

PRÉVALENCE ET UTILISATION DES SERVICES DANS LE DOMAINE DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DU JEU DE HASARD ET D'ARGENT



**ANDRÉ
NGAMINI NGUI**
Chercheur, Centre
de réadaptation
en dépendance de
Montréal – Insti-
tut universitaire
(CRDM-IU) et Uni-
versité du Québec
à Montréal



**SYLVIA
KAIROUZ**
Directrice
Habitudes de
vie Et Recher-
ches Multidisci-
plinaires: virtualité
et jeu (HERMES),
responsable d'axe
et chercheur au
CRDM-IU - Titu-
laire de la Chaire
de recherche sur
le jeu, Université
Concordia



LOUISE NADEAU
Responsable d'axe et chercheur au CRDM-IU
et Université de Montréal

MARIE-JOSÉE FLEURY
Directrice scientifique, CRDM-IU - chercheuse Douglas
Institut universitaire en santé mentale, Université McGill



Article n° 10.04.07 Mots-clés : prévalence des substances psychoactives, prévalence des jeux de hasard et d'argent, utilisation des services par les personnes dépendantes, déterminants de la prévalence chez les personnes dépendantes, déterminants de l'utilisation des services chez les personnes dépendantes.

Cet article vise d'abord à dresser un portrait global de la prévalence et les déterminants de la consommation des substances psychoactives (SPA) et du jeu de hasard et d'argent (JHA) de façon globale, avec une concentration sur le Québec. Puis, il présente l'utilisation des services pour ces deux fléaux et les facteurs associés à l'utilisation des services par les personnes ayant un problème lié à la consommation des SPA ou au JHA.

Dans son *Atlas* sur l'utilisation des substances publié en 2010, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'environ 46 % des hommes et 73 % des femmes sont abstinents à l'alcool, ces statistiques variant substantiellement d'un pays à un autre. Dans les pays développés et dans la population générale, le taux d'abstinence à l'alcool atteint environ 20 %. Au cours de l'année 2010, 77 % des Canadiens et 82 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool^[1]. Quant à la consommation de drogues, 54 % des Québécois n'en ont jamais consommé au cours de leur vie, 33 % en ont déjà fait usage et 13 % en ont consommé dans les douze derniers mois^[1].

Depuis la dernière décennie, différentes directives ont été émises sur la consommation à risque, incluant des standards de nombre de verres par occasion, par semaine et par année pour les femmes et les hommes ayant des effets à court et à long termes sur la santé^[1]. L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogue (ESCCAD) réalisée en 2012 rapporte que 80,0 % des Canadiens âgés de 25 ans et plus avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année et 11,9 % des buveurs avaient effectué une consommation supérieure à la norme, à savoir trois verres pour les femmes et quatre verres pour les hommes en une même occasion. Au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec rapporte qu'en 2005, 21 % de la population (29,5 % des hommes et 11,9 % des femmes) évaluaient avoir eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois lors de la dernière année, soit au moins cinq consommations ou plus lors de la même occasion.

Quant aux jeux de hasard et d'argent (JHA), au Québec, en 2012, 84 % de la population adulte déclare avoir joué au moins une fois dans sa vie à un JHA et 67 % lors des 12 derniers mois. La participation aux JHA est largement récréative, les types de jeux les plus populaires étant les loteries (61 %), les machines à sous (10 %), les jeux d'habiletés (5 %), le poker sur table (5 %), le bingo (4 %) et les appareils de loterie vidéo (4 %). Au Québec, le taux de participation aux JHA a diminué significativement entre 1996 (90 %) et 2012 (67 %), suivant une tendance mondiale marquée par une augmentation entre les années 1990 et 2000, suivie d'un déclin continu depuis les années 2000^[2].

L'usage dépassant le seuil à risque peut conduire à un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances (TUS : abus et dépendance à l'alcool et aux drogues – DSM-IV) ou de jeu pathologique (JHA : jeu problématique et pathologique), lesquels ont des conséquences importantes pour la société, l'entourage et les individus affectés (p. ex., isolement, délinquance, perte d'emploi). Notamment, pour chaque joueur pathologique, entre 5 et 17 proches sont touchés, parmi lesquels les plus affectés sont les conjoints et les enfants^[3]. L'OMS (2004) soutient que près de 6 % des décès enregistrés chaque année seraient causés par l'usage nocif d'alcool et plus de 5 % de la charge mondiale des maladies et traumatismes y est attribuable. L'alcool, les drogues illicites et le tabac sont associés à plus de 80 maladies (dont le VIH et le SIDA) et accidents évitables^[4]. Les TUS et le jeu pathologique sont hautement interreliés et associés à la détresse psychologique et aux troubles mentaux concomitants. Le jeu pathologique peut particulièrement entraîner des conséquences financières néfastes pour les individus, notamment des endettements menant à la faillite. Dans un tel contexte démontrant le fardeau élevé accompagnant ces problèmes, cet article vise à effectuer un portrait succinct des prévalences et déterminants des TUS et du jeu pathologique ainsi que de l'utilisation des services de ces clientèles et de leurs déterminants.

Prévalence et déterminants des TUS et du jeu pathologique

Aux États-Unis, la prévalence à vie et en 2007 (12 mois) de l'abus d'alcool est évaluée à 18 % et 5 % respectivement, et pour la dépendance à 12,5 % et à 4 % respectivement^[5]. Quant à la drogue, les prévalences d'abus et de dépendance à vie sont

respectivement de 7,7 % et 2,6 % alors que celles des 12 derniers mois sont de 1,4 % et 0,6 %^[6]. Environ 50 % des individus qui rapportent un TUS à vie ont aussi un trouble mental à vie, les plus fréquents étant l'anxiété, la dépression majeure et les troubles de personnalité^[7]. Au Canada, plus de 4 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont reconnu en 2012 avoir un TUS, la substance la plus fréquemment rapportée étant l'alcool, dont la prévalence s'élève à plus de 3 %. Près de 16 % des individus ayant un TUS au cours des 12 derniers mois présentaient aussi des troubles mentaux courants associés. De même, 22 % des répondants ayant un trouble de l'humeur et 21 % un trouble anxieux présentaient un TUS^[8]. Au Québec, on estime qu'en 2002 les prévalences de la dépendance à l'alcool et aux drogues étaient respectivement de près de 2 % et 1 % pour une période de 12 mois^[1]. La prévalence de la dépendance à l'alcool en 2008 est trois fois supérieure chez ceux ayant eu un trouble anxieux ou de l'humeur à vie comparativement à ceux n'ayant pas été affectés par ces troubles (3,8 % de la population générale contre 1,3 %)^[8].

Concernant la prévalence du jeu pathologique, elle varie entre 3,0 % et 3,3 % parmi les pays occidentaux selon les outils de mesure utilisés. Au Canada, la prévalence du jeu pathologique s'établit de 0,4 à 1,4 % (Canadian Partnership for Responsible Gambling, 2014). La plus récente enquête québécoise en 2012 estime à 1,4 % la population âgée de 18 ans et plus (90 000 individus) qui sont des joueurs à risque modéré, et à 0,4 % (25 000) les joueurs pathologiques^[2]. Aux États-Unis, 76 % des joueurs pathologiques seraient affectés par un TUS concomitant, et plus de 50 % de la clientèle en traitement auraient des pensées suicidaires. Parmi ceux-ci, 17 % ont fait une tentative de suicide^[9]. Au Québec, parmi les joueurs à risque modéré et pathologiques, 28 % sont estimés avoir une consommation à risque d'alcool et 22 % une dépendance possible à l'alcool^[2].

Les facteurs étiologiques associés aux TUS et au jeu pathologique sont multifactoriels et s'expliquent à la fois par la génétique, les caractéristiques individuelles et familiales et les éléments du contexte. Ainsi, le risque d'avoir un TUS ou d'être un joueur pathologique est plus élevé chez les hommes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes en situation d'itinérance et celles à faible revenu, notamment les chômeurs. Les facteurs de risque sont aussi plus élevés lorsque l'initiation se fait à un jeune âge, lors d'absence de soutien social, quand les personnes présentent un faible niveau de scolarité ou ont des antécédents de tels problèmes dans la famille^[9].

Utilisation des services : TUS et jeu pathologique

Peu d'études ont été réalisées globalement sur l'utilisation des services par ces clientèles (TUS et jeu pathologique). Les études populationnelles montrent qu'une très faible proportion de ces clientèles utilise les services. Aux États-Unis, 8 % des personnes ayant des TUS ont rapporté en 1997 utiliser les services de santé (p. ex., médecins, psychiatres) ou des traitements spécialisés en réadaptation pour leur problème^[10]. Chez les personnes ayant des TUS et troubles mentaux concomitants, une autre étude réalisée en 1997-1998 révèle qu'entre 70 et 80 % n'utilisent pas les services de santé spécialisés de réadaptation^[11]. En 2002, 9,4 % de tous les Canadiens ont reçu de l'aide pour des troubles

C'est en amont qu'il faut tenter d'intervenir avec une meilleure détection du risque, avant que les problèmes n'atteignent le seuil clinique.

mentaux, incluant les TUS. Ceci correspond à près de 14 % avec des TUS uniquement, à 51 % ayant des troubles concomitants (TUS-troubles mentaux associés) et à 44 % avec essentiellement des troubles mentaux courants. Des individus avec TUS, 6,2 % ont utilisé les services d'un omnipraticien, 1,8 % d'un psychiatre, 2,3 % d'un psychologue et 4,8 % d'un travailleur social. Ceux avec des troubles concomitants ont plutôt utilisé à 34,6 % les services d'un omnipraticien (dont 27 % uniquement), à 16,1 % le psychiatre, à 11 % le psychologue et à 15,1 % le travailleur social. Le nombre moyen d'utilisations de services pour 12 mois était de 1,8 % pour les individus avec des TUS uniquement, comparés à 2,3 % pour les troubles concomitants et 2,0 % pour les troubles mentaux uniquement^[12].

Concernant les services des centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec, ils rejoindraient 10 % des individus avec des TUS, ce qui est comparable à ce qui existe ailleurs, incluant les États-Unis. Selon l'Association des CRD du Québec, 60 % de la clientèle des CRD du Québec consultent pour des problèmes d'abus ou de dépendance à la drogue, 20 % pour un suivi pour l'alcool et 7 % pour un problème de jeu. Près de 13 % des consultations concernent les services offerts aux membres de l'entourage. De plus, 60 % sont des hommes et près de 30 % sont des jeunes de 24 ans et moins. La grande majorité (90 %) reçoit des services sur une base ambulatoire, en services externes^[13].

L'analyse des habitudes d'utilisation des services par les usagers des CRD du Québec en 2004-2005 basée sur des données administratives démontre, en opposition aux études populationnelles, une utilisation élevée des services de santé. Sur 5 331 usagers en CRD, plus de 98 % avaient effectué en moyenne plus de deux visites par mois chez le médecin. Dans l'ensemble, 46 % des usagers ont consulté pour un TUS à raison de 0,5 visite en moyenne par mois, alors que 34 % avaient été hospitalisés et 22 % avaient consulté les urgences hospitalières en moyenne deux fois au cours des deux années à l'étude. Plus de 36 % des usagers avaient reçu un diagnostic de TUS et troubles mentaux concomitants^[14]. Dans la littérature sur les urgences hospitalières, une forte proportion des individus avec des TUS, troubles mentaux (TM) et troubles concomitants (TUS-TM) se classent parmi les « grands utilisateurs » de services de santé. Ces derniers, qui représentent environ 5 à 10 % de la population des urgences, consomment un nombre disproportionné de services de santé, généralement entre 20 à 50 % des services. Une étude récente portant sur 4 408 patients québécois ayant eu en 2006-2007 un diagnostic concomitant de TUS et de schizophrénie indique que 72 % d'entre eux avaient effectué au moins une visite à l'urgence durant l'année, et 17 %

des visites avaient été effectuées par 5 % de ces patients, soit une moyenne de plus de six visites par usager^[15].

Quant au jeu pathologique, une faible proportion recherche de l'aide. Des études populationnelles américaines révèlent qu'entre 7 à 10 % des individus ayant des problèmes de jeu ont utilisé au cours de leur vie des services ou assisté à des rencontres de groupes de soutien comme les *Gamblers Anonymes*. De même, 23 % des Australiens et entre 10 à 15 % des Néo-Zélandais ayant des problèmes de jeu ont déclaré avoir reçu des services pour ces problèmes^[16]. Une étude canadienne estime à 29 % l'utilisation des services pour le jeu pathologique en 2006-2007^[16]. Parmi les joueurs québécois, plus de 8 % des joueurs à risque modéré et 44 % des joueurs pathologiques connaissent les services des centres de traitement pour le jeu et les ont consultés. Moins de 2 % des joueurs pathologiques ont consulté un médecin, une infirmière ou autre professionnel médical, et près de 6 % un psychologue et 5 % un travailleur social. Environ 17 % des joueurs (à risque modéré et pathologiques) ont mentionné connaître la ligne téléphonique *Jeu: aide et référence* et l'ont appelée, alors que 10 % des répondants ont déclaré avoir fréquenté un groupe d'entraide pour leur problème de jeu. Par ailleurs, une étude comparative de joueurs pathologiques et non-joueurs de la région de Montréal-Centre qui se sont suicidés révèle que 2 % avaient suivi un traitement spécialisé et qu'ils étaient 13 fois moins nombreux que les non-joueurs à avoir fait usage des services de première ligne^[17]. Enfin, la période estimée entre l'apparition des problèmes et la demande de soins est estimée à au moins trois ans pour les problèmes de jeu et à environ 10 ans pour les TUS^[18].

Déterminants de l'utilisation des services : TUS et jeu pathologique

Le modèle comportemental d'Andersen est le plus utilisé pour comprendre les déterminants de l'utilisation des services. Selon ce modèle, les facteurs associés à l'utilisation des services peuvent être regroupés en trois catégories :

- *les facteurs prédisposants* - les caractéristiques individuelles préexistantes avant la maladie comme le sexe, l'âge, la culture;
- *les facteurs facilitateurs* - il s'agit des caractéristiques individuelles modifiables comme le revenu et l'emploi, mais aussi le système de santé et la structure sociale;
- *les facteurs de besoin* qui sont ceux qui précipitent le recours aux services - le diagnostic, la gravité de la maladie et le nombre de symptômes.

Selon la littérature, les facteurs suivants sont associés à une utilisation plus importante des services pour les TUS ou pour le jeu pathologique: le fait d'être jeune et de sexe masculin — un soutien social et un revenu plus élevé — le fait d'avoir un emploi et d'être en milieu urbain et dans des quartiers moins défavorisés sur le plan matériel et social. Pour le JHA, le recours aux services est souvent perçu comme la dernière solution possible à ses problèmes^[16].

Les facteurs suivants sont associés à l'utilisation des services autant pour les TUS que les JHA:

- la reconnaissance de ses problèmes,

- la motivation envers le traitement (et la volonté de ne pas traiter seul ses problèmes),
- l'absence de stigmatisation,
- la conviction que la personne peut s'en sortir,
- des problèmes avec la justice ou au travail,
- la connaissance des ressources,
- un accès adéquat aux services (idéalement externes),
- la perception que les traitements répondent aux besoins ou sont efficaces^[1].

Les besoins sont souvent les déterminants majeurs du recours aux traitements. L'utilisation des services augmenterait avec la sévérité et le nombre de diagnostics^[19]. Notamment, chez les femmes utilisatrices de drogue injectable, chaque dose supplémentaire de drogue hausserait de 76 % le recours à un CRD. De plus, la présence de troubles concomitants de TUS et/ou de jeu pathologique avec les troubles physiques chroniques et les troubles mentaux augmentaient aussi l'utilisation des services^[11]. Enfin, une fois établi le contact avec les services, une bonne alliance thérapeutique avec le professionnel et l'absence de barrière linguistique entre le client et le dispensateur de services augmentent les chances d'utilisation des services.

Autres problèmes que la sous-utilisation des services dans le rétablissement des personnes

Plusieurs études montrent que la sévérité des TUS et des problèmes de jeu et la présence de troubles mentaux ou autres troubles concomitants affectent négativement les résultats du traitement et augmentent les taux de rechute dans l'année suivant la fin du traitement. Spécifiquement, le pronostic de la schizophrénie associée aux TUS est beaucoup plus défavorable que celui des autres troubles mentaux^[19]. Outre la sous-utilisation des services, l'abandon du traitement est une problématique importante chez les TUS et joueurs pathologiques. Parmi les raisons expliquant l'abandon du traitement, les suivantes sont parmi les plus citées : le fait d'être un homme, d'être jeune, immigrant, d'avoir des troubles cognitifs, de présenter des TUS moins sévères, d'être diagnostiqué avec des troubles de personnalité et antisociaux et être moins motivé par le changement^[16].

Pour les TUS, les taux de rémission en traitement sont globalement assez faibles, surtout lorsque mesurés sur une période d'une année. Les troubles concomitants exigent aussi très fréquemment l'accessibilité à des traitements ou des services intégrés.

Pour les JHA, aucune étude n'a établi la démonstration de l'efficacité d'interventions visant à prévenir les problèmes de jeux pathologiques. Les interventions de prévention les plus prometteuses seraient celles qui ciblent les clientèles les plus jeunes et qui visent à limiter l'accessibilité des JHA (de telles mesures étant aussi valables pour les TUS) et les mesures de restrictions de consommation d'alcool et d'usage de tabac dans les aires de jeu^[20].

Plusieurs traitements ont démontré leur efficacité pour réduire la consommation de substances; en fait, peu de traitements se distinguent s'ils suivent les guides de bonnes pratiques et sont



Ensemble contrôlons les infections nosocomiales



ENVELOPPES HYGIÉNIQUES®
Pour BASSINE, VOMITOIRE et URINAL
Tampon super absorbant contenu dans chaque enveloppe gélifiée jusqu'à 600 ml de liquide.

SUPPORT HY21®
BASSINE, VOMITOIRE et URINAL
Gère et contient efficacement les liquides biologiques.



GANTS DE TOILETTE PRÉIMBIBÉS
Avec intérieur plastifié
Préviennent la contamination et permettent une toilette complète.

Plus de 65 produits
Utilisés dans plus de 700 institutions de santé
1.866.588.2221 | www.hygie.com

prodigés par de bons cliniciens. Quant au jeu pathologique, la thérapie cognitivo-comportementale, le modèle *transthéorique* du changement ou le modèle Minnesota des 12 étapes figurent parmi les approches recommandées^[20].

Conclusion

Quatre Québécois sur cinq consomment de l'alcool tandis que 13 % d'entre eux rapportent consommer des drogues. En 2005, un Québécois sur cinq rapportait avoir eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois par mois, soit au moins cinq consommations ou plus lors de la même occasion. Deux tiers des Québécois déclarent avoir joué au moins une fois au cours de l'année à un JHA et 1,4 % sont des joueurs à risque modéré. L'usage dépassant le seuil à risque peut conduire à de la dépendance. Tant pour la personne que pour la collectivité, les problèmes associés aux dépendances sont considérables : l'alcool, les drogues illicites et le tabac sont associés à plus de 80 maladies (dont le VIH et le SIDA) et accidents évitables. Le jeu pathologique entraîne souvent des endettements menant à la faillite. La présence de TUS ou de jeu pathologique augmente la probabilité de présenter un autre trouble mental, notamment d'autres dépendances. L'étiologie de ces troubles est multifactorielle et s'explique par la génétique, les caractéristiques individuelles et familiales ainsi que les éléments du contexte.

Au Québec, 10 % des personnes qui souffrent de TUS utilisent les services, une proportion comparable à ce qui existe ailleurs. Plusieurs facteurs sont associés à l'utilisation de services : le fait d'être jeune et de sexe masculin — un soutien social et un revenu plus élevé — le fait d'avoir un emploi et d'être en milieu urbain et dans des quartiers moins défavorisés sur le plan matériel et social. Outre ces facteurs, les besoins sont souvent les déterminants majeurs du recours aux traitements. En effet, l'utilisation des services augmenterait avec la sévérité et le nombre de diagnostics. Par ailleurs, l'abandon du traitement est une problématique importante chez les TUS et joueurs pathologiques. Le fait d'être un homme, d'être jeune, immigré, d'avoir des troubles cognitifs, de présenter des TUS moins sévères, d'être diagnostiqué avec des troubles de personnalité et antisociaux et être moins motivé par le changement sont associés à l'abandon du traitement.

Plusieurs traitements ont démontré leur efficacité pour réduire la consommation de substances; en fait, peu de traitements se distinguent s'ils suivent les guides de bonnes pratiques et sont prodigués par de bons cliniciens. Cependant, les taux de rémission en traitement sont globalement assez faibles, surtout lorsque mesurés sur une période d'une année. Les troubles concomitants diminuent l'efficacité des traitements.

Il ressort de ce survol que le fardeau associé aux dépendances est lourd non seulement pour la personne, les proches et la collectivité, mais aussi pour le réseau de la santé et des services sociaux. C'est en amont qu'il faut tenter d'intervenir avec une meilleure détection du risque, avant que les problèmes n'atteignent le seuil clinique. Une meilleure détection en première ligne avec des outils fiables et valides ainsi que l'instauration d'un système de référence pourraient faciliter l'accès aux services au moment opportun. ●

Références bibliographiques

- DION, C. & E. PAQUETTE (2011). *Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues*, Centre québécois de lutte aux dépendances.
- KAIROUZ, S., L. NADEAU & C. ROBILLARD (2014). *Enquête ENHJEU-QUÉBEC - Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans. version du 19 février 2014*, Concordia University: Montréal, Québec.
- KALISCHUK, R.G. et al. (2006). "Problem gambling and its impact on families: A literature review". *International Gambling Studies* 6: p. 31-60.
- POPOVA, S., REHM, J. & FISCHER, B. (2006). "An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada". *Public Health* 120(4): p. 320-8.
- HASIN, D.S. et al. (2007). "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". *Arch Gen Psychiatry* 64(7): p. 830-42.
- SCHULDEN, J.D., THOMAS, Y.F. & COMPTON, W.M. (2009). "Substance abuse in the United States: findings from recent epidemiologic studies". *Curr Psychiatry Rep* 11(5): p. 353-9.
- FLEURY, M.J. et al. (2014). "Predictors of Alcohol and Drug Dependence". *Can J Psychiatry*. In press.
- PEARSON, C., JANZ, T. & ALI, J. (2013). "Mental and substance use disorders in Canada". *Health at Glance* 82-624-X: p. 1-8.
- PILVER, C.E. et al. (2013). "Gender differences in the relationship between gambling problems and the incidence of substance-use disorders in a nationally representative population sample". *Drug Alcohol Depend* 133(1): p. 204-11.
- WU, L.-T., RINGWALT, C.L. & WILLIAMS, C.E. (2003). "Use of Substance Abuse Treatment Services by Persons With Mental Health and Substance Use Problems". *Psychiatric Services* 54(3): p. 363-369.
- WATKINS, K.E. et al. (2001). "A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders". *Psychiatr Serv* 52(8): p. 1062-8.
- DAVISON, K.M., MARSHALL-FABIEN, G.L. & GONDARA, L. (2014). "Sex differences and eating disorder risk among psychiatric conditions, compulsive behaviors and substance use in a screened Canadian national sample". *Gen Hosp Psychiatry* 36(4): p. 411-4.
- DESROSIERS, P. et coll. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec : Montréal.
- FLEURY, M.-J. et coll. (2013). *Les usagers du Centre Dollard-Cormier Institut-universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) : trajectoires d'utilisation des services*. Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie.
- NGAMINI NGUI, A. et al. (2014). "High Users of Emergency Departments in Quebec Among Patients With Both Schizophrenia and a Substance Use Disorder". *Psychiatric Services* doi: 10.1176/appi.ps.201300474.
- SUURVALI, H. et al. (2009). "Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature". *J Gambler Stud* 25(3): p. 407-24.
- SÉGUIN, M. et al. (2010). "Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking". *Psychol Addict Behav* 24(3): p. 541-547.
- LEAVENS, E., MAROTTA, J. & WEINSTOCK, J. (2014). "Disordered gambling in residential substance use treatment centers: an unmet need". *J Addict Dis* 33(2): p. 163-73.
- FLEURY, M.J. et al. (2012). "Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services". *Psychiatr Q* 83(1): p. 41-51.
- YIP, S.W. & POTENZA, M.N. (2014). "Treatment of Gambling Disorders". *Curr Treat Options Psychiatry* 1(2): p. 189-203.