque des NACO.

Parallèlement, l'Assurance Maladie a souhaité réaliser **une étude complémentaire, à partir des bases de données du SNIIRAM et du PMSI, analysant les caractéristiques des patients traités par NACO et leur prise en charge médicale**. L'objectif est en effet de pouvoir mesurer, un an après l'extension des indications de ces molécules, les conditions de prescription et d'utilisation de ces nouveaux médicaments, porteurs d'un enjeu de santé publique majeur et dont l'impact économique est important. En effet, le coût d'un traitement par AVK¹ se situe entre 10 et 15 € par mois contre 75 € avec les NACO.

L'étude menée par l'Assurance Maladie met en lumière plusieurs points-clés.

▪ **Une forte dynamique des prescriptions de ces nouveaux anti-coagulants oraux**

Si les traitements anti-coagulants oraux par AVK restent largement majoritaires (plus d'1 million de patients traités² contre 265 000 pour les NACO), **on constate actuellement un large recours à ces nouveaux médicaments en initiation de traitement**.

Ainsi, en moins d'un an, près de la moitié des patients débutant un traitement anti-coagulant oral s'est vue prescrire un traitement par NACO³. Or, la Haute Autorité de Santé a souligné que les AVK demeurent le traitement de référence dans la fibrillation auriculaire non

¹ En incluant la surveillance biologique par INR.

² Effectifs au cours du 3^{ème} trimestre 2013. Au moins un remboursement enregistré.

³ Données sur la période du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013

valvulaire et que les anti-coagulants oraux non AVK représentent une alternative dans des situations précises⁴.

Les changements de traitements AVK vers NACO ont représenté, quant à eux, près de 100 000 patients sur la période observée⁵. A l'instar de la HAS, l'ANSM a précisé qu'il n'existe pas d'argument pour modifier le traitement d'un patient stabilisé sous AVK.

Selon les données de l'Assurance Maladie, cette dynamique (prescriptions des NACO en 1^{ère} et 2^{ème} intention) s'est cependant infléchie à partir du printemps 2013, ce qui peut témoigner de l'effet conjugué des actions de sensibilisation menées par l'ANSM, la HAS et l'Assurance Maladie auprès des médecins.

- **Des prescriptions dans des situations à risque hémorragique majoré ou inappropriées**

L'étude menée par l'Assurance Maladie montre également que des progrès peuvent être accomplis pour une prescription ajustée de ces nouvelles molécules, de plus grande facilité d'utilisation que les AVK mais qui sont, comme les autres anti-coagulants oraux, associés à des risques thrombotiques et hémorragiques.

Ainsi, **les données de l'Assurance Maladie sur le dernier trimestre 2012 montrent qu'une part des patients sous NACO prend de façon concomitante des médicaments majorant le risque hémorragique** : 15% des patients suivent en parallèle un traitement par anti-agrégants plaquettaires, 21% un traitement à l'amiodarone, molécule indiquée dans l'arythmie cardiaque. Dans ces situations, seule la prescription d'AVK permet une mesure précise du degré d'anti-coagulation obtenu et de disposer d'un antidote si nécessaire.

L'étude de l'Assurance Maladie montre également la nécessité d'un suivi plus étroit par les médecins de la fonction rénale chronique, recommandé en cas de prescription de NACO et primordial pour les personnes les plus âgées pour lesquelles il existe des risques d'accumulation du produit dans l'organisme. Or, sur le dernier trimestre 2012, près de 10% des patients débutant un traitement par NACO étaient des patients de 80 ans et plus sans surveillance de leur fonction rénale.

Enfin, **une part des prescriptions de NACO au dernier trimestre 2012, estimée entre 5 et 10%, correspond à des indications non validées, éventuellement dangereuses** : patients avec une insuffisance hépatique ou rénale, patients avec fibrillation auriculaire et atteints de valvulopathies.

- **La nécessité d'une vigilance accrue pour ces nouveaux médicaments**

L'étude de l'Assurance Maladie, menée dès la mise à disposition des données d'hospitalisation nécessaires à l'analyse⁶, met en lumière plusieurs résultats-clés et points de progrès dans l'utilisation des nouveaux anti-coagulants oraux.

Elle souligne l'importance d'un meilleur suivi des recommandations sanitaires pour ces nouvelles molécules, du respect des indications, doses et précautions d'emploi définies dans leur AMM.

⁴ Fiche de Bon usage du médicament, « Fibrillation auriculaire non valvulaire : Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K : apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®) », juillet 2013.

⁵ Cf note 2.

⁶ Données PMSI du 1^{er} trimestre 2013 disponibles début septembre 2013.

Pour les patients, comme l'a rappelé l'ANSM, il est indispensable lorsqu'un traitement anticoagulant a été prescrit de ne pas l'arrêter sans avis médical et de bien l'observer.

Parallèlement aux actions mises en place par les autorités sanitaires - ANSM et HAS notamment - pour informer les professionnels de santé et le grand public sur le bon usage de ces nouvelles molécules, **l'Assurance Maladie s'inscrit dans cette démarche avec des actions dédiées : depuis l'été 2013, des visites sur le thème des NACO sont organisées auprès de l'ensemble des médecins généralistes (plus de 10 000 réalisées à ce jour)**. Un mémo, validé par la HAS et synthétisant les recommandations sur la place des NACO dans la fibrillation auriculaire non valvulaire⁷, est remis aux médecins à cette occasion.

Les médecins-conseils de l'Assurance Maladie rencontreront, à partir du mois de décembre 2013, l'ensemble des cardiologues libéraux puis courant 2014, des actions dédiées seront mises en place à destination des médecins hospitaliers.

Les anti-coagulants oraux

Les anti-coagulants oraux sont des médicaments destinés à fluidifier le sang pour éviter la formation de caillots. Ils constituent une classe thérapeutique indispensable dans le traitement des phlébites et embolies pulmonaires, ainsi que dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux dans certaines pathologies.

Ils sont notamment indiqués en cas de fibrillation auriculaire (FA), arythmie cardiaque la plus fréquente qui concerne 1 à 2% de la population française. Les patients atteints de FA ont cinq fois plus de risque de faire un accident vasculaire cérébral (AVC).

Les anti-vitamines K constituent le traitement anti-coagulant oral de référence, proposé depuis plusieurs décennies. Depuis 2009, de nouveaux anti-coagulants oraux ont été mis sur le marché : l'antithrombine *dabigatran* (Pradaxa®), les anti-facteurs Xa *rivaroxaban* (Xarelto®) ou *apixaban* (Eliquis®). Depuis fin 2011, le dabigatran 150 ou 110 mg et le rivaroxaban 20 ou 15 mg sont indiqués en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire associés à un ou plusieurs facteurs de risque.

Compte-tenu de leur mécanisme d'action, ces anti-coagulants oraux, anti-vitamines K (AVK) et nouveaux anti-coagulants oraux (NACO), sont susceptibles d'induire des hémorragies graves.

Les anti-vitamines K nécessitent une surveillance biologique fréquente de l'activité anti-coagulante par la mesure de l'INR (*International normalized ratio*), par prélèvements sanguins car les patients présentent une réponse individuelle variable aux AVK.

Les nouveaux anti-coagulants oraux (NACO) se caractérisent, quant à eux, par l'absence de possibilité de surveillance de l'anti-coagulation en routine, le degré d'anti-coagulation qu'ils induisent ne peut ainsi être mesuré.

En outre, contrairement aux AVK, il n'existe pas pour les NACO d'antidote en cas de surdosage. Pour les AVK, la vitamine K peut être administrée en cas de besoin, notamment en cas d'opération d'urgence pour stopper l'anti-coagulation.

⁷ Fiche de bon usage du médicament, HAS – Cf. note 3.

I – Une très forte évolution des effectifs traités par nouveaux anti-coagulants oraux qui s'est ralentie

- **Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) : une prescription en 1^{ère} intention pour près de la moitié des patients débutant un traitement**

Au 3^{ème} trimestre 2013, plus d'1 million de patients suivaient un traitement par AVK en France⁸, contre 265 000 patients sous NACO. La population sous anticoagulant oral était majoritairement masculine (respectivement 53,7% de l'effectif sous NACO et 56,6% de l'effectif sous AVK).

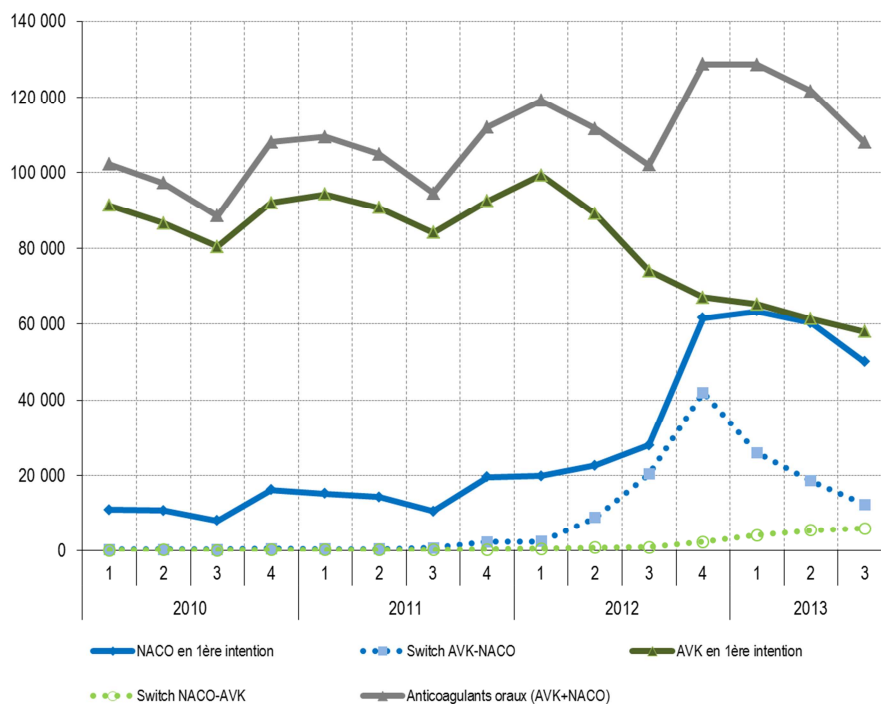
Les patients sous AVK étaient sensiblement plus âgés : 41,9% de patients sous AVK avaient 80 ans et plus, contre 33,8% des patients sous NACO.

Effectifs des patients traités par anti-coagulants oraux durant le 3ème trimestre 2013

	NACO	AVK
Effectifs	265 400	1 013 900
< 65 ans	22,2%	19,6%
65-74 ans	26,4%	21,8%
75-79 ans	17,6%	16,7%
80 ans et plus	33,8%	41,9%
Femmes (%)	46,3%	45,4%

Source : SNIIRAM, France entière, données Tous régimes

Evolution des effectifs de patients débutant un traitement par NACO ou AVK



Source : SNIIRAM, France entière, données Tous régimes

⁸ Patients pour lesquels au moins un remboursement d'AVK était enregistré.

Les données de l'Assurance Maladie (cf. graphique ci-dessus) montrent la forte dynamique des NACO depuis mi-2012 pour les initiations de traitement en 1^{ère} et 2^{ème} intention (changement d'anti-coagulant oral AVK vers NACO). Une diminution très nette des initiations de traitement par AVK s'observe de manière concomitante.

Au total, sur une année glissante, du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013, on dénombre presque autant de patients débutant en 1^{ère} intention un traitement par NACO que par AVK : 235 000 patients sous NACO versus près de 252 000 patients sous AVK.

En moins d'une année, près de la moitié des patients (48%) débutant un traitement anti-coagulant oral s'est vu prescrire un NACO.

S'agissant des patients débutant un traitement en 2^{ème} intention, les changements de traitement (switchs) AVK vers NACO ont concerné près de 100 000 patients sur la période observée.

Ces résultats témoignent d'un recours très large, en 1^{ère} et 2^{ème} intention aux NACO, au-delà des recommandations des autorités sanitaires. En effet, dans sa fiche de bon usage consacrée aux NACO, la Haute Autorité de Santé a souligné que les AVK demeurent le traitement de référence dans la fibrillation auriculaire non valvulaire et que les anti-coagulants oraux non AVK représentent une alternative dans des situations précises⁹.

S'agissant des changements de traitement, la HAS et l'ANSM ont indiqué qu'il n'existe pas d'argument pour modifier le traitement d'un patient stabilisé sous AVK.

Cette forte dynamique en faveur des nouveaux anti-coagulants oraux, en 1^{ère} et 2^{ème} intention, s'est infléchie à partir du printemps 2013, qui peut témoigner de l'effet conjugué des actions de sensibilisation de l'ANSM, la HAS et l'Assurance Maladie auprès des médecins.

▪ **Analyse par type de prescripteurs**

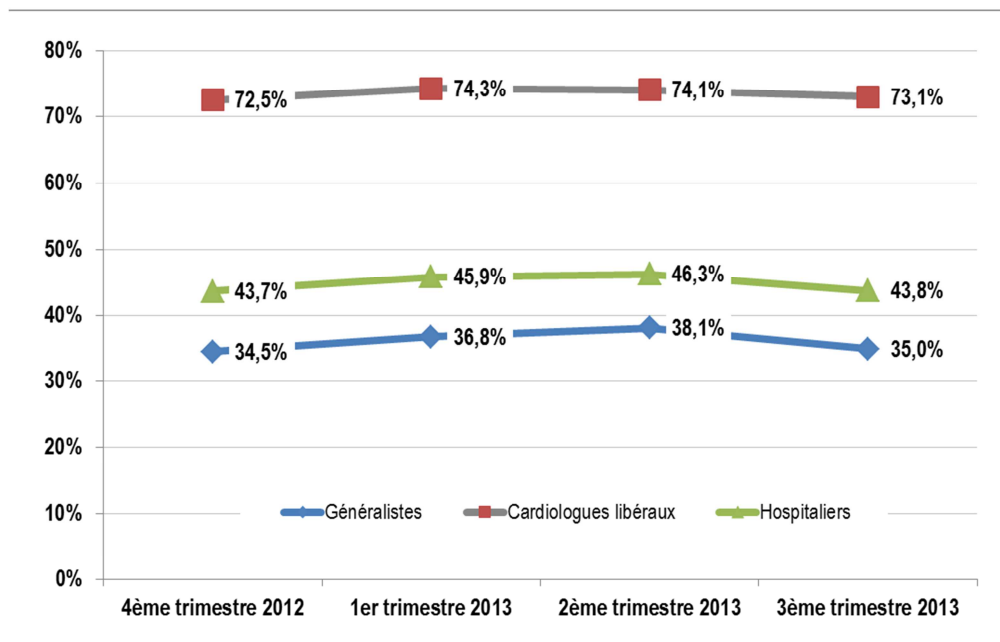
L'étude menée par l'Assurance Maladie analyse également les données par type de prescripteurs (cf. page suivante).

Ainsi, lorsqu'ils initient un traitement anti-coagulant oral, les cardiologues libéraux prescrivent dans près de 3/4 des cas (73%) les NACO en 1^{ère} intention, contre plus d'1/3 des cas (35%) pour les médecins généralistes libéraux. Les médecins hospitaliers se situent à un niveau intermédiaire : près de 44% de leurs prescriptions.

A noter : un infléchissement sensible de la prescription en 1^{ère} intention de NACO chez les médecins généralistes et hospitaliers est observé entre le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre 2013 (- 3 points environ).

⁹ Fiche de Bon usage du médicament, « Fibrillation auriculaire non valvulaire : Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K : apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®) », juillet 2013.

Initiation de traitement anti-coagulant oral – Prescription de NACO en 1ère intention Répartition par type de prescripteurs



Source : SNIIRAM, France entière, données Tous régimes

II – Des prescriptions dans des situations à risque hémorragique majoré ou inappropriées

L'étude menée par l'Assurance Maladie, à partir des données du Sniiram¹⁰ et du PMSI¹¹, montre que des prescriptions de nouveaux anti-coagulants oraux sont réalisées dans des situations à risque hémorragique majoré ou inappropriées.

- Ainsi, sur le dernier trimestre 2012, **une part des patients débutant un traitement par NACO prend de façon concomitante des médicaments augmentant le risque d'hémorragies :**

- 15% d'entre eux suivent en parallèle un traitement par anti-agrégants plaquettaires, également destinés à empêcher la formation de caillots sanguins,
- 21% d'entre eux prennent un traitement à l'amiodarone, molécule indiquée dans l'arythmie cardiaque.

Dans ces situations, seule la prescription d'AVK permet une mesure précise du degré d'anti-coagulation obtenu et de disposer d'un antidote si nécessaire.

- Le suivi de la fonction rénale, recommandé en cas de prescription de NACO (en amont et durant toute la durée du traitement), est particulièrement important pour les personnes âgées pour lesquelles il existe des risques d'accumulation du produit dans l'organisme.

Selon l'étude de l'Assurance Maladie, sur le dernier trimestre 2012, **près de 10% des patients débutant un traitement par NACO étaient des patients âgés de 80 ans et plus dont la fonction rénale n'était pas surveillée.**

Pour ces patients particulièrement, l'évaluation régulière et en amont de la fonction rénale doit être réalisée plus étroitement, afin de minimiser les risques inhérents à ces médicaments.

- Au-delà, l'analyse menée met en lumière des prescriptions de NACO pour des patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale chronique (moins de 5% des patients débutant un traitement par NACO). **Bien que ces situations soient peu fréquentes, il s'agit de prescriptions dans des indications non validées, éventuellement dangereuses pour les patients.**

- Enfin, **4% des patients sous NACO au dernier trimestre 2012 présentaient une fibrillation auriculaire avec valvulopathies :** or, dans ce cadre, il s'agit de prescriptions dans des indications non recommandées voire contre-indiquées, contrairement aux AVK.

Patients débutant un traitement par NACO – Période : 4^{ème} trimestre 2012 Situations à risque hémorragique majoré ou indications non validées

Part des patients concernés	Initiations NACO (hors switches)	Switchs AVK-NACO ("2 ^{ème} intention")	Toutes initiations de traitement NACO
Insuffisances hépatique ou rénale chronique	3,9%	5,8%	4,7%
Pathologies valvulaires toujours traitées en avril 2013	2,7%	5,9%	4,0%
Coprescriptions majorant le risque hémorragique			
- Anti-agrégants plaquettaires	17,6%	10,3%	14,7%
- Amiodarone	21,5%	20,1%	20,9%
80 ans et plus sans surveillance de la fonction rénale	7,9%	12,1%	9,6%

Source : SNIIRAM, France entière, données Régime général seul

¹⁰ Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

¹¹ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

III – Actions mises en œuvre par l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé

L'étude menée par l'Assurance Maladie montre une dynamique forte en faveur des nouveaux anti-coagulants oraux, qui s'est récemment ralentie, et souligne que des progrès peuvent être accomplis pour une prescription ajustée de ces nouvelles molécules.

Si celles-ci semblent d'une plus grande facilité d'utilisation que les AVK, elles sont associées à des risques thrombotiques et hémorragiques similaires et ces médicaments nécessitent une vigilance importante.

Pour les professionnels de santé, la prescription de médicaments anti-coagulants est complexe : l'utilisation de ces molécules est par nature délicate car elles sont destinées à des patients souvent âgés et atteints de polyopathologies parfois lourdes.

L'accompagnement, l'information et la sensibilisation des médecins prescripteurs mais aussi des patients suivant ces traitements sont essentiels pour favoriser le respect des recommandations sanitaires et favoriser le bon usage des NACO, médicaments très récents sur lesquels le recul est encore faible.

Pour les patients, comme l'ANSM l'a recommandé, il est indispensable lorsqu'un traitement anticoagulant a été prescrit de ne pas l'arrêter sans avis médical, compte tenu du risque de complications thrombotiques graves pouvant survenir, parfois à court terme.

Le Ministère de la Santé et les autorités sanitaires, ANSM et HAS, mènent des actions pour accompagner la mise sur le marché des NACO et l'élargissement de leurs indications de ces nouvelles molécules : plan de suivi renforcé et information régulière par l'ANSM, fiche de bon usage des médicaments (HAS, juillet 2013), lettre aux professionnels de santé de l'ANSM en septembre 2013...

Deux études menées conjointement par la CNAMTS et l'ANSM, dans le cadre de la convention les associant, sont également en cours de réalisation afin d'évaluer en vie « réelle » le rapport bénéfice/risque des NACO.

L'Assurance Maladie s'inscrit dans cette démarche destinée à favoriser le respect des recommandations et à promouvoir le bon usage des NACO au travers d'actions dédiées auprès des professionnels de santé :

- **Depuis l'été 2013, les délégués de l'Assurance Maladie rencontrent l'ensemble des médecins généralistes** sur le thème de la place des NACO dans la fibrillation auriculaire non valvulaire.

Plus de 10 000 visites ont été réalisées à ce jour, avec un objectif de 50 000 à l'issue de cette action. Celles-ci permettent de re-sensibiliser les médecins généralistes :

- aux recommandations définies sur la place des NACO dans la stratégie thérapeutique en cas de fibrillation atriale non valvulaire,
- aux précautions d'usage à suivre (suivi de la fonction rénale, situations majorant le risque hémorragique...),
- à l'importance d'informer leurs patients (observance du traitement, interactions médicamenteuses, signalement de leur traitement anti-coagulant oral aux autres professionnels de santé...).

Lors de leurs échanges, le délégué de l'Assurance Maladie délivre également des repères aux médecins sur le coût des traitements anti-coagulants oraux : **en effet, le coût d'un**

traitement par AVK¹² se situe entre 10 et 15 € par mois contre 75 € avec les NACO. Ainsi, même en tenant compte du coût du suivi biologique, le coût mensuel d'un traitement par AVK reste 5 fois moins élevé que celui des NACO.

Un mémo, validé par la HAS et élaboré à partir des recommandations existantes et de la fiche de bon usage de la HAS (juillet 2013), est remis aux médecins à l'issue de ces visites (cf. annexe page suivante).

- A partir du mois de décembre 2013, les médecins-conseils de l'Assurance Maladie engageront des entretiens confraternels avec **l'ensemble des cardiologues libéraux (3 000 au total)**. Ces entretiens confraternels feront le point sur les recommandations indiquant la place des NACO dans la fibrillation atriale non valvulaire (remise du mémo) et permettront également de présenter les résultats de cette étude réalisée par l'Assurance Maladie sur l'utilisation des NACO et les caractéristiques des patients traités.
- Courant 2014, des actions dédiées seront mises en place à destination des **médecins hospitaliers**.

¹² En incluant la surveillance biologique par INR.



Juin
2013

LA PLACE DES NOUVEAUX ANTICOAGULANTS ORAUX - NACO* DANS LA FIBRILLATION AURICULAIRE NON VALVULAIRE

 après avis de la HAS^[1]

La fibrillation auriculaire (FA) est l'**arythmie cardiaque la plus fréquente** et concerne 1 à 2% de la population française.
La prévalence augmente avec l'âge, **les deux tiers des patients ont entre 75 et 85 ans**. Le risque d'accident thromboembolique, essentiellement l'accident vasculaire cérébral – AVC – est **multiplié par 5** en présence d'une FA.

Ce qu'il faut retenir

- ▶ **Les antivitamines K – AVK** – constituent le **traitement antithrombotique de référence** chez les patients en FA présentant un **haut risque thrombotique** (score CHA₂DS₂-VASc ≥ 1, voir au verso), en particulier d'AVC.
- ▶ **Pas d'avantage clinique démontré pour Pradaxa® et Xarelto®** par rapport aux AVK dans la prévention des AVC et des embolies systémiques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire.
- ▶ **Pas d'argument pour changer le traitement par AVK** en cas de :
 - INR stable sous AVK,
 - dyspepsie, gastrite, oesophagite, reflux gastro-oesophagien récurrent,**
 - insuffisance rénale sévère.
- ▶ **Les NACO** sont une **alternative aux AVK** chez les patients atteints de FA non valvulaire quand le risque thrombotique est important (score CHA₂DS₂-VASc ≥ 1). Contrairement aux AVK, ils ne doivent pas être utilisés chez les patients porteurs de prothèses valvulaires cardiaques***.
- ▶ Un relais par NACO peut être envisagé en cas de **difficulté majeure à maintenir l'INR dans la zone thérapeutique** (zone cible : INR entre 2 et 3) sous AVK.
- ▶ **Absence d'antidote** pour ces nouveaux anticoagulants, notamment en cas d'accident hémorragique ou d'acte interventionnel non programmé.
- ▶ **L'évaluation biologique de la fonction rénale est indispensable** avant de débiter un traitement par NACO, ainsi que tout au long du suivi.
- ▶ L'absence de surveillance biologique de la fonction hémorragique en pratique courante **ne doit pas amener à banaliser le traitement** par NACO.
- ▶ **Les risques thrombotique et hémorragique des NACO sont globalement similaires** à ceux des AVK.

Certaines situations sont susceptibles de majorer le risque hémorragique sous NACO :

- ⓘ **patient âgé**, particulièrement au-delà de 75 ans.
- ⓘ **insuffisance rénale** : la fonction rénale doit être surveillée en cas de prescription de NACO. Le dabigatran (Pradaxa®) est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère avec ClCr < 30 mL/min, le rivaroxaban et l'apixaban ne sont pas recommandés lorsque la ClCr < 15 mL/min.
- **faible poids corporel** (< 50 kg),
- certaines **associations médicamenteuses** (voir la liste sur <http://ansm.sante.fr>),
- **pathologies ou interventions** associées à un risque hémorragique particulier.

* Pradaxa® - dabigatran / Xarelto® - rivaroxaban / Eliquis® - apixaban en cours d'évaluation dans cette indication.

** Ces effets indésirables ont été plus fréquents avec le dabigatran et le rivaroxaban qu'avec l'AVK utilisé dans les études cliniques.

*** Chez ces patients, l'utilisation de Xarelto® n'est pas recommandée et Pradaxa® est contre-indiqué.

[1] www.has-sante.fr



L'information de vos patients

Comme pour les AVK, il convient d'informer le patient avant tout nouveau traitement par un nouvel anticoagulant oral, en insistant sur les points suivants :

- ▶ L'importance de l'observance, d'autant qu'il n'y a pas de suivi biologique en routine.
- ▶ Les risques d'interactions médicamenteuses : penser aux médicaments pris en automédication, notamment avec les AINS.
- ▶ Les signes évocateurs de saignement : fatigue, pâleur, dyspnée, hématomes... et la nécessité d'en informer le médecin.
- ▶ La nécessité de signaler systématiquement aux autres professionnels de santé son traitement par anticoagulant.
- ▶ L'utilité de conserver sur soi une carte patient signalant le type d'anticoagulant en cours, une adresse et un numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence.
- ▶ L'importance de programmer ensemble le rythme du suivi médical.

Le coût des traitements

	AVK				NACO		
	Coumadine® 5 mg warfarine	Mini-Sintrom® 1 mg acenocoumarol	Sintrom® 4 mg acenocoumarol	Proviscan® 20 mg fludione	Pradaxa® 150 mg dabigatran	Xarelto® 20 mg rivaroxaban	Eliquis® 5 mg apixaban
Posologie journalière usuelle	5 mg	1 mg	4 mg	20 mg	300 mg	20 mg	10 mg
Coût de traitement mensuel (30 jours)	6,75 €	2,91 €	2,97 €	3,90 €	75,78 €	75,78 €	NC
Coût de traitement mensuel en tenant compte du suivi par INR*	15,35 €	11,51 €	11,57 €	12,50 €	75,78 €	75,78 €	NC

* Coût moyen de l'INR par mois (1 dosage) = 8,60 €. De nombreux paramètres peuvent modifier le coût de prélèvement (acte isolé ou non, frais de déplacement, qualité du préleveur [ex : 3,75 € pour un biologiste, 6,08 € pour une infirmière]...). Celui-ci n'a donc pas été intégré dans le calcul. En France, l'AVK le plus vendu, en nombre de boîtes est Proviscan®.

Le score CHA₂DS₂-VASC

L'évaluation du risque thrombotique par le score CHA₂DS₂-VASC est basé sur les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Points par item
C Insuffisance cardiaque congestive / dysfonction ventriculaire gauche	1
H Hypertension	1
A Âge > 75 ans	2
D Diabète	1
S* AVC/AIT/thrombo-embolie	2
V Pathologie vasculaire**	1
A Âge entre 65 et 74 ans	1
Sc Sexe féminin	1
Score maximum	9

* S pour Stroke, AVC : Accident vasculaire cérébral, AIT : Accident Ischémique Transitoire.

** Antécédent d'infarctus du myocarde, maladie artérielle périphérique, plaque artérielle.



Pour en savoir plus :

Consulter les sites de l'ANSM (<http://ansm.sanite.fr>) et de la HAS (www.has-sante.fr).

Sources :

- Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban) dans la fibrillation auriculaire : ce qu'il faut savoir Point d'Information. Absaps, Avril 2012. Disponible sur <http://ansm.sanite.fr>
- Avis et Synthèses d'avis de la Commission de la Transparence de Pradaxa® (29 février 2012) et Xarelto® (14 mars 2012) – HAS. Disponibles sur www.has-sante.fr
- Résumé des caractéristiques du produit (RCP) de Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® et des AVK. Disponibles sur <http://ansm.sanite.fr>