COMITÉ OMS D’EXPERTS
DE LA PHARMACODÉPENDANCE

Dix-septième rapport
© Organisation mondiale de la Santé, 1970


Pour toute reproduction ou traduction intégrale, une autorisation doit être demandée à la Division des Services d'Édition et de Documentation, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

IMPRIMÉ EN SUISSE
COMITÉ OMS D’EXPERTS
DE LA PHARMACODÉPENDANCE

Dix-septième rapport

ERRATUM

Page 14, section 4.4, groupe a), alinéa 2 :

Supprimer SKF 5301
TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction ........................................... 5
2. Activité des organismes internationaux qui s'occupent de la pharmacodépendance ......................... 5
3. Projet de protocole relatif aux substances psychotropes ......................................................... 9
4. Classification des médicaments d'après la sévérité du contrôle requis ........................................ 10
5. Notifications ............................................. 23
6. Substances précédemment examinées ......................... 25
7. Traitement et réadaptation .................................. 26
8. Traitement continu par la méthadone ....................... 27
9. Les antagonistes spécifiques des opiacés en thérapeutique ..................................................... 27
Annexe. Liste des stupéfiants placés sous contrôle international 28
COMITÉ OMS D’EXPERTS DE LA PHARMACODÉPENDANCE

Genève, 25-30 août 1969

Membres :

Professeur M. A. Attisso, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Dakar, Sénégal

Dr. H. Brill, Directeur, Pilgrim State Hospital, West Brentwood, N. Y., Etats-Unis d’Amérique (Rapporteur)

Dr. N. B. Eddy, Consultant on Narcotics, National Institutes of Health, Bethesda, Md., Etats-Unis d’Amérique

Dr. L. Goldberg, Professeur chargé de recherches sur l’alcool et les analgésiques, Département de Recherches sur l’Alcool, Institut Karolinska, Stockholm, Suède (Président)

Professeur F. Hosoya, Chef du Département de Pharmacologie, École de Médecine de l’Université Keio, Tokyo, Japon

Dr. J. Jacob, Chef du Service de Pharmacologie et de Toxicologie, Institut Pasteur, Paris, France

Dr. P. Kielholz, Professeur de psychiatrie, Université de Bâle, Suisse

Dr. K. Pengositong, Deputy Under Secretary of State for Public Health Affairs, Ministry of Public Health, Bangkok, Thaïlande

Dr. M. Shepherd, Professor of Epidemiological Psychiatry, Institute of Psychiatry, Londres, Angleterre

Dr. V. V. Vasil’eva, Professeur et Consultant, Moscou, URSS (Vice-Président)

Dr. O. Vinar, Directeur du Département de Psychopharmacologie, Institut de Recherche psychiatrique, Prague, Tchécoslovaquie

Représentants d’autres organisations :

Organisation des Nations Unies :

M. Anzar Khan, Chef du Secrétariat de la Commission et du Groupe d’information, Division des Stupéfiants, Nations Unies, Genève

M. O. J. Braendenz, Ph. D., Chef de la section scientifique et technique, Division des Stupéfiants, Nations Unies, Genève

M. V. Kuševič, Ph. D., Directeur de la Division des Stupéfiants, Nations Unies, Genève

Organe international de Contrôle des Stupéfiants :

M. J. Dittert, Secrétaire

M. L. Manueco-Jenkins, Administrateur aux Affaires sociales

Conseil international sur les Problèmes de l’Alcoolisme et des Toxicomanies :

M. A. Tongue, Directeur exécutif

Secrétariat :

Dr. D. C. Cameron, Chef du service de la Pharmacodépendance, OMS (Secrétaire)

Dr. H. Halbach, Directeur de la Division de Pharmacologie et de Toxicologie, OMS

Dr. H. Isbell, Professor of Medicine, Department of Medicine, University of Kentucky, Lexington, Etats-Unis d’Amérique (Consultant)
COMITÉ OMS D’EXPERTS
DE LA PHARMACODÉPENDANCE

Dix-septième rapport

1. INTRODUCTION

Le Comité OMS d’experts de la pharmacodépendance s’est réuni à Genève du 25 au 30 août 1969.

Le Dr P. Dorigo, Directeur général adjoint, a ouvert la réunion au nom du Directeur général, et a souhaité la bienvenue aux membres du Comité, aux représentants du Secrétariat général de l’Organisation des Nations Unies, ainsi qu’aux représentants de l’Organe international de contrôle des stupéfiants et du Conseil international sur les problèmes de l’alcoolisme et des toxicomanies. Il a rappelé que les participants étaient chargés d’examiner un certain nombre de questions se rapportant aux problèmes de santé publique posés par l’emploi croissant de substances capables d’engendrer la dépendance, en particulier de celles qui ne sont pas encore sous contrôle international. Plusieurs Comités d’experts de l’OMS ont attiré l’attention sur les dangers que comporte l’abus des stimulants et des dépresseurs du système nerveux central ou des hallucinogènes. On déplore actuellement, surtout parmi les jeunes, une multiplication des « expériences » faisant intervenir ces produits et d’autres drogues capables de faire naître une dépendance. Celle-ci résultant d’une interaction complexe entre la drogue, le sujet et son milieu, il est indispensable de prendre une vue synthétique de ces trois aspects du problème.

2. ACTIVITÉ DES ORGANISMES INTERNATIONAUX
QUI S’OCCUPENT DE LA PHARMACODÉPENDANCE

2.1 Organisation mondiale de la Santé

Le Comité a appris avec satisfaction a) que l’OMS ainsi que les pays et organismes collaborant avec elle a mettre au point des techniques pour la surveillance internationale des réactions adverses aux médicaments1 ont

---

Pharmacodépendance
c
accordé une attention particulière à la notification des cas de pharmacodépendance au cours de l'année dernière, bien que cette notification soit encore insuffisante, et b) que l'OMS, sur la demande des gouvernements, diffuse rapidement aux autorités sanitaires de tous les États Membres des renseignements sur tous les types de réactions adverses aux médicaments.

Le Comité a noté les efforts de l'Organisation pour contribuer efficacement aux programmes visant à réduire la tendance à se droguer, en particulier chez les jeunes. Il a pris connaissance des projets d'organisation d'une série de séminaires itinérants destinés à étudier les solutions nationales aux problèmes de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance. Ces réunions permettraient à des spécialistes représentant diverses disciplines d'observer le fonctionnement des programmes et d'échanger des informations sur l'organisation pratique de systèmes adaptés aux conditions locales et nationales.

2.2 Organisation des Nations Unies

Le Comité a pris connaissance du rapport de la vingt-troisième session de la Commission des stupéfiants du Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies,1 qui reflète le travail considérable consacré à l'élaboration d'un projet de protocole sur les substances psychotropes (voir section 3). D'autre part, la Commission a notamment adopté entre autres une résolution, entérinée ensuite par le Conseil, relative à la nécessité de réglementer dans les plus brefs délais l'emploi de certains stimulants.2

Après avoir recommandé que la Commission des stupéfiants soit invitée à accorder d'urgence son attention « au problème de l'abus des substances psychotropes qui ne sont pas encore soumises à un contrôle international, et notamment à examiner la possibilité de soumettre les dites substances à un contrôle international »,3 l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général d'élaborer, en coopération avec l'Organe international de contrôle des stupéfiants, « des plans visant à mettre fin à la production illicite ou non contrôlée de matières premières servant à la fabrication de stupéfiants » et invité les institutions spécialisées à participer à la prépa-

---

ration de ces plans. Le Comité a été informé que l’OMS avait pris part à une réunion inter-organisations ad hoc sur ce sujet.

Le Comité a noté avec satisfaction la publication, à la fin de 1968, de la troisième révision de la Liste multilingue des stupéfiants placés sous contrôle international. La nouvelle édition, rédigée en anglais, français, russe et espagnol, contient des listes supplémentaires en arabe, chinois, coréen, grec, hébreu, japonais et thaïlandais. Elle est destinée à servir de document de référence non seulement aux chercheurs, mais aussi aux inspecteurs et autres personnes intéressées par les questions relatives aux stupéfiants.

Des dispositions ont été prises pour qu’une équipe itinérante se rende dans les pays africains francophones en 1969, afin d’aider les inspecteurs des services en cause à mettre au point des méthodes de plus en plus efficaces pour réprimer le trafic illégal des stupéfiants. Une mission analogue sera sans doute envoyée en 1970 dans les pays africains anglophones, et un séminaire destiné aux inspecteurs d’Amérique latine aura lieu à la fin de 1969.

Les travaux sur le projet de protocole relatif aux substances psychotropes sont examinés à la section 3.

2.3 Organe international de contrôle des stupéfiants

Le Comité a examiné le premier rapport de l’Organe international de contrôle des stupéfiants, et a été informé qu’en plus de ses activités courantes découlant des obligations que lui imposent les instruments internationaux en vigueur, l’Organe international de contrôle des stupéfiants a consacré d’importants travaux à la formulation du projet de protocole relatif aux substances psychotropes (voir sections 3). Il a en outre aidé les gouvernements de plusieurs pays à améliorer leurs méthodes de surveillance du commerce licite des stupéfiants.

2.4 Commission économique pour l’Europe

Le Comité a eu connaissance des travaux du Groupe de travail de la sécurité de la circulation (Commission économique pour l’Europe) qui a mis au point un projet de résolution préliminaire sur l’aptitude des conducteurs. Une réunion mixte du Groupe de travail et de membres du Secrétariat de l’OMS qui s’occupent de la pharmacodépendance, de la

---

santé mentale et de la médecine du travail s'est tenue au début de l'année pour envisager les Moyens de réduire la fréquence et la gravité des accidents de la route. Leur attention s'est portée, notamment, sur les rapports entre l'abus de l'alcool ou d'autres substances et l'aptitude des conducteurs.

2.5 Conseil de l'Europe

Le Comité a appris avec satisfaction que la Commission de la santé publique du Conseil de l'Europe s'employait activement à rassembler des informations sur les aspects médicaux et les conséquences sociales de la pharamcodépendance en Europe ainsi que sur les moyens disponibles pour prévenir cette dépendance et en traiter les victimes. Il a en outre appris avec intérêt qu'un Sous-Comité des aspects pénaux des narcotiques et de la toxicomanie entreprenait une étude de trois ans sur les lois en vigueur dans les pays d'Europe, sur leur efficacité et sur les principes dont elles s'inspirent.

2.6 Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies

Le Comité a appris avec satisfaction que cet organisme qui, initialement, s'occupait surtout de l'alcool et de l'alcoolisme, a trouvé avantage à adopter une « approche commune » des problèmes de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues, comme l'avaient suggéré le Comité OMS d'experts de la santé mentale dans son quatorzième rapport 1 et le Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance dans son seizième rapport.2 Cette approche commune est également suivie par nombre d'autres organisations qui, jusqu'ici, se consacraient exclusivement à un type particulier de dépendance.

Le Conseil estime qu'il importe de renseigner l'opinion publique de tous les pays sur la politique et les activités des institutions de la famille des Nations Unies qui s'occupent des problèmes de pharmacodépendance et que les organisations non gouvernementales — dont il fait partie — peuvent y contribuer dans une large mesure. Le Comité partage ce point de vue.

2.7 Association internationale de police

Le Comité a été satisfait d'apprendre que l'Association internationale de police organisait un cours sur le traitement des jeunes toxicomanes,

---

destiné aux officiers de police de plusieurs pays européens. Ce cours sera donné à Copenhague fin 1969 et doit traiter essentiellement des méthodes non pénales.

2.8 Nécessité d’une approche internationale unifiée

Beaucoup d’organisations internationales s’intéressent de près aux problèmes de la pharmacodépendance, mais les plus directement concernées sont les suivantes :

a) la Commission des stupéfiants de l’Organisation des Nations Unies, qui est investie de fonctions importantes concernant la formulation et l’examen périodique de la politique et des méthodes adoptées pour le contrôle de certaines substances engendrant une dépendance ;

b) l’Organe international de contrôle des stupéfiants, qui veille à l’application nationale des accords internationaux ; et

c) l’Organisation mondiale de la Santé, qui traite conformément à sa vocation médicale de cet important problème médical et de ses prolongements sociaux.

Le Comité estime qu’il importe d’encourager par tous les moyens possibles le resserrement de la coopération entre ces organismes. La complexité des rapports entre l’homme, son milieu et les substances engendrant une dépendance obligent à coordonner le plus étroitement possible toutes les approches valables et à mobiliser toutes les ressources disponibles.

3. PROJET DE PROTOCOLE RELATIF AUX SUBSTANCES PSYCHOTROPES

Le Comité a noté que la Commission des stupéfiants de l’Organisation des Nations Unies avait longuement étudié, à sa vingt-troisième session, un projet intitulé : Protocole pour le contrôle de certaines drogues psychotropes non visées par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961.\(^1\) A l’issue de la session, le service juridique des Nations Unies et la Division des stupéfiants ont préparé conjointement un Projet de Protocole relatif aux substances psychotropes \(^2\) en s’inspirant des décisions prises par la

---


Commission. Ce projet a été adressé pour observations aux gouvernements et aux organisations internationales compétentes.

Le Comité a passé en revue dans leurs grandes lignes les principales dispositions pour le contrôle de la fabrication et de la distribution des substances destinées à figurer dans les divers tableaux du Protocole. Notant que, dans le Protocole, le terme « substance psychotrope » s'applique uniquement aux produits expressément mentionnés dans l’un des quatre premiers tableaux, il observe que, a) le mot « psychotrope » étant couramment utilisé pour désigner une classe très nombreuse de médicaments d’un usage fréquent en thérapeutique et b) la plupart de ces produits n’engendrant pas de dépendance, l’emploi de ce terme très large sans autre précision pour désigner exclusivement la catégorie plus restreinte des produits de cette classe capables d’engendrer la dépendance, serait très probablement une source de confusion et d’erreurs d’interprétation de la part de ceux qui ignorent les détails du Protocole. Il suggère donc que l’on envisage de faire suivre l’expression « substance psychotrope » d’un qualificatif tel que « engendrant une dépendance », pour désigner les substances à soumettre aux dispositions du projet de Protocole.

Par ailleurs, le Comité estime souhaitable d’indiquer clairement au paragraphe 3 de l’Article 6 que l’approbation des projets de recherche concernerait exclusivement leurs objectifs et la sécurité des personnes impliquées et aurait pour but d’éviter le détournement de substances engendrant une dépendance, mais ne porterait pas sur les détails du protocole d’expérience.

Le Comité a fait siennes les observations communiquées par le Directeur général de l’OMS au Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies.

4. CLASSIFICATION
DES MÉDICAMENTS D’APRÈS LA SÉVÉRITÉ
DU CONTRÔLE REQUIS

4.1 Généralités

Ayant pris note des recommandations antérieures de divers Comités d’experts de l’OMS ¹, de l’Assemblée mondiale de la Santé ² et d’autres

organismes internationaux concernant l'abus et le contrôle des médicaments non placés sous contrôle international, le Comité a souligné à son tour qu'il était urgent de soumettre certains de ces produits à un contrôle international.

Dans le rapport de la dernière réunion (1968) du Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, le Comité a relevé les points suivants qu'il approuve pleinement :

1) les critères de la nécessité d'un contrôle ;

2) la conclusion que « la nécessité, la nature et la sévérité d'un contrôle international (ou autre) éventuel devrait s'inspirer de deux considérations : a) étendue du risque que le médicament pourrait représenter pour la santé publique, et b) utilité thérapeutique du médicament » ;

3) les recommandations concernant la nécessité d'arrêter des dispositions suffisamment souples pour être applicables aux nouvelles substances qui pourraient être découvertes et de ménager aux chercheurs la possibilité d'avoir accès aux substances placées sous contrôle « quand la nature de leurs travaux le justifie, mais moyennant toutes les garanties nécessaires » ;

4) l'idée que les produits qui ne sont pas actuellement sous contrôle international pourraient être classés en fonction du degré de sévérité du contrôle qu'ils appellent.

Cinq groupes de médicaments, désignés par les lettres a) à e) sont ensuite définis d'après ces principes. Bien qu'approfondissant l'essentiel des cinq groupes proposés, le Comité estime qu'il conviendrait de diviser le groupe b) en deux sous-groupes (définis plus bas) afin de faire mieux ressortir les deux critères : l'étendue du risque que le médicament pourrait représenter pour la santé publique, et « l'utilité thérapeutique du médicament ». D'autre part, le but poursuivi en créant le groupe e) — à savoir, « attirer l'attention des gouvernements sur un danger virtuel mais faible et les encourager à surveiller l'utilisation des médicaments en cause » — pourrait être atteint autrement. Il existe, en effet, un certain nombre d'autres solutions possibles, y compris l'intégration au programme de notification des réactions adverses aux médicaments mentionnés à la section 2.1 : le Comité recommande d'étudier cette question plus avant.

Convaincu de l'existence d'une solution plus adéquate, le Comité a supprimé le groupe e) de sa classification. Ce faisant, il a voulu limiter
autant qu'il est possible et souhaitable le nombre des groupes soumis à un contrôle et il a tenu compte du fait que ce groupe aurait sans doute été constitué en majeure partie de substances pour lesquelles, en raison de propriétés indépendantes de leur aptitude à engendrer la dépendance, on exige déjà une ordonnance médicale dans la plupart des pays.

Par conséquent, les groupes proposés par le Comité restent au nombre de cinq et sont définis comme suit : ¹

a) substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque particulièrement grave pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est très limitée ou inexistant ;

b.1) substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à moyenne ;

b.2) substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique mais dont la valeur thérapeutique est moyenne à grande ;

c) substances susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque faible mais non négligeable pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à grande ;

d) préparations contenant des substances des groupes b.1), b.2) ou c) « mélangées à des substances n'engendrant pas la dépendance à des concentrations si faibles ou de telle façon que le développement d'un usage abusif soit improbable et que la récupération du composant (soumis à contrôle) soit très difficile ». ²

4.2 Examen de substances déterminées

Pour établir les critères qui ont servi de base à la définition de ces groupes, le Comité a examiné une longue liste de substances. Ce faisant, il a envisagé la nature générale du contrôle paraissant approprié à chaque groupe, mais son but principal était de faire un classement en fonction des critères de « danger » et d'« utilité ». C'est donc seulement après avoir élaboré les grandes lignes de cette classification qu'il a pu formuler des propositions quant aux formes de contrôle convenant à chaque groupe. Les suggestions relatives aux quatre premiers groupes figurent dans la section 4.5, celles qui concernent les préparations du groupe d) dans la section 4.6, tandis que le cas de certains précurseurs est examiné à la section 4.7.

¹ Afin de faciliter la comparaison avec les groupes proposés par le seizième rapport du Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, on a gardé la même lettre pour désigner les groupes correspondants et les deux nouveaux groupes créés par subdivision du groupe b) sont appelés b.1) et b.2) ; comme indiqué précédemment, le groupe c) a été supprimé.

Le classement des substances des quatre premiers groupes s’est avéré difficile, car les informations dont disposait le Comité pour évaluer le danger de chaque produit pour la santé publique variaient considérablement selon la qualité et le nombre des travaux de recherche et l’expérience acquise. Le Comité avait ainsi en mains une importante compilation des renseignements techniques relatifs à 226 substances et plantes psychotropes, réparties en 13 catégories, chimiques et autres, de dépresseurs du système nerveux central, 4 catégories analogues de stimulants du système nerveux central et 6 catégories d’hallucinogènes ainsi que certains précurseurs de quelques-uns de ces hallucinogènes. Les données rassemblées sur chaque substance comprenaient les informations suivantes: a) nom, b) formule chimique développée, c) signes d’intoxication, d) tolérance, e) dépendance psychique, f) dépendance physique, g) certaines propriétés pharmacologiques, h) principaux dangers de l’emploi abusif et i) un essai de cotation du potentiel d’abus, le tout accompagné de références appropriées en plusieurs langues.¹

4.3 Distinction entre les « substances dont le contrôle est recommandé » et les « substances analogues »

En raison des différences importantes dans la qualité et le nombre des renseignements disponibles sur les substances examinées, le Comité a décidé de séparer les groupes b.2) et c) en deux parties: i) produits pour lesquels la recommandation d’un contrôle est fondée sur des observations nettes et sans ambiguïté; et ii) produits sur lesquels on ne dispose pas d’informations suffisantes pour motiver une recommandation ferme mais qui sont inclus dans le groupe « par analogie », c’est-à-dire parce que leur structure chimique, leurs propriétés pharmaco-dynamiques, leurs indications thérapeutiques ou voies d’administration marquent des analogies si étroites avec celles des « substances dont le contrôle est recommandé » qu’elles ont paru présenter une association comparable de danger pour la santé publique et de valeur thérapeutique. Il faut souligner que la démonstration directe de leur aptitude à engendrer une dépendance reste dans une certaine mesure incomplète, du fait que les études nécessaires n’ont pas été entreprises ou ne sont pas encore terminées. Il conviendrait par conséquent de poursuivre les recherches et les observations sur ces substances.

Comme on l’a mentionné précédemment, les listes de « substances analogues » concernent uniquement les groupes b.2) et c); il n’en existe pas pour les groupes a) et b.1).

¹ Estimant que ces renseignements pouvaient être très utiles aux personnes chargées du contrôle de ces substances ou amenées à s’y intéresser de par leurs fonctions, le Comité a exprimé le vœu qu’ils soient publiés. En attendant la parution, cette compilation peut être obtenue sur demande adressée à l’Organisation mondiale de la Santé, service de la pharmaco-dépendance, 1211 Genève, Suisse.
4.4 Classification des substances dont le contrôle est recommandé et listes de « substances analogues »

**Groupe a)**

Substances qu’il est recommandé de placer sous contrôle parce qu’elles sont susceptibles d’abus dans une mesure constituant un risque particulièrement grave pour la santé publique et que leur valeur thérapeutique est très limitée ou inexistante.

<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>DET</td>
<td>N, N-diéthyltryptamine</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>DMHP, SKF 5301</td>
<td>hydroxy-1 (diméthyl-1,2 heptyl)-3 tétrahydro-7,8,9,10 triméthyl-6,6,9 6H-dibenzo-[b,d]pyrannne</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>DMT</td>
<td>N, N-diéthyltryptamine</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Lysergide</td>
<td>(+)-N,N-diéthyllysergamide (diéthylamidine de l’acide dextro-lysergique)</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>mescaline</td>
<td>triméthoxy-3,4,5 phénéthylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>parahexyl</td>
<td>hydroxy-1 N-hexyl-3 tétrahydro-7,8,9,10 triméthyl-6,6,9 6H-dibenzo[b,d]pyrannne</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>psilocine, psilotin</td>
<td>(diméthylamino-2 éthyl)-3 hydroxy-4 indol</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Psilocybine</td>
<td>phosphate diacide de (diméthylamino-2 éthyl)-3 indolyle-4</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>STP, DOM</td>
<td>diméthoxy-2,5 diméthyl-4,α phénéthylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>tétrahydrocannabinols, tous les isomères</td>
<td>hydroxy-1 pentyl-3 tétrahydro-6a,7,10,10a triméthyl-6,6,9 6H-dibenzo[b,d]pyrannne</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Groupe b.1)**

Substances qu’il est recommandé de placer sous contrôle parce qu’elles sont susceptibles d’abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique et que leur valeur thérapeutique n’est que faible à moyenne.

1. **AMPHÉTAMINE**
   
   (±)-amino-2 phényl-1 propane

2. **DEXAMPHÉTAMINE**

   (+)-amino-2 phényl-1 propane

---

1 Les noms figurant en petites capitales dans la colonne de gauche sont des dénominations communes internationales (DCI). A l’exception du *Lysergide*, les autres dénominations ou noms communs ne sont indiqués que si aucune DCI n’a encore été proposée.
<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.</td>
<td>MÉTHAMPHÉTAMINE</td>
<td>(+/-)-phényl-1 méthylamino-2 propane</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>MÉTHYLPHÉNIDATE</td>
<td>o-phényl o-pipéridyl-2 acétate de méthyle</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>PHENMÉTRAZINE</td>
<td>méthyl-3 phényl-2 morpholine</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Groupe b.2)**

Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus dans une mesure constituant un risque sérieux pour la santé publique, mais dont la valeur thérapeutique est moyenne à grande

1. AMOBARBITAL                                                                 acide éthyl-5 isopentyl-5 barbiturique
2. CYCLOBARBITAL                                                            acide (cyclohexène-1 yl-1)-5 éthyl-5 barbiturique
3. GLUTÉTHIMIDE                                                             éthyl-3 phényl-3 dioxy-2,6 pipéridine
4. PENTOBARBITAL                                                            acide éthyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique
5. SÉCOBARBITAL                                                            acide allyl-5 (méthyl-1 butyl)-5 barbiturique

**Analogues des substances du groupe b.2)**

1. ALLOBARBITAL                                                            acide diallyl-5,5 barbiturique
2. alphénal                                                                 acide allyl-5 phényl-5 barbiturique
3. APROBARBITAL                                                            acide allyl-5 isopropyl-5 barbiturique
4. barotalum                                                                acide (butène-2 yl)-5 éthyl-5 barbiturique
5. brallobarbital                                                          acide allyl-5 (bromo-2 allyl)-5 barbiturique
6. BUTALBITAL                                                              acide allyl-5 isobutyl-5 barbiturique
7. butobarbital                                                            acide n-buty1-5 éthyl-5 barbiturique
8. butyllonal                                                               acide (bromo-2 allyl)-5 sec-buty1-5 barbiturique
9. cyclopentobarbital                                                      acide allyl-5 cyclopentène-2 yl-1)-5 barbiturique

1 Pour le sens du terme « analogue » dans le présent contexte, voir la section 4.3.
Le contrôle de ces « analogues » n'a pas été formellement recommandé.
<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10.</td>
<td>dibéral</td>
<td>acide (diméthyl-1,3 butyl)-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>dormovit</td>
<td>acide furfuryl-5 isopropyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>dormupax</td>
<td>acide allyl-5 n-butyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>eldoral</td>
<td>acide éthyl-5 (pipéridyl-1)-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>énallylpropy mal</td>
<td>acide allyl-5 isopropyl-5 méthyl-1 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>éthallobarbital</td>
<td>acide allyl-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>HEPTABARBE</td>
<td>acide (cycloheptène-1 yl)-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>hexétal</td>
<td>acide éthyl-5 n-hexyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>NÉALBARBITAL</td>
<td>acide allyl-5 néopentyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>penténal</td>
<td>acide (cyclopéthène-1 yl)-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>PROBARBITAL</td>
<td>acide éthyl-5 isopropyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>propallylonal</td>
<td>acide (bromo-2 allyl)-5 isopropyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>propylbarbital</td>
<td>acide dipropyl-5,5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>23.</td>
<td>rectidon</td>
<td>acide (bromo-2 allyl)-5 méthyl-1 butyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>24.</td>
<td>reposal</td>
<td>acide (bicyclo[3,2,1]octényl-2)-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>25.</td>
<td>SECUTABARBITAL</td>
<td>acide sec-butyl-5 éthyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>26.</td>
<td>spirobarbital</td>
<td>acide spiro-(éthyl-2' diméthyl-3', 5' cyclopentyl)-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>27.</td>
<td>TALBUTAL</td>
<td>acide allyl-5 sec-butyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>28.</td>
<td>TÉTRABARBITAL</td>
<td>acide éthyl-5 (éthyl-1 butyl)-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>29.</td>
<td>VINBARTHAL</td>
<td>acide éthyl-5 (méthyl-1 butène-1 yl)-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>30.</td>
<td>VINYLBITAL</td>
<td>acide (méthyl-1 butyl)-5 vinyl-5 barbiturique</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**DIX-SEPTIÈME RAPPORT**

**Groupe c)**
Substances qu’il est recommandé de placer sous contrôle parce qu’elles sont susceptibles d’abus dans une mesure constituant un risque faible mais non négligeable pour la santé publique et dont la valeur thérapeutique est faible à grande

<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. AMINOREX</td>
<td></td>
<td>amino-2 phényl-5 4-exazoline</td>
</tr>
<tr>
<td>2. AMTÉPRAMONE</td>
<td></td>
<td>(diéthylamino)-2 phényl-1 propione</td>
</tr>
<tr>
<td>3. BARBITAL</td>
<td></td>
<td>acide diéthyl-5,5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>4. CHLORDIAZEPOXIDE</td>
<td></td>
<td>hydrate de chloral trichloro-2,2,2 éthanédio-1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>5. DIAZÉPAM</td>
<td></td>
<td>oxyde-4 de chloro-7 méthylamino-2 phényl-5 3H-benzodiazépine-1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>6. DIETHAMATE</td>
<td></td>
<td>chloro-7 dihydro-2,3 méthyl-1 phényl-5 1H-benzodiazépine-1,4 one-2</td>
</tr>
<tr>
<td>7. ETHINAMATE</td>
<td></td>
<td>éthyl-β-chlorovinyléthynyl-carbinol</td>
</tr>
<tr>
<td>8. ÉTHINAMATE</td>
<td></td>
<td>carbamate d’éthynyl-1 cyclohexyle</td>
</tr>
<tr>
<td>9. MÉPROBAMATE</td>
<td></td>
<td>di(carbamoyloxyméthyl)-2,2 pentane</td>
</tr>
<tr>
<td>10. MÉTHAQUALONE</td>
<td></td>
<td>méthyl-2 o-tolyl-3 3H-quinazolinone-4</td>
</tr>
<tr>
<td>11. MÉTHOHEXITAL</td>
<td></td>
<td>acide (±)-allyl-5 méthyl-1 (méthyl-1 peniyn-2-y)-5 barbiturique (forme 2)</td>
</tr>
<tr>
<td>12. MÉTHYLPHÉNOBARBITAL</td>
<td></td>
<td>acide éthyl-5 N-méthyl phényl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>13. MÉTHYPYRLONE</td>
<td></td>
<td>diéthyl-3,3 méthyl-5 pipéridinedione-2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>14. PARALDÉHYDE</td>
<td></td>
<td>éther cyclique de l’acétaldéhyde</td>
</tr>
<tr>
<td>15. PHENOCYCLIDINE</td>
<td></td>
<td>(phényl-1 cyclohexyl)-1 pipéridine</td>
</tr>
<tr>
<td>16. PHÉNOBARBITAL</td>
<td></td>
<td>acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>17. PIPRADROL</td>
<td></td>
<td>x,x-diphényl x-pipéridyl-2 méthanol</td>
</tr>
<tr>
<td>18. SPA</td>
<td></td>
<td>(−)-diméthylamino-1 diphényl-1,2 éthane</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Analogues des substances du groupe c**  

<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. AMPECLRAL</td>
<td>phényl-1 (trichloro-2,2,2 éthylidééamine)-2 propane</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. AMINOGLUTÉTHIMIDE</td>
<td>(p-aminophényl)-2 éthyl-2 glutarimide</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. BARBEACLONE</td>
<td>composé équimoléculaire de (−)-N-(cyclohexyl-2 méthyl-1 éthyl) méthylamine et d'acide éthyl-5 phényl-5 barbiturique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. BENZPHÉTAMINE</td>
<td>N-benzyl N-(α-méthylphénénéthyl) méthylamine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. bromal</td>
<td>tribromoacétaldéhyde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. hydrate de bromal</td>
<td>hydrate de tribromoacétaldéhyde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. hydrate de butylchloral</td>
<td></td>
<td>hydrate de butylchloral</td>
</tr>
<tr>
<td>8. CARBUBARBE</td>
<td>acide butyl-5(carbamoyloxy-2 éthyl)-5 barbiturique</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. chloramide, chlorala-mide</td>
<td></td>
<td>chloralformamide</td>
</tr>
<tr>
<td>10. chloralimide</td>
<td>chloralimide</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. CHLORALODOL</td>
<td>méthyl-2 (trichloro-2,2,2 hydroxy-1 éthoxy)-4 pentanol-2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. CHLORPHENTERFINE</td>
<td>p-chloro α,α-diméthylphénénétylamine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. CINPÉRÈNE</td>
<td>(cinnamyl-1 pipéridyl-4)-5 phényl-5 dioxo-2,6 pipéridine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. CLOBENZOREX</td>
<td>(+)-N-(chloro-2 benzyl) α-méthyl phénénétylamine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. CLORACÉTADOL</td>
<td>(acétamido-4 phényloxy)-1 trichloro-2,2,2 éthanol</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. CLORAL BÉTAINE</td>
<td>composé d'hydrate de chloral et de bétaine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. CLORÉTATE</td>
<td>carbonate de bis-(trichloro-2,2,2 éthyle)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. FENFLURAMINE</td>
<td>(trifluorométhyl)-3 N-éthyl α-méthylphénénétylamine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. FLUOREX</td>
<td>β-méthoxy N-méthyl trifluorométhyl-3 phénénétylamine</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Pour le sens du terme « analogue » dans le présent contexte, voir la section 4.3. Le contrôle de ces « analogues » n’a pas été formellement recommandé.
<table>
<thead>
<tr>
<th>DCI</th>
<th>Autres noms communs ou triviaux</th>
<th>Désignation chimique</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20.</td>
<td>heptobarbital</td>
<td>acide méthyl-5 phényl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>HENOBARBITAL</td>
<td>acide (cyclohexène-1 yl-1)-5 diméthyl-1,5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>MÉFÉNOREX</td>
<td>N-(chloro-3 propyl) α-méthyl phénythylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>23.</td>
<td>MÉPHENTERMINE</td>
<td>N,N,a-triméthyl phénythylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>24.</td>
<td>MÉTHARBITAL</td>
<td>acide diéthyl-5,5 méthyl-1 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>25.</td>
<td>MÉTHYLPESTYNOL</td>
<td>méthyl-3 pentyne-1 ol-3</td>
</tr>
<tr>
<td>26.</td>
<td>narcoarbital</td>
<td>acide méthyl-1 (bromo-2 allyl)-5 isopropyl-5 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>27.</td>
<td>nicotinylphénylamine</td>
<td>phényl-1 nicotinyl-2 amino-propane</td>
</tr>
<tr>
<td>28.</td>
<td>NITRAZÉPAM</td>
<td>nitro-7 phényl-5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine-1,4 one-2</td>
</tr>
<tr>
<td>29.</td>
<td>ORTÉTAMINE</td>
<td>amino-2 (methyl-2 phényl)-1 propane</td>
</tr>
<tr>
<td>30.</td>
<td>OXAZÉPAM</td>
<td>chloro-7 hydroxy-3 phényl-5 dihydro-1,3 2H-benzodiazépine-1,4 one-2</td>
</tr>
<tr>
<td>31.</td>
<td>OXIFENTOREX</td>
<td>N-benzyl N-méthyl α-méthyl phénythylamine N-oxyle</td>
</tr>
<tr>
<td>32.</td>
<td>PÉMOLINE</td>
<td>imino-2 phényl-5 oxazolidine-4</td>
</tr>
<tr>
<td>33.</td>
<td>PENTOREX</td>
<td>α,α,β-triméthyl phénythylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>34.</td>
<td>PÉTRICHCLORAL</td>
<td>tétrakis(chloro-2,2,2 hydroxy-1 éthoxyxéthyl) méthane ou pentaérythrit ol chloral</td>
</tr>
<tr>
<td>35.</td>
<td>PHENIDIMÉTRAZINE</td>
<td>(+)-diméthyl-3,4 phényl-2 morpholine</td>
</tr>
<tr>
<td>36.</td>
<td>PHENTERMINE</td>
<td>α,α-diméthylphénythylamine</td>
</tr>
<tr>
<td>37.</td>
<td>PHÉTHARBITAL</td>
<td>acide diéthyl-5,5 phényl-1 barbiturique</td>
</tr>
<tr>
<td>38.</td>
<td>TRICLOFOS</td>
<td>trichloréthanol</td>
</tr>
<tr>
<td>39.</td>
<td>TRICLOFOS</td>
<td>trichloro-1,1,1 éthanol</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>phosphate diacide de trichloro-2,2,2 éthyle</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 4.5 Suggestions relatives aux formes du contrôle à appliquer à chaque groupe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Contrôle</th>
<th>Groupes proposés</th>
<th>(a)</th>
<th>(b-1)</th>
<th>(b-2)</th>
<th>(c)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Production et commerce exclusivement sous licence</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligation de tenir registre de toutes les transactions, depuis la production jusqu'à la vente au détail comprise</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Obligation de tenir registre de toutes les transactions, depuis la production jusqu'à l'achat par le détailant, à l'exclusion de la vente au détail</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Accord préalable des gouvernements intéressés sur chaque importation ou exportation</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Communications de renseignements (à l'exclusion des estimations) aux organes internationaux suivant un régime analogue à celui des stupéfiants aux termes de la Convention unique</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Engagement d'interdire ou de limiter les exportations vers tout pays dont le gouvernement en aura fait la demande</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Délivrance uniquement sur ordonnance médicale limitative ¹</td>
<td>délivrance interdite</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Délivrance uniquement sur commande non renouvelable pour exécution d'un projet ayant reçu une approbation préalable quant à ses objectifs et à la sécurité des personnes impliquées</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ On entend ici par « limitative » une ordonnance fixant une limite à la quantité de médicament à délivrer, à la durée de validité et au nombre de renouvellements. Le détail de ces limitations serait fixé par chaque gouvernement, et il y a lieu de penser qu'il varierait selon la nature de la substance et les circonstances locales.
4.6 Préparations contenant des substances soumises à contrôle

Le Comité a jugé que les préparations contenant une ou plusieurs substances placées sous contrôle devraient, en règle générale, être soumises à un contrôle aussi sévère que l'ingrédient « le plus contrôlé », à moins que les substances contrôlées ne soient « mélangées à des substances n'engendrant pas la dépendance à des concentrations si faibles ou de telle façon que le développement d'un usage abusif soit improbable et que la récupération du composant (soumis à contrôle) soit très difficile ». Dans ce dernier cas les préparations seraient classées dans le groupe d) et soumises uniquement aux mesures proposées dans le dernier paragraphe de la présente section.

Le Comité est d'avis que les mesures proposées pour les substances du groupe a) devraient être appliquées à toutes les préparations contenant ces substances.

L'identification des préparations à inclure éventuellement dans le groupe d) est rendue très complexe par leur très grand nombre, par la rapidité avec laquelle de nouvelles préparations sont élaborées et mises en circulation et par l'extrême variété d'ingrédients n'engendrant pas de dépendance auxquels sont mélangées les substances des groupes b.1), b.2) et c).

Pour résoudre ce problème, le Comité a suggéré de considérer toutes les préparations dans lesquelles entrent, selon un mode déterminé, des substances du groupe c) comme une catégorie, ou classe, à inclure automatiquement dans le groupe d), sauf s'il est établi que certaines d'entre elles font déjà l'objet d'un abus. Ces dernières seraient alors expressément exclues de toute catégorie ou classe rentrant dans le groupe d).

D'autre part, en fixant le régime de contrôle applicable à des substances psychotropes engendrant la dépendance et jusque là non contrôlées, le Comité suggère d'accorder un délai de grâce, de 3 à 4 ans, pendant laquelle les préparations dans lesquelles entrent, selon un mode déterminé, des substances des groupes b.1) ou b.2) continueraient à être soumises à une forme initiale (y compris l'absence) de contrôle moins sévère que celle qui devrait être appliquée dans le nouveau système à la substance elle-même. Le maintien d'un régime plus libéral au-delà du délai de grâce devrait faire l'objet, pour chaque préparation, d'une demande appuyée par un ensemble cohérent d'observations objectives. Si l'autorisation était accordée, la préparation serait incluse dans le groupe d).

---

1 Ce qui n'empêcherait pas d'appliquer à une préparation renfermant une substance des groupes b.1), b.2) ou c) des mesures plus strictes qu'à la substance de base elle-même dans le cas où le mode de composition augmenterait considérablement les possibilités d'abus et par suite les dangers pour la santé publique.

2 Voir section 4.1, groupe d).
Pour ce qui est des contrôles généraux applicables au groupe $d$), le Comité suggère que les fabricants soient obligés d’obtenir une licence et de tenir des registres donnant des informations détaillées sur 1) la quantité de substance de base utilisée, 2) la nature des préparations et 3) leur destination initiale. Il est en outre suggéré que la quantité de substances des groupes $b.1$ et $b.2$ entrant dans les préparations du groupe $d$) soit communiquée aux organes internationaux.

4.7 Précurseurs

En 1968, le Comité OMS d’experts de la pharmacodépendance avait envisagé de définir un sixième groupe qui engloberait «les précurseurs chimiques susceptibles d’une transformation relativement simple en drogues engendrant la dépendance». Etant donné toutefois les difficultés auxquelles se heurterait la définition des critères d’inclusion, il avait estimé qu’une telle tentative avait peu de chances d’aboutir à cette époque et conclu que, d’une manière générale, chaque substance devrait faire l’objet d’une évaluation distincte.\(^1\) Approuvant ce point de vue, le présent Comité a examiné la situation à propos des trois substances suivantes :

1) le cannabidiol, précurseur des tétrahydrocannabinols et servant uniquement à leur préparation ;

2) l’amide de l’acide lysergique, précurseur du lysergide et servant uniquement à sa préparation ;

3) l’acide lysergique, précurseur du lysergide utilisé non seulement pour la préparation du lysergide mais aussi pour celle de certaines substances n’engendrant pas la dépendance et présentant une valeur thérapeutique appreciable.

Le Comité recommande que ces trois précurseurs soient soumis à contrôle et il suggère de leur appliquer le même régime général qu’aux substances du groupe $a$) ;\(^2\) toutefois, ils ne pourraient être obtenus par les personnes possédant une licence à cet effet que sur commande non renouvelable et registre serait tenu de toutes les transactions, depuis la production ou fabrication des précurseurs jusqu’à, et y compris, le premier mouvement des produits exempts de contrôle résultant de leur transformation.


\(^2\) Voir section 4.5 du présent rapport.
5. NOTIFICATIONS

5.1 Diprénorphine

Le Comité a examiné la notification déposée par le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord conformément à l’alinéa iii) du paragraphe 3 de l’article 3 de la Convention unique de 1961 au sujet de la diprénorphine.

La diprénorphine est un dérivé dihydro de la cyprénorphine. La cypré-norphine a été examinée en 1966 au cours de la quinzième réunion du Comité OMS d’experts des drogues engendrant la dépendance. Les données disponibles montrent que la diprénorphine est un antagoniste de la morphine qui ressemble étroitement à la cyprénorphine par ses propriétés chimiques et pharmacologiques. Administrée au rat par voie parentérale, c’est un antagoniste environ 40 fois plus actif que la nalorphine. En revanche elle semble peu active par voie buccale. Chez le singe morphino-dépendant, elle fait apparaitre les phénomènes d’abstinence environ 16 fois plus vite que la nalorphine.

On a signalé que la diprénorphine serait sans doute utilisable uniquement comme antagoniste et que son emploi se limiterait probablement à la médecine vétérinaire. Le Comité a été d’avis qu’il est impossible à l’heure actuelle de prévoir l’aptitude à engendrer la dépendance d’un composé donné d’après le rapport entre ses propriétés agonistes et antagonistes. Faute de preuves directes de l’aptitude de la diprénorphine à engendrer la dépendance, le Comité n’a pu prendre aucune décision sur l’opportunité d’un contrôle.

5.2 Amphétamine, dexamphétamine, méthamphétamine, méthylphénidate, phennétrazine et pipradol

Le Comité a examiné la notification déposée par le Gouvernement de la Suède et a conclu que les substances en cause devaient être réparties en deux groupes. En effet, le pipradol n’est assimilable à aucune substance inscrite aux tableaux de la Convention unique sur les Stupéfiants de 1961. Au contraire, les autres produits — amphétamine, dexamphétamine, méthamphétamine, méthylphénidate et phennétrazine — ont des propriétés pharmacologiques semblables et présentent, dans les modalités de

1 Dénomination commune internationale proposée pour le N-cyclpropylméthyl hydroxy-3 (hydroxy-1 méthyl-1 éthyl)-7α méthoxo-6 époxy-4,5 endoéthano-6, 14 mor- phinchaine
l'emploi abusif et les effets nocifs qui en résultent, des analogies suffisantes avec la cocaïne — en particulier l'usage par voie intraveineuse — pour qu'on les assimile aux drogues du tableau 1 de la Convention unique. C'est pourquoi, à ne considérer que des motifs purement techniques, le Comité se serait vu obligé de recommander leur inscription à ce tableau.

Il avait en revanche de fortes raisons de penser qu'une telle recommandation ne serait pas souhaitable. Du fait que la conférence plénière chargée d'élaborer la Convention unique a refusé d'y inclure les amphétamines et pour diverses autres raisons, des efforts ont été entrepris pour préparer un protocole mieux adapté au contrôle international des amphétamines et d'autres substances engendrant la dépendance qui appellent des mesures d'urgence. Le Comité a appris que ce travail de préparation était en bonne voie, mais que le protocole ne pourrait pas être terminé et entrer en vigueur avant plusieurs années.

Le Comité estime que l'abus de ces substances crée une situation très grave et qu'il y a lieu de prendre sans délai les dispositions nécessaires pour instaurer un contrôle international. Dans l'immédiat et à titre de mesure d'urgence, il convient d'envisager sans plus tarder l'élaboration et l'application d'un instrument international provisoire et spécial qui permettra de contrôler rapidement ces substances en attendant l'entrée en vigueur d'un accord plus complet pour le contrôle de toutes les substances psychotropes engendrant la dépendance. Pour ces raisons, le Comité recommande

1. en attendant l'entrée en vigueur d'un protocole international pour le contrôle des substances psychotropes engendrant la dépendance, et pour faire face à l'actuelle situation d'urgence, que soit entreprise immédiatement l'élaboration d'un instrument international provisoire et spécial qui permettra de placer rapidement sous contrôle international les substances engendrant la dépendance mentionnées ci-dessous, et que le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé entre en consultation à cet effet avec le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ;

2. que l'amphétamine, la dexamphétamine, la méthamphétamine, le méthylphénidate et la phénétazine, qui répondent aux critères de mise sous contrôle définis dans le seizième rapport du Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance, sont placés sous le contrôle résultant de l'instrument international provisoire susmentionné ; et

3. que cet instrument provisoire spécial comporte des dispositions prévoyant les formes suivantes de contrôle :  


a) production et commerce de ces substances exclusivement sous licence ;
b) obligation de tenir registre de toutes les transactions, depuis la production jusqu'à la vente au détail comprise ;
c) nécessité d'un accord préalable des gouvernements intéressés pour chaque importation et exportation ;
d) communication de renseignements (à l'exclusion des estimations) aux organes internationaux, suivant un régime analogue à celui des stupéfiants aux termes de la Convention unique ;
e) engagement d'interdire ou de limiter les exportations vers tout pays dont le gouvernement en aura fait la demande ; et
f) délivrance uniquement sur ordonnance médicale limitative.

6. SUBSTANCES PRÉCÉDEMMENT EXAMINÉES

Le Comité a passé en revue les renseignements dont on dispose actuellement sur l'abus de la pentazocine, du dextropropoxyphène et du dextrométhorphan. La pentazocine peut entraîner une dépendance physique légère et une dépendance psychique un peu plus forte, mais ne semble pas constituer une menace pour la santé publique. Le dextropropoxyphène provoque une dépendance physique et psychique comparable. Des abus continuent d'être signalés, mais les cas restent peu nombreux, aussi bien dans l'absolu que par rapport au nombre total de sujets traités par ce médicament.

Le Comité a noté qu'un accord avait été conclu pour améliorer le matériel promotionnel distribué par les fabricants de la pentazocine et du dextropropoxyphène en ce qui concerne les affirmations relatives au caractère « non stupéfiant » de ces substances et aux possibilités d'abus.

Le dextrométhorphan semble n'induire chez l'homme qu'une très légère dépendance psychique et aucune dépendance physique de type morphinique. On a constaté quelques abus, mais en nombre limité.

Le Comité confirme l'opinion exprimée l'année dernière : ¹ les renseignements dont on dispose actuellement sur l'abus de la pentazocine, du dextropropoxyphène et du dextrométhorphan ne justifient pas de recommander une mise sous contrôle international. Il considère cependant qu'il importe de continuer à suivre de près l'utilisation qui est faite de ces trois substances et des produits comparables.

Le Comité disposait par ailleurs d'informations sur plusieurs autres substances combinant diversement des propriétés agonistes et antagonistes. Il convient de continuer à les suivre de près.

Le Comité a pris note des problèmes très complexes que pose l’évaluation du potentiel de dépendance des substances qui possèdent à la fois des propriétés agonistes et antagonistes. Il convient de poursuivre les recherches sur ce sujet, en raison notamment de l’intérêt considérable qu’offrent déjà ou qu’offriront peut-être à l’avenir certains de ces composés en tant qu’agents thérapeutiques.

7. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

Le Comité a été informé des tendances thérapeutiques actuelles, notamment en ce qui concerne la pharmacodépendance de type morphinique dans un pays. Il a remarqué particulièrement 1) l’élargissement des possibilités de traitement spécialisé et des programmes de réadaptation destinés aux toxicomanes dans plusieurs régions de ce pays, 2) la mise au point de divers types de programmes faisant appel à l’effort personnel des intéressés, et 3) l’intérêt porté à l’évaluation de l’efficacité du traitement continu par la méthadone.


Le Comité a souligné qu’il importe d’adapter le type et la méthode de traitement aux besoins particuliers de chaque malade. En effet, chaque type de dépendance possède à la fois ses caractéristiques propres et des traits communs à plusieurs types. En outre, toute pharmacodépendance implique une interaction complexe entre le sujet, son milieu et les propriétés pharmacodynamiques de la drogue ou des drogues en cause. Pour être complets, le traitement et la réadaptation exigent 1) les connaissances et l’expérience conjuguées de médecins, de psychologues, de sociologues, et, bien souvent, de magistrats ; 2) une coopération totale de la famille et d’autres personnes jouant un rôle important dans la vie quotidienne du sujet ; et 3) le plus souvent, des services de surveillance et de postcure prolongées.

La mise au point de méthodes permettant de traiter et de réadapter plus efficacement des malades très divers par eux-mêmes, par leur milieu socioculturel et par le type de leur dépendance, demande des études approfondies sur 1) l’histoire naturelle des types de pharmacodépendance, 2) les facteurs

---

qui motivent le comportement d'un individu ou d'un groupe vis-à-vis de la drogue avant et après qu'il en ait fait l'expérience, et 3) l'efficacité relative des diverses approches thérapeutiques. Les programmes et méthodes de traitement et de réadaptation doivent être étudiés en fonction des autres activités destinées à prévenir, à réduire ou à « contenir » la pharmacodépendance et les abus qui s'y rattachent.

8. TRAITEMENT CONTINU PAR LA MÉTHADONE

Le Comité a fait le point des observations récentes concernant le traitement continu par la méthadone. Cette méthode de traitement de la dépendance de type morphinique a déjà été examinée dans des rapports précédents. Le traitement ambulatoire à la phase initiale prend une importance accrue, et l'on continue à préférer la posologie élevée. Il paraît certain que cette méthode thérapeutique ne sera pas acceptée par tous les sujets atteints de dépendance vis-à-vis des opiacés ni même par la majorité d'entre eux et la proportion de ceux qui peuvent en bénéficier dépend de multiples facteurs. Bien que des résultats encourageants continuent d'être signalés, le Comité estime que le traitement continu par la méthadone en est encore au stade expérimental, qu'il ne convient pas à la pratique clinique ordinaire et que son emploi doit être réservé aux circonstances indiquées dans le seizième rapport.

9. LES ANTAGONISTES SPÉCIFIQUES DES OPIACÉS EN THÉRAPEUTIQUE

L'emploi de la cyclazocine et du naloxone pour le traitement de la pharmacodépendance a été examiné dans le seizième rapport du Comité. Aucun changement important n'est apparu depuis lors dans ce domaine intéressant et prometteur. Le nombre de cas traités reste limité, et de nouveaux essais sont nécessaires. Le Comité exprime l'espoir que l'on poursuive les efforts en vue de découvrir un antagoniste des opiacés à action longue, actif par voie orale et dépourvu d'effets psychomimétiques ou d'autres effets secondaires adverses.

---

Annexe

LISTE DES STUPÉFIANTS PLACÉS SOUS CONTRÔLE INTERNATIONAL ¹

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nom commun ou DCI *</th>
<th>Désignation chimique</th>
<th>Comité d'experts des Drogues engendrant la Dépendance ¹</th>
<th>Régime de contrôle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>acétorphine *</td>
<td>acétyl-O-[3 (hydroxy-1 méthyl-1 butyl]-2 endo-éthène-6,14 tétrahydro-orpovine</td>
<td>15 1966, 343, 3</td>
<td>I I/IV</td>
</tr>
<tr>
<td>acétyldihydrocodéine</td>
<td>acétyldihydrocodéine</td>
<td>1 1949, 19, 30</td>
<td>II II</td>
</tr>
<tr>
<td>acétylméthadol *</td>
<td>acétylox-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexane</td>
<td>1 1949, 19, 31</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>alloprométhadol *</td>
<td>alloprométhadol-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexane</td>
<td>4 1954, 76, 7</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>alloprométhadol *</td>
<td>alloprométhadol-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexane</td>
<td>7 1957, 76, 7</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>alloprométhadol *</td>
<td>alloprométhadol-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexane</td>
<td>4 1954, 76, 7</td>
<td>I I</td>
</tr>
<tr>
<td>alloprométhadol *</td>
<td>alloprométhadol-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexane</td>
<td>4 1954, 76, 7</td>
<td>I I</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Dénomination commune internationale proposée (DCI).

¹ Pour de plus amples détails (synonymes, date d’entrée en vigueur du contrôle international, etc.), voir la Liste multilingue des Stupéfiants placés sous contrôle international (document de l’Organisation des Nations Unies E/CN.7/513) et l’Annexe aux formulaires statistiques « Liste faune » publiée annuellement par l’Organisation internationale de contrôle des stupéfiants.


³ Au Tableau I de la Convention de 1961 sont inclus : Les isomères des stupéfiants décrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée ; Les esters et éthers des stupéfiants inscrits au Tableau, à moins qu’ils ne figurent dans un autre tableau, dans tous les cas où ces esters et éthers peuvent exister ; Les sels des stupéfiants inscrits au Tableau, y compris les sels d’esters, d’éthers et d’isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

Au Tableau II de la Convention de 1961 sont inclus : Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée ; Les sels des stupéfiants inscrits au Tableau, y compris les sels des isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

Au Tableau IV de la Convention de 1961 sont inclus les sels des stupéfiants inscrits au Tableau, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nom commun ou DCI *</th>
<th>Désignation chimique</th>
<th>Comité d'experts des Drogues engendrant la Dépendance</th>
<th>Régime de contrôle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Numéro d'ordre du rapport</td>
<td>Référence</td>
<td>Groupe dans la Convention de 1961</td>
</tr>
<tr>
<td>aniléridine *</td>
<td>ester éthylène de l'acide (p-aminophényl)-2 éthyl-1 phényl-4 piperidine carboxylique-4</td>
<td>7 1957, 116, 8</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>benzéthidine *</td>
<td>ester éthylène de l'acide (benzyloxy)-2 éthyl-1 phényl-4 piperidine carboxylique-4</td>
<td>10 1960, 188, 4</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>benzylnorphine</td>
<td>benzoil-3 morphine</td>
<td>4 1954, 76, 7</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>bétacétyméthadol</td>
<td>β-acétyloxy-3 diméthylamino-6 diphenyl-4,4 heptane</td>
<td>3 1952, 57, 7</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>bétaméprodine *</td>
<td>β-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 piperidine</td>
<td>5 1955, 95, 9</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>bétaméthadol *</td>
<td>β-diméthylamino-6 diphenyl-4,4 heptanol-3</td>
<td>1 1949, 19, 30</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>bétaprodine *</td>
<td>β-dimethyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 piperidine</td>
<td>16 1969, 407, 24</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>bétazamide *</td>
<td>[creosyl-3 diphenyl]-3,3 o xo-2 propionyl-3 benzimidazolone</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cannabis et résine de cannabis</td>
<td>Cannabis sativa L.</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>cétabémidone *</td>
<td>m-hydroxy-3 phényl-4 méthyl-1 propionyl-4 piperidine</td>
<td>1 1949, 19, 30</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>clonitazéne *</td>
<td>(p-chlorobenzyl)-2 (dithylamino-2 éthyl-1) nitro-5 benzimidazole</td>
<td>11 1961, 211, 4</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>coca, feuille de cocarine</td>
<td>Erythroxylon coca L.</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>codéine</td>
<td>méthyle méthyl-1 propionyl-4 amide</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>codoxime *</td>
<td>O-carboxyméthyl oxime</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>concentré de paille de pavot</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>désomorphine *</td>
<td>dextroromoramide</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextromoramide *</td>
<td>dextroromoramide</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diamproamide *</td>
<td>N-(4-méthylphényl)phenyl-2 propionamide</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diéthylthiambutène *</td>
<td>diéthylthiambutène</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dihydrocodéine</td>
<td>dihydro-7,8 codéine</td>
<td>1 1949, 19, 30</td>
<td>II</td>
</tr>
<tr>
<td>dihydropropromorphine</td>
<td>dihydro-7,8 morphine</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>diménoxadol *</td>
<td>diméthyl amimpéthyl-2 méthyl 1 diphenyl-1,1 acétate</td>
<td>9 1959, 160, 9</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>Nom commun ou DCI *</td>
<td>Désignation chimique</td>
<td>Comité d'experts des Drogues engendrant la Dépendance</td>
<td>Régime de contrôle</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Numéro d'ordre du rapport</td>
<td>Référence</td>
</tr>
<tr>
<td>diméthyléthanol *</td>
<td>diméthylamino-6 diphenyl-4,4 heptan-3</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 31</td>
</tr>
<tr>
<td>diméthylthiambutène *</td>
<td>diméthylamino-3 dithéthyl-2'-1,1 butène-1</td>
<td>4</td>
<td>1954, 76, 9</td>
</tr>
<tr>
<td>dioxaphényle, butyrate de *</td>
<td>morpholino-4 diphenyl-2,2 butyrate d'éthyle</td>
<td>6</td>
<td>1956, 102, 10</td>
</tr>
<tr>
<td>diphénoxylate *</td>
<td>ester éthylique de l'acide (cyano-3 diphenyl-3 propyl)-1 phényl-4 piperidine carboxylate-4</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>dipipanone *</td>
<td>diphenyl-4,4 pipéridino-6 heptanone-3</td>
<td>5</td>
<td>1955, 95, 9</td>
</tr>
<tr>
<td>ecgonine</td>
<td>(-&gt;carboxy-2 hydroxy-3 tropane</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>éthylméthylthiambutène *</td>
<td>éthylméthylamino-3 dithéthyl-2'-1,1 butène-1</td>
<td>4</td>
<td>1954, 76, 9</td>
</tr>
<tr>
<td>éthylmorphine</td>
<td>éthyl-3 morphine</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>étoniumazine *</td>
<td>(dithéthylaminoethyl)-1 p-éthoxybenzyl-2 nitro-5 benzindazo</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>étophine *</td>
<td>(hydroxy-1 méthyl-1 butyl)-7e cycloéthèno-6,14 tétrahydro-érgovine</td>
<td>15</td>
<td>1966, 343, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>étoxéridine *</td>
<td>ester éthylique de l'acide (hydroxy-2 éthoxy-2 éthyl)-1 phényl-4 piperidine carboxylate-4</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142, 9</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl *</td>
<td>phénéthyl-1 N-propionylamino-4 piperidine</td>
<td>13</td>
<td>1964, 273, 4</td>
</tr>
<tr>
<td>furéthidine *</td>
<td>ester éthylique de l'acide phényl-4 (tétrahydro- fururyloxy-2 éthyl)-1 piperidine carboxylate-4</td>
<td>10</td>
<td>1960, 188, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>héroïne</td>
<td>diacéthylmorphine</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone *</td>
<td>dihydrocodeïnone</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphinol *</td>
<td>hydroxy-14 dihydro-7,8 morphine</td>
<td>11</td>
<td>1961, 211, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone *</td>
<td>dihydromorphinone</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyphénydine *</td>
<td>ester éthylique de l'acide méthyl-1 (hydroxy-3 phényl)-4 piperidine carboxylate-4</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 31</td>
</tr>
<tr>
<td>isométhadone *</td>
<td>diméthylamino-6 méthyl-5 diphenyl-4,4 hexanone-3</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 31</td>
</tr>
<tr>
<td>lévométhadione *</td>
<td>(-&gt;méthoxy-3 N-méthyl-morphinane</td>
<td>3</td>
<td>1952, 57, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>lévomoramide *</td>
<td>(-&gt; méthyl-2 oxo-4 diphenyl-3,3 pyrrolidinyloxy-1-4 butyl)-4 morpholine</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142, 8</td>
</tr>
<tr>
<td>lévophénacylmorphane *</td>
<td>(-&gt;hydroxy-3 N-phénacyl-morphinane</td>
<td>10</td>
<td>1960, 188, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nom commun ou DCI*</td>
<td>Désignation chimique</td>
<td>Comité d’experts des Drogues engendrant la Dépendance*</td>
<td>Régime de contrôle</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Numéro d’ordre du rapport</td>
<td>Référence</td>
<td>Groupe dans la Convention de 1925</td>
</tr>
<tr>
<td>lévorphanol*</td>
<td>(−)-hydroxy-3 N-méthyl-morborphanine</td>
<td>3</td>
<td>1952, 57, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>métazoine*</td>
<td>hydroxy-2' triméthyl-2,5,9 boxomorphane-6,7</td>
<td>10</td>
<td>1960, 188, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>méthadone*</td>
<td>diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanone-3</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 30</td>
</tr>
<tr>
<td>méthadone, intermédiaire de la méthylésorfine*</td>
<td>cyano-4 diméthylamino-2 diphényl-4,4 butane</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>méthylidihydromorphine*</td>
<td>méthyl-6 dihydromorphine</td>
<td>4</td>
<td>1954, 76, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>méthylidihydromorphine*</td>
<td>méthyl-5 dihydromorphine</td>
<td>5</td>
<td>1955, 95, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>métopon*</td>
<td>acide méthyl-2 morpholino-3 diphenyl-1,1 propionate carboxylique</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 30</td>
</tr>
<tr>
<td>morphéridine*</td>
<td>ester éthylque de l’acide (morpholino-2 éthyl-1 phénol-4 piperidine carboxylique)</td>
<td>8</td>
<td>1958, 142, 8</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine</td>
<td>myristylbenzylnorphine</td>
<td>5</td>
<td>1955, 95, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine-N-oxyde</td>
<td>nicocodine*</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine, dérivés à azote pentaméthine de la myrhyonine*</td>
<td>nicotinol-6 codéine</td>
<td>15</td>
<td>1966, 343, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>nicocodine*</td>
<td>nicocodine-6 dihydrocodéine</td>
<td>9</td>
<td>1959, 160, 4</td>
</tr>
<tr>
<td>nicodimorphine*</td>
<td>nicodimorphine-3 dihydrocodéine</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>noracyméthadon*</td>
<td>N,6-diméthylcodéine</td>
<td>9</td>
<td>1959, 160, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>norcéséamine*</td>
<td>(−)-hydroxy-3 morphorzanine</td>
<td>10</td>
<td>1960, 188, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>norcodadon*</td>
<td>diméthylamino-6 diphenyl-4,4 hexanone-3</td>
<td>5</td>
<td>1955, 95, 8</td>
</tr>
<tr>
<td>normorphine*</td>
<td>N-déméthylmorphine</td>
<td>9</td>
<td>1959, 160, 5</td>
</tr>
<tr>
<td>norpiperonone*</td>
<td>N-déméthylpiperidino-6 hexanone-3</td>
<td>13</td>
<td>1964, 273, 4</td>
</tr>
<tr>
<td>optime</td>
<td>hydroxy-14 dihydrocoédimorphinique</td>
<td>5</td>
<td>1955, 95, 6</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone*</td>
<td>hydroxy-14 dihydrocodéinone</td>
<td>1</td>
<td>1949, 19, 30</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphone*</td>
<td>ester éthylque de l’acide méthyl-1 phenol-4 piperidine carboxylique-4</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>pédadine*</td>
<td>cyano-4 méthyl-1 phenol-4 piperidine</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>pédadine, intermédiaire A de la pédadine*</td>
<td>ester éthylque de l’acide phénol-4 piperidine carboxylique-4</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>pédadine, intermédiaire B de la pédadine*</td>
<td>acide méthyl-1 phenol-4 piperidine carboxylique-4</td>
<td>12</td>
<td>1962, 229, 7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nom commun ou DCI *</td>
<td>Désignation chimique</td>
<td>Comité d'experts des Drogues exécutant la Dépendance *</td>
<td>Régime de contrôle</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>péthidine, esters de l'intermédiaire C de la phénadoxone *</td>
<td>N-morpholino-6 diphenyl-4,4 heptanone-3</td>
<td>5 1955, 95, 9</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>phénampromide *</td>
<td>N-(propyl)-1 pipéridyl-2)-2 éthyl propionanilide</td>
<td>11 1961, 211, 7</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>phénazocine *</td>
<td>hydroxy-2' dimethyl-5,9 phényl-2 benzomorphane-6,7</td>
<td>10 1960, 188, 6</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>phénomorphane *</td>
<td>hydroxy-3 N-phényl-2 morphimiane</td>
<td>6 1956, 102, 9</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>phénopéridine *</td>
<td>ester éthylène de l'acide (hydroxy-3 phényl-3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4</td>
<td>11 1961, 211, 8</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>pholcodine *</td>
<td>morpholinyétidylmorphinine</td>
<td>3 1952, 57, 5</td>
<td>II</td>
</tr>
<tr>
<td>piminodine *</td>
<td>ester éthylène de l'acide (phenylamino-3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4</td>
<td>10 1960, 188, 7</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>pirritramide *</td>
<td>(cyano-1 diphenyl-3,3 propyl)-1 pipéridino-4 pipéridine carboxamido-4 pipéridine carboxylique-4</td>
<td>14 1965, 312, 3</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>proheptazine</td>
<td>diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 azacycloheptane</td>
<td>6 1956, 102, 12</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>propéridine *</td>
<td>ester isopropylque de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4</td>
<td>5 1955, 95, 10</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>racémethorphine *</td>
<td>(1)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane</td>
<td>3 1952, 57, 7</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>racémoramide *</td>
<td>(1)-méthyl-2 oxo-4 dinényle-3 (pyrrolidinyl-1)-4 butyl-4 morpholine</td>
<td>8 1958, 142, 8</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>racémorphane *</td>
<td>(1)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane</td>
<td>3 1952, 57, 6</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>thébacone *</td>
<td>acetylidihydrocodééinone</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>thébaïne</td>
<td>diméthyl-3,6 déshydro-8 morphine</td>
<td></td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>trimépéridine *</td>
<td>triméthyl-1,2,5 phényl-4 propionsoxy-4 pipéridine</td>
<td>8 1958, 142, 9</td>
<td>I</td>
</tr>
</tbody>
</table>