

Enjeux cliniques et de santé publique de la consommation de crack

Dre TIPHAINE ROBOT^a, JULIANA SANTOS-CRUZ^b, Pr DANIELE ZULLINO^a, NADINE DE CARVALHO SEMEDO^c, BORIS BALDO^c, Dr RADU IUGA^a, CARLA GUGLIEMETTI^d, NICOLAS CHRISTIN^e et Pr YVES-LAURENT JACKSON^f

Rev Med Suisse 2025; 21: 226-30 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.904.226

Le crack, forme libre de la cocaïne, offre des effets psychoactifs plus rapides et intenses en raison de son mode d'administration par inhalation sous forme fumée, tout en étant à moindre coût. Ces molécules agissent en bloquant la recapture des neurotransmetteurs monoaminergiques et leurs effets principaux découlent de la réponse adrénérgique rapide. L'effet psychoactif est caractérisé par une poussée d'énergie et une désinhibition sociale marquées. La consommation de crack exacerbe les vulnérabilités des populations marginalisées, nécessitant de nouvelles approches pour répondre aux crises sociale et sanitaire qu'elle engendre. Depuis novembre 2024, une équipe mobile des HUG a déployé une intervention médicalisée de rue, associée à un travail de réseau intersectoriel pour une prise en charge holistique et inclusive.

Clinical and public health challenges of crack consumption

Crack, the freebase form of cocaine, offers faster and more intense psychoactive effects due to its mode of administration by inhalation, while being of lower cost. These molecules act by blocking the reuptake of monoaminergic neurotransmitters, and their main effects stem from the rapid adrenergic response. The psychoactive effect is characterized by a marked surge of energy and social disinhibition. Crack consumption exacerbates the vulnerabilities of marginalized populations, requiring new approaches to address the social and health crises it generates. Since November 2024, a mobile team from HUG has deployed a street-based medical intervention, associated with intersectoral network work for a holistic and inclusive care approach.

CRACK: DÉFINITION, FABRICATION, CONSOMMATION ET CONSÉQUENCES SOCIALES

Définition de la cocaïne, molécule active du crack

La cocaïne est l'alcaloïde le plus consommé au monde, principalement connu pour son usage récréatif. Son utilisation remonte aux cérémonies religieuses des civilisations précolombiennes et s'étend sur des millénaires. Elle est dérivée de l'*Erythroxylum coca*, un arbuste originaire des Hautes Andes et

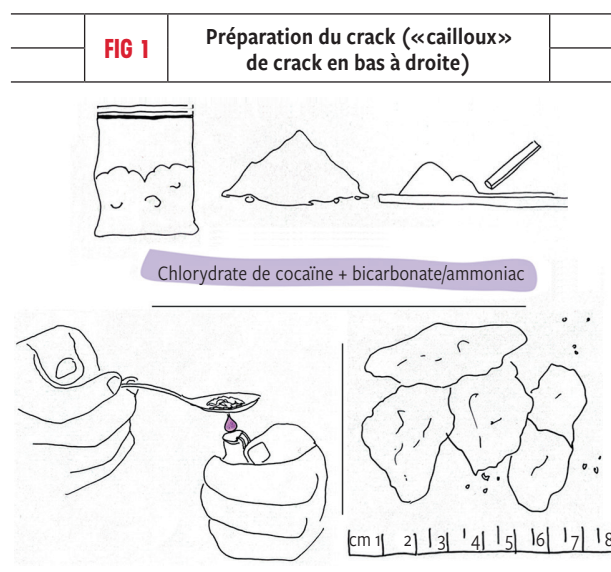
du nord de l'Amazonie. Pure, sous forme de sel de chlorhydrate, elle se présente comme une poudre blanche hydro-soluble. Elle est le plus souvent absorbée à travers la muqueuse nasale après inhalation, principalement dans un contexte hédoniste.¹

Méthode de fabrication du crack

Le crack est un dérivé de la cocaïne (forme de base libre), obtenue par un processus chimique libérant la cocaïne de son ion chlorure, ce qui en accroît l'effet lorsqu'il est fumé. Ce processus, appelé «baser la cocaïne», consiste à transformer cette dernière en une substance solide. Pour cela, des solvants organiques comme le bicarbonate de sodium ou l'ammoniac sont utilisés pour extraire la cocaïne de son sel chlorhydrate. Typiquement, la poudre de cocaïne est mélangée avec l'un de ces agents dans une proportion d'un tiers pour deux tiers de base. La solution ainsi obtenue est chauffée, généralement dans une cuillère, jusqu'à ce qu'elle atteigne le point d'ébullition, provoquant la cristallisation de la cocaïne appelée crack (figure 1, préparation du crack).

Mode de consommation du crack

Le produit final ressemble à des «petits cailloux» consommés grâce à la combustion dans une pipe à crack souvent en verre ou en métal. Celle-ci possède un embout pour inhaler la fumée et peut contenir une maille métallique pour retenir la substance.



^aService d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^binfirmière spécialisée en soins d'urgences, Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cInfirmière, Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^dPaire praticienne en santé mentale, Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^ePair aidant, Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^fUnité de médecine et soins dans la communauté, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
 tiphaine.robet@hug.ch | juliana.santosacruz@hug.ch | daniele.zullino@hug.ch
 nadine.semedo@hug.ch | boris.baldo@hug.ch | radu.iuga@hug.ch
 carla.guglielmetti@hotmail.com | nicopolates@icloud.com | yves.jackson@hug.ch

Le **tableau 1** résume les principales caractéristiques de la cocaïne et du crack. Il est possible d'acheter du crack en fumant directement dans la pipe à crack d'un autre consommateur, qui vend une seule inhalation à un prix très bas. Cette pratique facilite l'accès immédiat à la drogue, tout en exacerbant les risques sanitaires liés au partage de matériel contaminé.

Vulnérabilité de certaines populations au crack

Les personnes en situation de précarité sont à risque accru d'usage de substances psychoactives en raison d'une combinaison de facteurs tels que le stress chronique lié aux incertitudes financières, l'isolement social, les conditions de vie instables et les expériences traumatisantes les poussant souvent à rechercher un soulagement temporaire. Cette dynamique engendre un cercle vicieux où la précarité et l'addiction se renforcent mutuellement, rendant la résolution de cette situation particulièrement difficile. La consommation de crack conduit souvent à une dégradation rapide des conditions de vie, avec des répercussions directes sur la capacité à maintenir un emploi stable, ce qui aggrave la situation financière et limite l'accès à un logement adéquat. Le caractère fortement addictif du crack pousse les consommateurs à sacrifier les besoins essentiels, y compris leur santé, pour satisfaire celui irrésistible de consommer (craving). La stigmatisation sociale associée à l'usage de substances illicites conduit souvent à l'exclusion des réseaux de soutien formels et informels, fragilisant encore davantage les relations familiales et sociales. De plus, l'accès au système de santé est souvent compromis pour les usagers de crack qui, en raison de leur mode de vie organisé autour de la recherche du produit, ont du mal à honorer leurs rendez-vous médicaux. Beaucoup d'entre eux rapportent également souffrir de stigmatisation dans les services de soins.²

EFFETS DU CRACK SUR LA SANTÉ

Le crack induit divers effets somatiques, psychiques et comportementaux dont l'intensité et la manifestation varient significativement d'un individu à l'autre.

Les effets du crack

Les effets principaux de la consommation de crack résultent de ses propriétés sympathicomimétiques.³ Il inhibe la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, augmentant leurs concentrations synaptiques. L'augmentation de dopamine dans certaines structures cérébrales, en particulier dans le noyau accumbens (région clé du circuit de la récompense), sous-tend la forte potentialité addictive du crack. Les effets sont répertoriés dans le **tableau 2**.

Il est important de noter que le choix du produit utilisé pour «baser la cocaïne» peut aussi avoir des conséquences sur la santé. L'exemple principal est l'ammoniac, qui irrite les voies respiratoires et entraîne une inflammation et une perméabilité accrues des réseaux capillaires pulmonaires pouvant conduire à un œdème du poumon.⁴ Dans une perspective de réduction des risques, il est donc préférable de recommander l'utilisation de bicarbonate de sodium, composé tout aussi basique mais non corrosif, pour préparer le crack. Le bicarbonate de sodium possède un effet particulièrement rapide sur le système nerveux central en raison de son absorption efficace par la muqueuse respiratoire lorsqu'il est inhalé, ce qui mène à une augmentation précoce de la concentration plasmatique.

Aggravation des effets chez les populations à risque

La consommation compulsive de crack peut induire un état d'hypervigilance durant lequel la personne peut ne pas dormir pendant plusieurs jours. Cette phase renforce les risques et les dangers pour la santé, particulièrement pour les usagers vivant dans la rue. Des traumatismes cutanés peuvent résulter de multiples facteurs, notamment des agressions, des chutes ou des accidents. Les lésions qui en découlent varient des plaies superficielles aux lésions profondes. Les conditions de vie dégradées aggravent ces situations, en particulier lorsque les plaies ne sont pas correctement nettoyées ou soignées, augmentant ainsi le risque d'infection. Le phénomène de syndémie joue ici un rôle central: les usagers, confrontés à la précarité et à un accès limité aux soins, voient leurs problèmes de santé s'aggraver par l'interaction entre ces conditions sociales et les effets du crack.

TABLEAU 1 Principales caractéristiques du crack et de la cocaïne

Caractéristiques	Crack	Cocaïne
Forme	Cristaux	Poudre blanche
Méthode de consommation	Fumé	Sniffée, injectée, ingérée
Processus de production	Mélange de cocaïne en poudre avec du bicarbonate ou de l'ammoniac, chauffé pour former des cristaux	Extraction et purification des feuilles de coca pour obtenir de la cocaïne en poudre
Premiers effets	Immédiat (quelques secondes)	Rapide (quelques minutes)
Durée de l'effet	Courte (5 à 15 minutes)	Plus longue (30 minutes à 1 heure)
Intensité de l'effet	Très intense, immédiat	Moins intense comparé au crack
Prix	10 CHF le «caillou» contenant 0,2 g de cocaïne 5 CHF l'inhalation contenant 0,1 g de cocaïne	80-100 CHF pour 1 gramme
Potentiel addictif	Très élevée	Élevée
Effets secondaires	Complications respiratoires (dues à l'ammoniac), cardiovasculaires, dentaires, neurologiques, psychiques	Complications cardiovasculaires et neurologiques
Statut légal	Illégal	Illégal

TABLEAU 2

Symptômes somatiques et psychiques liés à la consommation de crack

Symptômes somatiques	Symptômes psychiques
<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie⁵ • Trouble du rythme cardiaque⁵ • Infarctus du myocarde⁵ • Hypertension • Diaphorèse • Tremblements • Convulsions • Mydriase • Céphalées • Douleurs abdominales • Hyperactivité musculaire • Accident vasculaire cérébral hémorragique • Insuffisance multiviscérale • Sécheresse buccale: risque accru de caries dentaires, infections buccales, maladies parodontales⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Effet immédiat (rush): poussée d'énergie, désinhibition sociale • Phase suivante: dépression, irritabilité, anxiété (durant de 30 minutes à 1 heure ou plus)

«CRISE DU CRACK» AUX ÉTATS-UNIS (ANNÉES 1980) ET À GENÈVE

L'émergence du crack s'ancre dans l'évolution du marché mondial de la drogue caractérisée, notamment par le développement de réseaux de fabricants-distributeurs très efficaces et la disponibilité de produits directement utilisables à très bas prix.⁷ Aux États-Unis, l'arrivée du crack survient dans un contexte de déclin économique, de désindustrialisation et de paupérisation dans de nombreuses grandes villes. Dans les années 1980, les quartiers pauvres, en particulier les communautés afro-américaines et latino-américaines, faisaient face à des taux élevés de chômage, de pauvreté, et de ségrégation résidentielle. Ces facteurs ont aggravé la propagation rapide du crack, devenu une échappatoire pour ceux qui faisaient face à ces réalités difficiles. Cette «crise du crack» est associée à une vague de violence, de criminalité et de marginalisation sociale qui a commencé dans les années 1980 et s'est prolongée durant les décennies suivantes, laissant des traces durables dans certains paysages urbains.⁸

«Guerre à la drogue»

En réponse, le gouvernement américain a renforcé sa politique répressive avec la votation de lois imposant des peines beaucoup plus sévères pour la possession de crack par rapport à la cocaïne, qui ont conduit à une augmentation massive des arrestations et des incarcérations, souvent critiquées pour leur impact disproportionné sur les minorités raciales.⁹ Cette politique dite de «tolérance zéro» n'a pas eu l'effet escompté sur le marché et les risques associés. Certains auteurs postulent qu'elle a contribué au développement d'un marché de la drogue plus lucratif et attractif pour de nouveaux acteurs toujours plus violents pour le contrôler.¹⁰

Crise du crack à Genève: un écho de l'apartheid intime

La «crise du crack» aux États-Unis a laissé des cicatrices profondes dans les quartiers urbains pauvres: elle a exacerbé les inégalités raciales, augmenté l'incarcération de masse et contribué à la stigmatisation des personnes dépendantes.¹¹ Le crack a également révélé les fractures sociales, mettant en lumière le lien entre pauvreté, racisme systémique et criminalisation de la drogue.¹²

Dans ce contexte, Philippe Bourgois, anthropologue et ethnographe américain, a créé le terme de «apartheid intime» pour désigner l'incapacité des personnes marginalisées à établir des relations égalitaires ou à accéder à des espaces de dignité et de respect dans leurs interactions quotidiennes.¹² Ce concept va au-delà des frontières physiques ou économiques et s'infiltré dans les sphères les plus intimes des relations humaines, où les divisions raciales, économiques et sociales façonnent profondément les interactions, renforçant ainsi l'exclusion et la marginalisation. Le crack arrive dans les grandes villes européennes dès 1980. Il a fait son apparition principalement à Londres et à Paris, dans le sillage de la propagation de cette substance aux États-Unis. Il faudra attendre 2021 pour que la Suisse romande soit à son tour confrontée à son arrivée et que les fractures sociales qui traversent Genève rappellent douloureusement que la marginalisation vécue aux États-Unis résonne désormais dans les rues de cette ville. La vente et l'usage de crack se sont majoritairement concentrés dans l'espace public, notamment dans certains quartiers de Genève, rendant le phénomène plus visible. Cette situation a déclenché des débats citoyens et politiques, exacerbant les préoccupations autour de l'insécurité et de la salubrité publique, ainsi que des réponses institutionnelles à la marginalisation des personnes consommatrices. En 2024, le nombre de consommateurs réguliers de crack est estimé à plusieurs centaines à Genève. Toutefois, cette estimation demeure approximative, car de nombreux usagers échappent au recensement en raison de leur non-inscription au Quai 9 ou de leur marginalisation. Dans d'autres villes de Suisse romande, telles que Lausanne, Neuchâtel et Fribourg, la consommation de crack est également en augmentation.

DÉFIS DE SANTÉ PUBLIQUE ET ÉMERGENCE DE NOUVELLES RÉPONSES

Répondre aux crises: outreach program

Les interventions sanitaires traditionnelles reposent sur l'idée que les patients se rendent volontairement dans des structures médicales pour recevoir des soins. Cependant, face à l'augmentation de la consommation de crack, ce modèle a révélé ses limites: le cadre hospitalo-centré s'avère inadéquat pour une population souvent réticente à suivre les soins conventionnels et sujette à un fort risque de discontinuité des soins. De fait, un nouveau type de réponse a émergé du terrain: l'approche proactive d'«aller vers» les consommateurs, en proposant des soins directement sur site.

Les modèles «outreach», ou d'intervention de proximité hors des murs des institutions, ont été largement appliqués, notamment dans les milieux urbains aux États-Unis, où ils ont démontré leur efficacité pour atteindre des populations marginalisées comme les consommateurs.¹³ La littérature souligne plusieurs avantages à long terme de ces interventions, tels que l'amélioration de l'accès aux soins, la réduction des comportements à risque et un engagement accru des individus dans leur propre parcours de soins.¹⁴ Les programmes qui incluent des équipes multidisciplinaires se concentrent sur la réduction des dommages et présentent des résultats prometteurs.

Modèle outreach à Genève

Aux Hôpitaux universitaires de Genève, une équipe RUE (Réponse urgente engagée) du Service d'addictologie a mis en place en 2023 un programme de maraudes médicales dans les rues de la ville de manière à faciliter le contact avec des consommateurs et leur intégration dans le système de santé.

Le programme genevois de maraudes médicales des HUG est unique en Suisse romande par son intégration directe au service hospitalier, sa prise en charge pluridisciplinaire et son accessibilité inconditionnelle. Ailleurs en Suisse romande, comme à Lausanne, Neuchâtel ou Fribourg, les initiatives similaires sont principalement menées par des associations sans lien aussi structuré avec les hôpitaux. Ce modèle pionnier facilite une continuité des soins du terrain à l'hôpital, renforçant ainsi l'efficacité de l'accompagnement des consommateurs. Les éléments clés d'un programme de maraude médicale sont résumés dans le **tableau 3**.

Équipe pluridisciplinaire

L'équipe se compose de trois infirmiers, d'un médecin, et de trois pairs aidants. Ces derniers sont des professionnels de la santé qui ont eux-mêmes vécu l'expérience de la consommation de substances à un moment de leur vie. Après avoir réussi à surmonter leur dépendance et atteint l'abstinence, ils ont choisi de mettre leurs expertises personnelle et professionnelle au service des HUG.

Les pairs aidants jouent un rôle crucial en tant que facilitateurs du rétablissement.¹⁵ Leur connaissance des produits, des effets, et des défis liés à la consommation leur permet de créer un lien de confiance et d'empathie avec les patients. Grâce à leur vécu, ils sont en mesure de comprendre intimement les difficultés rencontrées par les personnes en situation de dépendance, ce qui leur permet d'offrir un soutien adapté et de qualité. En partageant leur propre parcours de rétablissement, ils inspirent et motivent les patients, tout en renforçant leur engagement dans le processus de soins. Leur présence dans l'équipe est indispensable.

Leur présence au sein de l'équipe pluridisciplinaire enrichit l'approche thérapeutique, en apportant une perspective unique combinant savoir expérientiel et expertise clinique.

TABLEAU 3		Éléments clés d'un programme de maraudes médicales
Éléments clés	Description	
<ul style="list-style-type: none"> • Équipe dédiée • Matériel de soins primaires • Distribution de matériel de réduction des risques • Orientation vers le réseau sociosanitaire • Accessibilité • Soutien pluridisciplinaire • Collaboration avec les associations locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel formé en addictologie et en soins de terrain • Sac de maraude contenant des désinfectants, des pansements, du matériel pour des soins immédiats • Pipes à crack, seringues stériles, préservatifs, couverture de survie, etc. • Accompagnement vers les structures de soins et les services sociaux • Prise en charge indépendante du statut légal ou assurantiel des consommateurs • Suivis social, psychologique, psychiatrique et somatique intégrés • Partenariat avec des structures existantes pour renforcer l'impact du programme (par exemple, première ligne) 	

Approche centrée sur la dépendance

Il n'existe pas de traitement de substitution au crack. Néanmoins, une majorité des consommateurs de crack sont des polyconsommateurs pour lesquels un traitement par agoniste des opiacés est envisageable et discuté le cas échéant avec le patient dans une approche pluridisciplinaire.

Collaboration intersectorielle

La collaboration avec les acteurs de terrain est un élément essentiel du programme. Elle inclut les services de santé intrahospitaliers et ambulatoires, les autorités locales, les associations gérant les hébergements d'urgences, des organisations communautaires de réduction des risques et le Service de protection de l'adulte. À cet égard, l'étroite collaboration avec la police municipale a permis la mise en place de maraudes soignants/policiers pour la première fois en Suisse. Les policiers remettent mensuellement à l'équipe du CAAP Arve (Centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique) la liste des immeubles où des consommations dans des cages d'escaliers ont été signalées. Cette synergie s'inscrit également dans le cadre du Plan Crack, un axe spécifique du Plan cantonal de lutte contre les addictions, visant à renforcer la coordination et la prise en charge des personnes consommatrices. Elle a permis de créer une prise en charge plus résiliente et inclusive, capable de s'adapter aux réalités complexes des personnes les plus marginalisées.

Statistiques

Entre novembre 2023 et août 2024, 138 patients ont entamé un parcours de soins aux HUG grâce à cette intervention hors murs. La moyenne d'âge étant de 34 ans avec une majorité d'hommes (72,2%). Soixante-deux pourcent des usagers sont sans domicile fixe. Le nombre de contact en rue s'élève à plus de 1500.

CONCLUSION

Le crack engendrant des effets plus rapides et intenses que ceux de la cocaïne pour un coût inférieur, sa consommation est souvent associée à l'accentuation de facteurs de précarité sociale: instabilité du logement, perte de capacité de gain, isolement social et barrières à l'accès aux soins. Il est ainsi crucial de compléter les approches sanitaires adaptées par un important travail de soutien social, notamment en facilitant l'accès aux structures d'hébergement d'urgences et en développant des programmes d'accompagnement personnalisés visant à la réinsertion.

Pour répondre efficacement à cette crise, une collaboration étroite entre les autorités locales, les professionnels de la santé et le tissu associatif est indispensable.

La crise du crack met en lumière les vulnérabilités des systèmes de santé traditionnels et la nécessité d'adopter des approches plus réactives et inclusives. Investir dans des programmes d'intervention sur site et renforcer les infrastructures sociales sont des étapes cruciales pour répondre aux besoins des consommateurs de crack et réduire les iniquités en santé publique.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La consommation de crack accentue les vulnérabilités préexistantes des consommateurs.
- Le travail de rue (maraudes) permet de créer du lien avec une patientèle qui reste difficile d'accès par les services de soins traditionnels.
- Une collaboration intersectorielle est essentielle pour assurer une couverture efficace des besoins à travers le territoire.
- Cela représente une opportunité pour les acteurs du soin de mettre en place des stratégies innovantes.

1 Drake LR, Scott PJH. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Cocaine. *ACS Chem Neurosci*. 2018 Oct 17;9(10):2358-72.
 2 Zwick J, Appleseth H, Arndt S. Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020 Jul 27;15(1):50.
 3 *Roque Bravo R, Faria AC, Brito-da-Costa AM, et al. Cocaine:

An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. *Toxins (Basel)*. 2022 Apr 13;14(4):278.
 4 Czerwiec A, Chevallier C, Grenet G, et al. Exposure to ammonia solution due to substance use: a retrospective study from the French poison centres database (2009-2018). *Clin Toxicol*

(Phila). 2024 Feb;62(2):107-11.
 5 Pergolizzi Jr JV, Magnusson P, LeQuang JAK, Breve F, Varrassi G. Cocaine and Cardiotoxicity: A Literature Review. *Cureus*. 2021 Apr 20;13(4):e14594.
 6 Araujo NS, das Graças Alonso Oliveira M, Neto AVB, et al. Salivary flow rates and buffer capacity and its relationship with oral health status: a cross-sectional study on crack-cocaine-addicted males. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020 Nov;27(33):41876-84.
 7 ** Bourgois P. Le crack et l'économie politique de la souffrance sociale. In *Villes et toxicomanies* [En ligne]. Toulouse: Érès, 2005. p. 85-93. (Cité 28 août 2024). Disponible sur: https://stm.cairn.info/article/ERES_GIRAU_2005_01_0085?lang=fr&tab=texte-integral
 8 De Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(9):857-66.
 9 Diamond AJ, Duvoux N, Minonzio J. Incarcération de masse et démobilité politique chez les Afro-Américains. *Inf Soc*. 2013;(177):86-94.
 10 Poret S. L'impact des politiques répressives sur l'offre de drogues illicites. Une revue de la littérature théorique. *Revue économique*. 2006;57(5):1065-91.
 11 ** Gfroerer J. War Stories from

the Drug Survey: How Culture, Politics, and Statistics Shaped the National Survey on Drug Use and Health. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
 12 ** Bourgois P, Schonberg J. Un «apartheid intime». *Dimensions ethniques de l'habitus chez les toxicomanes sans-abri de San Francisco*. *Actes Rech Sci Soc*. 2005;(160):32-44.
 13 * Lakkadghatwala R, Lane D, Scheuermeyer F, et al. An emergency-department-initiated outreach program for patients with opioid use disorder is associated with an increase in agonist therapy and engagement in addiction care: a one-year cohort study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2024 Feb 21;19(1):14.
 14 * Henskens R, Garretsen H, Bongers I, Van Dijk A, Sturmans F. Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use Misuse*. 2008;43(10):1464-75.
 15 Anderson J. Peer support workers' conceptions of drug users and the implications for service provision. *Anthropol Med*. 2021 Dec;28(4):477-92.

* à lire
 ** à lire absolument