



## AMÉLIORATION DE LA PRESCRIPTION CHEZ LE SUJET ÂGÉ (PMSA) :

### LES INDICATEURS D'ALERTE ET DE MAÎTRISE DE LA IATROGÉNIE (AMI)

#### IPC AMI n°4 : DATE INITIATION DU TRAITEMENT CONNUE POUR TOUT PSYCHOTROPE

#### 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).

## DATE D'INITIATION DU TRAITEMENT CONNUE POUR TOUT PSYCHOTROPE

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

**INDICATEUR DE MAÎTRISE** = Taux de SA avec prescription de psychotropes dont la (les) date (s) d'initiation du traitement est connue et tracée parmi les SA avec prescription de psychotropes

**ALERTE** = Taux de SA avec prescription de psychotropes

<b>Numérateur</b>	Nombre de sujets âgés avec prescription de psychotropes Toute prescription de psychotropes constitue une alerte. La liste des psychotropes est jointe en annexe.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de sujets âgés
<b>Données</b>	Mesure réalisée <b>de façon rétrospective.</b> 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, ...

**MAÎTRISE** = Taux de SA avec prescription de psychotropes dont la (les) date (s) d'initiation du traitement est connue et tracée parmi les SA avec prescription de psychotropes

<b>Numérateur</b>	Nombre de SA avec prescription de psychotropes dont la (les) date (s) d'initiation du traitement est connue et tracée par le prescripteur dans le dossier. Ce nombre évolue au fur et à mesure des révisions des prescriptions.
<b>Dénominateur</b>	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.
<b>Données</b>	Mesure réalisée <b>de façon prospective et dynamique :</b> 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 éviter l'exposition indue du sujet âgé aux psychotropes pour une longue période.

Ces programmes professionnels de maîtrise du risque contribuent à baisser cette exposition, 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 prescription de  
psychotropes sur 8 dont la  
date initiation du traitement  
est connue

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

6 SA sur 10 sous  
psychotropes  
2 prescriptions de  
psychotropes sur 6 dont la  
date initiation du traitement  
est connue

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

4 SA sur 10 sous psychotropes  
2 prescriptions de psychotropes  
sur 4 dont la date initiation du  
traitement est connue

## JUSTIFICATION

Une prescription peut être considérée comme inappropriée du fait de sa durée. [1]

Une part des prescriptions inappropriées correspond à des traitements chroniques initiés de longue date (parfois sur des dizaines d'année), pour lesquels les diagnostics initiaux ne sont pas établis de façon formelle, et pour lesquels le suivi de l'efficacité et/ou de la tolérance ne peut, de ce fait, être effectué. [2] [3]

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. [4] [5] [6]

La connaissance de la date d'introduction de tout psychotrope est indispensable à un suivi rigoureux de ces prescriptions comportant l'évaluation de la balance bénéfique/risque des psychotropes. Par exemple :

- La prescription des neuroleptiques doit être de courte durée, un traitement de plus de 3 semaines comporte de graves risques d'effets indésirables incluant une surmortalité. [7] [8]
- La prescription au long cours de BZD n'est pas efficace sur l'insomnie [9] et favoriserait les fractures de hanche. [10] [11] [12] [13] La prise chronique de BZD est déconseillée. [7]
- La prescription des antidépresseurs est rarement inférieure à 6 mois sans pour autant n'être jamais réévaluée. [14] Tout traitement antidépresseur doit être évalué à une ou deux semaines pour évaluer le risque, à 3 à 6 semaines puis régulièrement pour évaluer l'efficacité et changer si nécessaire de stratégie thérapeutique, mais également pour envisager un arrêt après 6 mois à 2 ans de traitement. [5] [14] [15] [16] [17] [18]

Il est nécessaire de déterminer dès l'initiation d'un traitement sa durée potentielle, tout particulièrement pour les psychotropes.

L'une des règles de prescription chez la personne âgée est de réévaluer régulièrement la pertinence du traitement dans son ensemble. [19]

## RÉFÉRENCES

[1] Spinewine A, Schmadrecker KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet 2007;370 (9582):173-84.

[2] Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées (PMSA). HAS, 2005 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age)

[11] 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.

[12] 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

[pmsa](#)

- [3] Gum AM, Arean PA, Hunkeler E et al. Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist* 2006;46:14–22
- [4] Office Parlementaire d'Evaluation des politiques de santé (OPEPS), BRIOT M, Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Juin 2006
- [5] Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées Rapport 2007. HAS, 2007
- [6] Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées Bilan d'étape 2008. HAS; 2008.
- [7] Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55 Suppl 2:S373-S382.
- [8] Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, Brodaty H, Grossberg GT, Robert P, et al. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2009;5(5):245-55.
- [9] 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.
- [10] Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous 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.
- [11] 2005;53(6):948-54.
- [12] Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:682–685
- [13] Nakajima GA, Wenger NS. Quality indicators for the care of depression in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55 Suppl 2:S302-S311
- [14] Agence Nationale d'accréditation et Evaluation en santé, Recommandation de bonne pratique, Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, HAS, Mai 2002 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire?xtmc=depression&xtcr=3](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire?xtmc=depression&xtcr=3)
- [15] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, HAS, Mai 2009. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_819667/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs?xtmc=alzheimer&xtcr=7](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs?xtmc=alzheimer&xtcr=7)
- [16] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation, HAS, Mai 2009 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_819557/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation?xtmc=confusion%20aigue&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819557/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation?xtmc=confusion%20aigue&xtcr=1)
- [17] Reynolds CF, Dew MA, Pollock BG et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006;354:1130–1138
- [18] Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55 Suppl 2:S373-S382.

---

## **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 atropiniques<sup>1</sup>

Cette liste exclut :

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

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

<sup>1</sup> 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
<b>Dérivés du diphenylméthane</b>		
Atarax®, Génériques	hydroxyzine	N05BB01
Covatine®	captodiamine	N05BB02
<b>Carbamates</b>		
Equanil®, Génériques	méprobamate	N05BC01
<b>Buspirone</b>		
Buspar®, Génériques	buspirone	N05BE01
<b>Autres anxiolytiques</b>		
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

<b>Spécialité commerciale</b>	<b>DCI</b>	<b>ATC</b>
<b>NEUROLEPTIQUES</b>		
<b>Phénothiazines</b>		
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
<b>Butyrophénones</b>		
Dipiperon®	pipampérone	N05AD05
Droleptan®	dropéridol	N05AD08
Haldol®, Génériques	halopéridol	N05AD01
Semap®	penfluridol	N05AG03
<b>Benzamides</b>		
Solian®, Génériques	amisulpride	N05AL05
Dogmatil®, Synedil®, Aiglonyl®, Génériques	sulpiride	N05AL01
Barnetil®, Génériques	sultopride	N05AL02
Tiapridal®, Equilium®, Génériques	tiapride	N05AL03
<b>Diazépines et oxazépines</b>		
Leponex®, Génériques	clozapine	N05AH2
Loxapac®	loxapine	N05AH1
Xeroquel®, Génériques	quetiapine	N05AH4
Sycrest®	Asenapine	N05AH05
<b>Thioxanthènes</b>		
Clopixol®	zuclopenthixol	N05AF05
Fluanxol®	flupentixol	N05AF01
<b>ANTIPSYCHOTIQUES</b>		
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>
<b>ANTIDÉPRESSEURS IMIPRAMINIQUES</b>		
<b>Inhibiteurs non sélectifs des monoamines</b>		
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
<b>ANTIDÉPRESSEURS NON IMIPRAMINIQUES ET NON IMAO</b>		
<b>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine</b>		
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
<b>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline</b>		
Ixel®, Génériques	milnacipran	N06AX17
Effexor®, Elbfaxin®, Faxinev®, Hafaxin®, Trevilor®, Zaredrop®, Zenefax®, Génériques	venlafaxine	N06AX16
Cymbalta®, Yentreve®	duloxétine	N06AX21
<b>Autres antidépresseurs</b>		
Athymil®, Génériques	miansérine	N06AX03
Kamiapen®, Norset®, Génériques	mirtazapine	N06AX11
Stablon®, Génériques	tianeptine	N06AX14
Valdoxan®, Thymanax®	agomelatine	N06X22
<b>INHIBITEURS DE MONOAMINE OXYDASE</b>		
<b>IMAO sélectifs A</b>		
Moclamine®, Gnériques	moclobémide	N06AG02
<b>IMAO non sélectifs</b>		
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*