

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES POPULATIONS PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DU CHU CAMPUS (LOME).

Sociodemographic and clinical characteristics of the populations taken care in the emergencies of the chu campus (Lome).

Soedje Kokou Messanh Agbémélé, Assogba komi, Djidonou Anselme, Aza-Gnandji Guy Gérard, AmadouU Aboudourazak, TCHAMDJA Toyi, DASSA Kolou Simliwa.

Email : soedjem@gmail.com Conflit d'intérêt : aucun

RESUME

Buts : Les objectifs étaient de déterminer la fréquence des urgences psychiatriques et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces patients. **Méthodologie** : Notre travail a eu pour cadre la Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale et le Service des Urgences Médicales du CHU Campus. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive et analytique incluant les patients reçus du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. **Résultats** : La fréquence a été de 5,52% des patients. L'âge moyen des patients était de 36,12±12,3 ans avec des extrêmes allant de 14 à 87 ans. Le sex-ratio était de 0,45. Les patients mariés ou en concubinage étaient les plus représentés avec 50,91%. Le secteur informel de bas niveau était le plus atteint à 46,18 %. Le délai de consultation était de 8,47±16,6 jours. Les troubles psychotiques aigus et transitoires, La réaction à un stress sévère et trouble de l'adaptation et les troubles dissociatifs ont été diagnostiqués respectivement pour 39,64%, 33,45% et 6,55% de patients. **Conclusion** : Malgré sa faible fréquence, la connaissance du profil des usagers des urgences pour les troubles mentaux était nécessaire pour l'organisation d'une prise en charge adéquate. **Mots clés** : Urgences psychiatriques, épidémiologie, Afrique sub-saharienne, Togo.

SUMMARY

Aims: The objectives were to determine the prevalence of psychiatric emergencies and establish the sociodemographic and clinical characteristics of these patients. **Methodology**: the frame of our work was the Clinic of Psychiatry and Medical Psychology and Medical Emergency Service of the University Hospital S. Olympio. It was about a prospective study including descriptive and analytical referred patients received from January 1 to December 31, 2013. **Results**: the global frequency was 5,52 % of the patients. The average age of the patients was of 36,12±12,3 years with going extremes from 14 to 87 years old. The sex-ratio was 0,45. The married patients or in cohabitation were the most represented with 50,91 %. The informal sector of low level was the most reached (affected) 46,18 %. The deadline of consultation was of 8,47±16,6 days. The acute (sharp) and passing psychotic disorders, The reaction to a severe and shady stress of the adaptation and the dissociative disorders were respectively diagnosed for 39,64 %, 33,45 % and 6,55 % of patients. **Conclusion**: in spite of its low frequency, the knowledge of the profile of the users of emergencies for the mental disorders and their relative difficulties were necessary for the organization of the good coverage. **Keywords**: psychiatric Emergencies, epidemiology, sub-Saharan Africa, Togo

INTRODUCTION

Les progrès techniques de la médecine et de la demande pressante d'accessibilité immédiate aux soins ont contribué au développement de l'urgence médicochirurgicale [1]. Le regroupement de populations dans des aires géographiques limitées avec les phénomènes d'exodes ruraux observés en Afrique subsaharienne ont entraîné des besoins en matière de santé semblable qu'en occident. L'intégration des soins psychiatriques aux soins de médecine en générale et l'existence des services de psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital général font de ceux-ci des endroits clés pour la prise en charge des urgences psychiatriques. La notion d'urgence psychiatrique regroupe un ensemble hétérogène de troubles d'apparition soudaine quelle que soit leur nature somatopsychique, psychosociale ou psychique pure. Ces troubles mettent en jeu une situation de crise qui touche le contexte de la vie familiale, professionnelle et sociale du patient [2]. L'expression urgence dans un milieu

psychiatrique peut avoir une signification de « crise » orienté quelque fois vers une pratique psychosociale, ou voire une « urgence » où l'orientation est médico-psychologique. En France, depuis 1995 le dispositif de soins psychiatriques s'intègre au plateau technique et aux moyens en personnels médicaux et paramédicaux des services accueillant les urgences à l'hôpital général [3]. Au Togo, comme dans la plus part des anciennes colonies ou protectorats Français, l'intégration des soins psychiatriques à l'hôpital général est en cours en ce début de XXI^{ème} siècle. Pays en voie de développement, celui-ci ne dispose pas de système d'information fiable sur l'ampleur des troubles mentaux, des usages de substances psychoactives (SPA) et les invalidités conséquentes. Ce pays ne compte que trois services de psychiatries dont deux à l'intérieur des hôpitaux généraux (les deux CHU) de la capitale. Il y a trois psychiatres pour l'ensemble du territoire. Dans le dispositif de soins d'urgence psychiatrique, le service de psychiatrie du CHU Campus occupe une place importante, elle est la plus grande en capacité

et en personnel qualifié. Situé à l'intérieur de l'un des centres de référence nationale au sein de la capitale, il sert de structure de recours pour de nombreuses formations sanitaires. Pour cet ensemble de faits, les données statistiques émanant de ce service peuvent être dignes d'intérêt.

Notre étude a été réalisée dans le cadre d'une évaluation des activités du service des urgences en relation avec les troubles mentaux. Les objectifs étaient de déterminer la fréquence des urgences psychiatriques et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces patients

CADRE, MATERIEL ET METHODE

Cette étude a eu pour cadre le Service des Urgences Médicales (SUM) et le CPPM du CHU campus de Lomé. Ces services recevaient des demandes émanant de l'ensemble du pays quelques soit l'âge. Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique concernant tous les patients reçus dans ces services et qui avaient bénéficié d'une prise en charge durant la période allant du 1^{er} Janvier 2013 au 30 juin 2014 (dont les 6 derniers mois pour le suivi) soit une période de 18 mois. Les critères d'inclusion dans l'étude ont été les suivants :

- ✓ résider sur le territoire togolais de puis de trois mois au moins à l'admission
- ✓ être admis pendant la période de l'étude
- ✓ présenter un trouble mental d'apparition soudaine ou une « crise »
- ✓ donner son consentement verbal libre et éclairé si possible (ou dès que son état le permet) pour participer à l'étude.

Seule la première prise en charge avait été prise en compte pour les patients ayant eu plusieurs passages aux urgences pour des pathologies similaires. Les autres prises en charge de ces derniers ont été considérées comme l'évolution de la première pathologie. Les personnes dont le recours au service des urgences n'était pas motivé par une demande de soins n'ont pas été incluses. Une fiche d'enquête a servi au recueil des données par un médecin au SUM et un psychiatre au CPPM. Les données ont été recueillies selon les critères diagnostiques de la CIM 10 et ont concerné les aspects suivants : sociodémographiques (âge, statut marital, profession et revenu approximatif, religion, niveau de scolarité atteint) ; administratives et cliniques. Le niveau de revenu approximatif avait été considéré comme ceci : niveau bas <2 \$US/j (28.000FCFA/mois) ; niveau moyen de 2 à 5 \$US/j (28.000 à 67.000FCFA/mois) et de 6 à 12 \$US/j (67.500 à 150.000FCFA/mois) ; niveau cadre de plus de 13\$US/j (150.000FCFA/mois). La saisie et l'analyse de ces données ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique Epi info 7, dans sa version anglaise

3.4.3. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane et le mode. Les variables qualitatives ont été décrites par des proportions. Les différences observées entre les résultats ont été appréciées par le test du Chi² et le degré de signification statistique « p » retenu a été de 0,05 pour l'ensemble des analyses.

RESULTATS

Données générales : Du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2013, nous avons recensé 4977 patients admis au SUM et à la CPPM du CHU Campus dont 290 cas pour les urgences psychiatriques dont ont été rejeté 15 cas pour diagnostiques ambiguës et retenu 275 cas soit une fréquence de 5,52% des patients.

Données sociodémographiques : L'âge moyen des patients était de 36,12 ans avec un écart type de 12,3 ans, avec des extrêmes allant de 14 à 87 ans. Le médian a été 34 ans et le mode 25 ans. Les tranches d'âge les plus représentatives étaient respectivement celle de]20 – 29] et] 30 – 39] avec des proportions de 27,64 % et 28,36%. Le sexe féminin était représenté à 68,73% (189 patients) avec un sex-ratio de 0,45. Le mode de vie avait été en couple pour 44,73% (123 patients), chez les parents pour 22,18% (61 patients), en famille élargie pour 18,55% (51 patients), seul pour 13,09% (36 patients) et chez un tuteur pour 1,45% (4 patients). Les patients mariés ou en concubinage représentaient 50,91% des cas. Le secteur informel de bas niveau était le plus atteint à 46,18 %. Les chrétiens protestants (43,64%) et catholiques (32,73%) ont été majoritaires. La répartition des patients selon le niveau de scolarisation permet de retrouver en majorité les niveaux primaires (44%) et secondaires (31,27%). Ces résultats ont été illustrés dans le tableau I.

Données cliniques et thérapeutiques : Le délai moyen de consultation était de 8,47 jours avec un écart type de 16,60 jours et des extrêmes de 1 et 120 jours. Les diagnostics à l'arrivée ont été syndromiques et fonction des signes prédominants. Les états délirants, les états d'agitation et les symptômes anxieux ont été respectivement pour 44,73% ; 38,91% et 36% des patients. Aucun traitement n'aurait été administré avant la sollicitation des soins hospitaliers pour 86,91% de cas. Nous avons noté une absence d'antécédents médicaux et psychiatriques pour 70,91% des patients. Les conflits conjugaux ou familiaux comme les facteurs de stress psychosociaux moyen ont été constatés dans 43,64% de cas. Au sujet de la conduite thérapeutique immédiate une hospitalisation en psychiatrie avec chimiothérapie a été préconisée pour 178 (64,73%) patients, un suivi ambulatoire avec chimiothérapie pour 51 (18,54%) patients, un suivi psychothérapeutique pour 40 (14,55%) patients et une hospitalisation dans un autre

service avec chimiothérapie chez 6 (2,18%) patients. La contrainte de soins a été nécessaire pour 157 (57,14%) patients. Les troubles psychotiques aigus et transitoires (39,64%) et la réaction à un stress sévère et trouble de l'adaptation (33,45%) ont été les diagnostics majoritaires comme exposé dans le tableau III. Les troubles dissociatifs, troubles psychotiques aigus et transitoires ($\text{Chi}^2 = 129,70$; $p = 0,02$), les troubles mentaux liés aux SPA ($\text{Chi}^2 = 144,30$; $p = 0,03$) étaient plus fréquents chez les sujets jeunes (tranches] 19-29]) selon la répartition des pathologies en fonction des tranches d'âges. Les troubles dissociatifs étaient plus fréquent chez les sujets de sexe féminin ($\text{Chi}^2 = 162,60$; $p < 0,01$) et les troubles mentaux liés aux SPA étaient plus présent chez les sujets de sexe masculin ($\text{Chi}^2 = 108,60$; $p < 0,01$). comme l'a montré la figure 1 illustrant la répartition des pathologies en fonction du sexe

DISCUSSION

Nous avons été confrontés au cours de cette étude à certaines difficultés. Les diagnostics pour les patients pris en charge en ambulatoire, à la différence de ceux des malades hospitalisés, n'avaient pas toujours été un diagnostic collégial et pourraient de ce fait être parfois imparfait. Malgré ces limites, l'apport d'une telle étude est d'un intérêt pour la connaissance du profil des demandeurs de soins reçu dans les urgences psychiatriques dans un hôpital général à Lomé mais aussi la connaissance de la part du travail lié aux troubles mentaux au niveau des urgences.

La fréquence des urgences psychiatriques au cours de la période d'étude a été de 5,52%. Gaha L. et al en 1995 [4] avait trouvé une fréquence de 10,59% au CHU de Monastir en Tunisie ; Regayeg L. et al en 1992 [5] avait trouvé une fréquence de 9,02% à l'hôpital de Sousse. En France, 11% des urgences accueillies dans les hôpitaux d'assistance publique de Paris étaient à caractère psychiatrique [6]. Parmi les cas reçus par les urgences médicales 12 à 25% sont des urgences psychiatriques [7,8]. La fréquence basse retrouvée dans notre étude par rapport à celle sus citées pourrait s'expliquer par des difficultés financières limitant le choix des centres modernes de prise en charge médicale. Aussi l'origine surnaturelle indexée comme cause des troubles mentaux influence le choix du premier lieu thérapeutique. Atefeh GJ et al en 2011 [9] Téhéran (Iran) ont en une fréquence de 0,01%. Dans son travail Atefeh GJ précise que la moyenne nationale en Iran est entre 2 et 2,5 et que la différence observé chez lui est lié au cadre de l'étude qui est le principal centre de santé [10,11] dont l'affluence (parfois des non résidents) est le double par rapport aux autres hôpitaux. Vitoria MP et al en 2013 [12] à Sao Paulo (Brésil) a retrouvé une fréquence à

2,6%. La fréquence de notre travail corrigée par rapport à la grande affluence du mois de janvier (41,09%) en relation avec les incendies du grand marché de Lomé devrait être proche des résultats de Vitoria MP et de Atefeh GJ.

L'âge moyen des patients de notre série avait été de 36,12 ans. Ce résultat était proche de celui de Vitoria MP et al. [12] et de Atefeh GJ et al. [19] qui avaient trouvé respectivement 37,1 ans et 36,41 ans. Les adultes jeunes âgés de 19 à 49 ans avait représenté 27,64%, 28,36% et 22,18% soit 78,18%. La jeunesse de la population générale au Togo [13] constituait une explication. Ceci pourrait aussi être le cas dans les pays en développement ou émergents surtout dans les grands centres urbains alimentés par l'immigration des jeunes comme au Brésil. Ce résultat concorde avec ceux de Fernando SPS et al. en 2010 [14] à Sobral-Ceara (Brésil) qui avaient 72,79% de jeunes adultes. Les patients mariés ou en concubinage (50,91%) ont été les plus représentés suivi des célibataires (36%). Ce constat va dans le même sens que les résultats de Atefeh GJ et al. [9] et de Vitoria MP et al [12] qui avaient trouvé respectivement 48,1% et 44,3% à Téhéran (Iran) puis 43,5% et 38,6% à Sao Paulo (Brésil). Par contre dans la série de Fernando SPS et al. [14] 74,86% des patients étaient des célibataires et 21,98% des mariés. Notre travail avait mis en évidence une prédominance des consultants de sexe féminin à 68,73% corroborant les résultats de Gaha L et al. [4] qui trouve 58,83% de sexe féminin. Dans le sens inverse Fernando SPS et al. [14] avaient trouvé une prédominance masculine avec un pourcentage de 70,15%. Cette différence pourrait s'expliquer par une forte proportion de célibataires dans l'échantillon de ce dernier. Cela sous entendait que plus le pourcentage de célibataires était élevé plus il y a des sujets masculins aux urgences psychiatriques. La vie conjugale serait il un facteur de protection de l'homme dans ce domaine précis? L'extrême diversité des catégories professionnelles, nous a amené à faire un regroupement en sept secteurs, prenant en compte le revenu approximatif, la régularité de ce revenu et l'autonomie dans l'exercice de l'emploi. Le secteur informel de bas niveau était le plus atteint avec 46,18 % des patients. Les cadres n'ont représenté que 2,55% de nos sujets. Ces résultats pourraient traduire le niveau socio-économique des pays en voie de développement. Mais les maladies mentales n'étaient pas que l'apanage des pauvres, toute les couches socioéconomiques étaient représentées. Le pourcentage très faible des cadres ici pourrait être influencé par leur choix des cliniques privées des cadres. Les patients non scolarisés et ceux ayant atteint un niveau baccalauréat et plus d'instruction avaient représenté dans cet ordre 14,18% et 10,55%. Ouedraogo A et al. en 2011 [15] à

Ouagadougou (Burkina-Faso) ont eu des résultats proches de 24,18% et de 12,27%. Ces résultats reflétaient peut être le niveau de la population générale dans les différents pays sub sahariens.

Le caractère syndromique du diagnostic était lié à la conduite à tenir immédiate. Les diagnostics à l'arrivée ont été les états délirants, les états d'agitation et les symptômes anxieux respectivement à 44,73% ; 38,91% et 36% des cas. Tognon Tchegnonsi F et al. en 2006 [16] à Parakou (Bénin) avait eu des résultats proche soit 48,43% des états d'agitation (agitation et agressivité physique); 31,25% des états délirants (hallucination et propos incohérents) et 25% des symptômes anxieux. Gaha L et al. [4] par contre retrouvait 47,09% de symptomatologie anxieuse, 14,11% d'états d'agitation et 8,65% d'états délirants. La prédominance des états délirants et d'agitation au Togo et au Bénin contrastant avec celui des états anxieux en Tunisie pourrait s'expliquer par le choix des centres spécialisés pour les états délirants et d'agitation et celui des hôpitaux généraux pour les troubles anxieux en Tunisie. Hors dans le cadre de notre étude et à Parakou il n'y avait aucune autre possible de choix d'un centre spécialisé moderne. Seuls les symptômes bruyants motivaient souvent une orientation vers les centres moderne. Certains choisissant la voie de la psychiatrie moderne, le traitement de fond selon la mentalité africaine sera entrepris à la sortie de l'hôpital ou parfois en cours d'hospitalisation. Ce traitement se fait soit par les spiritualistes ou soit par les tradithérapeutes [16]. Les troubles psychotiques aigus et transitoires à 39,64% ont représenté l'affection la plus fréquente, ce qui concordait avec la constat fait par Tognon Tchegnonsi F et al. [16] où la fréquence de la bouffée délirante est à 64,06%. Le diagnostic de réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation à 33,45% au deuxième rang était dû à la prise en charge de la crise qui a frappé les femmes du grand marché de Lomé [17]. Près de la moitié de l'ensemble des patients (41,9%) avaient été reçus au cours de cette période (durant le seul mois de janvier).

CONCLUSION

Notre étude, menée auprès des consultants des urgences médicales du CHU Campus pour troubles mentaux montrait une population jeune, de sexe féminin majoritairement et souvent sans antécédents de troubles psychiatriques. Malgré sa fréquence faible, la connaissance du profil des usagers des urgences pour les troubles mentaux étaient nécessaire pour l'organisation d'une prise en charge adéquate. Cette situation nécessite la création de centres adaptés et la formation des différents groupes professionnelle en santé mentale.

REFERENCES

1. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgences psychiatriques. EMC 2004, 37-678-A-10.
2. De Clercq M, Horxois P. Les antécédents de prise en charge : gage d'investissement thérapeutique ou de malédiction pour les urgences psychiatriques. Ann Med Psychol 1990; 148:367-77.
3. Launay C. Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques. Ann Med Psychol 2002;160:191-3.
4. Gaha L, Mechri A, Zaafrane F, Ammar M, Abroug F, Skhiri T. Profil des consultants aux urgences psychiatriques d'un hôpital général en Tunisie. Revue des SAMU 1999;115-9.
5. Regayeg L. L'urgence psychiatrique à l'hôpital général : à propos d'une enquête à l'hôpital Farhat Hached de sousse. Thèse de Médecine, Sousse 1992. (N° à compléter)
6. Theret L, Faradoni P, Pire JC. Psychiatrie d'urgences au CHU de Reims : données actuelles. Ann Med Psychol 1991;149:72-4.
7. Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:360-6.
8. Pajonk FG, Amelio DR. Psychosocial emergencies-agitation, aggression and violence in emergency and search and rescue services. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2008;43:514-21.
9. Atefeh G, Mehdi N, Fatemeh S. Characteristics of Psychiatric Visits to the Emergency Department of Rasoul-e-Akram Hospital, Tehran, Iran. Iran J Psychiatry Behav Sci 2012;6(2):42-7.
10. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in US emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. Psychiatr Serv 2005;56(6):671-7.
11. Summers M, Happell B. Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10(3):351-7.
12. Vitoria MP, Carolina SSS, Amilton SJ, Renata CSA. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. Sao Paulo Med J 2013;131(6):398-404.
13. DGSCN (Togo). 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat : 06 au 21 novembre 2010.
14. Fernando SPS, Cezar AFS, Eliany NO. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. Rev Esc Enferm USP 2010;44(3):785-91.
15. Ouedraogo A, Ouedraogo TL, Traore A, Sawadogo G, Nebie K, Yougbare JM. Caractéristiques de la population prise en charge au Service de Psychiatrie du CHU

Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. *L'encéphale* 2006;32:437-43.

16. Togon Tchegnonsi F, Gandaho P, Tognide CM, Akpona S, Ahyi RG. L'urgence en pratique psychiatrique quotidienne au centre hospitalier

départemental et universitaire de Parakou. *Le Bénin Médical* 2006;32:23-6.

17. http://www.republic_of_togo.com/ Incendies du grand marché de Lomé (archives) consulté le 13/02/2014.

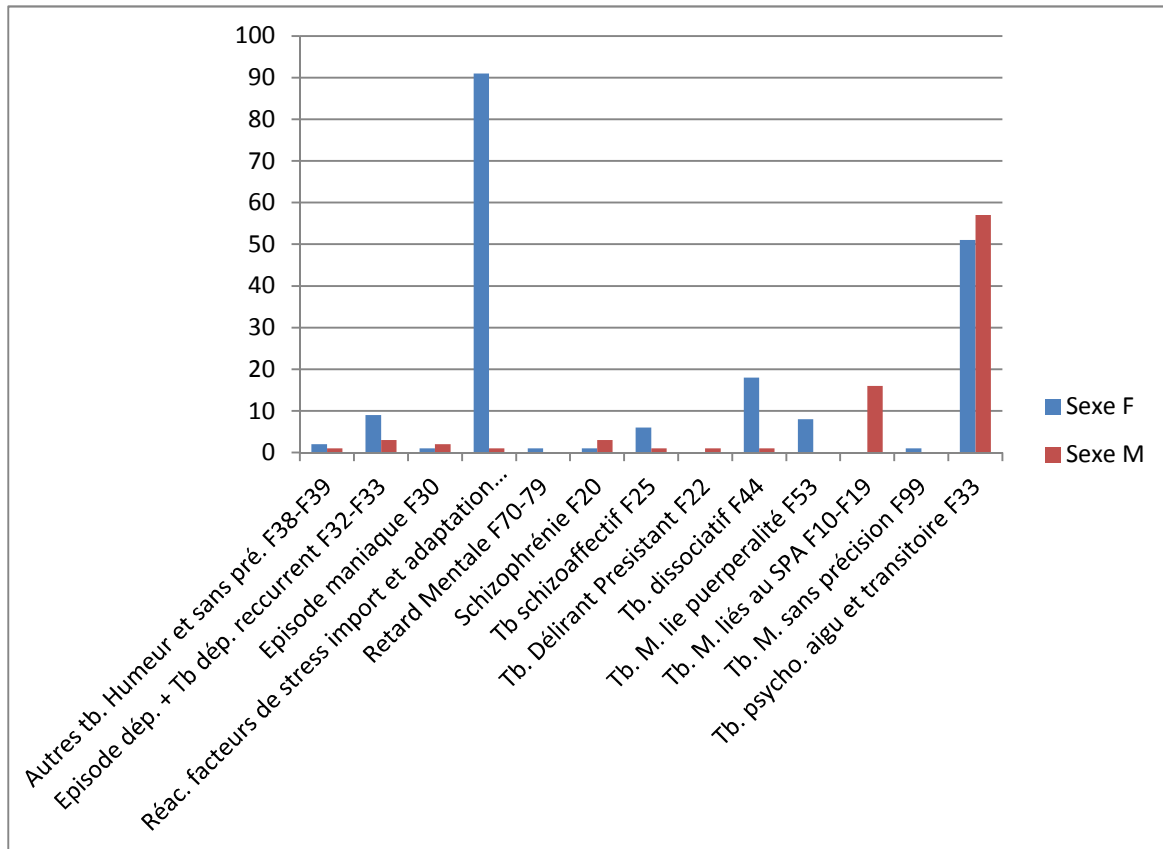


Figure 1: répartition des pathologies selon le sexe

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des patients reçus aux urgences pour troubles psychiatriques

	Effectifs n = 275	Pourcentages %
<i>Tranche d'âge</i>		
]10-19]	17	6,18
]19-29]	76	27,64
]29-39]	78	28,36
]39-49]	61	22,18
]49-59]	35	12,73
[60 - + [8	2,91
<i>Statut marital</i>		
Mariés/concubinage	140	50,91
célibataires	99	36,00
veuf	25	9,10
Divorcés/séparés	11	4,00
<i>Profession et revenu approximatif</i>		
Secteur informel de niveau bas	127	46,18
Secteur informel de niveau moyen	78	28,36
Elève/Apprenti	27	9,82
Secteur formel de niveau moyen	23	8,36
Etudiant	9	3,27
cadre	7	2,55
Secteur formel de niveau bas	4	1,45
<i>Religion</i>		
Chrétien Protestant	120	43,64
Chrétien Catholique	90	32,73
Islam	34	12,36
Sans religion	31	11,27
Animistes	00	00,00
<i>Niveau de scolarité atteint</i>		
Non scolarisé	39	14,18
Niveau primaire	212	44,00
Niveau secondaire	86	31,27
Niveau baccalauréat et plus	29	10,55

Tableau II : données cliniques des patients reçus aux urgences pour troubles psychiatriques

	Effectifs n = 275	Pourcentages %
<i>Diagnostic posé à l'arrivée</i>		
Etat délirants	123	44,73
Etat d'agitation	107	38,91
Symptômes anxieux	99	36,00
Hétéro agressivité	41	14,91
Etat dépressif	40	14,55
Perte de connaissance	14	5,09
Tentative de suicide	6	2,18
Douleurs somatiques	5	1,82
Dyspnée	2	0,73
Autres	3	1,08
<i>Traitement avant admission</i>		
Aucun	239	86,91
Médicament moderne	27	9,82
Prière	5	1,82
Tisanes	4	1,45
<i>Antécédents médicaux pathologiques</i>		
Aucun	195	70,91
Psychiatrique	14	5,09
Hypertension artérielle	15	5,46
Asthme	11	4,00
Diabète	17	6,18
<i>Facteurs de stress psychosociaux</i>		
Moyen (conflit conjugale ou familial)	120	43,64
Aucun	117	42,55
Léger (Insatisfaction professionnelle légère)	31	11,27
Sévère (décès d'un proche)	7	2,55
<i>Diagnostics psychiatriques*</i>		
Tb. psychotiques aigus et transitoires F23	109	39,64
Réaction à un facteur de stress sévère et Tb. de l'adaptation F43	92	33,45
Tb. dissociatif F44	18	6,55
Tb. M. liés aux substances psychoactives F10-F19	16	5,82
Episode dépressif. + Tb dépressif. récurrent F32-F33	12	4,36
Tb. M. lie puerpéralité F53	8	2,91
Tb schizoaffectifs F25	7	2,55
Schizophrénie F20	4	1,45
Autres Tb. Humeur et sans précision. F38-F39	3	1,09
Episode maniaque F30	3	1,09
Retard Mentale F70-79	1	0,36
Tb. délirants persistants F22	1	0,36
Tb. M. sans précision F99	1	0,36

*Tb.= Troubles

M = Mentaux