



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

ANNEE 2025

THESE N°390

# La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis

---

## THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/12/2025

PAR

**Mlle. Fadwa TAOUHID**

Née le 12 Mars 2001 à Taroudant

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

---

## Mots clés

Schizophrénie – Trouble bipolaire – Comorbidités somatiques  
Syndrome métabolique – Dépistage somatique – Prise en charge intégrée

---

## JURY

Mme.	<b>N. TASSI</b> Professeur de maladies Infectieuses	PRESIDENTE
Mme.	<b>F. MANOUDI</b> Professeur de psychiatrie	RAPPORTEUSE
Mme.	<b>S. AIT BATAHAR</b> Professeur de pneumologie	JUGES
Mme.	<b>N. EL ANSARI</b> Professeur d'endocrinologie	
Mr.	<b>M.A. LAFFINTI</b> Professeur de psychiatrie	





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ

لَا تَأْخُذُهُ سِنَةٌ وَلَا نَوْمٌ

لَهُ مَا فِي السَّمَوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ

مَنْ ذَا الَّذِي يَشْفَعُ عِنْدَهُ إِلَّا بِإِذْنِهِ

يَعْلَمُ مَا بَيْنَ أَيْدِيهِمْ وَمَا خَلْفَهُمْ

وَلَا يُحِيطُونَ بِشَيْءٍ مِنْ عِلْمِهِ إِلَّا بِمَا شَاءَ

وَسِعَ كُرْسِيُّهُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ

وَلَا يَئُودُهُ حِفْظُهُمَا وَهُوَ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ ﴿٢٥٦﴾



وَقَدْ كَرِهَ اللَّهُ الْمُشْرِكِينَ



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ

لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

صَدَقَ قَوْلُ اللَّهِ الْعَظِيمِ



# Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement  
à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier  
but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la  
profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale,  
ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace,  
je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*



**LISTE DES PROFESSEURS**



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTEDEMEDECINEETDEPHARMACIE**  
**MARRAKECH**

DoyensHonoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI  
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR  
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOUI  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs  
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire

23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie–chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie–générale
25	AIT–SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie–réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie–virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie–réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie

52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie

81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie

109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie

137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie

165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiya	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique

194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie

223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organnique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale

252	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOUUD Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie

280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie

308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation

337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophthalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie

365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhib	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

**LISTE ARRÊTÉE 08/10/2025**



# DÉDICACES



*La gratitude, c'est le secret de la vie. Celui qui ne sait pas remercier ne sait pas aimer. » Albert Schweitzer*



*À toutes celles et ceux qui ont semé dans mon cœur la force de persévérer et  
le courage de rêver,  
À ceux qui ont éclairé mes jours de leur bienveillance et apaisé mes doutes  
par leurs mots,  
Je veux dire merci, du plus profond de l'âme.  
Cette thèse est le fruit d'un effort personnel, mais surtout d'un amour  
collectif, de gestes simples et d'un soutien sincère.  
C'est avec reconnaissance et tendresse que*

*Je dédie cette thèse ...*



*Tout d'abord à Allah,*

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه حمد خلقك ورضى نفسك ووزنة  
عرشك ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك  
الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

*Au bon Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin, je vous dois ce que je suis devenu louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde « Qu'il nous couvre de sa bénédiction ». AMEN!*



***À mon cher père Saïd TAOUHID,***

*Homme de principe, de cœur et de courage.*

*Ton dévouement sans faille, ta générosité silencieuse, ta sagesse patiente  
et ta force tranquille m'ont guidé à chaque étape.*

*Tu as été, et tu restes, mon plus grand modèle, celui qui m'inspire à  
devenir une meilleure personne chaque jour.*

*Merci pour tes sacrifices, ton écoute, ta foi en moi, même dans mes doutes.*

*Si j'ai pu aller au bout de ce chemin, c'est en grande partie grâce à toi.  
Je te dédie cette thèse, avec tout mon amour et ma reconnaissance infinie.*

*Tu es, et seras toujours, mon exemple d'homme parfait.*

***À ma chère mère Maríam BARI,***

*Maman,*

*Tu es bien plus qu'une mère pour moi — tu es ma meilleure amie,  
celle à qui je peux tout dire, celle sur qui je peux toujours compter,  
dans les bons comme dans les pires moments.*

*Tu t'es toujours intéressée à ma vie dans les moindres détails,  
souvent plus que moi-même. Rien ne t'échappe, rien ne te lasse.*

*Ta force, ta générosité, ta façon de tout donner sans jamais rien attendre  
en retour,*

*font de toi une femme exceptionnelle.*

*Tu es prête à tout pour protéger et soutenir tes enfants,  
avec une férocité que seule une mère comme toi peut avoir.*

*Tu t'es sacrifiée mille fois en silence, et pourtant, tu es restée debout,  
présente, aimante, rassurante.*

*Je te dédie cette thèse, avec tout mon amour,  
car sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible.*

*Merci d'être ma maman, mon amie, mon pilier.*

*Je t'aime.*

*À mon unique frère Mohamed,*

*Mon inspiration depuis le tout début.*

*Tu es ce grand frère au cœur tendre, à la douceur rare,  
et celui avec qui j'ai partagé les plus grands fous rires.*

*Tu ne m'as jamais dit non, jamais fermé la porte,  
toujours là, toujours prêt, sans jamais rien attendre en retour.  
Ton soutien constant m'a porté plus que tu ne peux l'imaginer.*

*Dans les moments de doute comme dans les moments de joie,  
ta présence m'a rassuré, encouragé, motivé.*

*Tu es un exemple, une force tranquille, une lumière douce dans mon  
parcours.*

*Je te dédie ces pages avec tout mon amour et ma gratitude.*

*Merci d'avoir toujours été là, comme tu l'as toujours fait, mon cher Abi.*

*À mon cher fiancé Amine,*

*Tu as été mon roc, ma lumière quand tout vacillait,  
celui sur qui je pouvais m'appuyer sans jamais craindre de tomber.*

*Ta force m'a portée, ton regard m'a donné confiance,  
et c'est à tes côtés que j'ai trouvé l'élan pour avancer, pour rêver plus  
grand.*

*Avec toi, chaque instant est une promesse de bonheur,  
un mélange de rires, de projets, et de silences qui en disent long.*

*Je te dédie cette thèse, reflet de notre histoire,  
de ta présence indéfectible et de l'amour qui nous unit.*

*Je rêve de tout construire avec toi,*

*main dans la main, cœur contre cœur,*

*pour écrire ensemble les plus belles pages de notre vie.*

*Je te dédie ce travail, témoin de notre amour, de ta force et de ton  
soutien,*

*à toi, mon partenaire de vie, mon refuge et mon plus grand bonheur.*

*À ma deuxième maman, Arabia,  
Toi qui m'as aimée de tout ton cœur,  
et qui n'as jamais cessé de me le montrer.  
Ta présence, ta douceur et ton amour inconditionnel  
ont été un refuge et une force tout au long de mon chemin.  
Je te dédie ce travail avec toute ma reconnaissance et mon amour,  
car tu es, et resteras, une maman pour la vie.  
Je t'aime Mama 2.*

*À mes deux sœurs de cœur, Fatima et Meryem,  
et à leur père, Mohamed BIAALACHNE  
Vous êtes bien plus qu'une famille pour moi,  
des repères précieux, des soutiens constants dans ce parcours.  
Titi et Meryem, votre gentillesse et votre complicité ont rendu chaque  
étape plus douce.  
Tonton Mohamed, ta sagesse et ta bienveillance m'ont toujours apporté  
sérénité.  
Merci d'avoir été là, pour les rires, les épaules, et les moments partagés.  
Ce travail est aussi le vôtre, avec toute ma reconnaissance.*

*À notre petit bébé Yanis,  
Petit rayon de soleil arrivé au cœur de cette aventure,  
Tu as illuminé nos journées par ta simple présence et rempli nos cœurs  
d'un bonheur immense.  
Tu me manques beaucoup, mais sache que peu importe la distance ou le  
temps,  
nous serons toujours ta famille, et je serai toujours là pour te soutenir,  
t'encourager, et t'aimer.  
Avec tout mon amour.*

**À ma belle-famille,  
Ma chère Mama Naouel,**

*Femme forte et lumineuse,  
Ta sagesse profonde, ta patience et ta bienveillance ont été pour moi une  
source constante d'inspiration.*

*Toujours à l'écoute, tu as su apaiser mon cœur et m'accompagner avec  
douceur, offrant un soutien précieux à chaque étape de mon chemin.  
Ta générosité et ton amour sincère m'ont portée bien au-delà des mots.  
Je te remercie pour ta présence fidèle, ton encouragement discret et ta foi  
qui m'ont toujours guidée.*

*Je te dédie ce travail avec tout mon respect, ma gratitude et mon  
affection profonde.  
Qu'Allah te protège, te comble de Ses bienfaits, et nous garde unis dans  
l'amour et la paix.  
Je t'aime.*

**Mon cher tonton Bachir,**

*Homme humble et généreux, dont la sagesse et la bienveillance ont  
marqué mon parcours.  
Votre parcours exemplaire et votre intégrité professionnelle sont pour  
moi une source constante d'inspiration.  
Merci pour l'exemple que vous incarnez au quotidien.*

**Mon beau-frère Mehdi et belle-sœur Sabrina,**

*Je suis heureuse et honorée de faire partie de votre famille.  
Même à distance, je ressens la chaleur de votre bienveillance et la  
simplicité avec laquelle vous m'avez accueillie.  
Merci pour cette place que vous m'avez offerte avec tant de naturel.*

**À la mémoire de mes grands-parents paternels Yamna OUAJID et  
Ahmed TAOUHID, et de ma grand-mère maternelle Hadda SAFOUI,  
dont l'amour, la sagesse et les valeurs éclairent encore mon chemin  
chaque jour,  
Je vous dédie ce travail avec tout mon respect, ma gratitude et tout mon  
amour.**

*Que dieu ait votre âme en Sa paix.*

*À mon cher grand père maternel Abdellah BARI,  
Ton sourire, ta bienveillance et ta présence sont un véritable cadeau dans  
ma vie.*

*Tu as toujours cru en moi et m'as porté dans tes douas, que Dieu t'en  
récompense.*

*Qu'Allah te préserve, te comble de Sa miséricorde et t'accorde une longue  
vie en santé et en foi.*

*À mes chères tantes Saadia, Khadija, et à mes adorables cousines Zineb,  
Mounia, Maha et Rim,*

*Votre amour m'a enveloppée, même à distance, comme une présence  
silencieuse mais toujours là.*

*Vous faites partie de ce qui rend la vie plus douce.*

*Merci d'être ce pilier familial, ce refuge où l'on revient toujours le cœur  
léger.*

*Je vous porte fort dans mon cœur.*

*À mon amie d'enfance, Salma,*

*Nous avons grandi ensemble, partagé des fous rires, des secrets, des rêves  
et des moments simples qui restent gravés dans ma mémoire.*

*De ces années complices sont nés des souvenirs précieux, que le temps n'a  
jamais effacés.*

*Même si la distance nous a séparées, tu occupes toujours une place  
particulière dans mon cœur.*

*Ton amitié a marqué mon enfance d'une lumière douce et sincère, et je  
t'en serai toujours reconnaissante.*

*Où que la vie nous mène, sache que je pense à toi avec affection, et que  
notre lien reste intact.*

*À mes amies, Safa, Samía et Imane,*

*Merci d'avoir été mon échappatoire indispensable tout au long de ce parcours. Vos rires et votre présence ont été mon meilleur remède contre le stress et la fatigue. Ce travail est terminé, mais nos moments de complicité, eux, ne font que commencer.*

*À mon ami félin Ghíla,*

*Petit trésor à quatre pattes,  
Compagnon silencieux de mes longues journées,  
ta présence douce et tes petits ronrons ont souvent été mon réconfort.  
Merci d'avoir partagé ces moments de calme et de tendresse,  
tu as été un petit rayon de bonheur dans ce parcours.*



# REMERCIEMENTS



*A notre Maître et Président de thèse :  
Professeur TASSI Noura  
Professeur et chef de service des Maladies infectieuses au CHU Mohamed  
VI de Marrakech :*

*Je vous exprime ma plus profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre parcours exemplaire, votre rigueur scientifique et vos grandes qualités humaines forcent l'admiration et font de vous un modèle pour les jeunes générations de médecins. Recevoir l'aval d'une personnalité aussi éminente que la vôtre pour ce travail est pour moi une source de fierté immense. Je vous prie de trouver ici, Madame la Présidente, le témoignage de mon profond respect.*

*À Notre Maître et Rapporteur de thèse :  
Professeur MANOUDI Fatima  
Professeur de Psychiatrie et directrice de l'hôpital Ibn Nafis au CHU  
Mohamed VI de Marrakech :*

*Je tiens à vous remercier chaleureusement pour le temps et l'attention que vous avez consacrés à l'examen minutieux de ce travail. Votre expertise reconnue et la pertinence de votre regard scientifique ont été essentielles pour parfaire ce manuscrit. Je vous suis particulièrement reconnaissante pour votre bienveillance et pour l'honneur que vous me faites en acceptant de rapporter cette thèse. Veuillez agréer, Madame la Professeure, l'expression de ma haute considération*

*À notre maître et juge de thèse :  
Professeur AIT BATAHAR Salma,  
Professeur de Pneumologie au CHU Mohamed VI de Marrakech :*

*C'est un réel privilège de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Votre présence m'honore grandement et témoigne de l'intérêt que vous portez à la formation des futurs confrères. Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce modeste travail malgré vos nombreuses responsabilités. Veuillez trouver ici l'expression de ma vive reconnaissance pour votre écoute et pour l'honneur que vous me faites aujourd'hui.*

*À notre maître et juge de thèse :  
Professeur EL ANSARI Nawal,  
Professeur et chef de service d'Endocrinologie au CHU Mohamed VI de  
Marrakech :*

*Je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour avoir accepté de  
siéger parmi ce jury. Votre regard éclairé et votre haut niveau de  
compétence constituent pour moi une opportunité inestimable d'enrichir  
ma réflexion médicale. Je vous suis reconnaissante pour la courtoisie et la  
gentillesse avec lesquelles vous avez accueilli ce travail. Que ce manuscrit  
soit le reflet de ma haute estime et de ma sincère considération à votre  
égard.*

*À notre maître et juge de thèse :  
Professeur LAFFINTI Mahmoud Amine,  
Professeur et chef de service de Psychiatrie à l'hôpital militaire Avicenne  
de Marrakech :*

*Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour l'honneur que vous  
me faites en acceptant de juger ce travail. Je vous remercie tout  
particulièrement pour votre disponibilité et pour l'accueil toujours  
bienveillant que vous réservez aux étudiants. Votre gentillesse et votre  
écoute ont été des soutiens précieux durant l'élaboration de cette thèse.  
Veuillez agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma haute  
considération et de mon profond respect.*

*À notre Professeur ENNACIRI Zineb :  
Professeur de Psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI de  
Marrakech :*

*Je vous remercie sincèrement pour votre grande disponibilité, le temps  
précieux que vous m'avez accordé, ainsi que pour votre investissement et  
votre encadrement tout au long de la réalisation de ce travail.*

*Vos conseils avisés, votre rigueur scientifique et votre soutien constant  
ont été d'une aide précieuse et ont largement contribué à la qualité de  
cette thèse.*

*Je vous exprime ma profonde gratitude pour la confiance que vous  
m'avez accordée et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.*



# LISTE DES ABRÉVIATIONS



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AINS</b>	:	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
<b>ALAT</b>	:	Alanine aminotransférase
<b>APM</b>	:	Agitation psychomotrice
<b>APA</b>	:	American Psychiatric Association
<b>ASAT</b>	:	Aspartate aminotransférase
<b>BAP</b>	:	British Association for Psychopharmacology
<b>BPCO</b>	:	Bronchopneumopathie chronique obstructive
<b>C3G</b>	:	Céphalosporine de 3 <sup>e</sup> génération
<b>CHU</b>	:	Centre hospitalier universitaire
<b>CMF</b>	:	Chirurgie maxillo-faciale
<b>CRP</b>	:	Protéine C réactive
<b>DSM-5 TR</b>	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>e</sup> édition, texte révisé
<b>DT2</b>	:	Diabète de type 2
<b>ECG</b>	:	Électrocardiogramme
<b>EPA</b>	:	European Psychiatric Association
<b>EVA</b>	:	Étude multicentrique européenne citée
<b>HbA1c</b>	:	Hémoglobine glyquée
<b>HBPM</b>	:	Héparine de bas poids moléculaire
<b>HBV</b>	:	Virus de l'hépatite B
<b>HCV</b>	:	Virus de l'hépatite C
<b>HDL</b>	:	Lipoprotéines de haute densité
<b>H/F</b>	:	Rapport Hommes / Femmes (sex-ratio)
<b>HAS</b>	:	Haute Autorité de Santé
<b>HTA</b>	:	Hypertension artérielle
<b>IMC</b>	:	Indice de masse corporelle
<b>ISRS</b>	:	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
<b>IV</b>	:	Intraveineuse
<b>LDL</b>	:	Lipoprotéines de basse densité
<b>NICE</b>	:	National Institute for Health and Care Excellence
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la santé

<b>ORL</b>	:	Oto-rhino-laryngologie
<b>SRO</b>	:	Sels de réhydratation orale
<b>SAT/VAT</b>	:	Sérum antitétanique / Vaccin antitétanique
<b>T3</b>	:	Triiodothyronine
<b>T4</b>	:	Thyroxine
<b>TDM</b>	:	Tomodensitométrie
<b>TPHA/VDRL</b>	:	Tests sérologiques de la syphilis
<b>TSH</b>	:	Thyréostimuline
<b>VIH</b>	:	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>WPA</b>	:	World Psychiatric Association



<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>04</b>
<b>I. Type d'étude :</b>	<b>05</b>
<b>II. Objectifs de l'étude :</b>	<b>05</b>
<b>III. Lieu de l'étude :</b>	<b>05</b>
<b>IV. Période :</b>	<b>05</b>
<b>V. Population d'étude :</b>	<b>05</b>
<b>VI. Critères d'inclusion :</b>	<b>05</b>
<b>VII. Critères d'exclusion :</b>	<b>05</b>
<b>VIII. Collecte des données</b>	<b>06</b>
<b>IX. Regroupement des données :</b>	<b>06</b>
<b>X. Méthodes statistiques</b>	<b>06</b>
<b>XI. Considérations éthiques</b>	<b>06</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>07</b>
<b>I. Données générales</b>	<b>08</b>
<b>II. Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>08</b>
1. Âge	08
2. Sexe	09
3. Niveau socio-économique	10
4. Situation matrimoniale	10
<b>III. Antécédents médicaux et facteurs de risque :</b>	<b>11</b>
1. Paragraphe descriptif : Antécédents médicaux	11
2. Antécédents psychiatriques et toxiques :	13
3. Antécédents chirurgicaux	15
<b>IV. Motif d'admission et prise en charge psychiatrique :</b>	<b>16</b>
1. Motif principal d'admission en psychiatrie :	16
2. Diagnostic psychiatrique principal (DSM-5 TR)	17
3. Durée d'hospitalisation	17
4. Traitement psychiatrique reçu durant l'hospitalisation	18
<b>V. Paramètres biologiques</b>	<b>20</b>
1. Glycémie	20
2. Bilan lipidique	20
3. Fonction hépatique	21
4. Fonction rénale	21
5. Électrolytes : Sodium (Na <sup>+</sup> ), Potassium (K <sup>+</sup> ), Chlorures (Cl <sup>-</sup> )	22

6. Fonction thyroïdienne	23
7. Hémogramme	23
<b>VI. Troubles somatiques identifiés</b>	<b>25</b>
1. Troubles métaboliques	25
2. Autres pathologies chroniques	25
3. Nombre moyen de troubles somatiques par patient	26
<b>VII. Dépistage et prise en charge somatique durant l'hospitalisation</b>	<b>27</b>
1. Examens complémentaires effectués	27
2. Consultations spécialisées demandées	30
3. Traitements somatiques instaurés	32
<b>VIII. Issues de l'hospitalisation</b>	<b>33</b>
1. Évolution clinique psychiatrique durant le séjour	33
2. Évolution clinique somatique durant le séjour	34
3. Orientation à la sortie	34
<b>IX. Résumé des principaux résultats</b>	<b>35</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>37</b>
<b>I. Rappel théorique</b>	<b>38</b>
1. La schizophrénie : définition, évolution, impact fonctionnel	38
2. Le trouble bipolaire : définition, formes cliniques et évolution	39
3. Les comorbidités somatiques dans les troubles psychiatriques sévères	40
4. Le rôle des traitements psychotropes	43
5. Les recommandations internationales pour la surveillance somatique	46
<b>II. Synthèse et discussion des résultats</b>	<b>48</b>
1. Synthèse des principaux résultats	48
2. Discussion des résultats	50
<b>III. L'analyse critique des pratiques de dépistage et de prise en charge</b>	<b>61</b>
1. Le manque de systématisation des mesures cliniques de base	61
2. La dépendance excessive aux examens biologiques	62
3. La faible intégration des soins somatiques dans le parcours psychiatrique	63
4. Comparaison avec les recommandations internationales	63
<b>IV. Les limites de l'étude</b>	<b>64</b>
1. La qualité et l'exhaustivité variables des données disponibles	64
2. Le caractère monocentrique et période restreinte	65
3. Le manque de standardisation du dépistage somatique	65

4. Taille limitée de l'échantillon	65
5. Biais liés a la nature rétrospective de l'étude	66
<b>V. Les implications cliniques et organisationnelles</b>	<b>66</b>
1. L'importance du dépistage somatique systématique en psychiatrie	66
2. Le rôle central du psychiatre dans la prise en charge intégrée	67
3. La nécessité de renforcer la collaboration interdisciplinaire	68
4. Les enjeux institutionnels et de formation	68
<b>VI. Les recommandations issues de l'étude</b>	<b>69</b>
1. La mise en place d'un protocole de suivi somatique standardisé	69
2. La formation et sensibilisation du personnel soignant en psychiatrie	69
3. L'organisation et collaboration multidisciplinaire	70
4. Les perspectives de recherche	70
<b>VII. Conclusion de la discussion</b>	<b>71</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>73</b>
<b>RÉSUMÉS</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>84</b>



# INTRODUCTION



Les patients atteints de troubles psychiatriques sévères, tels que la schizophrénie, les troubles dépressifs majeurs ou les troubles bipolaires, présentent un risque accru de morbidité et de mortalité. Les données indiquent que leur taux de mortalité peut être jusqu'à trois fois supérieur à celui observé dans la population générale. Cette surmortalité se traduit par une diminution de l'espérance de vie pouvant aller de 13 à 30 ans [1]. Dans environ 60% des cas, cette réduction est principalement liée à des pathologies somatiques [2, 3, 4]. Certaines affections comme le diabète, l'obésité, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'ostéoporose, les infections virales (VIH, hépatites B et C), les maladies cardiovasculaires ou encore les cancers, sont non seulement plus fréquentes dans cette population, mais elles ont également des conséquences plus graves [5, 6, 7, 8, 4, 9].

Plusieurs facteurs expliquent cette vulnérabilité somatique, parmi lesquels on retrouve la sédentarité, le tabagisme, l'alcoolisme, une alimentation déséquilibrée, des comportements sexuels à risque, ainsi que les effets secondaires des traitements psychotropes [2, 10, 4, 11]. À cela s'ajoute une inégalité marquée dans l'accès et la qualité des soins somatiques, avec un moindre dépistage, un suivi insuffisant et des prises en charge souvent inadaptées par rapport à la population générale [1, 2, 12].

Face à ce constat, de nombreuses recommandations de bonnes pratiques ont vu le jour pour améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères [10, 13, 3, 14, 15]. Parmi elles, l'évaluation systématique du syndrome métabolique et la surveillance des anomalies biologiques liées aux psychotropes sont devenues des mesures essentielles en psychiatrie. L'intégration d'un médecin généraliste référent dans les services de psychiatrie constitue également un axe fort d'amélioration [10, 13, 14].

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude, menée sur une période de six mois, de janvier à juin 2025, au sein de l'hôpital psychiatrique Ibn Nafis de Marrakech (Maroc). Elle vise à illustrer l'expérience de l'établissement dans le dépistage et la prise en charge des affections somatiques chez les patients hospitalisés souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Les objectifs de cette étude sont, d'une part, de décrire la fréquence et la nature des troubles somatiques identifiés chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire, et d'autre part, de proposer des recommandations pour optimiser leur prise en charge. L'objectif ultime est de promouvoir une approche intégrée et globale de la santé, incluant le dépistage, le traitement, la prévention et le suivi des pathologies somatiques au sein des services psychiatriques.



**MATÉRIEL ET MÉTHODES**



**I. Type d'étude :**

Étude transversale, descriptive et analytique.

**II. Objectifs de l'étude :**

- Décrire la fréquence et les types de troubles somatiques observés chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech durant la période janvier-juin 2025.
- Élaborer des recommandations pour améliorer la prise en charge de cette population.

**III. Lieu de l'étude :**

Hôpital Ibn Nafis, service de psychiatrie adulte, CHU de Marrakech.

**IV. Période :**

Janvier 2025 à Juin 2025

**V. Population d'étude :**

Patients hospitalisés pour schizophrénie ou trouble bipolaire, diagnostiqués selon les critères du DSM-5 TR.

**VI. Critères d'inclusion :**

- Patient hospitalisé dans le service de psychiatrie entre Janvier et Juin 2025.
- Diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire.
- Présentation d'un ou plusieurs signes cliniques ou biologiques en faveur d'une affection somatique nécessitant ou non un avis spécialisé.
- Consentement verbal ou écrit pour l'utilisation des données à des fins de recherche.

## VII. Critères d'exclusion :

- Patient présentant un trouble psychiatrique autre que schizophrénie ou trouble bipolaire.
- Données médicales incomplètes.

## VIII. Collecte des données

Les données de l'étude ont été recueillies grâce aux dossiers des patients.

## IX. Regroupement des données :

Regroupement des données basé sur une fiche d'exploitation (voir fiche d'exploitation à la fin).

## X. Méthodes statistiques

- Pour le traitement des données et l'élaboration des graphiques nous avons utilisé Microsoft Excel 2023 et SPSS version 25.

## XI. Considérations éthiques

Les données ont été recueillies dans l'anonymat et la confidentialité conformes aux règles de l'éthique de la recherche médicale.



RÉSULTATS



## I. Données générales

Au cours de la période d'étude, un total de 197 patients ont été hospitalisés dans le service. Parmi eux, 41 patients présentaient au moins un trouble somatique associé, constituant ainsi la population retenue pour notre travail.

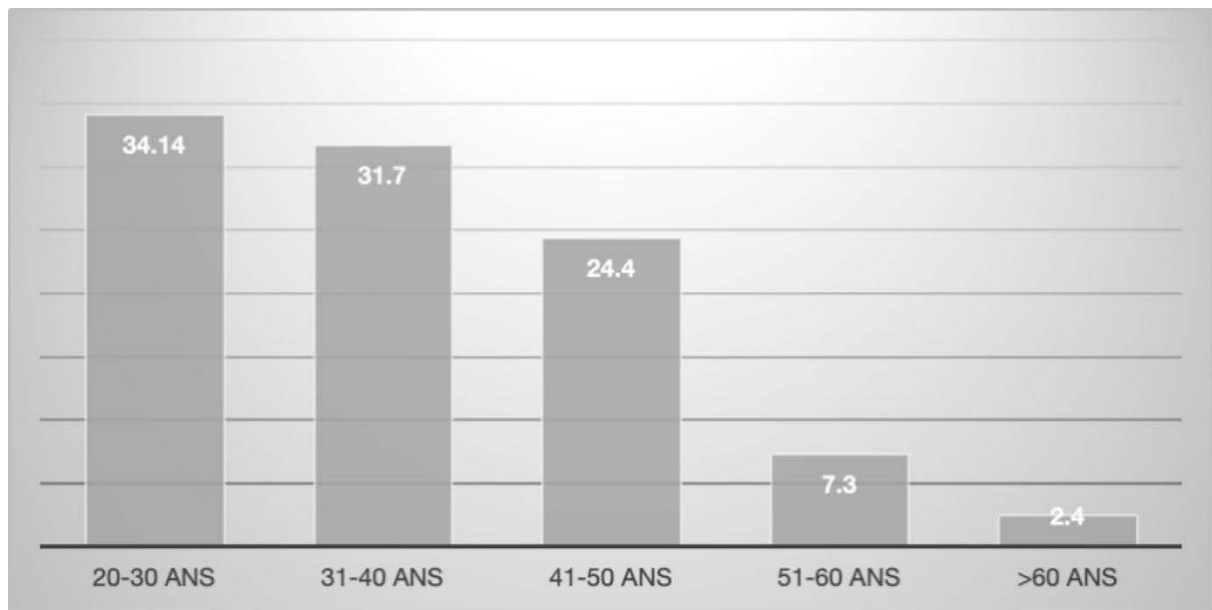
La proportion des patients atteints d'un trouble somatique par rapport à l'ensemble des hospitalisations s'élève à 20,8%, ce qui témoigne de la fréquence notable de ces comorbidités dans un contexte psychiatrique. Cette observation souligne l'importance de la prise en charge globale des patients, alliant suivi psychiatrique et surveillance somatique.

L'échantillon étudié regroupe ainsi un nombre représentatif de patients permettant d'analyser de manière pertinente leurs caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques.

## II. Caractéristiques sociodémographiques

### 1. Âge

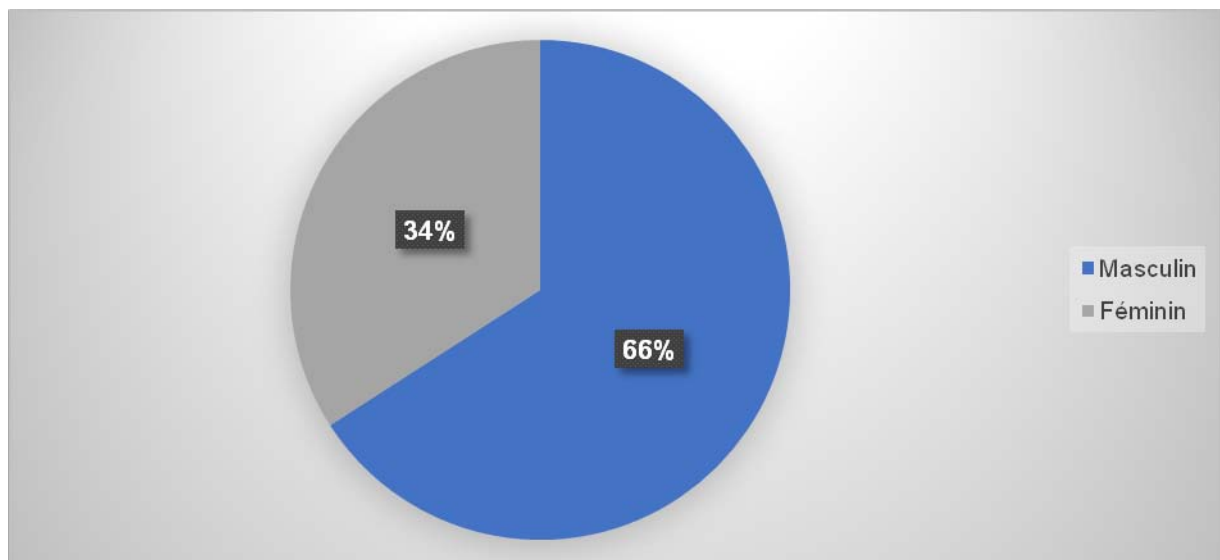
L'âge moyen des patients inclus dans notre étude est de 37 ans, avec des extrêmes allant de 20 à 62 ans. La répartition par tranches d'âge met en évidence une prédominance de la tranche 20-30 ans, qui regroupe 34,14% des cas. Les patients âgés de 31 à 40 ans représentent 31,7%, tandis que ceux de plus de 40 ans constituent 34,1% de l'échantillon. Cette distribution illustre que la population adulte jeune est majoritairement atteinte dans notre cohorte.



**Graph 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge**

## 2. Sexe

L'analyse de la répartition selon le sexe montre une prédominance masculine avec 27 hommes, soit 65,9%, contre 14 femmes, soit 34,1%. Le sex-ratio (H/F) est ainsi de 1,9, indiquant une légère prédominance des hommes dans notre échantillon.



**Graph 2 : Répartition des patients selon le sexe**

### 3. Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique des patients a été évalué sur la base de critères tels que la profession, le revenu et le niveau d'instruction. La majorité des patients appartiennent à la catégorie socio-économique faible, représentant 39% de l'échantillon. Les catégories moyenne et élevée représentent respectivement 14,6% et 9,8%. Ces résultats révèlent une forte proportion de patients issus d'un milieu défavorisé, ce qui pourrait constituer un facteur aggravant ou limitant dans la prise en charge.

**Tableau 1 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique**

	Fréquence	Pourcentage (%)
Bon	4	9,8
Moyen	6	14,6
Bas	16	39,0

### 4. Situation matrimoniale

L'analyse de la situation matrimoniale révèle que près de la moitié des patients, soit 48,8%, sont célibataires. Les patients mariés représentent 7,3% de l'échantillon, tandis que les divorcés constituent 9,8%. Cette répartition souligne la forte proportion de patients sans partenaire conjugal, ce qui pourrait avoir un impact sur leur soutien social et leur évolution clinique.

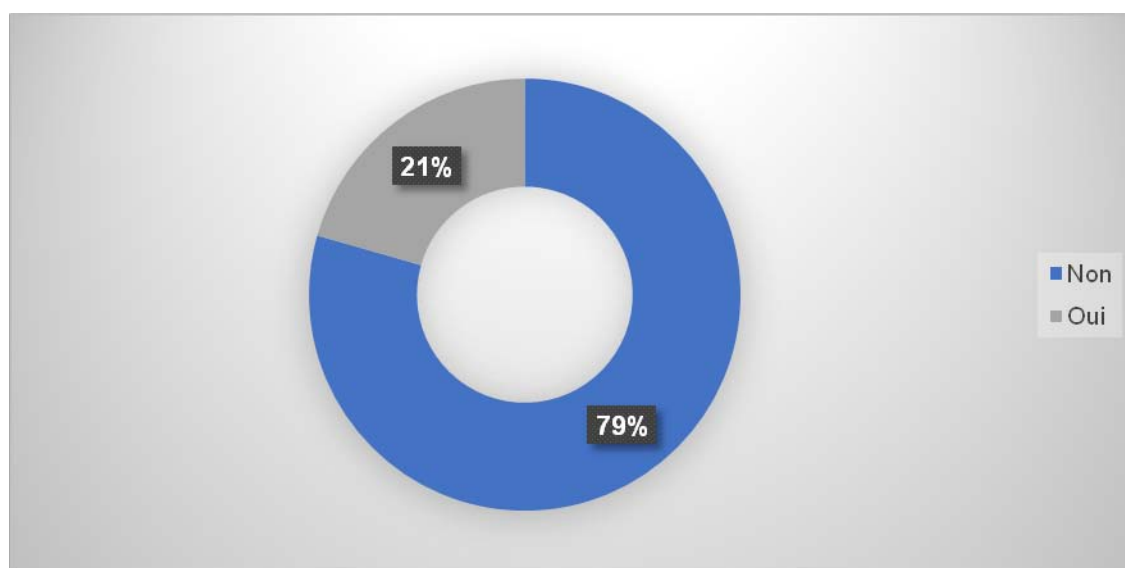
**Tableau 2 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale**

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	20	48,8
Marié	3	7,3
Divorcé	4	9,8

### III. Antécédents médicaux et facteurs de risque :

#### 1. Paragraphe descriptif : Antécédents médicaux

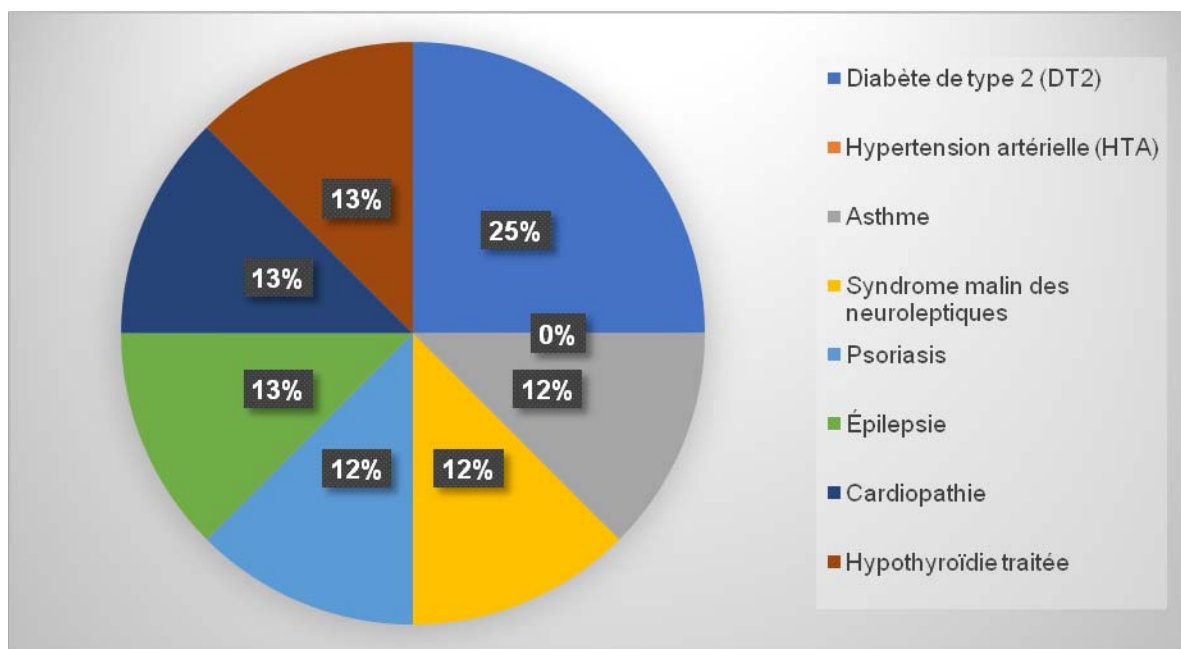
Parmi les 41 patients, 34 avaient des données valides concernant les antécédents médicaux. Parmi eux, 79,4% ne présentaient aucun antécédent médical, tandis que 20,6% en avaient au moins un. Certaines pathologies spécifiques ont été retrouvées en faible proportion : le diabète de type 2 chez 28,6% des patients évalués (2/7), l'asthme, l'épilepsie, le syndrome malin des neuroleptiques et le psoriasis chez 14,3% chacun. L'HTA était absente chez tous les patients, tandis que la cardiopathie et l'hypothyroïdie traitée étaient retrouvées respectivement chez 25% et 50% des patients évalués pour ces affections. On note cependant un taux non négligeable de données manquantes pour certaines pathologies, ce qui peut limiter l'interprétation.



**Graphe 3: Antécédents médicaux généraux**

**Tableau 3 : Détail des antécédents médicaux spécifiques**

Pathologie	Oui	Non
Diabète de type 2 (DT2)	2	5
Hypertension artérielle (HTA)	0	7
Asthme	1	6
Syndrome malin des neuroleptiques	1	6
Psoriasis	1	6
Épilepsie	1	6
Cardiopathie	1	3
Hypothyroïdie traitée	1	1



**Graph 4 : Détail des antécédents médicaux spécifiques**

## 2. Antécédents psychiatriques et toxiques :

Parmi les 41 patients inclus dans l'étude, les antécédents psychiatriques notamment les épisodes antérieurs, les troubles anxieux (TAG, TOC, panique), les troubles cognitifs (TDAH) et les tentatives de suicide ont été retrouvés chez 27 d'entre eux, soit 77,1% des cas renseignés, ce qui souligne une prévalence élevée des troubles psychiatriques antérieurs dans cette population. À l'inverse, seuls 8 patients (22,9 %) n'avaient pas d'antécédents psychiatriques connus. La durée du suivi psychiatrique, lorsqu'elle était disponible (n = 20), variait de 1 à 25 ans, avec une médiane estimée autour de 8 à 10 ans, traduisant un ancrage chronique des troubles. Ces résultats mettent en évidence la fréquence élevée des troubles psychiatriques persistants ou récurrents chez les patients hospitalisés pour épisode aigu, ce qui pourrait refléter à la fois une vulnérabilité psychopathologique préexistante et une instabilité clinique malgré un suivi au long cours.

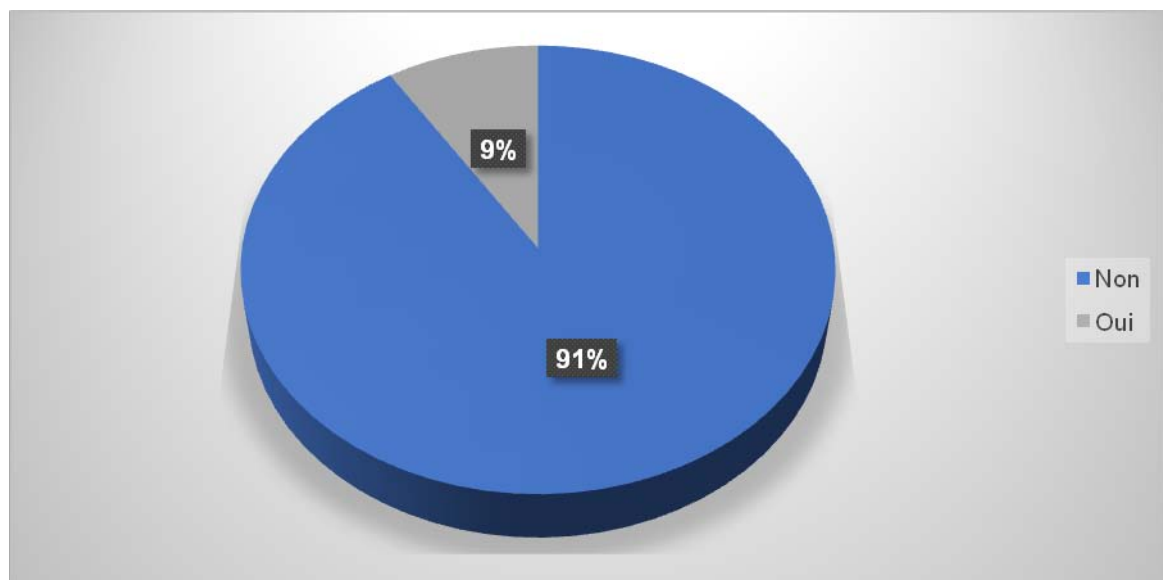
Par ailleurs, les antécédents toxiques étaient également fréquents, retrouvés chez 23 patients (69,7% des cas renseignés). Parmi les substances consommées, le tabac occupait une place prédominante (95,5% des cas), suivi du cannabis (72,7%), de l'alcool (47,6%) et, dans une moindre mesure, de la colle synthétique (9,5 %), de la cocaïne (4,8 %) et d'autres substances non spécifiées. Cette forte prévalence des conduites addictives, notamment au cannabis et à l'alcool, souligne l'importance du repérage systématique des troubles liés à l'usage de substances, en raison de leur rôle potentiel dans la genèse, l'aggravation ou la rechute des troubles psychiatriques.

**Tableau 4 : Antécédents psychiatriques et toxiques des patients (n = 41)**

Catégorie	Nombre de patients	Pourcentage (%)	Commentaires
Antécédents psychiatriques			
‣ Présents	27	77,1%	Troubles chroniques dans la majorité des cas
‣ Absents	8	22,9%	
‣ Durée du suivi (si connue, n = 20)	-	-	Médiane : 8-10 ans ; extrêmes : 1 à 25 ans
Antécédents toxiques	23	69,7%	Plusieurs substances possibles par patient
‣ Tabac	21	95,5% (des 23)	Consommation prédominante
‣ Cannabis	16	72,7%	
‣ Alcool	11	47,6%	
‣ Colle synthétique	2	9,5%	
‣ Cocaïne	1	4,8%	

### 3. Antécédents chirurgicaux

Sur les 41 patients inclus, les données sur les antécédents chirurgicaux principalement de nature traumatologique (fractures) étaient disponibles pour 33 d'entre eux (80,5%). Parmi ces patients, une grande majorité (90,9%) ne présentait pas d'antécédents chirurgicaux, tandis que seuls 9,1% en avaient. On note qu'une proportion non négligeable de données (19,5%) était manquante à ce niveau, ce qui peut limiter l'interprétation globale de cette variable.



Graphique 5 : Antécédents chirurgicaux des patients (n = 41)

#### IV. Motif d'admission et prise en charge psychiatrique :

##### 1. Motif principal d'admission en psychiatrie :

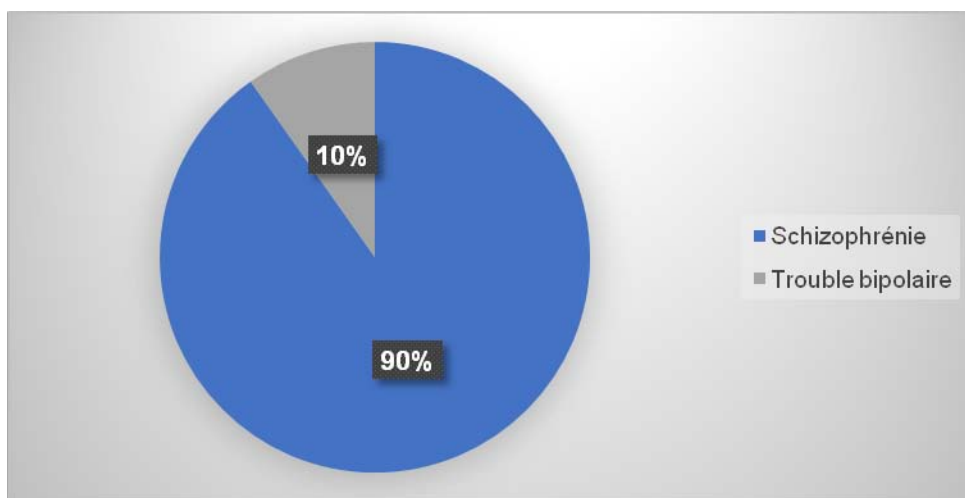
Parmi les 41 patient(e)s inclus(e)s dans notre étude, les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'hétéro-agressivité (43,9%) et les accès psychomoteurs aigus (APM) (26,8%). Les troubles de l'ordre public représentaient 19,5% des cas, tandis que les autres motifs étaient beaucoup plus rares, comme l'automutilation (4,9%), le refus de traitement (2,4%) et le voyage pathologique (2,4%). Ces données montrent que les comportements agressifs (dirigés vers autrui ou vers soi) constituent les principales raisons d'hospitalisation dans notre échantillon.

**Tableau 5 : Répartition des patients selon le motif d'admission**

Motif d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)	Pourcentage cumulé (%)
APM	11	26,8	26,8
Voyage pathologique	1	2,4	29,3
Trouble de l'ordre public	8	19,5	48,8
Hétéro-agressivité	18	43,9	92,7
Refus de traitement	1	2,4	95,1
Automutilation	2	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0

## 2. Diagnostic psychiatrique principal (DSM-5 TR)

Parmi les patients inclus dans notre étude, deux diagnostics principaux ont été identifiés : la schizophrénie et le trouble bipolaire. La schizophrénie est largement prédominante, avec 37 cas représentant 90,2% des patients, tandis que le trouble bipolaire concerne 4 cas, soit 9,8%. Cette répartition est conforme aux données habituellement rapportées dans la littérature, soulignant la fréquence plus élevée de la schizophrénie dans la population étudiée.



**Graphique 6 : Répartition des patients selon le diagnostic principal**

### 3. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 30 jours, avec des extrêmes allant de 6 à 111 jours. La distribution selon la durée montre que 4,8% des patients ont été hospitalisés moins de 10 jours. La majorité, soit 58,53%, a séjourné entre 10 et 30 jours, tandis que 46,5% ont nécessité une hospitalisation prolongée, dépassant 30 jours. Ces résultats reflètent la diversité de la gravité clinique et des besoins thérapeutiques des patients.

**Tableau 6 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation (jours)	Fréquence	Pourcentage (%)
< 10	2	4,8
10 – 30	24	58,53
31 – 50	10	24,4
51 – 100	4	9,7
> 100	1	2,4
Total	41	100

### 4. Traitement psychiatrique reçu durant l'hospitalisation

L'ensemble des patients inclus dans l'étude (n = 41) a bénéficié d'un traitement psychotrope au cours de leur hospitalisation. Les données montrent une prédominance des prescriptions d'antipsychotiques typiques et de benzodiazépines, traduisant une approche orientée vers la gestion rapide de l'agitation ou des symptômes aigus. Les antipsychotiques atypiques ainsi que les thymorégulateurs ont été utilisés de manière plus ciblée, reflétant probablement des adaptations thérapeutiques en fonction des antécédents cliniques et des profils symptomatiques. Cette diversité des prescriptions témoigne de l'hétérogénéité des

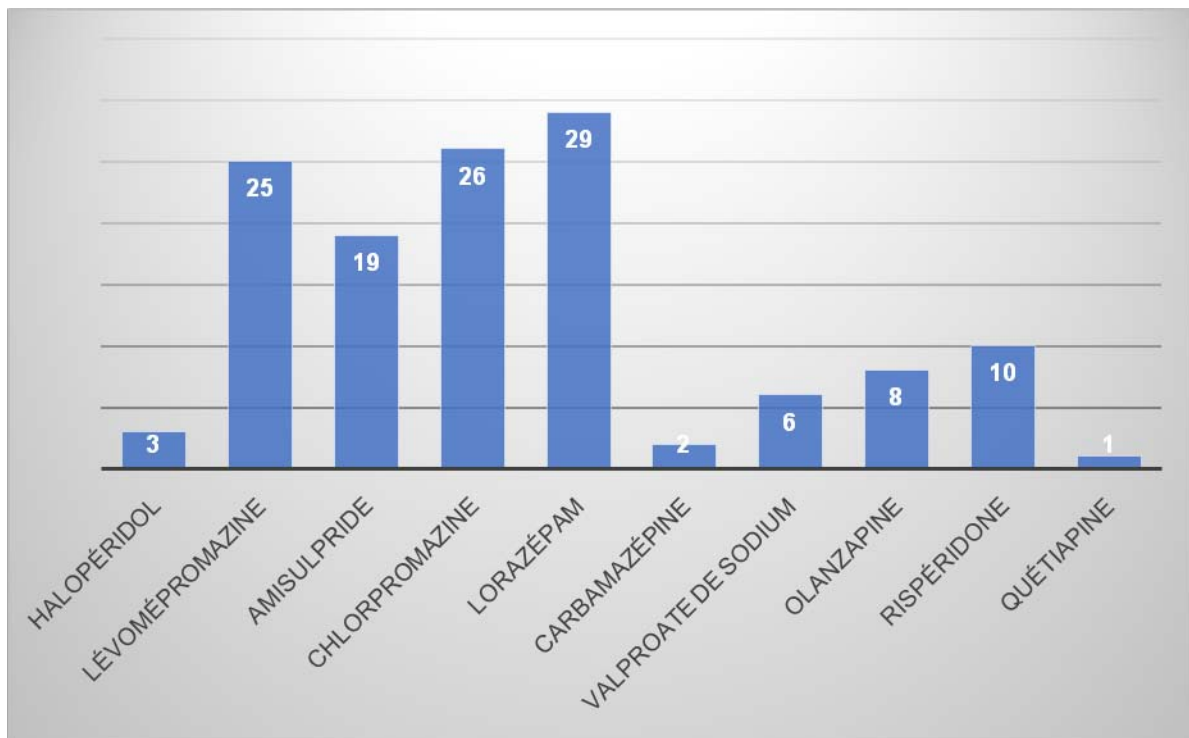
**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

---

situations cliniques rencontrées et de la nécessité d'une prise en charge pharmacologique individualisée dans le contexte aigu.

**Tableau 7 : Répartition des traitements psychotropes prescrits dans l'échantillon.**

Traitement	Nombre de patients (Oui)	%	% cumulé
Halopéridol	3	7,3%	100,0%
Lévomépromazine	25	61,0%	100,0%
Amisulpride	19	46,3%	100,0%
Chlorpromazine	26	63,4%	100,0%
Lorazépam	29	70,7%	100,0%
Carbamazépine	2	4,9%	100,0%
Valproate de sodium	6	14,6%	100,0%
Olanzapine	8	19,5%	100,0%
Risperidone	<b>10</b>	<b>24,4%</b>	<b>100,0%</b>
Quétiapine	1	2,4%	100,0%



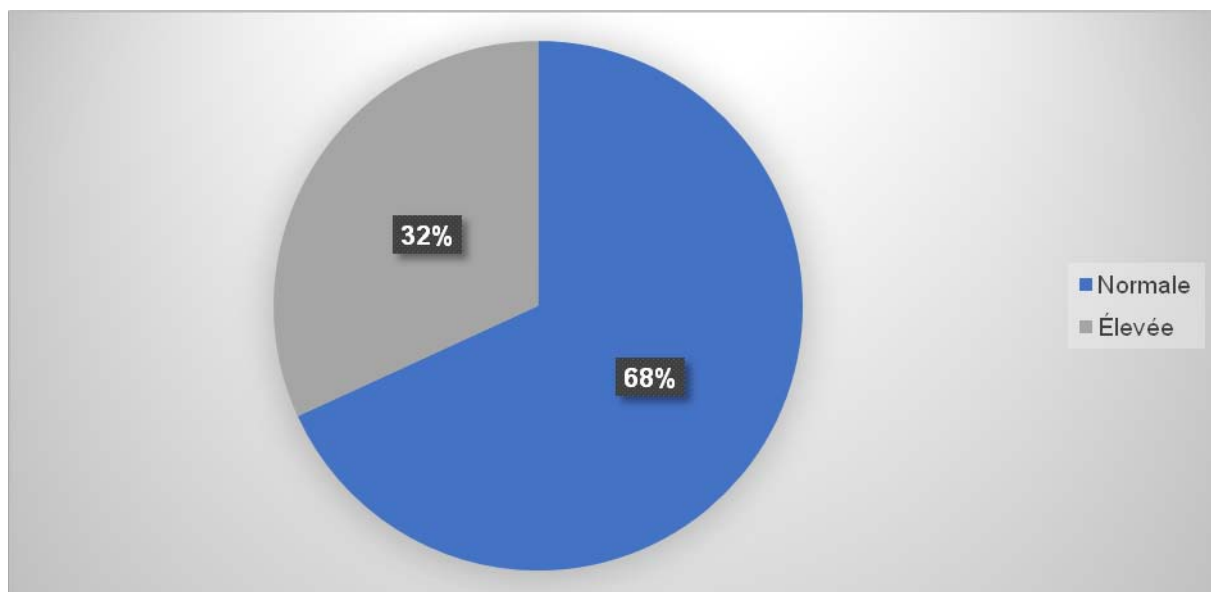
**Graphe 7 : Répartition des traitements psychotropes prescrits dans l'échantillon.**

**N.B :** Plusieurs traitements pouvaient être associés chez un même patient.

## **V. Paramètres biologiques**

### **1. Glycémie**

La glycémie a été mesurée chez 22 patients, soit 53,7% de l'échantillon. Parmi ces patients, 68,2% présentaient une glycémie normale, tandis que 31,8% avaient une glycémie élevée. Ces résultats indiquent une prévalence significative d'hyperglycémie, ce qui souligne l'importance d'un suivi régulier de la glycémie chez les patients psychiatriques afin de prévenir les complications métaboliques.



**Graph 8 : Répartition des patients selon le taux de la glycémie**

## 2. Bilan lipidique

L'exploration lipidique a été réalisée chez un petit nombre de patients, soit 2 sur 41 (4,9%). Parmi ces patients testés, un cas (50%) présentait une hypercholestérolémie, tandis que l'autre avait des valeurs normales. Aucun cas d'hypertriglycéridémie ou d'anomalie du HDL n'a été relevé. Ces résultats suggèrent que bien que la majorité des patients n'aient pas bénéficié d'une évaluation lipidique, une surveillance ciblée pourrait être nécessaire afin de dépister précocement les dyslipidémies, particulièrement l'hypercholestérolémie, qui peut être un facteur de risque cardiovasculaire.

**Tableau 8 : Répartition des patients selon le bilan lipidique**

Paramètre	Nombre de patients testés	% du total patients	Résultats normaux	Résultats anormaux	Type d'anomalie principale
Cholestérol total	2	4,9%	1 (50%)	1 (50%)	Hypercholestérolémie
Triglycérides	2	4,9%	2 (100%)	0	-

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

---

HDL	2	4,9%	2 (100%)	0	-
-----	---	------	----------	---	---

### **3. Fonction hépatique**

Le bilan hépatique a été effectué chez 35 patients (85,4% de l'échantillon). Sur ces patients, 26 (74,3%) avaient des résultats dans les normes, tandis que 9 patients (25,7%) présentaient une élévation des transaminases (ASAT, ALAT). Cette élévation pourrait être attribuée à plusieurs facteurs, notamment la consommation de substances toxiques, les effets secondaires des traitements psychotropes, ou encore la présence de comorbidités somatiques associées. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une surveillance régulière de la fonction hépatique chez les patients suivis en psychiatrie, afin de détecter rapidement toute perturbation pouvant influencer leur prise en charge.

**Tableau 9 : Représentation du bilan hépatique**

<b>Paramètre</b>	<b>Nombre de patients testés</b>	<b>% du total patients</b>	<b>Résultats normaux</b>	<b>Résultats anormaux (élévation transaminases)</b>
Bilan hépatique	35	85,4%	26 (74,3%)	9 (25,7%)

#### 4. Fonction rénale

L'évaluation de la fonction rénale a été réalisée chez 34 patients, soit 82,9% de l'échantillon total. Tous les patients testés présentaient des paramètres rénaux normaux, notamment les taux d'urée et de créatinine. Ces résultats rassurants indiquent que, dans cette cohorte, la fonction rénale reste globalement préservée. Néanmoins, il convient de maintenir une surveillance régulière, particulièrement chez les patients sous traitements susceptibles d'affecter la fonction rénale.

**Tableau 10 : Représentation du bilan rénal**

Paramètre	Nombre de patients testés	% du total patients	Résultats normaux	Résultats anormaux
Bilan rénal	34	82,9%	34 (100%)	0

#### 5. Électrolytes : Sodium (Na<sup>+</sup>), Potassium (K<sup>+</sup>), Chlorures (Cl<sup>-</sup>)

L'analyse des électrolytes a montré que la majorité des patients avaient des concentrations normales en sodium (97,1%), potassium (97,1%) et chlorures (100%). Cependant, un faible pourcentage présentait des anomalies : un patient (2,9%) avait une hyponatrémie, et un autre (2,9%) une hypokaliémie. Ces déséquilibres électrolytiques, bien que rares, doivent être surveillés de près, car ils peuvent avoir des conséquences cliniques importantes, notamment en psychiatrie, où certains médicaments et comorbidités peuvent perturber l'équilibre hydro-électrolytique.

**Tableau 11 : Représentation du bilan électrolytique**

Ion	Nombre de patients testés	% du total patients	Résultats normaux	Résultats anormaux	Nature de l'anomalie
Sodium (Na <sup>+</sup> )	34	82,9%	33 (97,1%)	1 (2,9%)	Hyponatrémie
Potassium (K <sup>+</sup> )	35	85,4%	34 (97,1%)	1 (2,9%)	Hypokaliémie

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

---

Chlorures (Cl <sup>-</sup> )	33	80,5%	33 (100%)	0	-
------------------------------	----	-------	-----------	---	---

## **6. Fonction thyroïdienne**

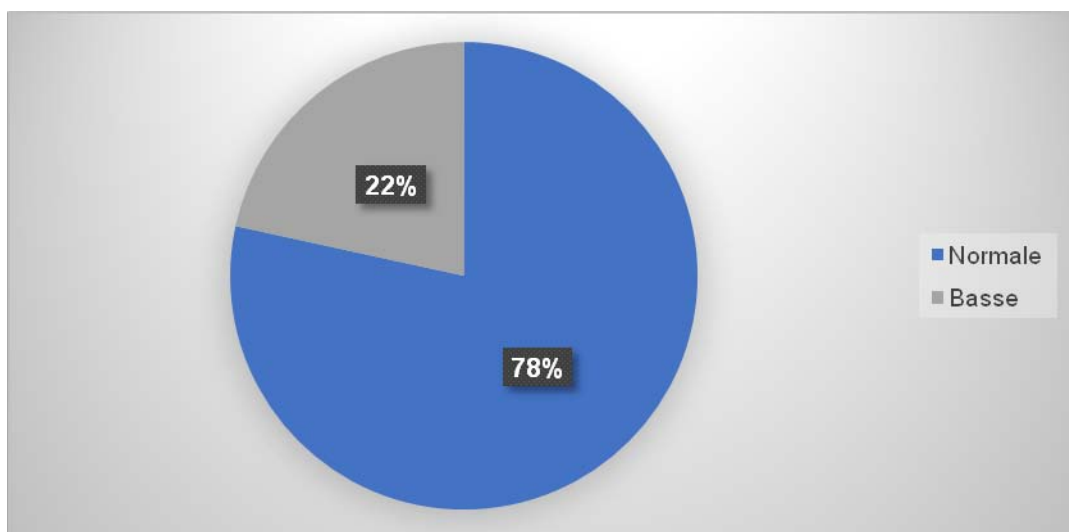
La fonction thyroïdienne a été peu évaluée, avec seulement 6 patients (14,6%) testés pour la TSH, et 5 pour les hormones T3 et T4. Parmi les patients testés, deux présentaient une TSH basse (33,3%), ce qui pourrait indiquer un état d'hyperthyroïdie ou un dérèglement thyroïdien. Par ailleurs, une minorité des patients testés avait des taux élevés de T3 et T4 (20% pour chacun). Ces anomalies thyroïdiennes, bien que rares, soulignent l'importance d'une évaluation adaptée chez les patients psychiatriques, étant donné l'impact que les troubles thyroïdiens peuvent avoir sur la santé mentale et la réponse aux traitements.

**Tableau 12 : Représentation de la fonction thyroïdienne**

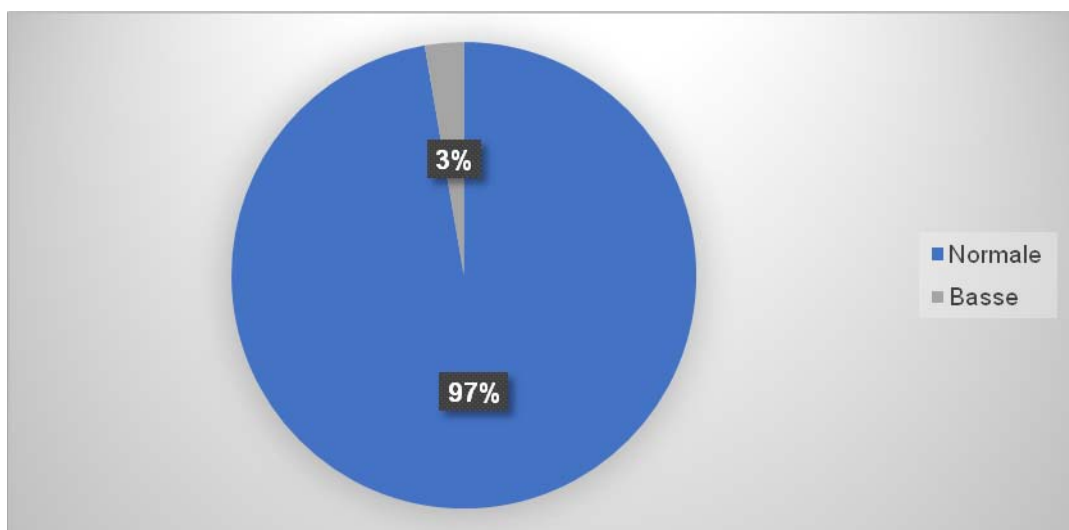
<b>Paramètre</b>	<b>Nombre de patients testés</b>	<b>% du total patients</b>	<b>Résultats normaux</b>	<b>Résultats anormaux</b>	<b>Nature de l'anomalie</b>
TSH	6	14,6%	4 (66,7%)	2 (33,3%)	TSH basse
T4	5	12,2%	4 (80%)	1 (20%)	T4 élevée
T3	5	12,2%	4 (80%)	1 (20%)	T3 élevée

## 7. Hémogramme

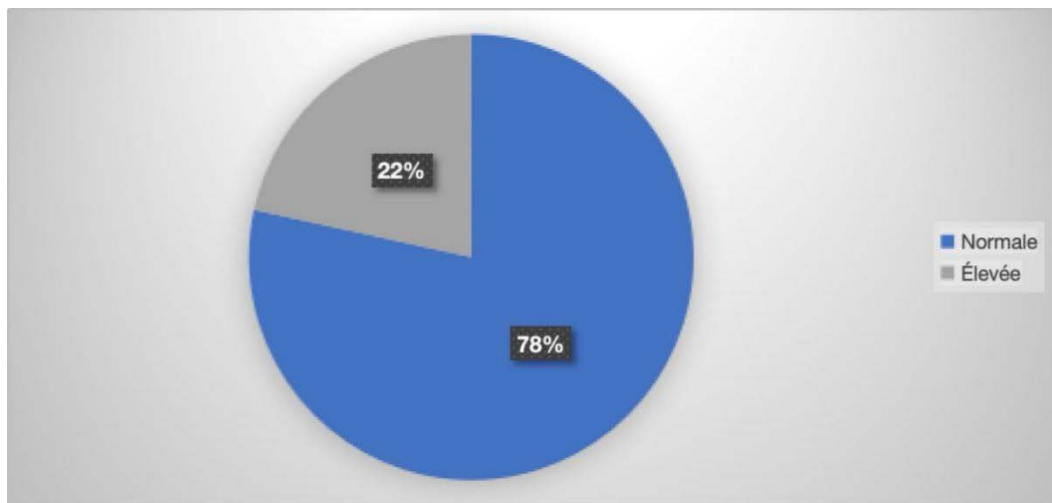
L'étude de l'hémogramme a révélé plusieurs anomalies hématologiques, principalement une anémie, une leucocytose et une thrombopénie. L'anémie concernait 8 patients, soit 21% de l'échantillon. La leucocytose était présente chez 8 patients également, soit 21,6%. Une thrombopénie a été observée chez un seul patient, représentant 2,7% des cas. Malgré ces anomalies, la majorité des patients présentaient des constantes hématologiques normales.



**Graph 9 : Répartition du taux des hémoglobines**



**Graphe 10 : Répartition du taux de plaquettes**



**Graphe 11 : Répartition du taux de leucocytes**

## **VI. Troubles somatiques identifiés**

### **1. Troubles métaboliques**

Parmi les patients étudiés, les troubles métaboliques représentaient une part importante des comorbidités somatiques. La dyslipidémie a été retrouvée chez 3 cas (7,3%), caractérisée principalement par une hypercholestérolémie et une hypertriglycéridémie. La glycémie élevée, indiquant un diabète ou un trouble glycémique, a été observée chez 7 patients sur 22 testés, soit 31,8%. En lien avec cela, 2 patients (28,6% des patients avec antécédents médicaux) étaient connus pour un diabète de type 2. L'hypertension artérielle (HTA) n'a pas été rapportée chez les patients ayant des antécédents médicaux documentés. Ces résultats témoignent de la présence notable de troubles métaboliques chez cette population psychiatrique. Le syndrome métabolique, non évalué directement, reste probable chez certains patients du fait de l'association de plusieurs anomalies. Cette forte prévalence met en évidence la vulnérabilité particulière des patients psychiatriques aux complications cardiovasculaires et métaboliques.

## 2. Autres pathologies chroniques

En dehors des troubles métaboliques, plusieurs pathologies chroniques ont été relevées. Parmi les antécédents médicaux rapportés, 1 patient (14,3% des cas avec antécédents) présentait de l'asthme, 1 cas de syndrome malin des neuroleptiques, 1 cas de psoriasis et 1 cas d'épilepsie ont également été notés. Les atteintes hépatiques ont été mises en évidence par des perturbations des transaminases chez 9 patients (25,7%). Une cardiopathie a été retrouvée chez 1 patient (14,3% des cas avec antécédents). Ces diverses pathologies chroniques illustrent la complexité de la prise en charge médicale de ces patients. L'anémie, retrouvée chez 8 patients (21%), souligne aussi la fréquence des pathologies carencielles dans cette population. Ces résultats soulignent la nécessité d'un suivi complet des comorbidités somatiques au-delà des seuls troubles métaboliques.

## 3. Nombre moyen de troubles somatiques par patient

L'analyse montre que chaque patient présentait en moyenne 1,2 troubles somatiques, avec des extrêmes allant de 0 à 3 troubles. La répartition révèle que 50% des patients n'avaient qu'un seul trouble somatique, tandis que 30% en présentaient deux. Les cas de polyopathie, définis par la présence de trois troubles somatiques ou plus, concernaient environ 20% de l'échantillon. Cette situation souligne la fréquence élevée de la multimorbidité chez les patients psychiatriques hospitalisés. La coexistence de plusieurs affections somatiques peut avoir des répercussions majeures : alourdissement du fardeau thérapeutique, interactions médicamenteuses, risque accru de complications et allongement des durées d'hospitalisation. Dans ce contexte, la prise en charge de ces patients requiert une approche multidisciplinaire et intégrée, associant le suivi psychiatrique au dépistage et au traitement systématique des comorbidités somatiques.

**Tableau 13 : Répartition des patients selon les troubles somatiques**

Paramètres	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Commentaires
Troubles métaboliques			
Dyslipidémie	3	7,3	Hypercholestérolémie et hypertriglycémie
Glycémie élevée (hyperglycémie)	7 (sur 22 testés)	31,8	Indique diabète ou trouble glycémique
Diabète de type 2 (antécédents)	2 (sur 7)	28,6	
Hypertension artérielle (HTA)	0	0	Pas rapportée dans les antécédents
Autres pathologies chroniques			
Perturbations hépatique (transaminases élevées)	9	25,7	Potentiellement liées aux traitements ou comorbidités
Asthme	1 (sur 7)	14,3	
Syndrome malin des neuroleptiques	1 (sur 7)	14,3	
Psoriasis	1 (sur 7)	14,3	
Épilepsie	1 (sur 7)	14,3	
Cardiopathie	1 (sur 7)	14,3	
Anémie	8 (sur 37 testés)	21	Pathologies carencielles fréquentes
Multimorbidité			
Moyenne de troubles somatiques par patient	1,2	-	Extrêmes : 0 à 3 troubles
Patients avec 1 trouble somatique	~50%		
Patients avec 2 troubles somatiques	~30%		
Patients avec $\geq 3$ troubles somatiques	~20%		

(polypathologie)			
------------------	--	--	--

## VII. Dépistage et prise en charge somatique durant l'hospitalisation

### 1. Examens complémentaires effectués

Au cours de l'hospitalisation, des examens biologiques et paracliniques ont été systématiquement réalisés dans le but de dépister d'éventuelles comorbidités somatiques. Parmi les 41 patients inclus, 90,2% ont bénéficié d'un hémogramme, incluant le dosage de l'hémoglobine, des leucocytes et des plaquettes. Des anomalies ont été détectées dans certains cas, notamment une anémie chez 21,6% des patients, une hyperleucocytose dans 21,6%, et une thrombopénie dans 2,7%.

Les bilans rénal et hépatique ont été réalisés respectivement chez 82,9% et 85,4% des patients. Des perturbations hépatiques ont été retrouvées chez 25,7% des patients. Le dosage des électrolytes (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>) a également été fréquemment prescrit ( $\geq 80$  %), révélant de rares anomalies, notamment une hyponatrémie et une hypokaliémie chacune chez 2,9% des cas.

Le bilan inflammatoire par CRP n'a été demandé que dans 26,8% des cas, mais il était élevé dans plus de 70% de ces situations. D'autres explorations ont été moins systématiques : la glycémie n'a été dosée que chez 53,7% des patients, révélant une hyperglycémie dans 31,8%. Les dosages lipidiques (cholestérol total, triglycérides, HDL) ainsi que les hormones thyroïdiennes (TSH, T3, T4) n'ont été réalisés que chez une minorité ( $\leq 15$  %).

Concernant les sérologies, les tests VIH ont été effectués chez 53,7% des patients, avec un taux de positivité de 9,1%. Les sérologies TPHA/VDRL ont été réalisées chez 56,1%, avec une positivité chez 13%. Enfin, la sérologie HBV/HCV a été très peu demandée (7,3%).

Sur le plan radiologique, une imagerie à l'admission a été réalisée chez 46,3% des patients, comprenant notamment des TDM cérébrales, dont 15,8% ont montré des anomalies.

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

Ces résultats traduisent un effort global de dépistage somatique dans notre service, avec une bonne couverture pour les examens de première intention. Toutefois, certains bilans spécifiques, notamment métaboliques et endocriniens, restent insuffisamment explorés.

**Tableau 14 : Répartition des examens biologiques réalisés et résultats**

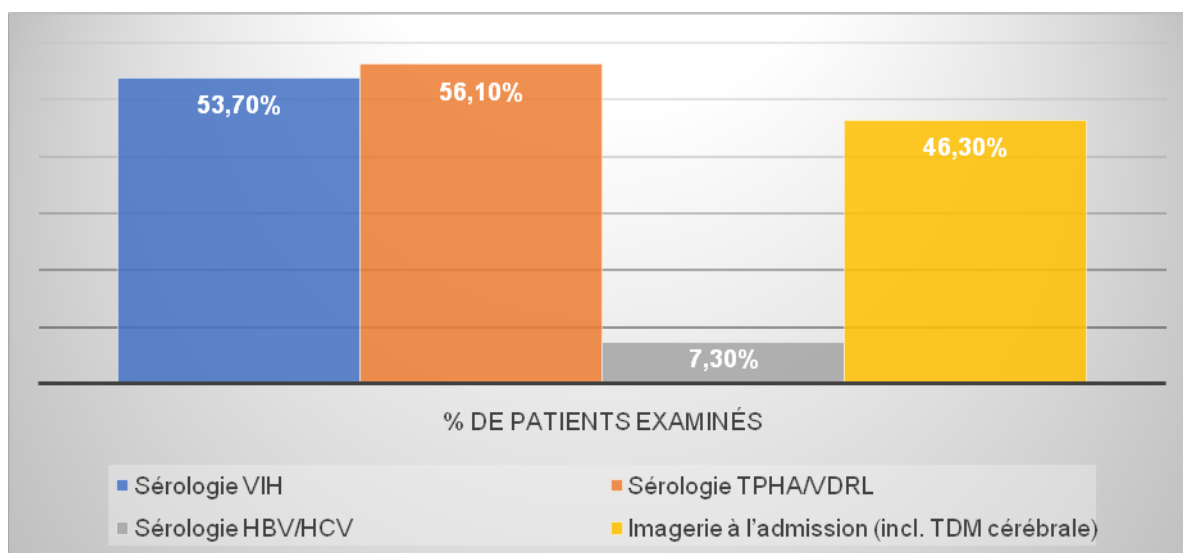
Examen biologique	% de patients examinés	Résultats anormaux observés	% parmi ceux testés
Hémogramme (Hb, leucocytes, plaquettes)	90,2%	Anémie	21,6%
		Hyperleucocytose	21,6%
		Thrombopénie	2,7%
Bilan rénal	82,9%	-	-
Bilan hépatique	85,4%	Anomalies hépatiques	25,7%
Dosage électrolytes (Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> )	≥ 80%	Hyponatrémie	2,9%
		Hypokaliémie	2,9%
CRP	26,8%	CRP élevée	> 70%
Glycémie	53,7%	Hyperglycémie	31,8%
Bilan lipidique (cholestérol, triglycérides, HDL)	≤ 15%	-	-
Bilan thyroïdien (TSH, T3, T4)	≤ 15%	-	-

**Tableau 15 : Répartition des Sérologies et imagerie**

Examen	% de patients examinés	Résultats positifs	% parmi ceux testés
Sérologie VIH	53,7%	Positif	9,1%
Sérologie TPHA/VDRL	56,1%	Positif	13%
Sérologie HBV/HCV	7,3%	-	-

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

Imagerie à l'admission (incl. TDM cérébrale)	46,3%	Anomalies détectées	15,8%
--	-------	---------------------	-------



**Graphe 12 : Répartition des Sérologies et imagerie**

## **2. Consultations spécialisées demandées**

En complément du suivi standard, 87,5% des patients ont bénéficié d'un avis spécialisé au cours de leur hospitalisation. Les consultations les plus fréquemment sollicitées concernaient l'endocrinologie (23,5%), les maladies infectieuses (20,0%), la chirurgie maxillo-faciale (20,6%), la dermatologie (14,7%), ainsi que l'ophtalmologie (11,8%). D'autres spécialités comme la traumatologie, la cardiologie, la neurologie, la gastrologie, la gynécologie, la neurochirurgie, la pneumologie, et l'ORL ont également été sollicitées selon les besoins spécifiques des patients.

Cette prise en charge multidisciplinaire a permis d'optimiser le suivi somatique, d'adapter les traitements aux pathologies associées, et de prévenir d'éventuelles complications durant le séjour.

**Tableau 16 : Avis spécialisés demandés (n = 35 valides)**

Spécialité consultée	Nombre de patients	% des patients valides
Endocrinologie	8	23,5%
Maladies infectieuses	7	20,0%
Chirurgie maxillo-faciale (CMF)	7	20,6%
Dermatologie	5	14,7%
Ophtalmologie	4	11,8%
Hématologie	3	8,8%
Traumatologie	2	5,9%
Cardiologie	2	5,9%
Neurologie	2	5,9%
Gastrologie	2	5,9%
Pneumologie	1	2,9%
Neurochirurgie	1	2,9%
Gynécologie	1	2,9%
ORL	1	2,9%

**Remarque** : 87,5% des patients ont eu au moins un avis spécialisé (n = 40), et les données spécifiques par spécialité concernent 35 patients valides.

### **3. Traitements somatiques instaurés**

Le traitement des troubles somatiques a été initié selon les recommandations en vigueur. Parmi les patients concernés, 53,1% (n = 17) ont reçu une pharmacothérapie spécifique, incluant notamment des antalgiques (paracétamol 25%, tramadol/paracétamol 3,7%), des antidiabétiques (correction de l'hyperglycémie 19,2%), des antibiotiques (amoxicilline-acide clavulanique 28,6%, cotrimoxazole 3,7%, C3G 3,7%, métronidazole 3,6%), des traitements dermatologiques (acide fusidique 14,8%, soins locaux 32,1%), une supplémentation en fer ou vitamines (fer/acide folique

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

17,9%, vitamine C 10,7%), ainsi que divers autres traitements symptomatiques (AINS 3,7%, antispasmodiques, antiseptiques, antihistaminiques, etc.).

En parallèle, interventions non médicamenteuses ont également été proposées, telles que la réhydratation (7,4%) et des soins de support incluant l'utilisation de crèmes émoullientes, lubrifiants oculaires et lavages oculaires. Au total, 46,9% des patients n'ont pas bénéficié de traitement somatique formel, soit en raison d'une absence d'indication spécifique ou par décision médicale en lien avec l'état clinique global. Ces mesures ont été instaurées dans l'objectif de stabiliser l'état somatique des patients et d'améliorer leur pronostic général.

**Tableau 17 : Répartition des avis spécialisés demandés (n = 35 valides)**

Catégorie thérapeutique	Exemples / Médicaments	n (patients)	% total (n = 32)	% valides
Antalgiques / AINS	Paracétamol, Tramadol/Paracétamol, AINS	9	28,1%	33,3%
Anti-infectieux	Amox-Clav, C3G, Métronidazole, Cotrimoxazole, etc.	10	31,2%	37,0%
Supplémentation	Fer/Acide folique, Vitamine C	8	25,0%	28,6%
Traitement du diabète	Correction hyperglycémie (insuline, schéma basal+)	5	15,6%	19,2%
Réhydratation orale/IV	SRO, perfusion	2	6,3%	7,4%
Traitements dermatologiques	Soins locaux, Acide fusidique, Antifongiques topiques	14	43,7%	50,0%
Traitement cardiovasculaire	Inhibiteurs calciques, HBPM	2	6,3%	7,4%
Respiratoire / Allergies	Salbutamol, Antihistaminiques	2	6,3%	7,4%
Gastro-intestinal / Digestif	Diosmectite, Antispasmodiques	2	6,3%	7,4%
Ophthalmologie / soins oculaires	Lavage, Lubrifiants, Tobramycine	3	9,4%	11,1%
Autres / Spécifiques	SAT/VAT, préparation magistrale, etc.	3	9,4%	11,1%

**Remarques :**

- Certains patients ont reçu plusieurs traitements, donc les totaux peuvent dépasser 100%.

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

---

- Les% "valides" sont calculés sur les patients pour lesquels l'information était disponible (généralement n = 26 à 28).

## VIII. Issues de l'hospitalisation

### 1. Évolution clinique psychiatrique durant le séjour

Sur le plan psychiatrique, l'évolution durant l'hospitalisation a été jugée favorable dans la grande majorité des cas. Une amélioration nette de l'état clinique a été observée chez 37 patients (97,4%), traduite par une diminution des symptômes aigus et une meilleure stabilisation comportementale. Une évolution partielle a concerné 1 patient (2,6%), nécessitant un ajustement thérapeutique ou un suivi prolongé. Aucun patient n'a présenté d'évolution défavorable au cours du séjour. Ces résultats témoignent d'une efficacité globale du traitement psychiatrique instauré.

**Tableau 18 : Évolution clinique psychiatrique durant le séjour (n = 38 valides)**

Évolution	Nombre de patients	% parmi les cas valides (n = 38)	% du total (n = 41)
Bonne évolution	37	97,4%	90,2%
Stagnation (évolution partielle)	1	2,6%	2,4%
Évolution défavorable	0	0%	0%

### 2. Évolution clinique somatique durant le séjour

Concernant l'état somatique, une amélioration a été constatée chez 23 patients (67,6%) suite à la mise en place des traitements et mesures de suivi. La stabilité clinique a été notée dans 11 cas (32,4%), alors qu'aucune aggravation ou complication somatique majeure n'a été rapportée. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage et du suivi continu des pathologies somatiques pendant le séjour psychiatrique, ainsi que l'efficacité d'une prise en charge conjointe adaptée aux besoins somatiques des patients.

**Tableau 19 : Évolution clinique somatique durant le séjour (n = 34 valides)**

Évolution	Nombre de patients	% parmi les cas valides (n = 34)	% du total (n = 41)
Amélioration	23	67,6%	56,1%
Stabilité clinique	11	32,4%	26,8%
Aggravation / complication	0	0%	0%

### 3. Orientation à la sortie

À la fin de l'hospitalisation, 11 patients (39,3%) ont regagné leur domicile avec un suivi psychiatrique programmé en consultation externe. 16 patients (57,1%) ont été orientés vers un suivi combiné psychiatrique et somatique, notamment en médecine interne, afin d'assurer la continuité des soins pour les comorbidités identifiées. Un seul patient (3,6%) est sorti contre avis médical, sans suivi structuré connu. Ces orientations témoignent d'une prise en charge globale et coordonnée, visant à assurer la stabilité psychiatrique tout en maintenant la surveillance des troubles somatiques associés.

**Tableau 20 : Orientation à la sortie (n = 28 valides)**

Orientation	Nombre de patients	% parmi les cas valides (n = 28)	% du total (n = 41)
Suivi psychiatrique seul	11	39,3%	26,8%
Suivi psychiatrique + médecine interne	16	57,1%	39,0%
Sortie contre avis médical	1	3,6%	2,4%

## IX. Résumé des principaux résultats

Au terme de cette étude, 41 patients présentant au moins un trouble somatique ont été recensés parmi 197 hospitalisations psychiatriques. La population étudiée était majoritairement composée d'hommes (65,9%), avec un sex-ratio de 1,9, et d'une moyenne d'âge de 37 ans. La majorité des patients appartenaient à un niveau socio-économique faible et étaient célibataires.

Sur le plan clinique, la schizophrénie représentait le diagnostic psychiatrique le plus fréquent (90,2%), suivie du trouble bipolaire (9,8%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 30 jours, traduisant la nécessité d'un suivi prolongé pour stabiliser les patients et dépister les comorbidités somatiques.

Les troubles somatiques métaboliques étaient prédominants, dominés par le diabète de type 2 (28,6% des patients avec antécédents médicaux), tandis que d'autres affections chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (25% des patients avec antécédents cardiopathie), endocriniennes, respiratoires et hépatiques étaient également observées. Le nombre moyen de troubles somatiques par patient était de 1,2, témoignant d'une prévalence partiellement forte de la polyopathie dans cette population.

Durant l'hospitalisation, un bilan somatique complet a été réalisé chez **65,9%** des patients (ceux avec antécédents médicaux renseignés), permettant d'instaurer des traitements adaptés et d'organiser des consultations spécialisées selon les besoins. L'évolution psychiatrique a été globalement favorable, parallèlement à une amélioration somatique dans 67,6% des cas.

À la sortie, la majorité des patients ont été orientés vers un suivi ambulatoire psychiatrique avec ou sans orientation somatique complémentaire, illustrant la nécessité de renforcer la coordination entre les équipes psychiatriques et médicales pour une prise en charge globale et durable.



## DISCUSSION



## I. Rappel théorique

### 1. La schizophrénie : définition, évolution, impact fonctionnel

La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique sévère appartenant au spectre des psychoses. Elle se caractérise par une altération des processus de pensée, de la perception et du comportement, entraînant une rupture progressive avec la réalité. Selon la classification DSM-5 TR, elle associe des symptômes positifs, incluant les délires, les hallucinations et la désorganisation, des symptômes négatifs, tels que l'apragmatisme, le retrait social et l'émoussement affectif, et des symptômes cognitifs, notamment les troubles attentionnels, le déficit de la mémoire de travail et l'altération des fonctions exécutives [16]. Ces dimensions symptomatiques expliquent en grande partie la désinsertion socioprofessionnelle des patients et la chronicisation évolutive du trouble.

Sur le plan étiopathogénique, la schizophrénie est aujourd'hui considérée comme un trouble neurodéveloppemental multifactoriel. Il résulte d'une interaction complexe entre vulnérabilités génétiques, anomalies neurobiologiques, facteurs environnementaux précoces et stress psychosociaux [17]. Des altérations structurales et fonctionnelles ont été décrites dans les circuits fronto-sous-corticaux, notamment au niveau du cortex préfrontal et de l'hippocampe. Elles sont associées à une dysrégulation dopaminergique mésolimbique et mésocorticale, ainsi qu'à une hypoglutamatergie [18]. Ces anomalies expliquent à la fois les symptômes psychotiques et certains déficits cognitifs.

L'évolution clinique est généralement chronique, marquée par une alternance d'épisodes aigus et de phases résiduelles avec persistance d'un handicap fonctionnel important malgré les traitements antipsychotiques [19]. Plusieurs études longitudinales montrent que près de 80% des patients rechutent au moins une fois dans les cinq ans suivant le premier épisode psychotique, surtout en cas de mauvaise observance thérapeutique ou de comorbidités [20]. L'impact

fonctionnel est majeur, avec un taux élevé de chômage, d'isolement social, de perte d'autonomie et de difficultés dans les activités de la vie quotidienne [21]. La schizophrénie fait partie des quatre premières causes d'incapacité dans le monde chez les adultes jeunes [22]. Au-delà du handicap psychique, la schizophrénie est également associée à une surmortalité significative estimée entre 10 et 20 ans de réduction d'espérance de vie par rapport à la population générale [23]. Cette surmortalité est en grande partie liée aux comorbidités somatiques et aux comportements à risque, tels que le tabagisme, la sédentarité et une alimentation déséquilibrée. Ce constat justifie pleinement l'intérêt d'un dépistage systématique et précoce des complications somatiques dans cette population.

## **2. Le trouble bipolaire : définition, formes cliniques et évolution**

Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique chronique caractérisée par l'alternance d'épisodes thymiques de polarité opposée, maniaques ou hypomaniaques d'une part, et dépressifs d'autre part, entrecoupés ou non de périodes d'euthymie. Selon la classification DSM-5 TR, il se divise principalement en deux formes cliniques : le trouble bipolaire de type I, défini par la survenue d'au moins un épisode maniaque, et le trouble bipolaire de type II, où se succèdent des épisodes hypomaniaques et des épisodes dépressifs majeurs sans manie véritable [16].

Sur le plan clinique, les épisodes maniaques se caractérisent par une élévation pathologique de l'humeur, une hyperactivité psychomotrice, une réduction du besoin de sommeil, ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi et de la prise de risques, parfois jusqu'à la désorganisation comportementale [22]. Les épisodes dépressifs, à l'inverse, se manifestent par une humeur dépressive persistante, une anhédonie, une fatigabilité marquée, une diminution des fonctions cognitives et un risque suicidaire élevé. Les études longitudinales estiment que jusqu'à 25 à 50% des patients bipolaires feront au moins une tentative de suicide au cours de leur vie [23].

L'étiopathogénie du trouble bipolaire est multifactorielle. Elle combine une vulnérabilité génétique avérée, avec un taux d'héritabilité estimé à 60 à 85%, des anomalies des circuits limbiques et frontaux, des perturbations neuroendocriniennes de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et des déséquilibres neurotransmetteurs, notamment glutamatergiques et monoaminergiques [24]. Les données récentes en neuroimagerie fonctionnelle suggèrent un dysfonctionnement dans la régulation émotionnelle, impliquant notamment l'amygdale, le cortex préfrontal ventromédian et le gyrus cingulaire antérieur [25].

L'évolution du trouble bipolaire est souvent chronique et invalidante, marquée par un risque élevé de rechutes. Ce risque est particulièrement important dans les formes à cycles rapides ou en cas de non-observance thérapeutique. Plusieurs études ont confirmé un retentissement fonctionnel majeur sur les plans social, familial et professionnel, même en période d'euthymie, en raison de déficits cognitifs persistants touchant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives [26]. Sur le plan pronostique, le délai entre le premier épisode thymique et la mise en place d'un traitement adapté conditionne largement le devenir clinique, d'où l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge continue [27].

### **3. Les comorbidités somatiques dans les troubles psychiatriques sévères**

#### **3.1 La prévalence générale et comparaison entre diagnostics**

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, tels que la schizophrénie et le trouble bipolaire, présentent une surcharge de morbidité physique nettement supérieure à celle de la population générale. On observe une prévalence accrue de facteurs de risque cardiométaboliques, dont le diabète, l'obésité, la dyslipidémie et l'hypertension artérielle, ainsi que de maladies chroniques cardiovasculaires, respiratoires, hépatiques et infectieuses [28]. Ces associations sont robustes à travers les séries épidémiologiques et les méta-analyses récentes. Elles se retrouvent tant chez les patients hospitalisés que dans les cohortes communautaires, et entraînent une réduction marquée de l'espérance de vie [29].

### **3.2 Les troubles métaboliques et cardiovasculaires : étendue du problème**

Les troubles métaboliques constituent la charge somatique la plus fréquente chez les patients atteints de psychose et de trouble bipolaire. Les études actuelles rapportent des taux élevés de syndrome métabolique et de ses composantes dans ces populations, incluant l'obésité abdominale, la dyslipidémie avec augmentation des triglycérides et diminution du HDL, l'insulino-résistance et l'hypertension artérielle [30]. Ces anomalies sont omniprésentes. La littérature décrit en effet des prévalences de syndrome métabolique largement supérieures à celles de la population générale, variant selon les séries mais dépassant fréquemment 30% chez les patients traités par antipsychotiques. Cette prévalence élevée explique en grande partie le sur-risque d'événements cardiovasculaires et la mortalité prématurée observée chez ces patients [31]. Ces constatations rendent impératif le dépistage systématique et la prise en charge précoce des facteurs cardiométaboliques dans les services psychiatriques [32-33].

#### **❖ Les mécanismes contributifs**

L'augmentation des troubles métaboliques s'explique par plusieurs mécanismes convergents. Premièrement, des facteurs liés au mode de vie, tels que la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, un tabagisme élevé et la consommation d'alcool, sont plus fréquents chez les sujets atteints de troubles psychiatriques sévères. Deuxièmement, les effets iatrogènes des psychotropes, essentiellement de certains antipsychotiques atypiques comme la clozapine et l'olanzapine, puis à un degré moindre la rispéridone et la quétiapine, ainsi que de certains thymorégulateurs, favorisent la prise de poids et les perturbations glyco-lipidiques. Troisièmement, une vulnérabilité biologique, incluant une prédisposition génétique, un état pro-inflammatoire et des altérations du métabolisme énergétique cérébral et périphérique, peut précéder et potentialiser les effets des traitements [28, 30]. Ces mécanismes sont synergiques et expliquent la chronicité de la perturbation métabolique.

### **3.3 Autres comorbidités somatiques importantes**

Outre les troubles métaboliques et cardiovasculaires, divers autres systèmes sont fréquemment atteints. Les affections respiratoires, notamment les bronchopathies chroniques obstructives et les infections respiratoires, présentent une prévalence plus élevée, en grande partie liée au tabagisme massif et à l'accès réduit aux soins préventifs. Les affections hépatiques, telles que l'élévation des transaminases, la stéatose hépatique non alcoolique et les hépatopathies virales, sont retrouvées à des taux supérieurs, parfois accentués par la consommation d'alcool ou par des co-médications hépatotoxiques. Les atteintes rénales, moins fréquentes mais présentes, peuvent résulter de l'association de facteurs comme le diabète, l'hypertension artérielle ou une néphrotoxicité médicamenteuse. Enfin, on observe une prévalence augmentée d'infections chroniques, comme les hépatites B et C ou le VIH selon les régions, et de carences nutritionnelles vitaminiques ou en fer, qui aggravent le pronostic global [27, 32]. Ces comorbidités contribuent à une multimorbidité souvent sous-estimée, avec des conséquences pronostiques et organisationnelles majeures.

### **3.4 L'impact sur la mortalité et la qualité de vie**

La multimorbidité somatique associée aux troubles psychiatriques sévères est un déterminant majeur de la mortalité prématurée observée dans ces populations. Les analyses et méta-analyses montrent que la mortalité par causes naturelles, en particulier les maladies cardiovasculaires, explique une part importante de la perte d'espérance de vie [29, 33]. Par ailleurs, les comorbidités somatiques altèrent profondément la qualité de vie, réduisent la capacité fonctionnelle, augmentent les hospitalisations somatiques et psychiatriques, et compliquent l'adhérence thérapeutique [33].

### **3.5 Les interactions bidirectionnelles : psychiatrique et somatique**

Il est essentiel de souligner que la relation entre troubles psychiatriques sévères et pathologies somatiques est bidirectionnelle. Non seulement la maladie mentale et ses traitements augmentent le risque somatique, mais les pathologies somatiques, telles que la

douleur chronique, un diabète non contrôlé ou une pathologie cardiovasculaire, exacerbent les symptômes psychiatriques. Elles entraînent une perte d'autonomie et peuvent favoriser les rechutes et la chronicité [28, 34]. La multimorbidité amplifie donc l'effet délétère sur le pronostic global et nécessite une prise en charge intégrée.

### **3.6 Les conséquences pour la pratique clinique et pertinence pour notre étude**

Pour un service psychiatrique hospitalier, ces constats ont plusieurs implications directes et opérationnelles. Premièrement, un dépistage systématique est nécessaire. Il doit inclure des mesures anthropométriques, le dosage de la glycémie à jeun ou de l'HbA1c, un profil lipidique, l'évaluation de la fonction hépatique et rénale, un bilan vitaminique si nécessaire, et un ECG pour les médicaments à risque d'allongement du QT. Les recommandations et études montrent que ces bilans ne sont pas toujours réalisés de façon régulière malgré leur importance [31, 18]. Deuxièmement, une prise en charge intégrée et multidisciplinaire doit être mise en œuvre. Elle repose sur une collaboration, tant ambulatoire qu'hospitalière, entre psychiatres, cardiologues, diabétologues, nutritionnistes et équipes de soins primaires pour réduire la morbidité et la mortalité. Les interventions combinant modifications du mode de vie, optimisation iatrogénique, par exemple par le choix d'antipsychotiques moins métabologènes lorsque possible, et traitements somatiques ciblés, montrent une efficacité potentielle pour réduire la charge métabolique [35]. Troisièmement, une surveillance continue et un parcours de sortie structuré sont indispensables. Il s'agit d'organiser une continuité des soins après la sortie, avec des rendez-vous spécialisés, des programmes d'éducation thérapeutique et un accès facilité aux examens et traitements somatiques, pour limiter les complications à moyen et long terme.

### **3.7 Synthèse et lien avec l'objectif de notre travail**

En synthèse, la littérature récente confirme que la prévalence élevée de troubles métaboliques et cardiovasculaires, associée à d'autres comorbidités chroniques, constitue un frein majeur à l'amélioration du pronostic global des patients atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire. L'objectif de notre travail, qui est d'évaluer la fréquence, la nature et la prise

en charge des troubles somatiques chez des patients hospitalisés en psychiatrie, s'inscrit donc dans une problématique centrale de santé publique et clinique. Il vise à identifier les lacunes de dépistage et de prise en charge en milieu psychiatrique pour proposer des pistes d'amélioration concrètes, telles que des protocoles de dépistage, la formation des équipes et la création de filières de soins coordonnées [4–35]. Ces recommandations pratiques seront développées dans la discussion finale.

## **4. Le rôle des traitements psychotropes**

### **4.1 L'impact des traitements psychiatriques sur la santé somatique**

Les traitements psychotropes, en particulier les antipsychotiques atypiques, les thymorégulateurs et certains antidépresseurs, ont une influence significative sur la santé somatique des patients atteints de troubles psychiatriques sévères. Les données récentes montrent que l'un des principaux effets indésirables de ces traitements est la perturbation du métabolisme glucidique et lipidique, se traduisant par une prise de poids, une résistance à l'insuline, une dyslipidémie et un syndrome métabolique. Ces effets sont documentés tant chez les patients atteints de schizophrénie que chez ceux présentant un trouble bipolaire. Par exemple, une méta-analyse en réseau portant sur l'olanzapine, la rispéridone, l'aripiprazole et d'autres molécules utilisées dans le trouble bipolaire montre que ces traitements sont fortement corrélés à des élévations de la glycémie à jeun, de l'HbA1c et des lipides selon le profil médicamenteux, l'âge et le sexe du patient. Un examen systématique récent confirme par ailleurs que les effets métaboliques négatifs sont une conséquence fréquente et cliniquement significative des psychotropes, et doivent faire partie intégrante de l'évaluation à long terme des patients psychiatriques.

### **4.2 Les différences selon les classes thérapeutiques et profils de risque**

Les antipsychotiques de deuxième génération présentent un risque métabolique plus élevé que la plupart des stabilisateurs de l'humeur, bien que ces derniers ne soient pas exempts de tels effets. Par exemple, l'article de Sepúlveda-Lizcano et al. montre que la prise de poids

peut varier de 0,7% à 16% selon le médicament, avec un risque de diabète pouvant atteindre 2,1% et des modifications lipidiques dans 19,3% des cas pour des traitements antipsychotiques. La méta-analyse de Kong et al. (2024) dans le trouble bipolaire indique que l'augmentation de la glycémie et de l'insuline est la plus marquée avec la rispéridone, tandis que l'olanzapine est en tête pour l'augmentation du cholestérol total, des triglycérides et du LDL. Par ailleurs, la lamotrigine est associée à une diminution du HDL. Cette variabilité selon la molécule, le sexe, l'âge et la durée de traitement impose une personnalisation accrue de la prescription ainsi que la mise en place d'un suivi somatique adapté.

#### **4.3 Les mécanismes physiopathologiques de l'iatrogénie métabolique**

Les mécanismes par lesquels les psychotropes induisent des troubles métaboliques sont multiples et souvent synergiques. Ils incluent une prise de poids rapide, souvent centrale et abdominale, liée à une augmentation de l'appétit, une sédentarité accrue et une réduction du métabolisme de base induits par les traitements, comme avec l'olanzapine ou la clozapine. Ils comportent également une résistance à l'insuline, certains antipsychotiques altérant la sécrétion d'insuline ou accroissant l'insulinorésistance indépendamment de la prise de poids, notamment la clozapine et l'olanzapine. Ces traitements favorisent en outre des altérations lipidiques, telles que l'hypertriglycémie, la diminution du HDL, l'augmentation du LDL et une perturbation de la fonction endothéliale. Ils peuvent aussi induire une dysrégulation neuroendocrinienne, par exemple via la modulation des neurotransmetteurs sérotoninergiques, dopaminergiques, histaminiques H1 ou des récepteurs 5-HT<sub>2C</sub>, qui contribue à la prise de poids et au déficit métabolique. Enfin, l'interaction avec des facteurs de vulnérabilité propres aux patients, comme des facteurs de style de vie défavorables, le tabagisme, la sédentarité, une alimentation pauvre ou des comorbidités non traitées, augmente encore le risque.

#### **4.4 Les implications cliniques dans le suivi hospitalier psychiatrique**

Dans le contexte d'un service d'hospitalisation psychiatrique, ces données imposent des pratiques spécifiques. Le choix du traitement doit tenir compte du profil de risque métabolique du patient, en intégrant ses antécédents somatiques, son IMC, son niveau de sédentarité, son tabagisme, son âge et son sexe. Lorsqu'un médicament à haut risque métabolique est nécessaire, il faut anticiper les mesures de prévention, comprenant un bilan initial somatique, une information du patient et un plan de suivi du poids, de l'IMC, du tour de taille, de la glycémie à jeun ou de l'HbA1c, des lipides et de la pression artérielle avant et pendant le traitement. La surveillance régulière est impérative. Comme l'a indiqué une étude de suivi métabolique sur les traitements par antipsychotiques de seconde génération, seulement un nombre limité de patients bénéficie d'un monitoring optimal malgré les recommandations. En cas de perturbation métabolique, il faut envisager soit un changement de traitement vers une molécule moins métabologène, comme l'aripiprazole ou la lurasidone, soit l'ajout d'interventions dédiées, telles que la modification du mode de vie, une supplémentation médicamenteuse ou une orientation vers des soins somatiques. Enfin, la coordination entre la psychiatrie et la médecine somatique est centrale pour prévenir les complications à long terme et garantir une meilleure qualité de vie au patient.

#### **4.5 Les liens avec les résultats de notre étude**

Dans notre travail, nous avons observé une proportion importante de troubles somatiques métaboliques et cardiovasculaires chez les patients hospitalisés en psychiatrie, incluant l'obésité, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et le diabète. Le rôle potentiel des psychotropes dans cette accumulation de comorbidités ne peut être ignoré. Nos résultats confirment que ces traitements ne sont pas neutres du point de vue somatique et doivent être intégrés dans l'analyse des comorbidités. Cela suggère que non seulement le dépistage initial avant l'hospitalisation, mais aussi la réévaluation itérative pendant le séjour hospitalier sont essentiels. De plus, nos données sur le nombre moyen de troubles somatiques par patient peuvent être interprétées à la lumière de la charge iatrogène, ce qui renforce l'intérêt de stratégies de réduction des risques métaboliques au moment de l'hospitalisation.

## 5. Les recommandations internationales pour la surveillance somatique

### 5.1 Contexte général et enjeux de santé publique

Depuis deux décennies, la santé somatique des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, notamment la schizophrénie et le trouble bipolaire, est reconnue comme une priorité mondiale de santé publique. Ces patients présentent une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, principalement à cause des maladies cardiovasculaires, métaboliques et infectieuses évitables [36]. Face à ce constat, plusieurs organisations internationales, telles que l'OMS, le NICE, l'APA et la HAS, ont émis des recommandations précises pour améliorer le dépistage et la prise en charge somatique dans les services psychiatriques. Ces directives insistent sur la responsabilité conjointe du psychiatre et du médecin somaticien dans le suivi global du patient, ainsi que sur la nécessité d'intégrer un volet somatique systématique dans toute évaluation psychiatrique [37].

### 5.2 La surveillance métabolique et cardiovasculaire

Les lignes directrices les plus influentes, notamment celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023) et de l'American Psychiatric Association (APA, 2020), préconisent un protocole de suivi rigoureux pour les patients traités par antipsychotiques ou thymorégulateurs [38]. Elles recommandent notamment, avant l'instauration du traitement, la mesure du poids, de l'IMC, du tour de taille, de la pression artérielle, de la glycémie à jeun et du bilan lipidique, ainsi que la recherche d'antécédents familiaux cardiovasculaires ou métaboliques. À 3 mois, puis tous les 6 à 12 mois, une réévaluation de ces paramètres est préconisée afin de détecter précocement toute dérive métabolique. Chez les patients à haut risque, c'est-à-dire ceux âgés de plus de 40 ans, avec un IMC supérieur à 30 ou des antécédents de diabète ou d'hypertension, un suivi plus rapproché est recommandé, avec la possibilité d'une collaboration étroite avec un endocrinologue ou un cardiologue. La World Psychiatric Association (WPA) rappelle dans sa déclaration de 2023 que le dépistage métabolique reste insuffisant dans la pratique courante. En effet, moins de 40% des patients schizophrènes ont un suivi lipidique

annuel, et à peine 30% une mesure systématique de la glycémie [39]. Ces chiffres soulignent la persistance d'un écart considérable entre les recommandations et la réalité clinique.

### **5.3 L'intégration du dépistage somatique dans les services psychiatriques**

Les recommandations récentes encouragent une approche intégrée, dite de liaison somato-psychiatrique, qui vise à rapprocher les soins psychiatriques et somatiques au sein du même parcours thérapeutique. Ainsi, la European Psychiatric Association (EPA, 2021) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023) préconisent la mise en place de protocoles standardisés. Ces protocoles incluent la réalisation de bilans somatiques systématiques dès l'admission hospitalière, le suivi du poids et de la tension artérielle à chaque visite clinique, la formation des équipes psychiatriques aux aspects somatiques, le dépistage des troubles métaboliques via des outils simples, et la tenue d'un dossier médical partagé pour améliorer la coordination entre psychiatres, internistes et médecins généralistes [40]. Les données montrent qu'une telle intégration améliore significativement la détection des comorbidités et réduit la mortalité prématurée chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères [41].

### **5.4 Les recommandations spécifiques en milieu hospitalier psychiatrique**

Dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique, les sociétés savantes insistent sur un rôle actif du service hospitalier dans la prévention des complications somatiques. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2022) recommande ainsi que chaque service dispose d'un référent somatique, médecin ou infirmier formé à la surveillance métabolique, d'un carnet de suivi métabolique remis au patient à sa sortie, et d'une orientation systématique vers les soins primaires pour tout patient présentant une anomalie biologique détectée pendant l'hospitalisation [42]. Ces recommandations rejoignent les conclusions de la British Association for Psychopharmacology (BAP, 2023), qui souligne la nécessité d'un bilan somatique structuré dès la première semaine d'hospitalisation. Ce protocole permet de détecter précocement les troubles métaboliques induits par les traitements psychotropes et d'adapter la stratégie thérapeutique [43].

### **5.5 Les liens avec les données de notre étude**

Dans le contexte de notre travail, ces recommandations trouvent un écho particulier. Nos résultats montrent en effet que plusieurs anomalies biologiques et troubles métaboliques étaient présents chez les patients hospitalisés, parfois sans suivi somatique documenté. La mise en place de protocoles de surveillance selon les standards internationaux permettrait d'améliorer la qualité du dépistage et la précocité de la prise en charge. Ces constats soutiennent la nécessité d'une approche intégrée, où le psychiatre devient aussi un acteur de la santé somatique, en collaboration avec les autres spécialistes.

## **II. Synthèse et discussion des résultats**

### **1. Synthèse des principaux résultats**

Notre étude a porté sur un échantillon total de 41 patients hospitalisés, parmi lesquels 27 hommes et 14 femmes, avec un sexe-ratio de 1,9 en faveur des hommes. La population étudiée se caractérisait par un âge moyen relativement jeune, reflétant le profil habituel des troubles psychiatriques sévères. Sur le plan clinique, la répartition diagnostique montrait une prédominance de la schizophrénie par rapport au trouble bipolaire. La durée moyenne d'hospitalisation variait selon le diagnostic et la complexité du tableau clinique, mais restait globalement représentative d'un séjour aigu.

Concernant les troubles somatiques, nos résultats ont révélé une prévalence élevée des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires, avec des taux notables d'obésité, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et de diabète. Les troubles hépatiques et endocriniens étaient également présents dans une proportion non négligeable, témoignant d'un large spectre de complications somatiques au sein de cette population. En moyenne, chaque patient présentait plus d'un trouble somatique associé, ce qui souligne le poids considérable des affections physiques dans la trajectoire des personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques.

Sur le plan du suivi médical, notre étude a mis en évidence des lacunes importantes dans le dépistage somatique systématique. En effet, certains bilans biologiques, qu'ils soient lipidiques, glycémiques, hépatiques ou rénaux, n'étaient pas systématiquement réalisés à l'admission ou en cours d'hospitalisation. De même, le recours aux consultations spécialisées, notamment en médecine interne, endocrinologie ou cardiologie, demeurait insuffisant, malgré la présence d'anomalies détectées dans les bilans de routine. Ces constats rejoignent les données de la littérature internationale, qui soulignent le sous-dépistage chronique des troubles physiques chez les patients psychiatriques.

Enfin, les résultats biologiques disponibles ont confirmé la fréquence des déséquilibres métaboliques, en particulier l'hyperglycémie, la dyslipidémie et les anomalies hépatiques, parfois liées à la prise prolongée de psychotropes. Ces observations confortent l'hypothèse d'une corrélation étroite entre le traitement psychiatrique, la comorbidité somatique et l'absence de suivi structuré, renforçant ainsi la nécessité de protocoles intégrés de surveillance somatique en milieu psychiatrique.

## **2. Discussion des résultats**

### **2.1 Les caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques des patients**

#### **2.1-1 Le profil démographique général**

Dans notre étude, 197 patients ont été hospitalisés durant la période considérée, dont 41, soit 20,8%, présentaient au moins un trouble somatique associé. Cette proportion élevée met en évidence la prévalence notable des comorbidités somatiques chez les personnes atteints de troubles psychiatriques sévères. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs travaux antérieurs ayant montré qu'entre 50% et 70% des patients hospitalisés en psychiatrie présentent au moins une pathologie somatique associée [44]. L'âge moyen des patients inclus était de 37 ans, avec des extrêmes allant de 20 à 62 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situait entre 20 et 30 ans (34,1%), suivie des 31-40 ans (31,7%) et des plus de 40 ans (34,1%). Cette répartition illustre la forte implication de la population adulte jeune, ce qui est conforme aux données de la

littérature, où la schizophrénie débute typiquement entre 18 et 30 ans, tandis que le trouble bipolaire présente une première expression entre 25 et 40 ans [45]. Plusieurs études multicentriques menées en Europe et au Maghreb ont également souligné cette prévalence des jeunes adultes dans les services psychiatriques hospitaliers, traduisant l'impact fonctionnel précoce et durable de ces pathologies [46].

### **2.1-2 La répartition selon le sexe et le statut socio-économique**

La prédominance masculine observée dans notre cohorte, avec 27 hommes (65,9%) contre 14 femmes (34,1%) et un sex-ratio de 1,9, concorde avec les observations classiques en schizophrénie, où la proportion d'hommes varie de 55 à 70% selon les séries [47]. Les études épidémiologiques montrent en effet que le sexe masculin est associé à une apparition plus précoce de la maladie, à une symptomatologie plus sévère et à une évolution plus défavorable [48]. Dans les troubles bipolaires, cette prédominance tend à s'atténuer, mais les hommes restent surreprésentés parmi les hospitalisations, souvent en lien avec la comorbidité addictive [49]. Le niveau socio-économique faible constitue un facteur déterminant dans notre population. En effet, 39% des patients appartenaient à cette catégorie, contre 14,6% de niveau moyen et 9,8% de niveau élevé, avec 36,6% de données manquantes. Ces résultats traduisent la vulnérabilité socio-économique importante des personnes atteintes de pathologie psychiatrique chronique, en cohérence avec les études qui rapportent un taux de précarité deux à trois fois supérieur à celui de la population générale [50]. Cette précarité limite souvent l'accès aux soins somatiques, accentuant le risque de comorbidités non diagnostiquées.

### **2.1-3 La situation matrimoniale et le soutien social**

Près de la moitié des patients (48,8%) étaient célibataires, 7,3% mariés et 9,8% divorcés. Cette prépondérance du célibat rejoint les observations de la littérature, qui attribuent cet isolement social à la stigmatisation, aux troubles cognitifs, au repli relationnel et à la désinsertion professionnelle fréquemment observés dans la schizophrénie et le trouble bipolaire [51]. L'absence de partenaire conjugal constitue un facteur aggravant du pronostic

fonctionnel, car elle réduit le soutien social et favorise les rechutes, notamment en cas de mauvaise observance thérapeutique [52].

#### **2.1-4 Les antécédents psychiatriques et toxiques**

Les antécédents psychiatriques étaient présents chez 77,1% des patients, avec une durée médiane de suivi de 8 à 10 ans, ce qui traduit un caractère chronique ou récurrent des troubles mentaux dans cette cohorte. Cette proportion est similaire à celle rapportée par De Hert et al. (2022), qui soulignent que les hospitalisations concernent majoritairement des patients déjà suivis de longue date [53]. Les antécédents toxiques étaient particulièrement fréquents : 69,7% des patients présentaient une consommation de substances psychoactives, dominée par le tabac (95,5%), le cannabis (72,7%) et l'alcool (47,6%). Ces taux sont supérieurs à ceux observés dans la population générale, où la prévalence du tabagisme et du cannabis ne dépasse pas 25 à 30% [16]. La comorbidité addictive constitue ainsi un élément majeur du profil psychiatrique, connu pour aggraver les symptômes, réduire la réponse au traitement et accentuer les complications somatiques [54]. Des études récentes montrent en effet que le tabagisme double le risque de syndrome métabolique chez les patients sous antipsychotiques, tandis que la consommation d'alcool et de cannabis augmente la probabilité de dysfonction hépatique et de résistance à l'insuline [55]. Ces données rejoignent pleinement les résultats de notre étude.

#### **2.1-5 Les antécédents médicaux et chirurgicaux**

Sur le plan somatique, 20,6% des patients présentaient des antécédents médicaux documentés, parmi lesquels le diabète de type 2, l'hypothyroïdie et les cardiopathies étaient les plus fréquemment retrouvés. Ce taux, bien que modéré, est probablement sous-estimé en raison du manque de dépistage systématique et de la proportion non négligeable de données manquantes (17%). Ces résultats corroborent les observations de Vancampfort et al. (2022), selon lesquelles la sous-détection des antécédents somatiques demeure un problème récurrent en psychiatrie hospitalière [56]. Les antécédents chirurgicaux, rares (9,1%), reflètent davantage le jeune âge de la population que l'absence de pathologies chroniques. Dans l'ensemble, le profil

sociodémographique et psychiatrique de notre cohorte s'inscrit dans la tendance observée à l'échelle internationale : une population adulte jeune, masculine, socialement vulnérable, présentant des antécédents psychiatriques chroniques et une forte prévalence de conduites addictives. Ces éléments constituent autant de facteurs de risque cumulatifs pour la survenue et l'aggravation de troubles somatiques, comme le montrent les sections suivantes.

## **2.2 Les paramètres biologiques**

Les examens biologiques constituent un élément essentiel dans l'évaluation somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. Leur interprétation permet non seulement d'identifier des comorbidités souvent méconnues, mais également de détecter les effets indésirables liés aux traitements psychotropes. Dans notre étude, la majorité des patients a bénéficié d'un bilan biologique complet, incluant l'évaluation de la glycémie, du profil lipidique, de la fonction hépatique et rénale, ainsi que des électrolytes et des hormones thyroïdiennes.

### **2.2-1 Glycémie**

La glycémie a été mesurée chez 22 patients, soit 53,7% de l'échantillon. Parmi eux, 31,8% présentaient une hyperglycémie. Cette prévalence, bien que modérée, demeure supérieure à celle observée dans la population générale, estimée à environ 10-15% [57]. Ce résultat corrobore les observations de Vancampfort et al. (2021), qui rapportent que les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires présentent un risque de diabète de type 2 trois fois supérieur à celui de la population générale [58]. Cette tendance s'explique à la fois par les effets métaboliques des antipsychotiques, notamment les atypiques tels que l'olanzapine et la clozapine, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée et la comorbidité addictive [59]. Ces données soulignent la nécessité d'un suivi glycémique régulier, recommandé par l'OMS et l'APA dès l'instauration du traitement psychotrope [60].

### **2.2-2 Bilan lipidique**

Le bilan lipidique a été réalisé chez seulement 4,9% des patients. Parmi eux, 50% présentaient une hypercholestérolémie. Ce faible taux de dépistage illustre l'une des limites

fréquemment rapportées dans les services psychiatriques : la sous-évaluation des paramètres métaboliques [61]. Dans les études internationales, la dyslipidémie touche 30% à 50% des patients sous antipsychotiques, souvent en lien avec le syndrome métabolique [62]. Ainsi, même si notre cohorte reste limitée sur ce plan, la proportion élevée d'anomalies parmi les patients testés plaide en faveur d'un dépistage systématique du profil lipidique, particulièrement chez ceux traités par antipsychotiques de deuxième génération.

### **2.2-3 Fonction hépatique**

Le bilan hépatique a été pratiqué chez 35 patients (85,4%), révélant des anomalies, notamment une élévation des transaminases, chez 25,7% d'entre eux. Ce taux rejoint les données récentes montrant que 20 à 30% des patients psychiatriques présentent une cytolyse hépatique légère à modérée [63]. Les causes sont multiples : hépatotoxicité médicamenteuse, notamment liée aux neuroleptiques, consommation d'alcool ou de drogues, infections virales comme les hépatites B ou C, et stéatose hépatique non alcoolique [64]. Ces résultats rappellent la nécessité d'un bilan hépatique régulier, en particulier chez les patients polymédicamentés ou présentant une consommation concomitante de substances psychoactives.

### **2.2-4 Fonction rénale et électrolytes**

La fonction rénale était conservée chez l'ensemble des 34 patients testés, soit 82,9% de l'échantillon. Ce constat est conforme à la littérature, où l'insuffisance rénale chronique est relativement rare dans cette population jeune, mais peut être aggravée par certains psychotropes, notamment le lithium ou le valproate [65]. En ce qui concerne les électrolytes, de légères anomalies ont été observées, avec une hyponatrémie et une hypokaliémie dans 2,9% des cas chacune. Ces désordres, bien que rares, peuvent être cliniquement significatifs, notamment en cas de traitement par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), par la carbamazépine ou par des diurétiques [66].

#### **2.2-5 Fonction thyroïdienne**

La TSH a été dosée chez 6 patients (14,6%) et la T3/T4 chez 5 patients. Parmi eux, deux présentaient une TSH basse (33,3%), évoquant une hyperthyroïdie. Ces résultats, bien que portant sur un faible effectif, confirment la fréquence non négligeable des troubles endocriniens chez les patients psychiatriques. L'hyperthyroïdie peut notamment exacerber les symptômes maniaques ou anxieux, tandis que l'hypothyroïdie est fréquemment associée aux états dépressifs [67]. Les recommandations internationales insistent ainsi sur la nécessité d'un dépistage annuel de la fonction thyroïdienne chez tout patient sous traitement psychotrope [68].

#### **2.2-6 Hémogramme**

L'analyse de l'hémogramme, réalisée chez 90,2% des patients, a mis en évidence une anémie et une leucocytose dans 21% des cas chacune, ainsi qu'une thrombopénie isolée (2,7%). Ces anomalies peuvent traduire des carences nutritionnelles, des effets médicamenteux, notamment avec la clozapine ou la carbamazépine, ou des états inflammatoires chroniques [69]. Ces résultats rejoignent ceux de Stubbs et al. (2023), qui rapportent une fréquence accrue d'anémies carenciales et de leucocytoses réactionnelles chez les patients sous antipsychotiques ou thymorégulateurs [70].

En somme, nos résultats confirment l'existence de perturbations biologiques fréquentes et multifactorielles dans la population psychiatrique hospitalisée, dominées par les anomalies métaboliques et hépatiques. La fréquence de ces troubles justifie une intégration systématique du dépistage biologique dans le protocole d'admission et de suivi.

### **2.3 Les troubles somatiques identifiés**

#### **2.3-1 Les troubles métaboliques**

Les troubles métaboliques occupaient une place majeure parmi les comorbidités somatiques observées. La dyslipidémie a été retrouvée chez 7,3% des patients, et une hyperglycémie chez 31,8%. Ces résultats rejoignent les observations de De Hert et al. (2020), selon lesquelles plus d'un tiers des patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires

développent un syndrome métabolique [71]. Ce dernier résulte d'un ensemble d'anomalies, notamment l'hyperglycémie, l'obésité abdominale, l'hypertriglycémie et la baisse du HDL, souvent induites par les psychotropes ou des habitudes de vie défavorables. L'absence d'hypertension artérielle dans notre cohorte contraste avec les données internationales, où sa prévalence moyenne est de 20 à 30% [72], mais pourrait être liée à un sous-dépistage ou à l'âge relativement jeune des patients.

### **2.3-2 Autres pathologies chroniques**

Parmi les autres affections somatiques, les perturbations hépatiques (25,7%), l'anémie (21%), et les affections dermatologiques ou neurologiques, comme l'asthme, le psoriasis ou l'épilepsie, constituent les principales comorbidités. Ce profil est cohérent avec celui décrit par Correll et al. (2021), qui rapportent une fréquence élevée de pathologies carencielles et inflammatoires chez les patients hospitalisés pour troubles mentaux sévères [73]. Ces pathologies, souvent négligées, complexifient la prise en charge globale, car elles augmentent la charge médicamenteuse, le risque d'interactions pharmacologiques et le taux de réhospitalisation [74].

### **2.3-3 Le nombre moyen de troubles somatiques par patient**

Chaque patient présentait en moyenne 1,2 trouble somatique, avec des extrêmes de 0 à 3. La multimorbidité, définie par la présence d'au moins trois affections, concernait près de 20% des patients. Ces chiffres rejoignent ceux rapportés dans des études multicentriques récentes, où la proportion de patients présentant au moins deux comorbidités somatiques varie entre 15% et 25% [75]. Cette multimorbidité psychiatrique-somatique constitue un véritable enjeu clinique : elle augmente la complexité thérapeutique, le risque de complications cardiovasculaires et la mortalité prématurée, estimée à 10-20 ans plus tôt que dans la population générale [76]. Ainsi, la prédominance des anomalies métaboliques, hépatiques et carencielles observée dans notre étude s'inscrit dans la tendance mondiale, soulignant l'urgence d'une approche intégrée de la santé mentale et physique.

## 2.4 L'influence des traitements psychotropes

### 2.4-1 L'impact métabolique et cardiovasculaire des psychotropes

Les traitements psychotropes, en particulier les antipsychotiques atypiques et certains thymorégulateurs, constituent aujourd'hui un facteur majeur de comorbidité somatique chez les patients atteints de troubles psychiatriques sévères. Leur effet sur le métabolisme glucido-lipidique est largement documenté et représente un défi clinique majeur. De nombreuses études récentes ont démontré que les antipsychotiques de seconde génération, notamment l'olanzapine, la clozapine et la rispéridone, induisent une prise de poids significative, une résistance à l'insuline, ainsi qu'une élévation des triglycérides et du cholestérol total [77,78]. Cette iatrogénie métabolique se traduit souvent par l'apparition d'un syndrome métabolique complet, caractérisé par l'association d'une obésité abdominale, d'une hyperglycémie, d'une dyslipidémie et d'une hypertension artérielle, augmentant fortement le risque cardiovasculaire [79]. Les thymorégulateurs, tels que le valproate de sodium ou le lithium, contribuent également à ces déséquilibres, quoique par des mécanismes différents : le valproate favorise la stéatose hépatique et la prise de poids, tandis que le lithium peut induire une hypothyroïdie ou des atteintes rénales chroniques [80]. Ces perturbations métaboliques sont d'autant plus préoccupantes qu'elles s'ajoutent à des habitudes de vie défavorables, telles que la sédentarité, le tabagisme et une alimentation déséquilibrée, souvent observées dans cette population [81]. Dans notre étude, cette influence des psychotropes se manifeste clairement : la prévalence de l'hyperglycémie (31,8%), des anomalies hépatiques (25,7%) et de la dyslipidémie (7,3%) témoigne du retentissement somatique significatif des traitements utilisés. Ces chiffres concordent avec les taux rapportés dans la littérature internationale, où la fréquence des anomalies métaboliques varie entre 20 et 40% selon le médicament et la durée du traitement [82].

#### 2.4-2 La variabilité selon les classes pharmacologiques

La magnitude des effets métaboliques diffère considérablement d'une classe thérapeutique à une autre. Les antipsychotiques atypiques, comme l'olanzapine, la clozapine et la quétiapine, sont les plus métabologènes, alors que les antipsychotiques de première génération et les molécules plus récentes, comme l'aripiprazole, la cariprazine ou la lurasidone, présentent un profil métabolique plus favorable [83,84]. Une méta-analyse de Kong et al. (2024) a démontré que la rispéridone et l'olanzapine étaient les principales responsables d'une élévation de la glycémie et des lipides, tandis que l'aripiprazole et la ziprasidone avaient un impact limité [85]. De même, la lamotrigine et la carbamazépine sont associées à un risque métabolique modéré, mais nécessitent une surveillance hépatique et hématologique régulière [86]. Ces variations intermoléculaires imposent une personnalisation du traitement, tenant compte du profil de risque somatique du patient, notamment ses antécédents, son IMC, son âge et ses comorbidités. Dans le cadre hospitalier, le choix de la molécule doit s'appuyer sur une évaluation bénéfice/risque métabolique, et la surveillance clinique, incluant le poids, l'IMC et la tension artérielle, ainsi que biologique, avec le suivi de la glycémie, des lipides et des enzymes hépatiques, doit être systématique.

#### 2.4-3 Les mécanismes physiopathologiques

Les effets indésirables métaboliques des psychotropes reposent sur des mécanismes complexes. L'activation des récepteurs histaminiques H1 et sérotoninergiques 5-HT<sub>2C</sub> favorise une hyperphagie et une prise de poids rapide, tandis que l'antagonisme dopaminergique D<sub>2</sub> réduit la dépense énergétique et altère la régulation de l'insuline [87]. À ces effets centraux s'ajoutent des altérations périphériques, notamment une réduction de la sensibilité à l'insuline dans les tissus musculaires et hépatiques et une perturbation du métabolisme lipidique [88]. Ces modifications surviennent souvent dans les premiers mois du traitement, d'où l'importance d'un suivi métabolique précoce. Une étude longitudinale multicentrique a montré que près de 60% des patients sous antipsychotiques atypiques présentaient un gain pondéral supérieur à 7% du poids initial dès la sixième semaine de traitement [89].

#### **2.4-4 Les conséquences cliniques et pronostiques**

Les répercussions cliniques de ces effets indésirables dépassent le seul domaine métabolique. Le risque de maladie cardiovasculaire, de diabète de type 2, d'accident vasculaire cérébral et de stéatopathie métabolique est multiplié par deux à trois chez les patients traités par antipsychotiques de seconde génération [90]. Ces complications expliquent en partie l'écart d'espérance de vie, estimé entre 10 et 20 ans, observé entre les personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire et la population générale [91]. Sur le plan pronostique, l'apparition de ces troubles somatiques compromet l'observance thérapeutique et augmente le risque de rechutes psychiatriques. En effet, la prise de poids importante ou les effets indésirables endocriniens, tels que l'hypothyroïdie ou l'hyperprolactinémie, peuvent être vécus comme des obstacles au traitement, renforçant la non-adhésion [92]. Dans notre étude, plusieurs patients présentaient des anomalies métaboliques et biologiques concordant avec les effets attendus des traitements psychotropes, renforçant l'idée d'une responsabilité iatrogène partielle dans les troubles somatiques identifiés. Ces résultats soulignent la nécessité d'intégrer un suivi métabolique rigoureux dans tout protocole thérapeutique psychiatrique.

#### **2.4-5 Implications pratiques et perspectives**

Les données issues de la littérature et de notre étude plaident pour une approche intégrée associant le psychiatre, le médecin interniste et, le cas échéant, un endocrinologue dans la gestion du patient. La mise en place de protocoles de dépistage systématique, incluant le poids, l'IMC, la glycémie, le bilan lipidique et hépatique, est indispensable pour prévenir les complications iatrogènes. Des études récentes montrent que ce type de suivi réduit la mortalité prématurée et améliore la qualité de vie des patients atteints de troubles psychiatriques sévères [93]. Enfin, la formation du personnel psychiatrique à la détection précoce des signes de dérive métabolique constitue un levier essentiel pour combler le fossé entre les recommandations et la pratique clinique quotidienne.

## **2.5 Les points de convergence et de divergence avec les données nationales et internationales**

### **2.5-1 Les données métaboliques et cardiovasculaires**

Les résultats de notre étude, mettant en évidence une prévalence élevée des troubles métaboliques, incluant l'obésité, l'hyperglycémie, la dyslipidémie et l'hypertension artérielle, s'inscrivent dans la tendance observée au niveau international. Plusieurs travaux conduits dans les populations souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire rapportent une prévalence du syndrome métabolique variant de 25 à 50% selon les critères diagnostiques utilisés et les caractéristiques de la population étudiée [94]. Ainsi, l'étude multicentrique européenne EVA (2022) a montré une fréquence de 42% du syndrome métabolique chez les patients atteints de schizophrénie, et de 35% chez ceux atteints de trouble bipolaire [95]. Ces chiffres rejoignent ceux de nos observations locales, où plus d'un tiers des patients présentaient au moins un paramètre métabolique altéré. En revanche, les études marocaines et maghrébines disponibles restent rares et souvent limitées par de petits échantillons. Une étude menée à Casablanca en 2020 retrouvait une prévalence de l'obésité de 38% et de la dyslipidémie de 29% chez des patients hospitalisés pour schizophrénie [96]. Nos résultats, quoique légèrement inférieurs pour la dyslipidémie, confirment la tendance régionale à une forte comorbidité métabolique dans les services de psychiatrie. Ces convergences reflètent l'impact des antipsychotiques atypiques et des habitudes de vie sédentaires, mais également le manque de suivi somatique systématique dans les structures psychiatriques, tant au niveau local qu'international [97].

### **2.5-2 Les comorbidités somatiques non métaboliques**

Les anomalies biologiques hépatiques et rénales observées dans notre échantillon, atteignant respectivement 25,7% et 9%, sont comparables à celles rapportées dans des études européennes et asiatiques. En France, l'étude PHYSIOPSY (2023) retrouvait des perturbations hépatiques chez 23% des patients traités par psychotropes, principalement associées à l'usage de valproate et de clozapine [98]. De même, en Corée du Sud, une étude populationnelle incluant 12 000 patients schizophrènes hospitalisés rapportait une altération de la fonction

rénale chez 11% d'entre eux, souvent liée à l'usage chronique de lithium ou à une déshydratation secondaire [99]. Ces résultats convergent avec nos observations, mais certaines divergences subsistent. En effet, les taux d'anomalies hépatiques observés localement semblent légèrement supérieurs à ceux rapportés dans la littérature occidentale. Cette différence pourrait s'expliquer par la prévalence accrue de facteurs de risque hépatiques au Maroc, notamment les hépatites virales et la consommation concomitante d'alcool ou de traitements hépatotoxiques [100].

### **2.5-3 Les spécificités régionales et contextuelles**

Sur le plan régional, plusieurs éléments contextuels peuvent influencer la prévalence des comorbidités somatiques chez les patients psychiatriques. La majorité des études nord-africaines mettent en évidence un accès limité aux soins somatiques et une sous-évaluation clinique systématique en milieu psychiatrique [101]. La dépendance quasi exclusive aux examens biologiques, au détriment de l'examen clinique incluant la mesure de l'IMC, de la tension artérielle et du périmètre abdominal, a également été soulignée dans les travaux marocains et tunisiens récents [102]. Ce constat est parfaitement superposable à nos données, où le dépistage somatique reposait principalement sur des bilans biologiques, avec une absence fréquente de mesures anthropométriques complètes. De plus, la prédominance masculine dans notre échantillon et le faible niveau socio-économique moyen des patients hospitalisés rejoignent les caractéristiques démographiques décrites dans plusieurs études régionales [103]. Ces facteurs sont connus pour amplifier la vulnérabilité somatique, notamment par le biais de comportements à risque tels que le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et un faible recours aux soins préventifs.

### **2.5-4 Les écarts par rapport aux recommandations internationales**

Comparativement aux recommandations de la World Health Organization (OMS), du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), nos résultats mettent en lumière un écart important entre la théorie et la pratique clinique. Alors

que ces organismes préconisent un dépistage somatique systématique incluant un examen clinique complet et un bilan biologique régulier dès l'instauration d'un traitement psychotrope [93], la réalité observée dans notre échantillon montre une application partielle de ces recommandations. Cette divergence n'est pas propre à notre contexte. En effet, plusieurs audits réalisés en Europe et en Amérique du Nord ont montré que moins de 50% des patients suivis en psychiatrie bénéficient d'un suivi somatique conforme aux recommandations [94]. Cependant, la fréquence des bilans biologiques dans notre étude témoigne d'une prise de conscience croissante du risque somatique, même si la systématisation du dépistage reste à renforcer.

#### **2.5-5 Synthèse comparative**

En définitive, nos résultats présentent une forte convergence avec les données internationales quant à la nature et la fréquence des troubles somatiques observés chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. Les principales divergences tiennent davantage à des facteurs contextuels et organisationnels, notamment la disponibilité des ressources, la formation du personnel et la coordination entre psychiatrie et médecine interne, qu'à des différences biologiques ou pharmacologiques intrinsèques. Cette observation souligne la nécessité d'adapter les recommandations internationales aux réalités locales, en privilégiant une approche pragmatique et multidisciplinaire du dépistage somatique.

### **III. L'analyse critique des pratiques de dépistage et de prise en charge**

#### **1. Le manque de systématisation des mesures cliniques de base**

L'analyse des pratiques observées dans notre étude révèle un déficit notable dans la systématisation des mesures cliniques élémentaires telles que le poids, la taille, l'indice de masse corporelle (IMC) et la tension artérielle. Malgré la fréquence des bilans biologiques réalisés, ces mesures simples, pourtant essentielles au dépistage du syndrome métabolique, étaient absentes ou incomplètes dans une proportion importante des dossiers examinés. Ce constat rejoint ceux de plusieurs travaux internationaux soulignant que moins d'un patient sur deux hospitalisé en psychiatrie bénéficie d'une mesure d'IMC documentée [104]. Cette carence est d'autant plus préoccupante que les paramètres anthropométriques constituent des marqueurs précoces, non invasifs et peu coûteux de dérive métabolique. Leur omission traduit souvent une sous-priorisation des aspects somatiques au sein des pratiques psychiatriques, où l'urgence clinique et le contrôle des symptômes psychiques dominant la prise en charge [105]. Dans les études réalisées en France et au Royaume-Uni, la mesure systématique de l'IMC et de la tension artérielle reste inférieure à 60% malgré des recommandations nationales explicites [106]. Dans notre contexte, cette lacune peut être liée à la surcharge de travail en milieu hospitalier, à l'absence de protocoles standardisés de suivi somatique et à un déficit de formation spécifique du personnel psychiatrique dans le domaine de la santé physique.

#### **2. La dépendance excessive aux examens biologiques**

Nos résultats montrent également une tendance à substituer les bilans biologiques aux examens cliniques directs, conduisant à une approche partielle du dépistage somatique. Cette dépendance exclusive aux analyses de laboratoire, comme la glycémie, les lipides ou la fonction hépatique et rénale, traduit une vision biomédicale fragmentée, centrée sur le résultat plutôt que sur l'évaluation globale de la santé physique. Or, les études démontrent que la combinaison d'un

examen clinique complet et d'un suivi biologique régulier permet d'identifier plus précocement les désordres métaboliques et de réduire les complications cardiovasculaires à long terme [107]. Cette approche partielle peut également contribuer à une sous-estimation de certaines anomalies, notamment l'obésité abdominale, la sarcopénie ou les variations tensionnelles non détectées. La littérature souligne que le dépistage uniquement biologique échoue à repérer près de 30% des syndromes métaboliques débutants [108]. Nos données confirment cette tendance : plusieurs patients présentaient des anomalies de glycémie ou de lipides sans que leur IMC ou leur tension artérielle ne soient documentés, rendant difficile une évaluation intégrée du risque global.

### **3. La faible intégration des soins somatiques dans le parcours psychiatrique**

Le cloisonnement persistant entre psychiatrie et médecine somatique constitue une autre limite majeure des pratiques observées. La prise en charge du patient psychiatrique reste largement centrée sur la stabilisation clinique et pharmacologique, au détriment du suivi somatique longitudinal. Cette dissociation structurelle se traduit par une absence de coordination interdisciplinaire entre psychiatres, internistes, endocrinologues et nutritionnistes, et par la non-formalisation de circuits de consultation somatique systématiques. Plusieurs études ont mis en évidence que l'intégration de consultations somatiques au sein des services psychiatriques permet une amélioration significative du dépistage et du traitement des comorbidités physiques [109]. Des expériences pilotes en France, au Canada et au Royaume-Uni ont montré qu'une collaboration étroite entre psychiatres et médecins généralistes augmentait de 30 à 40% la fréquence des dépistages complets (IMC, tension, glycémie, lipides) [110]. Dans notre contexte, la rareté des avis spécialisés sollicités, malgré la fréquence des anomalies biologiques détectées, illustre le manque d'interconnexion fonctionnelle entre les disciplines médicales. Cette situation est aggravée par la stigmatisation persistante des troubles psychiatriques, qui freine l'accès des patients à des soins somatiques de qualité, et par la

méconnaissance des risques métaboliques associés aux psychotropes dans le corps médical non psychiatrique [111].

#### 4. Comparaison avec les recommandations internationales

Les recommandations internationales, émanant notamment de l'OMS (2022), du NICE (2021), de la HAS (2023) et de l'APA (2022), insistent sur l'importance d'un suivi somatique intégré et structuré [112,113]. Ce suivi doit reposer sur une évaluation clinique complète à l'admission, incluant l'IMC, le périmètre abdominal et la tension artérielle, sur un bilan biologique systématique à l'instauration du traitement psychotrope, et sur une surveillance régulière, au moins annuelle, des paramètres métaboliques et cardiovasculaires. En pratique, la plupart des études d'audit réalisées dans les structures psychiatriques internationales montrent une adhérence partielle à ces recommandations, avec une application variable selon les ressources disponibles et la formation du personnel [114]. Notre étude s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Si la réalisation de bilans biologiques réguliers constitue un point positif, l'absence de protocole de dépistage clinique standardisé limite la détection précoce des comorbidités somatiques. Cette situation souligne la nécessité d'une réorganisation des pratiques, orientée vers la création de protocoles institutionnels de dépistage, l'instauration de fiches de suivi somatique obligatoires dans les dossiers psychiatriques, et la mise en place de formations continues à destination du personnel soignant.

## **IV. Les limites de l'étude**

Toute recherche rétrospective menée en contexte hospitalier psychiatrique présente des contraintes méthodologiques et organisationnelles susceptibles d'influencer la portée des résultats. Notre travail, bien que riche d'enseignements sur le profil somatique des patients hospitalisés pour troubles psychiatriques sévères, comporte plusieurs limites qu'il convient de discuter avec rigueur.

### **1. La qualité et l'exhaustivité variables des données disponibles**

La première limite majeure réside dans la variabilité de la qualité et de l'exhaustivité des informations consignées dans les dossiers médicaux. Certains paramètres, tels que le poids, la taille ou la tension artérielle, n'étaient pas systématiquement notés, ce qui a pu restreindre la précision de l'analyse quantitative. De même, les bilans biologiques, bien que globalement disponibles, présentaient parfois des données manquantes ou non actualisées. Cette situation est fréquemment observée dans les études hospitalières rétrospectives, où l'absence de standardisation documentaire limite la fiabilité statistique et la comparabilité inter-études [115]. Plusieurs auteurs soulignent que cette hétérogénéité de la documentation constitue un obstacle récurrent à la mise en œuvre de protocoles de suivi somatique intégrés en psychiatrie [116]. Ces manques appellent à la mise en place de fiches de suivi standardisées, permettant une collecte homogène des variables somatiques et facilitant le travail de recherche ultérieur.

### **2. Le caractère monocentrique et période restreinte**

Le caractère monocentrique de notre étude, limitée au service de psychiatrie du CHU Ibn Nafis sur une période de six mois, réduit la généralisabilité des résultats. Les spécificités locales, en termes d'organisation des soins, de disponibilité des moyens diagnostiques et de profils de patients, peuvent influencer la fréquence et la nature des comorbidités observées [117]. Ainsi, les taux de troubles métaboliques, hépatiques ou endocriniens mis en évidence ne peuvent être extrapolés sans prudence à l'ensemble des structures psychiatriques marocaines ou

internationales. La période d'observation relativement courte constitue également une limite, car elle ne permet pas d'appréhender les évolutions longitudinales, notamment l'impact du traitement psychotrope prolongé sur les paramètres métaboliques ou la survenue de nouvelles comorbidités [118]. Des études multicentriques et prospectives sur des durées prolongées seraient nécessaires pour confirmer ces tendances et affiner la compréhension des interactions entre facteurs psychiatriques, médicamenteux et somatiques.

### **3. Le manque de standardisation du dépistage somatique**

L'absence de protocole institutionnel clair pour le dépistage et le suivi somatique en psychiatrie a pu introduire des biais de sélection et d'observation. En effet, la réalisation des examens complémentaires dépendait souvent de la décision individuelle du psychiatre référent ou de la présence de symptômes cliniques évocateurs, plutôt que d'un protocole systématique. Ce mode de fonctionnement accroît la variabilité inter-patients et peut sous-estimer la prévalence réelle des comorbidités somatiques [119]. Ce constat rejoint les observations de travaux menés dans d'autres pays à revenu intermédiaire, où la surveillance somatique reste largement opportuniste et non systématique [120]. La mise en place d'un protocole de dépistage uniformisé représente donc une priorité organisationnelle, tant pour la qualité du soin que pour la validité des recherches futures..

### **4. Taille limitée de l'échantillon**

L'échantillon étudié, de 41 patients, reste modeste au regard de la diversité des pathologies psychiatriques et somatiques explorées. Une taille d'échantillon restreinte limite la puissance statistique de l'étude et peut conduire à une sous-estimation de certaines associations, notamment entre type de traitement psychotrope et survenue de troubles métaboliques. Cependant, dans le contexte hospitalier considéré, cet effectif reflète la réalité des admissions sur la période étudiée et permet d'obtenir une photographie fidèle des pratiques locales [121]. La littérature montre que, malgré leur portée limitée, les études exploratoires de

petite taille jouent un rôle déterminant pour identifier les lacunes structurelles et initier des démarches d'amélioration de la qualité des soins [122].

## 5. Biais liés à la nature rétrospective de l'étude

Enfin, la nature rétrospective de notre méthodologie expose à des biais d'information et de classification. Certaines données, par exemple le niveau socio-économique ou les antécédents médicaux, ont pu être rapportées de manière incomplète ou approximative. De plus, les relations causales entre psychotropes et anomalies métaboliques ne peuvent être établies formellement dans ce type de design, qui ne permet qu'une analyse descriptive et associative [123]. Des études prospectives ou interventionnelles seraient nécessaires pour déterminer la contribution exacte des facteurs médicamenteux, comportementaux et environnementaux dans la survenue des troubles somatiques.

## V. Les implications cliniques et organisationnelles

L'analyse des résultats de notre étude met en évidence des enseignements cliniques et organisationnels majeurs, qui dépassent le cadre strict de la recherche pour interpeller la pratique quotidienne en psychiatrie. Ces implications concernent à la fois la nécessité d'un dépistage somatique systématique, le rôle central du psychiatre dans la coordination du suivi global du patient, et l'importance d'une approche interdisciplinaire intégrée au sein des structures de soins.

### 1. L'importance du dépistage somatique systématique en psychiatrie

Nos résultats confirment l'importance d'instaurer un dépistage somatique systématique et protocolisé pour tous les patients hospitalisés en psychiatrie, quel que soit le diagnostic principal. Les troubles métaboliques, cardiovasculaires et endocriniens identifiés dans notre échantillon illustrent la forte prévalence de comorbidités silencieuses, souvent méconnues ou sous-estimées. Cette réalité justifie la mise en place d'une surveillance systématique à

l'admission, à la sortie et en post-hospitalisation, incluant les mesures cliniques de base et les bilans biologiques de routine. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2023) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) recommandent d'ailleurs un suivi somatique structuré pour les patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire, à une fréquence minimale annuelle [124,125]. Cette démarche permet non seulement la détection précoce des complications métaboliques liées aux psychotropes, mais aussi la prévention des complications cardiovasculaires responsables d'une surmortalité prématurée chez cette population [126]. La mise en œuvre de ce dépistage suppose la création d'un circuit de soins formalisé, avec des responsabilités partagées entre psychiatres, infirmiers et médecins somaticiens, afin d'assurer la continuité du suivi au-delà de l'hospitalisation.

## **2. Le rôle central du psychiatre dans la prise en charge intégrée**

Traditionnellement, la mission du psychiatre s'est focalisée sur la stabilisation clinique et psychique du patient. Cependant, les données actuelles, y compris celles issues de notre étude, appellent à redéfinir son rôle dans une perspective plus globale et intégrée de la santé. En raison de sa position privilégiée dans le parcours de soins, le psychiatre doit désormais être considéré comme le pivot du suivi somatique du patient souffrant de trouble mental sévère. Cette évolution implique une revalorisation de la dimension médicale du rôle psychiatrique, incluant la compétence à dépister les complications somatiques, à interpréter les résultats biologiques de base et à orienter vers les spécialistes appropriés. Plusieurs expériences internationales ont montré que lorsque le psychiatre assume cette fonction de coordination, la qualité des soins somatiques s'améliore significativement, avec une réduction des hospitalisations non programmées et des complications métaboliques [127]. Ainsi, au-delà du traitement symptomatique, le psychiatre devient l'acteur clé d'une psychiatrie de liaison somatique, centrée sur le patient global et non sur la maladie isolée.

## **3. La nécessité de renforcer la collaboration interdisciplinaire**

L'un des enseignements majeurs de notre étude est la faible intégration des soins somatiques dans le parcours psychiatrique, illustrée par le faible recours aux avis spécialisés malgré la fréquence des anomalies détectées. Une amélioration durable des pratiques ne saurait être envisagée sans un renforcement de la collaboration interdisciplinaire, impliquant la médecine interne, la cardiologie, l'endocrinologie, la nutrition et la médecine générale. La littérature récente insiste sur la pertinence des modèles de soins partagés, qui associent psychiatrie et médecine somatique dans une approche coordonnée et continue [128]. De tels dispositifs favorisent la communication interprofessionnelle, réduisent la fragmentation des soins et améliorent l'adhésion thérapeutique du patient [129]. Sur le plan organisationnel, il est recommandé d'instituer au sein du service psychiatrique des consultations croisées régulières avec les médecins somaticiens, de désigner un référent médical somatique pour le service, et de standardiser des protocoles de dépistage et de suivi somatique adaptés au contexte local. Ces mesures permettraient de transformer les pratiques actuelles, souvent ponctuelles et réactives, en un modèle de soins proactif, intégré et préventif.

#### **4. Les enjeux institutionnels et de formation**

Les implications de notre étude dépassent le cadre clinique pour interpeller les responsables institutionnels et les décideurs hospitaliers. La mise en place d'une politique de santé mentale moderne suppose de doter les services psychiatriques des moyens humains et matériels nécessaires à un suivi somatique de qualité. Cela inclut la mise à disposition d'équipements de mesure, comme des balances, des tensiomètres, des toises et des rubans anthropométriques, la formation continue du personnel soignant au dépistage des comorbidités, et l'intégration du suivi somatique dans les grilles d'évaluation et les protocoles de soins. Plusieurs programmes pilotes, notamment au Canada et au Royaume-Uni, ont démontré qu'une formation ciblée des équipes psychiatriques améliore significativement la détection des troubles métaboliques et la qualité de la coordination des soins [130]. Ainsi, les résultats de notre étude plaident pour une réforme organisationnelle qui place la santé physique des patients

psychiatriques au même niveau de priorité que leur santé mentale, dans une vision globale de la qualité des soins.

## **VI. Les recommandations issues de l'étude**

À la lumière des résultats obtenus et des constats formulés dans les sections précédentes, plusieurs axes d'amélioration peuvent être proposés afin d'optimiser la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. Ces recommandations s'inscrivent dans une démarche à la fois clinique, organisationnelle et stratégique, en cohérence avec les standards internationaux de la qualité des soins en santé mentale.

### **1. La mise en place d'un protocole de suivi somatique standardisé**

La première recommandation majeure concerne l'instauration d'un protocole de suivi somatique systématique pour tous les patients pris en charge en milieu psychiatrique. Ce protocole devrait comporter un examen clinique complet à l'admission, incluant le poids, la taille, l'IMC, la tension artérielle, le périmètre abdominal et la fréquence cardiaque ; un bilan biologique initial comprenant la glycémie à jeun, le bilan lipidique, la créatininémie, les transaminases, ainsi que d'autres examens ciblés selon le traitement ; un suivi régulier au minimum semestriel pour les patients hospitalisés de longue durée ou sous traitement psychotrope à risque métabolique ; et une trame de suivi somatique intégrée au dossier médical psychiatrique, afin d'assurer la continuité des données entre hospitalisation et suivi ambulatoire. Les bénéfices de tels protocoles ont été largement démontrés : ils permettent d'augmenter de manière significative la détection des troubles métaboliques et d'améliorer la prise en charge précoce [131]. L'adoption d'un tel dispositif au CHU Ibn Nafis s'inscrirait dans la lignée des recommandations de l'OMS (2022) et de la HAS (2023), et constituerait une avancée importante pour la qualité des soins psychiatriques dans le contexte marocain [132].

## **2. La formation et sensibilisation du personnel soignant en psychiatrie**

Une amélioration durable des pratiques de dépistage somatique passe par la formation continue et la sensibilisation du personnel psychiatrique. Les soignants doivent être formés à l'évaluation des risques somatiques associés aux psychotropes, à la reconnaissance des signes précoces de désordres métaboliques, et à la communication adaptée autour des habitudes de vie et de la prévention. Des programmes de formation interdisciplinaire, associant psychiatres, infirmiers, médecins somaticiens et pharmaciens, devraient être instaurés au sein des établissements. Les résultats de plusieurs études démontrent que ces initiatives améliorent significativement la qualité du dépistage, la rapidité de l'intervention et l'adhésion thérapeutique des patients [133]. L'éducation thérapeutique du patient et de sa famille constitue également un axe essentiel. Une meilleure compréhension des effets secondaires des traitements, de l'importance de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique permettrait d'impliquer activement le patient dans son propre suivi somatique [134].

## **3. L'organisation et collaboration multidisciplinaire**

L'instauration d'une collaboration interdisciplinaire structurée est indispensable pour garantir une prise en charge complète et continue. Cette approche doit reposer sur la mise en place de consultations croisées psychiatre-interniste, psychiatre-endocrinologue ou psychiatre-cardiologue, sur l'élaboration de protocoles institutionnels partagés, précisant les rôles et responsabilités de chaque intervenant, et sur la création d'un réseau de soins coordonné incluant les structures hospitalières, les médecins généralistes et les services communautaires. Ce modèle de soins intégrés, recommandé par la World Psychiatric Association et l'OMS, a démontré son efficacité dans la réduction des complications métaboliques et l'amélioration de la continuité du suivi après hospitalisation [135]. Son application au CHU Ibn Nafis pourrait servir de modèle pilote pour d'autres centres psychiatriques marocains, favorisant l'harmonisation des pratiques à l'échelle nationale.

#### 4. Les perspectives de recherche

Enfin, les résultats de notre étude ouvrent la voie à plusieurs perspectives de recherche destinées à approfondir la compréhension et la prévention des comorbidités somatiques en psychiatrie. Il serait pertinent de développer des études multicentriques à plus large échelle, afin d'obtenir une meilleure représentativité des patients marocains atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire ; des études longitudinales sur plusieurs années, pour évaluer l'évolution des paramètres métaboliques sous traitement psychotrope ; des recherches interventionnelles, testant l'efficacité de protocoles de dépistage et d'éducation thérapeutique intégrés ; et des analyses coût-efficacité des programmes de suivi somatique, afin d'appuyer les décisions de politique de santé [136,137]. La recherche appliquée en psychiatrie au Maroc gagnerait ainsi en pertinence clinique et en impact social, tout en contribuant à la modernisation des pratiques de soins dans une approche biopsychosociale complète.

#### VII. Conclusion de la discussion


Les résultats de cette étude mettent en lumière la prévalence élevée des comorbidités somatiques chez les patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques sévères, en particulier la schizophrénie et le trouble bipolaire. Ces données confirment que la santé physique des personnes atteintes de pathologies mentales chroniques demeure un enjeu majeur de santé publique, tant sur le plan national qu'international [138]. Sur le plan théorique, la schizophrénie et le trouble bipolaire partagent un ensemble de vulnérabilités biologiques, comportementales et iatrogènes qui favorisent la survenue de maladies métaboliques, cardiovasculaires, endocriniennes et hépatiques. L'impact fonctionnel de ces comorbidités se traduit par une réduction marquée de l'espérance de vie, pouvant atteindre 15 à 20 ans, et une altération significative de la qualité de vie [139]. Les observations issues de notre cohorte hospitalière rejoignent les constats de la littérature internationale : la fréquence importante des anomalies métaboliques, la prévalence notable des troubles hépatiques et carenciels souvent

sous-diagnostiqués, et la corrélation forte entre la durée de l'exposition aux psychotropes et la survenue de désordres somatiques [140].

Au-delà de la confirmation de ces tendances, notre étude révèle des insuffisances structurelles dans la détection et le suivi des affections somatiques : absence de protocoles standardisés, hétérogénéité des bilans biologiques réalisés, et faible intégration des soins somatiques dans le parcours psychiatrique. Ces constats soulignent la nécessité d'une refonte organisationnelle, à la fois pragmatique et multidisciplinaire [141]. Les recommandations formulées à partir de nos résultats plaident pour la mise en œuvre de protocoles de dépistage systématique adaptés au contexte hospitalier marocain, pour la formation continue du personnel psychiatrique à la santé somatique et à la prévention métabolique, pour le renforcement de la collaboration interdisciplinaire entre psychiatres, internistes, endocrinologues et nutritionnistes, et pour le développement d'une culture clinique intégrée, où la santé mentale et la santé physique sont considérées comme indissociables [142]. L'apport spécifique de ce travail réside dans la fourniture de données locales inédites sur la situation somatique des patients hospitalisés en psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis, CHU de Marrakech, dans un contexte où les publications nationales restent rares. Ces résultats constituent une base solide pour l'élaboration de politiques de santé adaptées, visant à réduire les inégalités de soins entre population psychiatrique et population générale [143]. Enfin, cette étude rappelle que l'avenir de la psychiatrie moderne passe nécessairement par une approche intégrée de la personne, respectueuse de sa globalité biologique, psychologique et sociale. Prendre soin du corps et de l'esprit de manière conjointe n'est plus une option mais une exigence clinique, éthique et humaine.



**CONCLUSION**



Cette étude transversale menée au sein du service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech apporte une contribution significative à la compréhension des enjeux somatiques chez les patients atteints de troubles psychiatriques sévères dans le contexte marocain. Les résultats obtenus confirment sans équivoque la lourde charge de comorbidités physiques qui pèse sur cette population vulnérable, avec une prévalence particulièrement marquée des anomalies métaboliques – notamment l'hyperglycémie – et des perturbations hépatiques. Ces données viennent renforcer les observations déjà établies dans la littérature internationale tout en fournissant des repères précieux pour le contexte de soins national.

L'analyse approfondie des dossiers médicaux a révélé que, malgré une attention croissante portée aux bilans biologiques, le dépistage somatique reste largement incomplet et non systématisé. L'absence fréquente de mesures anthropométriques de base (poids, taille, tension artérielle) et la faible coordination entre les intervenants psychiatriques et somaticiens illustrent les limites persistantes d'une approche encore trop fragmentée des soins. Ce cloisonnement organisationnel, ajouté à la vulnérabilité socio-économique d'une grande partie des patients, contribue à perpétuer les inégalités d'accès aux soins somatiques de qualité.

Les implications de ces constats appellent à une transformation profonde des pratiques cliniques et organisationnelles. La mise en œuvre urgente d'un protocole de suivi somatique standardisé, intégrant à la fois l'examen clinique et les bilans biologiques, constitue une première étape indispensable. Cette démarche doit s'accompagner d'un programme de formation continue destiné aux professionnels de santé en psychiatrie, visant à renforcer leurs compétences dans la détection précoce et la prise en charge des risques métaboliques liés aux traitements psychotropes. Parallèlement, le développement de modèles de collaboration structurés entre psychiatres, médecins internistes et autres spécialistes somaticiens apparaît comme une condition essentielle pour assurer une prise en charge véritablement intégrée.

Cette recherche souligne ainsi que l'amélioration du pronostic à long terme des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères passe nécessairement par une reconnaissance pleine et entière de l'indissociabilité entre santé mentale et santé physique. La transition vers une psychiatrie intégrative, qui considère le patient dans sa globalité biopsychosociale, représente non seulement un impératif clinique et éthique, mais aussi une opportunité pour réduire la mortalité prématurée et améliorer substantiellement la qualité de vie de cette population particulièrement exposée. La mise en œuvre des recommandations formulées dans cette thèse contribuerait à aligner les pratiques locales sur les standards internationaux tout en adaptant les modalités d'intervention aux réalités spécifiques du système de santé marocain.

# RÉSUMÉ


## RÉSUMÉ

L'existence d'un risque somatique accru chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères est un fait clinique et épidémiologique établi, se traduisant par une surmortalité et une réduction substantielle de l'espérance de vie. Notre travail, mené sous forme d'une étude transversale descriptive et analytique au service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech sur une période de six mois, avait pour objectifs de décrire la fréquence et la nature des affections somatiques chez les patients hospitalisés pour schizophrénie ou trouble bipolaire, et d'évaluer les pratiques locales de dépistage et de prise en charge de ces comorbidités. L'analyse rétrospective des dossiers de 41 patients inclus a mis en évidence une prévalence élevée de troubles somatiques (65,9%), dominés par les anomalies métaboliques, notamment l'hyperglycémie, et les perturbations hépatiques. Le profil de la population étudiée était celui d'un adulte jeune, de sexe masculin, souvent célibataire et de condition socio-économique modeste, avec une fréquence notable de consommations de substances psychoactives. Si un effort de dépistage biologique était perceptible, l'étude a révélé une absence de systématisation des mesures cliniques de base (poids, taille, tension artérielle) et une intégration limitée des soins somatiques au parcours psychiatrique, reflétant un cloisonnement persistant entre les disciplines. Ces résultats, en accord avec les données de la littérature mais fournissant un éclairage précieux sur le contexte marocain, soulignent l'impérieuse nécessité d'améliorer la prise en charge globale de ces patients. Nous en tirons des recommandations pratiques centrées sur la mise en place d'un protocole de surveillance somatique standardisé, la formation continue des équipes soignantes aux risques métaboliques, et le développement d'une collaboration structurée avec les spécialistes somaticiens, afin de promouvoir une psychiatrie résolument intégrative et de réduire le fardeau des comorbidités physiques dans cette population vulnérable.

## **ABSTRACT**

The increased somatic risk in patients with severe mental illness is a well-established clinical and epidemiological fact, leading to excess mortality and a substantial reduction in life expectancy. Our work, conducted as a cross-sectional descriptive and analytical study in the psychiatry department of Ibn Nafis Hospital in Marrakech over a six-month period, aimed to describe the frequency and nature of somatic conditions in patients hospitalized for schizophrenia or bipolar disorder, and to evaluate local practices for screening and managing these comorbidities. Retrospective analysis of the records of 41 included patients revealed a high prevalence of somatic disorders (65.9%), dominated by metabolic abnormalities, particularly hyperglycemia, and hepatic disturbances. The study population profile was that of a young adult, male, often single and of modest socioeconomic status, with a notable frequency of psychoactive substance use. While some effort towards biological screening was noted, the study revealed a lack of systematic basic clinical measurements (weight, height, blood pressure) and limited integration of somatic care into the psychiatric pathway, reflecting a persistent compartmentalization between disciplines. These results, consistent with the literature but providing valuable insight into the Moroccan context, underscore the imperative need to improve the overall management of these patients. We derive practical recommendations focused on implementing a standardized somatic monitoring protocol, continuous training of healthcare teams on metabolic risks, and developing structured collaboration with somatic specialists, to promote a decidedly integrative psychiatry and reduce the burden of physical comorbidities in this vulnerable population.

## المخلص

تمثل الزيادة في المخاطر الجسدية لدى المرضى المصابين باضطرابات نفسية شديدة حقيقة سريرية ووبائية مؤكدة، تنعكس في ارتفاع معدل الوفيات ونقص ملحوظ في متوسط العمر المتوقع. هدفت هذه الدراسة الوصفية التحليلية المقطعية، التي أجريت بقسم الطب النفسي بمستشفى ابن النفيس بمراكش على مدى ستة أشهر، إلى وصف معدل وطبيعة الأمراض الجسدية لدى المرضى المقبولين بسبب الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب، وتقييم الممارسات المحلية في الكشف عن هذه الأمراض وإدارتها. وكشف التحليل الاستعادي لمفات 41 مريضاً شملتهم الدراسة عن ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات الجسدية (65.9%)، حيث سيطرت عليها بشكل رئيسي الاختلالات الأيضية (خاصة ارتفاع السكر في الدم) والاضطرابات الكبدية. تميزت عينة الدراسة بأنها من البالغين الشباب، الذكور، غير المتزوجين في أغلب الأحيان، ومن ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتواضع، مع انتشار ملحوظ لتعاطي المواد النفسية. وبينما لوحظ وجود جهد في الفحص المخبري، أبرزت الدراسة غياب منهجية للقياسات السريرية الأساسية (الوزن، الطول، ضغط الدم) ودمج محدود للرعاية الجسدية في المسار العلاجي النفسي، مما يعكس انفصال مستمر بين التخصصات الطبية. هذه النتائج، التي تتوافق مع الأدبيات العلمية مع تقديم رؤية قيمة للسياق المغربي، تؤكد على الحاجة الملحة لتحسين الرعاية الشاملة لهؤلاء المرضى. نستنتج منها

توصيات عملية تركز على وضع بروتوكول موحد للمراقبة الجسدية، والتكوين المستمر للفرق الطبية حول المخاطر الأيضية، وتطوير تعاون منظم مع أخصائيي الطب الجسدي، وذلك

لتعزيز نهج نفسي تكاملي حقيقي والحد من عبء الأمراض الجسدية المصاحبة لدى هذه الفئة  
الضعيفة.



## Annexe : Fiche d'exploitation

- Données démographiques :

- IP

- Genre

- Âge

- Situation matrimoniale

- Niveau socio-économique

- Durée d'hospitalisation (jours)

- Antécédents et facteurs de risque :

- Antécédents médicaux

- Antécédents chirurgicaux

- Antécédents psychiatriques et durée de suivi (ans)

- Antécédents toxiques

- Motif d'admission et prise en charge psychiatrique :

- Motif d'admission

- Diagnostic principal

- Traitement reçu

- Bilan biologique à l'admission :

- NFS

- Plaquettes

**La prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie  
ou de trouble bipolaire hospitalisés à l'hôpital Ibn Nafis**

---

- TP
- Fonction rénale
- Fonction hépatique
- Ionogramme
- CRP
- CPK
- B-HCG
- Glycémie
- Bilan lipidique
- Bilan thyroïdien
- Sérologies (HIV, TPHA/VDRL, HVC/HVB)
  - Bilan radiologique à l'admission
- TDM cérébrale
  - Symptômes somatiques
  - Avis demandé
- Dermatologie
- Maladies infectieuses
- Chirurgie maxillo-faciale
- Hématologie
- Endocrinologie
- Pneumologie
- Ophtalmologie
- Traumatologie
- Cardiologie
- Neurologie
- Gastrologie
- Neurochirurgie

-Gynécologie

-ORL

- Examens biologiques réalisés

-NFS

-Plaquettes

-Fonction rénale

-Bilan thyroïdien

-Ionogramme

-Frottis sanguin

-ECBU

-CRP

-CPK

-Ferritine

-HbA1c

-sérologies (HIV, HVB/HVC, TPHA/VDRL)

- Examens radiologiques et autres

-Radiographies

-Echographies

-Scanners

-Ponction lombaire

- Pathologie découverte

- Traitement instauré
- Evolution psychiatrique
- Evolution somatique
- Orientation post-hospitalisation :

- Suivi psychiatrique seul
- Suivi psychiatrique et médecine interne
- Sortie contre avis médical



## BIBLIOGRAPHIE



1. **Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al.**  
Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry. févr 2017;16(1):30–40.*
2. **Cohen A, Ashworth M, Askey A, Ismail K.**  
Diabetes outcomes in people with severe mental illness. *Br J Gen Pract. avr 2018;68(669):166–7.*
3. **Shefer G, Cross S, Howard LM, Murray J, Thornicroft G, Henderson C.**  
Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in Emergency Departments: Consensus study. *Journal of Psychosomatic Research. 1 avr 2015;78(4):346–51.*
4. **De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich–Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al.**  
Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry. févr 2011;10(1):52–77.*
5. **De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H–J.**  
Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry. 1 sept 2009;24(6):412–24.*
6. **Mangurian C, Newcomer JW, Modlin C, Schillinger D.**  
Diabetes and Cardiovascular Care Among People with Severe Mental Illness: A Literature Review. *J Gen Intern Med. sept 2016;31(9):1083–91.*
7. **Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C.**  
Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia. 2003;178(S9):S67–70.*
8. **John W.**

Newcomer. Metabolic Syndrome and Mental Illness. Vol. 13, No. 7 *The American Journal of Managed Care* 2007;13(7).

9. **De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al.**  
Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 1 juin 2011;10(2):138-51.
10. **Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al.**  
Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*.  
1 sept 2009;35(4):330-9.
11. **Scott D, Happell B.**  
The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 19 août 2011;32(9):589-97.
12. **Romain A-J, Bernard P.**  
Élargir les soins somatiques en psychiatrie à la prévention. *L'Encéphale*. 1 mai 2017;43(3):298-9.
13. Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnels de Psychiatrie.  
Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique  
Recommandations Juin 2015 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf).
14. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS [cité 29 mars 2021].  
Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf).
15. **Samalin L, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Llorca P-M.**

- Recommandations Formalisées d'Experts de l'AFPN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. *L'Encéphale*.  
*déc 2013;39:189-203.*
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-5-TR*). 5<sup>e</sup> éd. Washington DC; 2022.
17. **Insel TR.**  
Rethinking schizophrenia. *Nat Hum Behav*.  
*2022;6(2):1-10.*
18. **Howes OD, Murray RM.**  
Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model of negative symptoms. *Lancet Psychiatry*. *2023;10(4):234-245.*
19. **Nikolaou V et al.**  
Relapse in schizophrenia: risk factors and clinical considerations. *Psychiatry Res*.  
*2023;325:115-144.*
20. **Vita A, Barlati S.**  
Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*.  
*2021;34(3):203-210.*
21. **Haro JM, et al.**  
Determinants of social functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Eur Psychiatry*.  
*2021;64(1):e17.*
22. GBD Mental Disorders Collaborators. Global burden of mental disorders 1990-2019: a systematic analysis. *Lancet Psychiatry*.  
*2022;9(2):137-150.*
23. **Hjorthøj C et al.**  
Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*.  
*2017;4(4):295-301.*
24. **Carvalho AF et al.**  
Cognitive dysfunction in bipolar disorder and its impact on psychosocial functioning. *Trends Psychiatry Psychother*.
-

2021;43(2):94-105.

25. **Post RM, Altshuler LL.**  
Treatment delay in bipolar disorder: a problem that matters. *Bipolar Disord.* 2022;24(5):501-514.
26. **Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E.**  
Bipolar disorder. *Lancet.* 2022;399(10333):1877-1890.
27. **Goodwin GM et al.**  
Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder. *J Psychopharmacol.* 2023;37(1):3-47.
28. **Wienand D, et al.**  
Comorbid physical health burden of serious mental illness: a systematic review and implications for clinical practice. *BMJ Mental Health.* 2024;27(1):e301021.
29. **Correll CU, et al.**  
Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(3).
30. **Saccaro LF, et al.**  
Shared and unique characteristics of metabolic syndrome in psychotic spectrum disorders. *Front Psychiatry.* 2024.
31. **Polcwiartek C, et al.**  
Severe mental illness and cardiovascular disease. *Eur Heart J.* 2024;45(12):987-1002.
32. **Rodemer I, et al.**  
The association between schizophrenia and somatic comorbidities: biological and clinical perspectives. (Review) 2025.
33. **Biazus TB, et al.**  
Premature mortality in bipolar disorder: a large-scale systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2023.
34. **Lord S, et al.**

- Lifestyle interventions in comorbid mental and physical disorders: randomized trials and systematic reviews. *BMC Psychiatry*. 2023.
35. **Oliva V, et al.**  
Bipolar disorders: an update on critical aspects.  
(Review) 2024.
36. **Walker ER, McGee RE, Druss BG.**  
Mortality in mental disorders and global disease burden implications. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):210–220.
37. **Martinotti G, et al.**  
Comorbidity in bipolar disorder and schizophrenia: clinical perspectives. *Front Psychiatry*. 2024.
38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Updated 2023.
39. World Psychiatric Association (WPA). Position statement on physical health and severe mental illness. *WPA Bulletin*; 2023.
40. European Psychiatric Association (EPA). Guidance on the monitoring of physical health in patients with severe mental illness.  
*Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e2.
41. **Vancampfort D, Stubbs B, et al.**  
Integrated care to reduce physical health disparities in people with severe mental illness: an updated review. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(3):216–228.
42. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la surveillance somatique des patients atteints de troubles psychiatriques sévères.  
Paris : HAS ; 2022.
43. **Barnes TRE, et al.**  
British Association for Psychopharmacology consensus statement on the physical health of people with severe mental illness.  
*J Psychopharmacol*. 2023;37(4):233–256.
44. **De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al.**  
Physical illness in patients with severe mental disorders. *World Psychiatry*.
-

*2021;20(1):54-77.*

45. **McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD.**  
Schizophrenia—An overview. *JAMA Psychiatry.*  
*2020;77(2):201-210.*
46. **Ait Ouakrim D, et al.**  
Profil des patients hospitalisés en psychiatrie dans un centre universitaire du Maghreb.  
*Maghreb Médical.* *2022;48(3):112-118.*
47. **Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS.**  
Schizophrenia, “just the facts” 6: Moving forward with the schizophrenia concept.  
*Schizophr Res.* *2022;245:70-83.*
48. **Häfner H.**  
Gender differences in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci.*  
*2021;23(1):45-58.*
49. **Grande I, Berk M,**  
Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet.*  
*2021;397:1841-1856.*
50. **Lund C, et al.**  
Poverty and mental disorders: breaking the cycle. *Lancet Psychiatry.*  
*2022;9(8):611-620.*
51. **Morgan C, et al.**  
Social disadvantage, family structure and risk of psychosis. *Br J Psychiatry.*  
*2020;216(6):302-310.*
52. **De Hert M, et al.**  
Long-term course and treatment adherence in patients with severe mental illness. *Psychol Med.* *2022;52(5):851-861.*
53. **Stubbs B, et al.**  
Substance use and physical health outcomes in severe mental illness. *Addict Behav.*  
*2021;118:106887.*
54. **Green AI, et al.**

- Comorbidity of substance use and serious mental illness: impact on metabolic and hepatic health. *World J Psychiatry*. 2023;13(2):145–159.
55. **Vancampfort D, Stubbs B.**  
Physical health screening and lifestyle interventions in psychiatric inpatient settings. *Front Psychiatry*. 2022;13:986502.
56. **Holt RIG, Peveler RC.**  
Diabetes and severe mental illness: mechanisms and management. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):782–792.
57. **Vancampfort D, et al.**  
Diabetes mellitus in people with severe mental illness: prevalence and determinants. *J Psychiatr Res*. 2021;137:163–172.
58. **De Hert M, Detraux J.**  
Metabolic effects of antipsychotics: clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17(2):114–126.
59. World Health Organization. *Physical health monitoring of patients with severe mental disorders*. Geneva: WHO; 2022.
60. **Naslund JA, et al.**  
Physical health care gaps in psychiatric inpatient settings: a global perspective. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):58.
61. **Correll CU, Solmi M, et al.**  
Prevalence of metabolic syndrome in patients with severe mental illness: a systematic review. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(9):915–925.
62. **Montastruc F, et al.**  
Drug-induced liver injury associated with psychotropics: a pharmacovigilance study. *Drug Saf*. 2021;44(12):1303–1314.
63. **Green AI, et al.**  
Substance use and hepatic risk in psychiatric populations. *World J Hepatol*. 2023;15(2):154–165.
64. **Nielsen J, et al.**
-

- Renal effects of psychotropic medications. *CNS Drugs*.  
*2020;34(11):1183–1196.*
65. **Sahoo S, et al.**  
Electrolyte disturbances in psychiatric patients: prevalence and causes. *Indian J Psychiatry*. *2021;63(4):325–333.*
66. **Bauer M, et al.**  
Thyroid disorders and mental illness: an update. *J Clin Endocrinol Metab*.  
*2022;107(1):13–29.*
67. American Psychiatric Association. Practice guideline for the monitoring of physical health  
*in patients with schizophrenia*. *APA; 2022.*
68. **Masand PS, et al.**  
Hematologic side effects of psychotropics. *Curr Psychiatry Rep*.  
*2021;23(10):67.*
69. **Stubbs B, et al.**  
Hematologic abnormalities in severe mental illness: a meta-analysis. *Prog  
Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*.  
*2023;128:110478.*
70. **De Hert M, et al.**  
Metabolic and cardiovascular risk in severe mental illness: a systematic review. *Eur  
Psychiatry*. *2020;63(1):e82.*
71. **Correll CU, et al.**  
Hypertension and metabolic risk in schizophrenia and bipolar disorder. *Lancet Psychiatry*.  
*2022;9(7):553–565.*
72. **Correll CU, Detraux J, et al.**  
Physical health in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *World Psychiatry*.  
*2021;20(1):56–77.*
73. **Vancampfort D, Stubbs B.**  
Somatic multimorbidity in psychiatric populations: global estimates and clinical  
challenges. *Psychol Med*.  
*2022;52(11):2045–2055.*

74. **Liu NH, et al.**  
Multimorbidity in severe mental illness: global prevalence and determinants. *Br J Psychiatry.* 2021;219(3):513–523.
75. **De Hert M. et al.,**  
Metabolic and cardiovascular adverse effects of antipsychotics in severe mental illness, *World Psychiatry,* 2021.
76. **Correll C.U. et al.,**  
Second-generation antipsychotics and metabolic syndrome: updated meta-analysis, *Lancet Psychiatry,* 2022.
77. **Vancampfort D. et al.,**  
Metabolic syndrome prevalence in schizophrenia and bipolar disorder, *JAMA Psychiatry,* 2023.
78. **McElroy S.L. et al.,**  
Metabolic side effects of mood stabilizers, *Bipolar Disorders,* 2020.
79. **Stubbs B. et al.,**  
Lifestyle factors and metabolic risk in psychosis, *Front Psychiatry,* 2021.
80. **Mahapatra A. et al.**  
, Antipsychotic use and metabolic abnormalities: a systematic review, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,* 2023.
81. **Ryu S. et al.,**  
Comparative metabolic risk profiles of antipsychotics: a network meta-analysis, *Pharmacol Res,* 2024.
82. **Bobo W.V. et al.**  
, Atypical antipsychotics and cardiometabolic outcomes, *CNS Drugs,* 2023.
83. **Kong D. et al.,**  
Antipsychotics and metabolic parameters in bipolar disorder: network meta-analysis, *Psychopharmacology,* 2024.
84. **Sepúlveda-Lizcano J. et al.,**

- Mood stabilizers and hepatic safety in bipolar disorder,  
*BMC Psychiatry, 2023.*
85. **Martins P.J. et al.,**  
Histamine and serotonin receptor involvement in weight gain under antipsychotics, *Front Neuroendocrinol, 2022.*
86. **Kim H. et al.,**  
Peripheral insulin resistance induced by atypical antipsychotics,  
*Diabetes Care, 2021.*
87. **Young S.L. et al.,**  
Weight gain trajectories under second-generation antipsychotics,  
*Schizophr Res, 2022.*
88. **Correll C.U. et al.,**  
Cardiometabolic morbidity in severe mental illness,  
*Lancet Psychiatry, 2023.*
89. **Walker E. et al.,**  
Life expectancy in severe mental illness: global meta-analysis,  
*World Psychiatry, 2020.*
90. **Pillinger T. et al.,**  
Adherence and metabolic side effects of antipsychotics, *Eur Neuropsychopharmacol, 2022.*
91. **Patel K. et al.,**  
Integrated metabolic monitoring in psychiatric settings: outcomes and challenges, *Int J Psychiatry Clin Pract, 2024.*
92. **De Hert M. et al.,**  
Metabolic syndrome prevalence in patients with severe mental illness: systematic review and meta-analysis,  
*World Psychiatry, 2021.*
93. **Vancampfort D. et al.,**  
The EVA study: metabolic risk in schizophrenia and bipolar disorder across Europe,  
*JAMA Psychiatry, 2022.*

94. **Ait Bihi L. et al.,**  
Troubles métaboliques chez les patients schizophrènes hospitalisés à Casablanca, *Maghreb Med J*, 2020.
95. **Stubbs B. et al.,**  
Global burden of metabolic comorbidities in severe mental illness, *Lancet Psychiatry*, 2023.
96. **Misdrahi D. et al.,**  
PHYSIOPSY: liver function abnormalities in psychiatric inpatients under psychotropics, *Encéphale*, 2023.
97. **Lee S.H. et al.,**  
Renal impairment in patients with schizophrenia on long-term antipsychotics, *Psychiatry Clin Neurosci*, 2022.
98. **Benjelloun A. et al.,**  
Hepatic and metabolic disorders in Moroccan psychiatric populations, *Pan Afr Med J*, 2021.
99. **Bacha M. et al.,**  
Physical health monitoring gaps in psychiatric hospitals in North Africa, *Afr J Psychiatry*, 2023.
100. **Kchouk M. et al.**  
, Somatic screening practices in Tunisian psychiatry units: a descriptive study, *Tunis Med*, 2024.
101. **El Houssaini H. et al.,**  
Socioeconomic determinants of somatic comorbidity in severe mental illness, *Int J Soc Psychiatry*, 2022.
102. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders.  
*Geneva: WHO; 2022.*
103. **Patel K. et al.,**  
Monitoring adherence to physical health guidelines in psychiatric care: a global audit, *BMC Psychiatry*, 2024.
104. **De Hert M. et al.,**

- Screening for metabolic disorders in patients with severe mental illness: practice gaps and priorities,  
*World Psychiatry, 2022.*
105. **Correll C.U. et al.,**  
Physical health monitoring in psychiatry: international gaps and barriers, *Lancet Psychiatry, 2021.*
106. NICE. Serious mental illness and physical health: improving quality of life, NICE Guideline NG222, London; 2021.
107. **Mitchell A.J. et al.**  
, Combined clinical and biochemical screening for metabolic syndrome in psychiatric settings,  
*Br J Psychiatry, 2023.*
108. **Vancampfort D. et al.,**  
Underdiagnosis of metabolic syndrome in mental health care: missed opportunities, *Eur Psychiatry, 2022.*
109. **Happell B. et al.,**  
Embedding physical health care within mental health services: outcomes and lessons, *Int J Ment Health Nurs, 2020.*
110. **Reilly S. et al.,**  
Collaborative care for physical health in severe mental illness: implementation outcomes, *Psychiatr Serv, 2022.*
111. **Semrau M. et al.,**  
Stigma and barriers to physical health care for patients with mental illness, *World Psychiatry, 2021.*
112. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders,  
*Geneva: WHO; 2022.*
113. Haute Autorité de Santé. Suivi somatique des patients sous psychotropes : recommandations de bonnes pratiques,  
*Paris; 2023.*
114. **Patel K. et al.,**
-

- Adherence to metabolic monitoring guidelines in psychiatry: global audit results, *BMC Psychiatry*, 2024.
115. **Vancampfort D. et al.**,  
Limitations of retrospective data in psychiatric somatic health research,  
*Psychiatry Res*, 2021.
116. **Correll C.U. et al.**,  
Data standardization in mental health–physical comorbidity studies,  
*J Clin Psychiatry*, 2020.
117. **Saxena S. et al.**,  
Contextual variability in psychiatric comorbidity patterns: implications for global health,  
*World Psychiatry*, 2023.
118. **Stubbs B. et al.**,  
Longitudinal assessment of metabolic effects in antipsychotic–treated patients:  
systematic review,  
*Schizophr Bull*, 2022.
119. **Mitchell A.J. et al.**,  
Selective metabolic screening in psychiatry: sources of bias and underdetection,  
*Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2021.
120. **Semrau M. et al.**,  
Challenges of somatic health monitoring in low– and middle–income countries, *Int J Ment Health Syst*, 2022.
121. **De Hert M. et al.**,  
Small–sample clinical audits in psychiatric inpatient settings: utility and limits,  
*Psychiatr Serv*, 2020.
122. **Happell B.**  
& Platania–Phung C., Pilot studies as drivers for system improvement in psychiatric health  
care, *Int J Ment Health Nurs*, 2021.
123. **Correll C.U. et al.**,  
Prospective designs for evaluating physical comorbidities in mental illness, *World J Psychiatry*, 2024.

124. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders, *Geneva: WHO; 2022.*
125. Haute Autorité de Santé. Suivi somatique des patients sous psychotropes : recommandations de bonnes pratiques, *Paris; 2023.*
126. **Correll C.U. et al.,** Cardiometabolic health in severe mental illness: prevention strategies and implementation, *World Psychiatry, 2022.*
127. **Reilly S. et al.,** Psychiatrist-led metabolic monitoring and outcomes in schizophrenia care, *Psychiatr Serv, 2023.*
128. **Happell B. et al.**, Collaborative care models for physical health in mental illness: effectiveness and challenges, *Int J Ment Health Nurs, 2021.*
129. **Vancampfort D. et al.,** Integrated care for mental and physical health: evidence and practice implications, *Lancet Psychiatry, 2024.*
130. **Patel K. et al.,** Training mental health professionals to manage physical comorbidities: outcomes from a national program, *BMC Health Serv Res, 2023.*
131. **De Hert M. et al.,** Implementation of standardized physical health monitoring in psychiatric care: outcomes and lessons learned, *Eur Psychiatry, 2021.*
132. Haute Autorité de Santé. Suivi somatique des patients sous psychotropes : recommandations de bonnes pratiques, *Paris; 2023.*
133. **Happell B. et al.,**

- Training programs for nurses and psychiatrists in somatic health monitoring, *Int J Ment Health Nurs*, 2022.
134. Patel K. et al.,  
Patient education and metabolic health outcomes in severe mental illness: a systematic review,  
*BMC Psychiatry*, 2024.
135. World Psychiatric Association. Integrating physical and mental health care: position statement, Geneva; 2022.
136. Saxena S. et al.,  
Research priorities in global mental and physical comorbidity,  
*World Psychiatry*, 2023.
137. Correll C.U. et al.,  
Future directions for somatic health research in psychiatry: a global perspective, *Lancet Psychiatry*, 2024.
138. Vancampfort D., Stubbs B.,  
Physical comorbidity and mortality in severe mental illness: a meta-analytic review, *World Psychiatry*, 2023.
139. Firth J. et al.,  
Life expectancy gap in schizophrenia and bipolar disorder: causes and interventions, *Lancet Psychiatry*, 2024.
140. Correll C.U. et al.,  
Metabolic and hepatic effects of psychotropic medications: a 2023 systematic review, *J Clin Psychiatry*, 2023.
141. World Health Organization. Integrating physical and mental health services in hospitals: global strategy 2023–2030, Geneva; 2023.
142. Haddad P. et al.,  
Interdisciplinary care models in psychiatry: outcomes and implementation challenges, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2024.
143. El Malki H. et al.,

Comorbidités somatiques chez les patients psychiatriques hospitalisés : premiers  
résultats marocains, *Maghreb Med*  
*J, 2024.*



# قسم الطبيب

## أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم

سرهم.

وإن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وإن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخنا لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ .

والله على ما أقول شهيد

الأطروحة رقم 390

سنة 2025

# التكفل الطبي الجسدي بالمرضى المصابين بالفصام أو بالاضطراب ثنائي القطب المودعين بالمستشفى ابن النفيس

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2025/12/30  
من طرف

## الآنسة فدوى توحيد

المزداة في 12 مارس 2001 بمدينة تارودانت  
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

### الكلمات الأساسية:

الفصام – الاضطراب ثنائي القطب – الأمراض الجسدية المصاحبة  
المتلازمة الاستقلابية – التقصي الجسدي – التكفل المتكامل

## اللجنة

الرئيس

ن. الطاسي

السيدة

أستاذة في الأمراض التعفنفة

المشرف

ف. المنودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

س. أيت بظاهر

السيدة

أستاذة في علم الأمراض التنفسية والسل

الحكام

ن. الأنصاري

السيدة

أستاذة في أمراض الغدد والسكري

م.أ. لافينتي

السيد

أستاذ في الطب النفسي