



**AMÉLIORATION DE LA PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET ÂGÉ
(PMSA) :**
**LES INDICATEURS D'ALERTE ET DE MAÎTRISE
DE LA IATROGÉNIE (AMI)**

IPC AMI n°5 :
**RECHERCHE CHUTE TOUS LES 3 MOIS
SI PSYCHOTROPES**

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE DES PSYCHOTROPES

Les indicateurs de pratique clinique (IPC) constituent un sous ensemble des indicateurs qualité en santé, ciblés sur les pratiques professionnelles en relation avec une situation clinique. Outils d'analyse de la qualité des pratiques, ils permettent de mettre en œuvre les recommandations et processus organisationnels qui contribuent directement aux résultats cliniques. La HAS développe des IPC sur des priorités de santé publique avec les acteurs de santé impliqués dans la situation clinique considérée (organisations professionnelles, sociétés savantes, collèges de bonnes pratiques, coordinateurs de registres de pratique) constitués en groupe multidisciplinaire et multiprofessionnel/plateforme thématique d'échanges.

Pourquoi des indicateurs d'alerte et de maîtrise ?

Les indicateurs de pratique clinique Alerte et Maîtrise de la Iatrogenie permettent de repérer les situations à risque (Alerte) et de mettre en œuvre les actions d'amélioration (Maîtrise). Ce couple Alerte / Maîtrise fournit une information de haute pertinence médicale, synthétique et référencée sur les enjeux (alerte) et sur la qualité de la prise en charge au bénéfice du patient (maîtrise).

RECHERCHE DE CHUTES TOUS LES 3 MOIS SI PSYCHOTROPES

INDICATEUR D'ALERTE = Taux de sujet âgé (SA) avec prescription de psychotropes

INDICATEUR DE MAITRISE = Taux de SA avec prescription de psychotropes dont la recherche de chute datée de moins de 3 mois est tracée parmi les SA avec prescription de psychotropes

ALERTE = Taux de SA avec prescription de psychotropes

Numérateur	Nombre de sujets âgés avec prescription de psychotropes Toute prescription de psychotropes constitue une alerte. La liste des psychotropes est jointe en annexe.
Dénominateur	Nombre de sujets âgés
Données	Mesure réalisée de façon rétrospective . La mesure de l'alerte peut être réalisée par le prescripteur, le pharmacien, l'infirmier et tout membre de l'équipe pluridisciplinaire. Les sujets âgés peuvent être repérés sur la file active d'une consultation, sur les patients hospitalisés, sur les résidents en institution, ...

MAITRISE = Taux de SA avec prescription de psychotropes dont la recherche de chute datée de moins de 3 mois est tracée parmi les SA avec prescription de psychotropes

Numérateur	Nombre de SA avec prescription de psychotropes dont la recherche de chute datée de moins de 3 mois est tracée par le prescripteur dans le dossier. Ce nombre évolue au fur et à mesure des révisions des prescriptions.
Dénominateur	Nombre de sujets âgés avec prescription de psychotropes. Ce nombre évolue au fur et à mesure des révisions de prescription et éventuels arrêt de psychotropes.
Données	Mesure réalisée de façon prospective et dynamique : La mesure de la maîtrise est réalisée par le prescripteur ou confiée par le prescripteur à l'équipe pluridisciplinaire selon les choix faits lors de la mise en place des IPC AMI.

L'objectif de l'indicateur de maîtrise est de suivre l'engagement des prescripteurs à mettre en place un processus (questionnement systématique en consultation, en RCP, mise en place d'un registre de suivi des pratiques, d'une alerte sur le logiciel de prescription ...) permettant de gérer et de suivre au mieux le bénéfice et le risque de la prescription des psychotropes pour chaque patient.

L'évaluation de la maîtrise vise à prévenir le risque de chutes majoré par la prise de psychotropes.

Ainsi ces programmes professionnels de maîtrise du risque contribuent à diminuer la iatrogénie évitable, les hospitalisations qui y sont liées et à améliorer la qualité de vie.

Schéma 1 - Mesure des indicateurs d'alerte (IA) et de Maitrise (IM) dans le temps

T0 : IA = 8/10
IM = 1/8

8 SA sur 10 sous psychotropes
1 SA avec prescription de psychotropes sur 8 dont la recherche de chute de moins de 3 mois est tracée

T1 : IA = 6/10
IM = 2/6

6 SA sur 10 sous psychotropes
2 SA avec prescription de psychotropes sur 6 dont la recherche de chute de moins de 3 mois est tracée

T2 : IA = 4/10
IM = 2/4

4 SA sur 10 sous psychotropes
SA avec prescription de psychotropes sur 4 dont la recherche de chute de moins de 3 mois est tracée

JUSTIFICATION

Les psychotropes sont trop prescrits chez le sujet âgé, avec des conséquences délétères aujourd'hui établies, et ce d'autant que la prescription court sur de longues périodes. [1] [2] [3]

Les psychotropes exposent les sujets âgés à un sur-risque majeur de chute, notamment les neuroleptiques, benzodiazépines, antidépresseurs imipraminiques et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17]

La prise de psychotropes majore le risque de chute [18] et multiplie par deux le risque de fracture du col [18]

Les chutes traumatiques sont souvent en lien avec les BZD à demi vie longue [8] [20] [21], tout comme l'augmentation du risque de fractures de hanches, notamment si elles sont prises à forte dose au long cours. [22] [23] [24]

La recherche facteurs de risques de chutes est indispensable avant d'introduire tout psychotrope ainsi que la recherche systématique et régulière de la survenue de chutes chez le sujet âgé sous psychotropes [25] [26] [27]

La survenue de chutes, même sans gravité, doit faire reconsidérer l'indication. L'arrêt des psychotropes diminue le risque de chute [28] [29] [30], y compris des chutes graves nécessitant une intervention médicale. [31]

RÉFÉRENCES

[1] Office Parlementaire d'Evaluation des politiques de santé (OPEPS), BRIOT M, Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Juin 2006

[2] Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées Rapport 2007. HAS, 2007

[3] Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées Bilan d'étape 2008. HAS; 2008.

[4] Ray WA, Griffin MR, Downey W. Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. JAMA 1989;262(23):3303-7.

[5] Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003;348(1):42-9.

[18] Huybrechts F, Rothman K, Silliman R, Brookhart A, Schneeweiss S. Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes. CMAJ 2011

[19] Ensrud KE, Blackwell T, Mangione CM, Bowman PJ, Bauer DC, Schwartz A, et al. Central nervous system active medications and risk for fractures in older women. Arch Intern Med 2003;163(8):949-57

[20] Beauchet O, Annweiler C, Hureauux-Huynh R. Médicaments et chutes de la personne âgée. Ann Gérontol 2008;1:47-52.

[21] Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls—a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatr 2009;9:30.

[22] Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous

- [6] Cumming RG. Epidemiology of medication-related falls and fractures in the elderly. *Drugs Aging* 1998;12(1):43-53.
- [7] Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):40-50.
- [8] Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:682-685
- [9] Panneman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: a Pharmo study. *Drugs Aging* 2003;20(11):833-9.
- [10] Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med* 2004;164(14):1567-72.
- [11] Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331(7526):1169.
- [12] Souchet E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14(1):11-6.
- [13] Hien le TT, Cumming RG, Cameron ID, Chen JS, Lord SR, March LM, et al. Atypical antipsychotic medications and risk of falls in residents of aged care facilities. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(8):1290-5.
- [14] Tamblin R, Abrahamowicz M, du BR, McLeod P, Bartlett G. A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(2):233-41.
- [15] Hartikainen S, Lonnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62(10):1172-81.
- [16] Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Reglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging* 2008;25(1):61-70.
- [17] Sterke C, Ziere G, and al .Dose-response relationship between Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Injurious falls: A study in Nursing Home Residents with Dementia. *BJCP* (2012)
- benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 2001;158(6):892-8.
- [23] Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med* 2004 ;164 (14):1567-72.
- [24] Schneeweiss S, Wang PS. Claims data studies of sedative-hypnotics and hip fractures in older people: exploring residual confounding using survey information. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(6):948-54.
- [25] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS; SFGG2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
- [26] Haute Autorité de Santé. Outil d'évaluation des pratiques. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS; SFGG 2009 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_outil_devaluation_des_pratiques.pdf
- [27] Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
- [28] Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(7):850-3.
- [29] Van der Velde N, Stricker BH, Pols HA, van der Cammen TJ. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63(2):232-7.
- [30] Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. WITHDRAWN: Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD000340.
- [31] Weber V, White A, McIlvried R. An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *J Gen Intern Med* 2008;23(4):399-404.

ANNEXE 1 - METHODOLOGIE

Démarche participative

La HAS a développé une méthode de travail participative qui s'appuie sur l'analyse des situations cliniques avec l'ensemble des professions de santé impliquées dans la prise en charge analysée. Les professionnels sont réunis au sein d'un groupe de coopération/plateforme thématique qui constitue un espace d'échanges et de partage d'expériences pour l'amélioration des pratiques de l'ensemble des professions de santé, sur des thèmes de santé prioritaires.

Les « Collaboratives de la HAS » travaillent sur des priorités de santé définies par le Collège de la HAS. Il peut s'agir de parcours de soins (prise en charge de l'AVC ou de l'infarctus du myocarde ou chirurgie du cancer de la prostate) ou de situations complexes (prescription médicale chez le sujet âgé, ou iatrogénie chez la personne âgée exemple des psychotropes).

Des groupes de coopération/plateformes thématiques nationaux sont constitués et mettent en oeuvre une méthode de travail participative élaborée et validée par la HAS.

Le groupe de coopération/plateforme thématique a pour objectifs :

- L'analyse partagée des situations cliniques à l'origine de la problématique de santé (déterminants de la prise en charge, parcours optimal, références manquantes...);
- La production partagée d'outils d'amélioration (ex : recommandations de bonne pratique) et d'outils d'évaluation (ex : indicateurs de pratique clinique);
- Un suivi partagé de l'impact des actions engagées, sur la base des résultats des indicateurs de pratique clinique mesurés à l'échelon local, régional ou national;
- L'obtention et la mesure de l'impact clinique des actions d'amélioration des pratiques qui constitue un axe prioritaire des collaboratives;
- La production d'une information éclairée sur l'évolution des pratiques et la qualité des soins à destination de tous, professionnels, grand public, famille et patient.

Contributeurs

Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF)

Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)

Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)

Plateforme professionnelle PMSA « Prescription et prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé » et Groupe « Psychotropes »

Haute Autorité de Santé – Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Service Programmes Pilotes Impact Clinique (SPPIC) - Coordination

A. Leperre Desplanques, chef de service SPPIC, N. Riolacci Doyen, adjoint chef de service

C. Micheneau, chef de projet Programme Pilote AMI PMSA

S. Legrain, chargée de projet 2005-2008

A. Piau, chargé de projet 2009-2012

Références méthodologiques

[a] Haute Autorité de Santé. Les collaboratives de la HAS. Une méthode participative pour améliorer les pratiques professionnelles 2010

[b] Haute Autorité de Santé. Indicateur de pratique clinique 2009.

[c] Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration des pratiques – Démarche générale d'élaboration Juin 2008

[d] Integrating Efficacy, Safety and Access into quality of care. Qual Sal Health Care April 2010 Vol 19 suppl 1 p A21

ANNEXE 2 – LISTE DES PSYCHOTROPES (MISE A JOUR JANVIER 2012)

Cette liste a été établie par consensus de la plateforme professionnelle PMSA « Prescription et prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé », prenant en compte l'indication, l'usage et le potentiel iatrogénique des molécules.

Les anxiolytiques et hypnotiques

Cette liste comprend :

- Toutes les benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques et ou hypnotiques (AMM) et hors AMM (Rivotril®, clonazepam),
- Les anxiolytiques et hypnotiques non benzodiazépines,
- Les antihistaminiques anti H1, utilisés comme hypnotiques mais considérés comme généralement inappropriés chez le sujet âgé du fait de leurs effets atropiniques¹

Cette liste exclut :

- Les anesthésiques ou antiépileptiques sauf exception tel que le Rivotril® (clonazepam) et le Cicardin® (mélatonine),
- Les produits contenant des benzodiazépines utilisés dans d'autres indications comme le Librax® (clidinium + chlordiazépoxyde).

<i>Spécialité commerciale</i>	<i>DCI</i>	<i>ATC</i>
HYPNOTIQUES		
Benzodiazépines		
Havlane®	loprazolam	N05CD11
Mogadon®	nitrazepam	N05CD02
Noctamide®	lormetazepam	N05CD06
Normison®	temazepam	N05CD07
Nuctalon®	estazolam	N05CD04
Rohypnol®, Narcozep®, Génériques	flunitrazepam	N05CD03
Zolpidem et Zopiclone		
Stilnox®, Génériques	zolpidem	N05CF02
Imovane®, Génériques	zopiclone	N05CF01
ANTI-HISTAMINIQUES ANTI H1 utilisés comme hypnotiques		
Donormyl®, Dormirel®, Noctyl®, Lidene®, Sérényl®, Mereprine®	doxylamine	R06AA09
<i>Meproprazine®</i>	<i>meprobamate + aceprométazine</i>	
Theralene®	alimenazine	R06AD01
<i>Noctran®</i>	<i>acepromazine + clorazepate + acepromazine</i>	<i>N05BA05</i>
ANTIÉPILEPTIQUES utilisés comme hypnotiques		
Rivotril®	clonazepam	N03AE01
ANXIOLYTIQUES		
Dérivés des benzodiazépines		
Lexomil®, Quiétéline®, Anxyrex®, Génériques	bromazepam	N05BA08
Lysanxia®, Génériques	prazepam	N05BA11

¹ Laroche ML, Charms JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? Br J Clin Pharmacol 2007;63(2):177-86.

Nordaz®	nordazepam	N05BA16
Seresta®	oxazepam	N05BA04
Temesta®, Génériques	lorazepam	N05BA56
Tranxène®	clorazepate	N05BA05
Urbanyl®	clobazam	N05BA09
Valium®, Novazam®, Diazemuls®, Génériques	diazepam	N05BA01
Veratran®	clotiazepam	N05BA21
Victan®	loflazepate	N05BA18
Xanax®, Génériques	alprazolam	N05BA12
Dérivés du diphenylméthane		
Atarax®, Génériques	hydroxyzine	N05BB01
Covatine®	captodiamine	N05BB02
Carbamates		
Equanil®, Génériques	méprobamate	N05BC01
Buspirone		
Buspar®, Génériques	buspirone	N05BE01
Autres anxiolytiques		
Stresam®	etifoxine	N05BX03

Seriel® (tofisopam) : arrêt de la commercialisation en 2001

Halcion® (triazolam) : arrêt de la commercialisation en 2005

Mepronizine® (meprobamate + aceprométazine) - AMM retirée 10.01.2012

Noctran® (acepromazine + clorazepate + acepromazine) - AMM retirée 27.11.2011

Novazam® (diazepam) : AMM abrogée en 2011

Equanil et Génériques comprimés (méprobamate) - AMM suspendu 10.01.2012

Les neuroleptiques et antipsychotiques

Cette liste est une liste d'usage qui regroupe les neuroleptiques typiques et atypiques utilisés dans les troubles du comportement des démences (aucune DCI citée ici n'ayant explicitement obtenu l'AMM pour l'indication troubles du comportement dans les démences). Cette liste inclut les molécules en ATU.

Sont exclues de la liste :

- Agreal® (veralipride) : traitement des bouffées vasomotrices invalidantes associées à des manifestations psychofonctionnelles de la ménopause confirmée.
- Neuriplege® (chlorproéthazine) : traitement local d'appoint des douleurs musculaires et tendinologiques. AMM retirée en 2007
- Stemetil® (prochlorperazine) : traitement des nausées et vomissements. Pas d'AMM

Spécialité commerciale	DCI	ATC
NEUROLEPTIQUES		
Phénothiazines		
Largactil®	chlorpromazine	N05AA01
Melleril®	thioridazine	N05AC02
Moditen®, Modecate®	fluphénazine	N05AB02
Neuleptil®	périciazine, propériciazine	N05AC01

Nozinan®	lévomépromazine	N05AA02
Piportil®	pipotiazine	N05AC04
Tercian®	cyamémazine	N05AA06
Trilifan retard®	perphénazine	N05AB03
Butyrophénones		
Dipiperon®	pipampérone	N05AD05
Droleptan®	dropéridol	N05AD08
Haldol®, Génériques	halopéridol	N05AD01
Semap®	penfluridol	N05AG03
Benzamides		
Solian®, Génériques	amisulpride	N05AL05
Dogmatil®, Synedil®, Aiglonyl®, Génériques	sulpiride	N05AL01
Barnetil®, Génériques	sultopride	N05AL02
Tiapridal®, Equilium®, Génériques	tiapride	N05AL03
Diazépines et oxazépines		
Leponex®, Génériques	clozapine	N05AH2
Loxapac®	loxapine	N05AH1
Xeroquel®, Génériques	quetiapine	N05AH4
Sycrest®	Asenapine	N05AH05
Thioxanthènes		
Clopixol®	zuclopenthixol	N05AF05
Fluanxol®	flupentixol	N05AF01
ANTIPSYCHOTIQUES		
Zyprexa®, Arkolamyl®, Bloonis®, Orolanpha®, Orozapinol®, Zapinol®, Zolactac®, Zypadhara®, Génériques	olanzapine	N05AH3
Abilify®	aripiprazole	N05AX12
Risperdal®, Belivon®, Risetar®, Génériques	risperidone	N05AX08
Invega®, Xeplion®	paliperidone	N05AX13
Orap®	pimozide	N05AG02
Zeldox®	ziprasidone	N05AE04
Prazinil®	carpipramine	Z
Xenazine®, Tetmodis®	tetrabenazine	N07XX06

Terfluzine® (chlorhydrate de trifluopérazine) n'est plus commercialisé depuis 2001, AMM abrogée en 2011
Majeptil® (thiopropérazine) n'est plus commercialisée depuis 2002, AMM abrogée en 2002
Zeldox® (ziprasidone) en ATU en 2007 n'a pas d'AMM
Tetrabenazine, ATU 2007

Les antidépresseurs

Cette liste ne comprend pas les produits qui ne sont plus sur le marché : Tinoran® (demexiptiline), Survector® (amineptine), Vivalen® (viloxazine) et Conflictan® (oxaflozane), les produits dont l'usage dans les indications qui nous intéressent est très limité (trop ancien, autre indication) : le Kinupril® (quinupramine), Humoryl® (toloxatone), Pertrofan® (désipramine), Lévo-tonin® (oxitriptan), Insidon® (opipramol).

<i>Spécialité commerciale</i>	<i>DCI</i>	<i>ATC</i>
ANTIDÉPRESSEURS IMIPRAMINIQUES		
Inhibiteurs non sélectifs des monoamines		
Anafranil®, Génériques	clomipramine	N06AA04
Défanyl®	amoxapine	N06AA17
Elavil®, Laroxyl®	amitriptyline	N06AA09
Ludiomil®	maprotiline	N06AA21
Prothiaden®	dosulépine	N06AA16
Quitaxon®, Sinequan®	doxépine	N06AA12
Surmontil®	trimipramine	N06AA06
Tofranil®	imipramine	N06AA02
ANTIDÉPRESSEURS NON IMIPRAMINIQUES ET NON IMAO		
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine		
Seropram®, Ciazil®, Génériques	citalopram	N06AB04
Seroplex®, Seroplexoro®, Spiralex®, Spiralexoro®	escitalopram	N06AB10
Prozac®, Génériques	fluoxétine	N06AB03
Floxyfral®, Génériques	fluvoxamine	N06AB08
Deroxat®, Divarius®, Saropride®, Génériques	paroxétine	N06AB05
Zoloft®, Génériques	sertraline	N06AB06
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline		
Ixel®, Génériques	milnacipran	N06AX17
Effexor®, Elbfaxin®, Faxinev®, Hafaxin®, Trevilor®, Zaredrop®, Zenefax®, Génériques	venlafaxine	N06AX16
Cymbalta®, Yentreve®	duloxétine	N06AX21
Autres antidépresseurs		
Athymil®, Génériques	miansérine	N06AX03
Kamiapen®, Norset®, Génériques	mirtazapine	N06AX11
Stablon®, Génériques	tianeptine	N06AX14
Valdoxan®, Thymanax®	agomelatine	N06X22
INHIBITEURS DE MONOAMINE OXYDASE		
IMAO sélectifs A		
Moclamine®, Gnériques	moclobémide	N06AG02
IMAO non sélectifs		
Marsilid®	iproniazide	N06AF05
Nardil®, Nardelzine®	phenelzine (ATU)	N06AF03

Défanyl® 200mg Cp (amoxapine) : AMM abrogée 2011

Ludiomil® 25 mg/5ml (maprotiline) : AMM abrogée 2010

Ciazil® 20mg Cp (citalopram) : AMM abrogée 2011

Seroplex® 10mg/ml sol buv et Sipralax® 10mg/ml sol buv (escitalopram) : AMM abrogée 2011