IMPACT DES TROUBLES MENTAUX SUR LE FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN DE LA POPULATION BELGE.
Résultats de l'étude «European Study on Epidemiology of Mental Disorders» (ESEMeD)

A. BONNEWYN (1), R. BRUFFAERTS (1), H. VAN OYEN (2), S. DEMAREST (2), K. DEMYTTENAERE (1)

RÉSUMÉ : Objectif. Analyser l'impact des troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'alcool) sur le fonctionnement quotidien de la population belge.
Méthode. 2.419 adultes belges non institutionnalisés (+ de 18 ans) ont été interviewés en 2001 et en 2002 sur la base d'une version révisée de la Composite International Diagnostic Interview des World Mental Health Surveys de l'Organisation Mondiale de la Santé (WMH-CIDI). Cette interview visait à contrôler la présence de troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'alcool) d'après le Diagnostic Manual of Mental Disorders, 4ème version (DSM-IV). La Disablement Assesment Scale de l'OMS (WHODAS-2) a, en outre, été utilisée pour mesurer les limitations fonctionnelles.
Résultats. Les résultats de cette étude révèlent que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux peuvent clairement être associés à des limitations dans le fonctionnement quotidien notamment, en ce qui concerne les aspects sociaux, émotionnels et physiques. Les troubles de l'humeur ont le plus grand impact, vu qu'ils entravent différents domaines du fonctionnement et, en particulier, la vie sociale. En revanche, les troubles anxieux sont principalement liés à des limitations touchant les aspects émotionnels et physiques. Les personnes atteintes de troubles liés à l'alcool ne rapportent que peu d'impact de leur affection.
Conclusion. Les troubles mentaux ont une influence significative sur la vie quotidienne, tant sur le plan personnel, social que professionnel. L'impact économique d'une psychopathologie est, par conséquent, considérable.
MOTS-CLÉS : *Fonctionnement quotidien - Qualité de vie -Troubles mentaux*

THE IMPACT OF MENTAL DISORDERS ON DAILY FUNCTIONING IN THE BELGIAN COMMUNITY
SUMMARY : Aims. This study reports the impact of mental disorders on daily functioning in the Belgian population.
Material and method. A representative sample of 2419 non-institutionalised Belgian adults (18+) was interviewed between 2001 and 2002 using the Composite International Diagnostic Interview of the World Mental Health Surveys of the World Health Organisation (WMH-CIDI). Common mental disorders (mood, anxiety, and alcohol disorders – according to DSM-IV) and functional disabilities (according to the World Health Organization Disablement Assessment Scale – WHO-DAS-2) were assessed.
Results. Mood and anxiety disorders were associated with substantial levels of disability: social, emotional and physical domains were affected. Mood disorders were found to exert the largest impact in different domains of daily functioning, although the social life was most affected. Anxiety disorders were, on the contrary, more associated with emotional and physical discomfort. Persons with a alcohol disorder reported a substantially low impact on their daily functioning.
Conclusions. Mental disorders affect several domains of daily functioning, with considerable limitations in personal and social life, but also with dramatic cutbacks in work productivity.
KEYWORDS : *Disability - Quality of life - Mental disorders*

L'étude «European Study on Epidemiology of Mental Disorders» (ESEMeD) a été financée en Belgique par une «unrestricted educational grant» de Glaxo Smith Kline. Cette étude a été réalisée dans le cadre de la «World Mental Health (WMH) Survey Initiative» (http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/) entreprise par l'Organisation Mondiale de la Santé. Nous remercions à cet égard le comité scientifique de l'OMS pour son assistance dans la réalisation du travail de terrain.

INTRODUCTION

Ces dernières années, une attention croissante a été accordée à l'analyse de la "qualité de vie" des personnes présentant une pathologie ou un dysfonctionnement mental ou somatique spécifique. Un critère important pour évaluer la qualité de vie consiste à observer quelles affections entravent le fonctionnement quotidien optimal. La majorité des recherches sont axées sur les affections somatiques (par ex. asthme, arthrite,…). Bien que de nombreuses recherches aient été consacrées à l'épidémiologie des troubles mentaux, le lien entre troubles mentaux ou problèmes émotionnels et qualité de vie n'a été que rarement étudié (1). De plus, le groupe-cible examiné était souvent limité à une population psychiatrique clinique (2-3), empêchant toute généralisation au niveau de la population. Les études existantes, bien que restreintes en nombre, indiquent cependant que les troubles mentaux (comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux) ont un impact important sur le fonctionnement quotidien. Les personnes atteintes de troubles mentaux, qu'elles soient ou non sous traitement, ont révélé des niveaux supérieurs de limitations fonctionnelles dans leur quotidien par rapport aux personnes ne

(1) Service de Psychiatrie, UZ Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, tél. ++32 16 34 87 01
(2) Institut Scientifique de la Santé Publique, rue J. Wytsman 14, B-1050 Bruxelles.

souffrant d'aucun trouble mental (4-7). Ainsi, d'après le projet Burden of Disease de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (8), les troubles mentaux touchant les personnes âgées entre 15 et 44 ans à travers le monde seraient responsables d'au moins un cinquième de toutes les Disability-Adjusted Life-Years (DALY) – une mesure du nombre d'années vécues de façon non optimale en raison de la maladie. Les limitations fonctionnelles consécutives aux troubles mentaux exerceraient une influence sur différents domaines comme le bien-être, les relations sociales et la productivité au travail.

Si l'on considère l'apparition fréquente de troubles mentaux (9) et le comportement très limité de recherche d'assistance pour résoudre ces problèmes au sein de la population belge (10), on peut supposer que les troubles mentaux entravent considérablement le fonctionnement quotidien. L'un des objectifs de l'étude European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) présentée ici consiste à analyser l'association entre l'apparition de troubles mentaux et les limitations dans la vie quotidienne de la population belge.

ECHANTILLON ET MÉTHODE

ECHANTILLON

La population visée était composée d'adultes belges non institutionnalisés (+ de 18 ans), formant un total d'environ 7.900.000 personnes. L'échantillon était extrait du Registre National. Un échantillon représentatif stratifié à deux échelons de 2.419 personnes a été interviewé. Les interviews ont eu lieu d'avril 2001 à juin 2002. Les personnes ont été interrogées à domicile par des interviewers de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP). Toutes les interviews ont été réalisées à l'aide d'un ordinateur portable dans lequel le questionnaire avait été programmé. Le taux de réponse était de 50,7%.

MESURES

Troubles mentaux. La prévalence des troubles mentaux a été estimée sur la base d'une version belge francophone et néerlandophone de la CIDI (Composite International Diagnostic Interview), actualisée pour l'étude ESEMeD par l'Organisation Mondiale de la Santé dans l'optique des World Mental Health Surveys (Kessler et al., 2004a; 2004b). Un trouble mental a été défini en fonction de la présence de critères diagnostiques tels qu'établis par le DSM-IV (11). Il s'agit plus précisément de la prévalence de troubles survenus dans les 12 mois précédant l'interview ("prévalence à 12 mois") : troubles de l'humeur (dépression au sens strict, dysthymie), troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, phobie sociale, phobie spécifique, stress post-traumatique, agoraphobie, trouble panique) et troubles liés à l'alcool (abus d'alcool et dépendance à l'alcool).

Limitations fonctionnelles dans le fonctionnement quotidien. Les limitations fonctionnelles ont été analysées sur base de la Disablement Assessement Scale, version 2, de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHODAS-2). Cette échelle a pour but d'examiner les limitations fonctionnelles liées à la santé mentale et physique. L'analyse des limitations fonctionnelles porte sur les 30 jours écoulés. Ce questionnaire d'auto-évaluation se compose de neuf sous-échelles relatives au fonctionnement dans des domaines importants de la vie quotidienne :

1. l'échelle des incommodités physiques (deux questions) évalue la survenue et la sévérité de désagréments physiques comme la douleur, la nausée et le vertige;

2. l'échelle «Work-Loss-Days» (trois questions) indique le nombre de jours pendant lesquels les personnes n'étaient pas en mesure de livrer un travail optimal en raison de troubles physiques ou mentaux;

3. l'échelle de la concentration (cinq questions) représente les difficultés perçues pour se concentrer pendant plus de dix minutes, pour comprendre, retenir et apprendre de nouvelles tâches;

4. l'échelle de la mobilité (quatre questions) indique un degré de réduction de la mobilité;

5. l'échelle des soins personnels (quatre questions) représente les difficultés perçues dans le domaine des soins personnels, comme la toilette, l'habillement et les habitudes alimentaires;

6. l'échelle de la vie sociale (six questions) dresse l'inventaire des problèmes liés aux activités sociales, comme l'engagement et la poursuite d'une conversation, les contacts avec les inconnus et l'entretien d'amitiés;

7. l'échelle de la participation (deux questions) évalue les problèmes dans la participation aux activités sociales;

8. l'échelle de la discrimination (deux questions) indique dans quelle mesure la personne ressent un sentiment de honte et se sent traitée injustement en raison de ses problèmes de santé;

9. l'échelle de l'influence sur la vie familiale (un question) indique dans quelle mesure la personne perçoit des interférences entre ses problèmes de santé et la vie et les activités quotidiennes de ses amis et de sa famille.

Pour un exposé exhaustif et détaillé de la procédure suivie, nous vous renvoyons à Alonso et al., 2004 (12).

ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été analysées à l'aide du programme statistique STATA (13). Le tableau I reprend les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (âge, sexe, état civil, situation de vie, degré d'urbanisation, situation professionnelle). En ce qui concerne le niveau de formation, comme nous ne disposions de données valables que pour le sous-groupe de la population flamande, les chiffres sont limités à ce groupe. Le tableau II illustre la prévalence des troubles mentaux. Le tableau III retrace les scores moyens (et écarts types) obtenus pour les 9 sous-échelles de WHODAS-2, répartis en fonction des troubles mentaux. Toutes les moyennes ont été comparées sur base des «Student's t-tests» (avec une valeur p critique de 0,05). Le tableau IV reprend, sur la base d'Odds Ratios (OR) et d'intervalles de confiance à 95%, les corrélats des limitations fonctionnelles mesurées (0: pas de limitation, >0: limitation).

Une description plus précise des différents stades de la sélection de l'échantillon, du contrôle de la qualité et de l'analyse statistique des données peut être trouvée dans d'autres articles consacrés aux aspects méthodologiques de cette étude (14).

TABLEAU I. DESCRIPTION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON DANS LE VOLET BELGE DE L'ÉTUDE ESEMED

	Echantillon total N=2419	*% (ET)*
Âge (moyen)	48.69 (.55)	
Catégories d'âge		
18-24	167	10.9 (.01)
25-34	406	17.9 (.01)
35-49	775	28.6 (.01)
50-64	570	21.3 (.01)
65+	501	21.3 (.01)
Sexe		
Homme	1190	48.4 (.01)
Femme	1229	51.6 (.01)
Etat civil		
Célibataire	528	26.6 (.02)
Divorcé(e)	250	8.5 (.01)
Veuf / veuve	208	7.6 (.01)
Marié(e) ou cohabitant(e)	1359	57.3 (.02)
Situation de vie		
Isolé(e)	672	21.0 (.02)
Cohabitant(e)	1747	79.0 (.02)
Degré d'urbanisation		
Campagne	346	13.2 (.05)
Ville de petite ou moyenne envergure	1814	77.3 (.06)
Grande ville	259	9.6 (.04)
Situation professionnelle		
Travail rémunéré	1298	52.8 (.01)
Sans emploi	95	3.5 (.00)
Pensionné(e)	529	21.2 (.01)
Homme/femme au foyer	119	4.5 (.01)
Etudiant(e)	9	0.5 (.00)
Autre	145	5.7 (.01)
N'a jamais travaillé plus de 6 mois	224	11.8 (.01)
Niveau de formation*		
0-4 ans	7	0.3 (.00)
5-8 ans	244	15.3 (.01)
9-12 ans	631	37.2 (.02)
+ 13 ans	765	47.2 (.02)

**Cette variable reprend uniquement le niveau de formation de l'échantillon flamand (n=1661)*

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'âge moyen des personnes interrogées était de 48,7 ans. La majorité des personnes interrogées (57,3%) étaient mariées ou cohabitantes. Plus de la moitié exerçaient un travail rémunéré. Une description socio-démographique est détaillée au tableau I.

PRÉVALENCE DE TROUBLES MENTAUX À 12 MOIS

Près de 11% des personnes interrogées satisfaisaient aux critères diagnostiques d'au moins un trouble mental. Les troubles anxieux étaient les plus fréquents (6,0%), suivis des troubles de l'humeur (5,0%) et des troubles liés à l'alcool (1,8%) (tableau II).

LIMITATIONS FONCTIONNELLES CONSÉCUTIVES À DES TROUBLES MENTAUX

Le tableau III reproduit les scores moyens obtenus pour les sous-échelles de WHODAS-2

TABLEAU II. PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX DANS LA POPULATION ADULTE BELGE

Trouble	*Sexe*	*Prévalence à 12 mois (ET)*
Au moins un trouble psychiatrique	**Total**	**10.7 (.01)**
	Hommes	10.6 (.02)
	Femmes	10.8 (.01)
Trouble de l'humeur	**Total**	**5.0 (.01)**
	Hommes	3.7 (.01)
	Femmes	6.2 (.01)
Trouble anxieux	**Total**	**6.0 (.01)**
	Hommes	5.5 (.01)
	Femmes	6.5 (.01)
Trouble lié à l'alcool	**Total**	**1.8 (.00)**
	Hommes	3.0 (.01)
	Femmes	0.7 (.00)

TABLEAU III. SCORES MOYENS OBTENUS POUR LES SOUS-ÉCHELLES DU SYSTÈME D'ÉVALUATION WHODAS-2 PAR TROUBLE

	Douleur	*Work Loss Days*	*Concentration*	*Mobilité*	*Soins personnels*	*Fonctionnement social*	*Participation sociale*	*Discrimination*	*Influence sur la vie familiale*
Pas de trouble mental	09 (.01)	13 (.03)	00 (.00)	04 (.01)	01 (.01)	00 (.00)	05 (.01)	02 (.01)	04 (.02)
Trouble de l'humeur	16* (.03)	16 (.04)	03* (.00)	06 (.02)	01 (.01)	02**(.00)	11* (.02)	07* (.02)	11* (.03)
Trouble anxieux	18* (.03)	15 (.04)	03* (.01)	11 (.04)	01 (.01)	01* (.01)	11 (.03)	06 (.02)	09 (.03)
Trouble lié à l'alcool	09 (.03)	09* (.04)	00 (.00)	01* (.01)	NA	00 (.00)	01* (.01)	01 (.01)	00**(.00)

Catégorie de référence : pas de trouble mental.
Student's t-test : *p<.05, **p<.01

en fonction du trouble. Les personnes atteintes de troubles de l'humeur ont des scores significativement accrus pour différents domaines de fonctionnement : incommodités physiques, concentration, fonctionnement social, participation sociale, discrimination et vie familiale. En revanche, les personnes souffrant de troubles anxieux présentent essentiellement des problèmes liés à la douleur et à la concentration et des limitations au niveau du fonctionnement social. Enfin, les personnes en proie à des troubles liés à l'alcool ne rapportent pas de dysfonctionnement dans les neuf domaines du système d'évaluation WHODAS-2.

Le tableau IV révèle que les personnes avec des troubles de l'humeur sont confrontées environ deux fois plus à des limitations dans leur capacité à exercer un travail quotidien que les personnes interrogées ne présentant aucun trouble mental. De plus, elles courent deux à quatre fois plus de risques d'être limitées au niveau de la participation et du fonctionnement social. Enfin, ces personnes se sentent deux fois plus souvent discriminées dans la société. De même, elles rapportent jusqu'à deux fois plus fréquemment que leur état de santé a un impact important sur leur vie familiale. Par contre, les personnes souffrant de troubles anxieux ont un risque accru (deux à trois fois plus élevé que les personnes ne présentant aucun trouble anxieux) en ce qui concerne les incommodités physiques, les problèmes de concentration, les problèmes de mobilité et le sentiment de discrimination. Chez les personnes atteintes de troubles liés à l'alcool, aucun dysfonctionnement n'est constaté dans les domaines de la vie quotidienne analysés dans le cadre de cette étude.

DISCUSSION ET CONSIDÉRATIONS

Dans cet article, nous nous penchons sur l'impact des troubles mentaux sur le fonctionnement quotidien de la population belge. Si l'on considère l'apparition fréquente de troubles mentaux (9) et le comportement très limité de recherche d'assistance pour résoudre ces problèmes (10), on peut affirmer que ces troubles ont un impact spécifique sur la vie quotidienne. Les résultats d'études publiées dans la littérature selon lesquels les troubles de l'humeur (15-16) et les troubles anxieux (16-18) peuvent être associés à des limitations fonctionnelles dans le quotidien concernant les aspects sociaux, émotionnels et physiques sont clairement reproduits dans l'étude présentée ici. Les troubles de l'humeur ont le plus grand impact (19), vu qu'ils entravent différents domaines du fonctionnement. En concordance avec les données publiées dans la littérature (20), il s'avère que les composantes sociales et professionnelles de la vie quotidienne sont les plus affectées. En revanche, les

TABLEAU IV. CORRÉLATS DES LIMITATIONS DANS LE FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN PAR TROUBLE.

	Douleur	*Work Loss Days*	*Concentration*	*Mobilité*	*Soins personnels*	*Fonctionnement social*	*Participation sociale*	*Discrimination*	*Influence sur la vie familiale*
Trouble de l'humeur	1.37 (84-2.23)	1.74* (1.10-2.76)	1.64 (89-3.04)	89 (52-1.54)	2.01 (78-5.20)	4.17** (1.91-9.10)	2.16** (1.36-3.42)	2.65** (1.60-4.38)	2.89** (1.75-4.78)
Trouble anxieux	3.36** (1.78-6.34)	1.24 (76-2.02)	3.84** (2.00-7.38)	2.69** (1.56-4.66)	1.31 (.41-4.21)	1.91 (83-4.40)	1.82* (1.10-3.01)	1.95* (1.11-3.42)	1.41 (77-2.55)
Trouble lié à l'alcool	1.02 (36-2.90)	1.79 (54-5.89)	93 (16-5.39)	.77 (19-3.11)	NA	1.03 (17-6.13)	1.01 (34-2.98)	98 (26-3.70)	27 (04-1.88)

Odds ratios contrôlés pour le sexe et l'âge.

troubles anxieux sont essentiellement liés à des problèmes d'ordre émotionnel ou physique.

Tant les troubles anxieux que les troubles de l'humeur ont un impact sur la mesure dans laquelle les personnes participent à la vie sociale et se sentent discriminées. Les personnes ayant des troubles anxieux et de l'humeur présentent aussi significativement plus des incommodités physiques. Les recherches épidémiologiques récentes (11-22) démontrent qu'il existe un lien significatif entre les symptômes de douleur (chronique) et l'apparition de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. Suite à la présence de la douleur, les affections psychiques peuvent être masquées dans une certaine mesure, ce qui entraîne un diagnostic moins adéquat et moins rapide des troubles mentaux.

Les corrélats d'un fonctionnement quotidien sous-optimal présentent, en outre, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux comme des facteurs nettement aggravants. Comme déjà dit plus haut, les troubles de l'humeur augmentent le risque d'un fonctionnement social et familial sous-optimal. Les personnes souffrant de troubles anxieux courent deux fois plus de risques d'être gênées dans leur fonctionnement social. En ce qui concerne la perception de la douleur, de problèmes de concentration et de problèmes de mobilité, les troubles anxieux sont des facteurs de risque très significatifs.

Une autre donnée frappante est que les troubles liés à l'alcool semblent remarquablement peu associés à des limitations fonctionnelles, ce qui corrobore les résultats d'autres études (5,19). Le nombre de jours de fonctionnement sous-optimal est même inférieur chez les personnes ayant un trouble lié à l'alcool que chez les personnes sans le moindre trouble mental. Cette constatation incite à se poser des questions sur la validité des critères du DSM-IV pour diagnostiquer les troubles liés à l'alcool. Les résultats obtenus peuvent cependant aussi s'expliquer par le regroupement des troubles liés à l'abus d'alcool et de ceux liés à la dépendance à l'alcool en une seule et même catégorie. Les chercheurs ont en effet démontré (5,15,23) que ce n'est pas l'abus d'alcool, mais bien la dépendance à l'alcool qui entrave un fonctionnement optimal. Une autre interprétation peut résider dans le fait que la consommation d'alcool s'intègre dans une fonction d'ajustement («coping»), dont on sait que l'alcool génère des effets adaptateurs pour les personnes présentant des symptômes dépressifs (24), en tout cas à court terme (25). Parallèlement, on peut se demander dans quelle mesure la consommation d'alcool s'explique partiellement par l'automédication. Les chercheurs établissent souvent un lien entre l'automédication suite à la consommation d'alcool et/ou d'autres substances et le contrôle de symptômes anxieux psychiques et physiologiques (26-28).

Une autre donnée qu'il convient de souligner est que les résultats belges ne révèlent aucune augmentation significative des scores WLD en présence de troubles anxieux ou de l'humeur, ce qui est contraire aux données européennes de cette étude (10). Ceci s'explique essentiellement par l'index WLD élevé pour les personnes sans trouble mental, qui est nettement plus élevé en Belgique que la moyenne européenne : ainsi, le nombre de jours avec une limitation significative dans le fonctionnement professionnel se chiffre à 4 par mois pour les participants belges, alors que la moyenne européenne est de deux jours par mois. A en croire ces données, tant le fonctionnement professionnel sous-optimal (présentéisme) que l'absentéisme au travail seraient plus élevés en Belgique que dans les autres pays européens. Ces résultats doivent cependant être interprétés à titre indicatif vu que nous ne disposons pas d'études comparables structurées évaluant le présentéisme et/ou l'absentéisme en Belgique.

Sur la base de nos résultats, nous pouvons conclure que tant les troubles de l'humeur que les troubles anxieux engendrent un fonctionnement sous-optimal dans différents domaines de la vie quotidienne. En résumé, les troubles de l'humeur influencent surtout les aspects professionnels et sociaux (comme le fonctionnement social et familial, la participation à la vie de la société et le sentiment de discrimination). Les troubles anxieux exercent une grande influence sur la qualité physique de la vie, la concentration et les soins personnels, et une influence moindre sur la composante sociale. Le fait que presque tous les domaines examinés de la vie quotidienne soient affectés démontre clairement le caractère intrusif des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. L'impact des troubles mentaux sur le fonctionnement quotidien est donc considérable, surtout si l'on considère la fréquence élevée de ces troubles (9). On a ainsi pu constater, par exemple, que les troubles mentaux conduisent à un présentéisme et un absentéisme de 3 à 5 jours par mois, soit 35 à 60 jours par an.

Il convient néanmoins de mettre en exergue certaines limitations de l'étude. Tout d'abord, il est possible que les résultats soient influencés par la méthode d'auto-évaluation : les personnes souffrant de troubles mentaux pourraient faire une estimation plus pessimiste de la qualité de leur fonctionnement. Les études (29) ont cependant démontré que lorsque le diagnostic de trouble

mental et l'impact sur la vie quotidienne sont tous deux évalués par un psychiatre, des résultats analogues sont obtenus. La deuxième remarque à formuler concerne le caractère transversal de l'étude. Les données indiquent une association entre la survenue de troubles mentaux et les limitations fonctionnelles dans le quotidien sans se prononcer au sens strict sur les liens de causalité entre les deux aspects. Enfin, l'échantillon belge est trop petit en nombre pour évaluer les associations entre des troubles de l'humeur ou anxieux plus spécifiques (comme la dysthymie, le trouble panique, etc.) et leur impact sur la vie quotidienne. Les éventuelles différences de genre n'ont également pu être évaluées pour cette même raison.

RÉFÉRENCES

1. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N.— *Quality of life in mental disorders*. 1997, Wiley, Chichester.
2. Ormel J, Von Korff M, Brink W, et al.— Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on psychological problems in general health care. *JAMA*, 1994, **272**, 1741-1748.
3. Lehman AF.— Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1996, **31**, 78-88.
4. Orley J, Saxena S, Herman H.— Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHO-QOL. *Br J Psych*, 1998, **172**, 291-293.
5. Ustün TB, Chatterji S.— Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain 'need'. *Arch Gen Psych*, 1998, **55**, 752-755.
6. Bijl RV, Ravelli A.— Current and residual functional disability associated with psychopathology:findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psych Med*, 2000, **30**, 657-668.
7. Kessler RC, Frank RG.— The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*, 1997, **27**, 861-873.
8. Murray CJL, Lopez AD (eds.).— *The global burden of disease*. Harvard Un. Press for the WHO, 1996.
9. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H et al.— Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders). *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 741-750.
10. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H. et al.— Recours aux soins pour les troubles mentaux en Belgique. Résultats de la European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Rev Med Liège*, **59**, 136-144.
11. American Psychiatric Association.— *Diagnostic and Statistical Manual* – IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
12. Alonso J, Ferrer M, Romera B et al.— Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Supp*, 2004, 38-46.
13. Statacorp.— *Stata Statistical Software: Release 8.0*. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.
14. Alonso J, Ferrer M, Romera B et al.— The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Meth Psychiatry Res*, 2002, **11**, 55-67.
15. Spitzer RL, Kroenke J, Linzer M, et al.— Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA*, 1995, **274**, 1511-1517.
16. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, et al.— Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry*, 1999, **156**, 1915-1923.
17. Leon AC, Shear MK, Portera L, et al.— Assessing impairment in patients with panic disorder : the Sheehan Disability Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1992, **27**, 78-82.
18. Sherbourn CD, Wells Kb, Judd LL.— Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1996, **153**, 213-218.
19. Sanderson K, Andrews G.— Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatric Services*, 2002, **53**, 80-86.
20. Kennedy BL, Lin Y, Schwab JJ.— Work, social, and family disabilities of subjects with anxiety and depression. *South Med J*, 2002, **95**, 1424-1427.
21. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K.— Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med*, 2003, **163**, 2433-2445.
22. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW—. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 2003, **106**, 127-33
23. Olfson M, Fireman B, Weissman MM, et al.— Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*, 1997, **154**, 1734-1740.
24. Pearlin LI & Aneshensel CS.— Coping and social supports: their functions and applications. In: LH Aikin & D Mechanic (Eds.), *Application of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*, pp.2-20. New Brunswick: Rutgers University Press, 1986.
25. Kassel JD, Jackson SI, Unrod M.— Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *J Stud Alcohol*, 2000, **61**, 332-340.
26. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R.— Alcohol dependence and phobic states. I. A prevalence study. *Br J Psychiatry*, 1984, **144**, 53-57.
27. Cappell H, Herman CP.— Alcohol and tension reduction: a review. *Q J Studies Alcohol*, 1972, **33**, 33-64.
28. Kusher MG, Sher KJ, Erickson DJ.— Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 1999, **156**, 723-732.
29. Bassett SS, Chase GA, Folstein MF, et al.— Disability and psychiatric disorders in an urban community: measurement, prevalence, and outcomes. *Psychol Med*, 1998, 509-517.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. Dr K. Demyttenaere, Dienst Psychiatrie, Herestraat 49, B-3000 Leuven,
koen.demyttenaere@med.kuleuven.ac.be