



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

L'interdisciplinarité pour des soins holistiques en hôpital psychiatrique : pourquoi et comment relever ce défi ?

Interdisciplinarity for holistic care in psychiatric hospitals: Why and how to meet this challenge?

Patricia Kirkove^{a,*}, Pierre Oswald^b^a Service de Médecine Générale, Centre hospitalier Jean Titeca, 11, rue de la Luzerne, 1030 Bruxelles, Belgique^b Centre hospitalier Jean Titeca, Université de Mons, Université Libre de Bruxelles, 1030 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 28 juillet 2023

Accepté le 25 septembre 2023

Disponible sur Internet le 21 décembre 2023

Mots clés :

Cas clinique

Interdisciplinarité

Soin holistique

Soin psychiatrique

Keywords:

Clinical case

Holistic care

Interdisciplinarity

Psychiatric care

R É S U M É

Il existe une grande confusion entre les termes multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité. Les soins complexes, comme ceux que nous rencontrons en psychiatrie, ne peuvent être gérés de façon efficace par une seule personne. Exigeante, l'interdisciplinarité analyse et harmonise les liens entre les différentes disciplines. Elle éclaire les situations complexes et enrichit les réponses proposées. Elle améliore la qualité, propose une approche globale de la personne en mobilisant les connaissances des différentes disciplines tout en défragmentant et décloisonnant leurs savoirs.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

There is considerable confusion between the terms multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity. Multidisciplinary suggests a juxtaposition of knowledge. The various specialists in their disciplines complement each other and intervene alongside each other around a common subject. This produces points of view, which are superimposed, without bringing out any real added value. Interdisciplinarity requires interaction and interrelation. The pooling of knowledge requires a greater intertwining of disciplines, minimizing the differences between them while preserving their specificities and their foundations. A specialist's robust monodisciplinary expertise enriches the other members of the team, allowing for a more global, more systemic approach. Refusing to approach complex problems through the categorial prism of individual disciplines, transdisciplinarity seeks to integrate disciplines to go between, through and beyond disciplines by completely dissolving traditional boundaries. One of the particularities of complex holistic care, such as that in psychiatry, is that it cannot be managed effectively by a single person or a single discipline. Hyperspecialization results in a segmentation of the human being by no longer taking into account the entirety of the person treated. By analyzing and harmonizing the links between the different disciplines, interdisciplinarity sheds light on complex situations and enriches the responses offered. It improves quality, offers a global approach to the patient by mobilizing knowledge from different disciplines and by defragmenting and decompartmentalizing their knowledge. Interdisciplinarity is not self-evident and it cannot be likened to a simple mode of coordination where complementarity is valued. To meet this challenge, communication, coordination and clarification of roles by the team leader, whose leadership is recognized and valued, are essential. The medical literature recognizes a real added value of interdisciplinary approaches in complex medical situations. Eventually, it may be necessary to go a step further. Nevertheless, transdisciplinarity is of such complexity and requires such maturity of the teams, that we do not support it as the first step toward implementing a patient holistic approach. By way of conclusion, we propose the metaphors that Choi and Pak developed. Multidisciplinary is in a way a

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patricia.kirkove@chjt.be (P. Kirkove).

mathematical equation of the “ $2 + 2 = 4$ ” type or, more daringly, a “salad bowl”, juxtaposition and addition of ingredients or skills. Interdisciplinarity is likened to an equation of the “ $2 + 2 = 5$ ” type or a “melting pot”, which postulates that the result, due to an effective and harmonious interaction, is greater than the sum of the parts. Finally, they compare transdisciplinarity using a “ $2 + 2 = \text{yellow}$ ” equation with the culinary metaphor of the “cake” highlighting integration.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction et contexte

Alice, 22 ans, présente un diagnostic de trouble borderline et est institutionnalisée depuis ses 10 ans. On ne compte plus ses tentatives de suicide et ses bras ne sont que scarifications. Au niveau somatique, on relève une obésité morbide (BMI 53), un tabagisme actif (trois paquets par jour) et des chicots dentaires. Je suis le médecin généraliste de son unité. Un matin, elle me montre fièrement la prothèse dentaire qu'elle vient de recevoir. Elle est métamorphosée. Quelques semaines plus tard, elle me demande de l'accompagner dans une chirurgie bariatrique. Elle prend elle-même son premier rendez-vous.

L'équipe se montre dubitative, évoque un risque opératoire et une crainte qu'Alice ne reprenne rapidement du poids. Elle l'accompagne néanmoins dans ses nombreux rendez-vous. Une date opératoire est fixée. L'équipe me sollicite pour une réunion. Elle souhaite que je décourage Alice de s'engager dans ce projet considéré comme « fou ». Chacun m'explique toutes les bonnes raisons d'arrêter ou au moins de postposer l'intervention. Au bout d'une heure de discussion mouvementée mais marquée par un climat de confiance, chaque participant a pu s'exprimer à partir de sa fonction dans l'équipe et de ses représentations. Un des arguments que j'ai développé est que l'espérance de vie d'Alice, si on ne fait rien, n'est que de vingt ans.

Une ultime réunion avec l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital général est organisée. Toutes les questions sont redébatues. Finalement apaisée, mais pas encore totalement convaincue, l'équipe accepte la date opératoire. Après l'opération, chaque soignant s'investit dans la prise en charge. La cuisine est impliquée depuis le début du projet dans la constitution des régimes post-opératoires et en est particulièrement fière.

Aujourd'hui, Alice a perdu 50 kg. Elle peut enfin se relever seule d'un fauteuil et se laver de manière autonome. Elle a même refait sa garde-robe. Et plus personne ne remettrait ce choix en question.

Stéphanie, 30 ans, présente une schizophrénie paranoïde. Après une chute impressionnante dans les escaliers, elle est alitée, incapable de se lever, refuse tout antidouleur mais se plaint constamment de douleurs dorsales. Comme médecin généraliste, je ne peux pas l'obliger à des soins somatiques sous contrainte. Pourtant une hospitalisation s'imposerait. L'équipe est également inquiète et aimerait forcer ce séjour en hôpital général. Cela nous amène à beaucoup d'échanges, parfois très tendus. J'explique à l'équipe qu'en l'absence de facteur de risque pour sa santé, je suis tout aussi impuissante qu'eux, même si je suis également inquiète face à l'évolution. Plutôt que de nous opposer, nous convenons d'un objectif commun, à savoir la surveillance des signes de gravité qui pourraient, le cas échéant, justifier d'une hospitalisation forcée.

Après trois semaines, c'est un des psychologues de l'unité qui me transmettra le symptôme-clé. Stéphanie présente des paresthésies dans la région sus-pubienne. Une fracture vertébrale déplacée est très probable. L'hospitalisation sous contrainte est organisée et Stéphanie est opérée dans la foulée. Lors du débriefing, nous abordons ces situations complexes de refus de soins somatiques, en évitant de défendre des positions tranchées. Après avoir pris du temps pour nous accorder sur cette réalité, nous décidons d'interpeller conjointement le comité d'éthique. Sa réponse est moins importante que les liens entre l'équipe et le

médecin généraliste désormais renforcés. La confiance est installée et le dialogue est plus fluide. Et très pratiquement, les interactions sont plus nombreuses et constructives.

Les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères associent souffrance psychique, pathologies somatiques, difficultés comportementales et défaut d'inclusion sociale. Ces complications sont très fréquentes, s'accumulent au cours de leur vie et diminuent de façon drastique l'espérance de vie [14]. Ces personnes reçoivent également moins souvent un diagnostic de pathologie somatique que la population générale [11,14] et Kohn et al. ont montré qu'elles signalaient être insatisfaites de leur santé somatique [11]. Fortes de ce constat, la santé somatique et la santé mentale ne devraient pas s'exclure. À l'instar de Kohl et al., Jespers et al. relèvent que la collaboration entre somaticiens, service de santé et psychiatres est très insuffisante [10,11]. Ce sont la communication, la transmission de l'information, l'utilisation des technologies de l'information, le plan de soins intégré et le temps consacré à des réunions interdisciplinaires qui font défaut.

L'approche holistique de la personne soignée est un concept sur lequel les soignants s'accordent mais qu'ils peinent à mettre en pratique. Différents aspects sont avancés : des facteurs liés au patient (attitude, compliance, autonomie), au système de santé (financement, équipement et infrastructure, pharmacie hospitalière) ou aux prestataires de soins (formation, expérience, stigmatisation, partage des données, rôles et responsabilités) [10,11].

C'est fort de ces constats que les soins intégrés, définis comme des soins dans lesquels les services de santé sont organisés de manière à ce que les individus fassent l'expérience d'une continuité de prise en charge au sein de l'ensemble de ses prestations, doivent être pensés. Il est dès lors nécessaire de s'interroger sur les conditions nécessaires à une bonne intégration des soins [12,17].

Selon Rodgers et al., l'intégration des soins est une affaire d'interdisciplinarité, et donc davantage une histoire de personnes que de systèmes et d'organisations, même si le nombre de modèles de soins intégrés est rare, ce qui interroge leur reproductibilité et leur généralisation [17].

Quels sont dès lors les rôles et responsabilités de chaque acteur de soin dans ces modèles de soins intégrés [10,11,17] ? Comment penser une communication efficace au sein d'une équipe dont la présence de l'ensemble des compétences n'est pas une garantie de soins intégrés efficaces [17] ?

Soins intégrés, communication et partage de données entre professionnels de la santé pour assurer la continuité des soins ainsi que définition des rôles et responsabilités pourraient-ils être les premiers leviers vers l'interdisciplinarité [10–12,17] ?

Les auteurs proposent ici de développer la notion d'interdisciplinarité et, à partir de là, de dégager des lignes de conduite pour améliorer l'intégration des soins, au bénéfice de la personne soignée.

2. Discipline, multi-pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité

Choi et Pak ont montré il y a plus de quinze ans déjà que la définition des termes « multidisciplinarité », « interdisciplinarité » et « transdisciplinarité » pouvait être ambiguë, voire interchan-

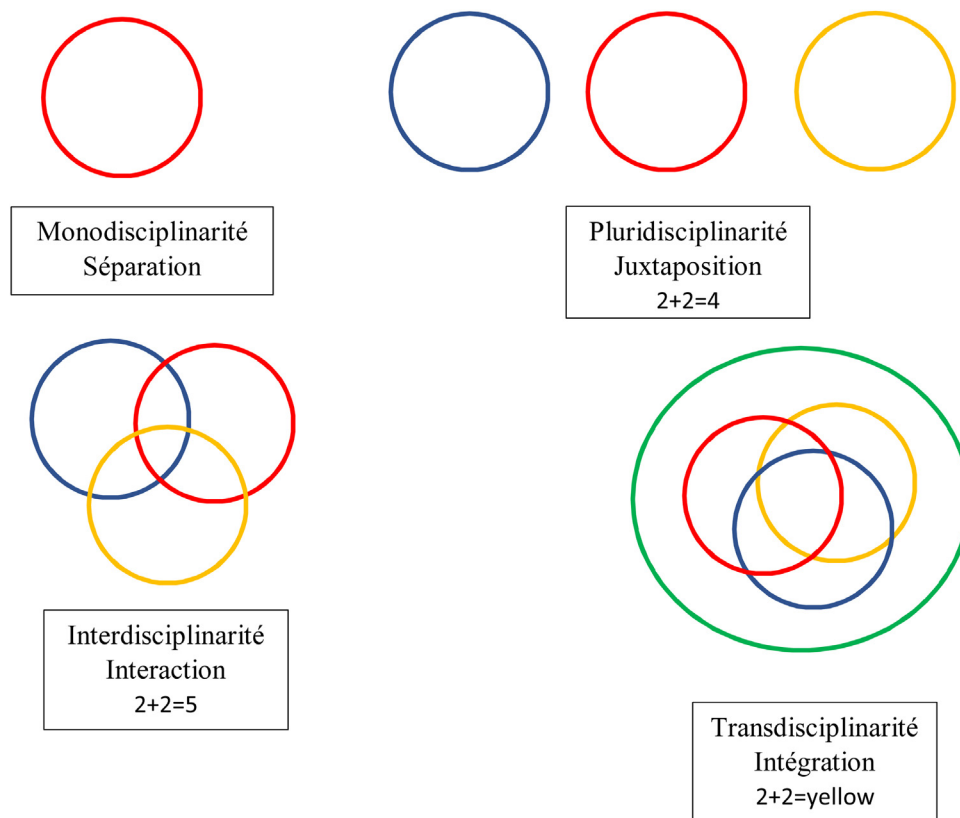


Fig. 1. Pluri / Inter / Trans disciplinarité.

geable selon les publications [3]. À ce jour, le débat reste ouvert, comme en attestent Sell et al. [18]. Ces termes font référence à l'implication de plusieurs disciplines, à des degrés divers, sur le même continuum [3,18] (Fig. 1).

Selon le Larousse, une discipline est une « branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement (comme la biologie, la chimie, l'histoire, l'économie...) ». Choi et Pak soulignent que la discipline est maintenue par une épistémologie commune, c'est-à-dire des hypothèses sur la nature de la connaissance et les façons de la générer ou de l'accumuler. De ce fait, certaines disciplines sont plus proches que d'autres (comme la biologie et la chimie) ou plus éloignées (comme la biologie et l'histoire) [5,7,15].

La monodisciplinarité souligne le caractère exclusif octroyé à une spécialité fonctionnant dans l'ignorance de toute autre [5,7].

La multi- ou pluridisciplinarité s'appuie sur les connaissances de différentes disciplines tout en restant dans leurs limites respectives. La nature des relations qui sont développées entre les disciplines est une simple juxtaposition. Les informations sont compilées les unes après autres [3,5,7,18].

C'est l'interaction, l'art de faire travailler ensemble les disciplines qui sont proposés dans l'interdisciplinarité. L'interdisciplinarité se veut une modalité d'analyse, de synthèse et d'harmonisation des liens entre les disciplines qui produit un nouveau niveau de compréhension, de connaissances [3,5,7,18].

La transdisciplinarité vise la production d'un savoir en sortant des grilles disciplinaires de lecture et méthodologiques, pour créer une approche articulant les différentes approches entre elles. Elle veut déborder les champs strictement disciplinaires. C'est à la fois ce qui est entre les disciplines, à travers elles et au-delà de chacune d'entre elles qui est interrogé et analysé. Elle va, par exemple, intégrer sciences naturelles, sociales et de la santé dans un contexte de sciences humaines [3,5,7,9,18].

C'est en combinant des disciplines disparates ou plus différentes sur le plan épistémologique qu'on a le plus de chances d'aboutir à une nouvelle compréhension d'un problème ou d'une question complexe [5].

3. Leviers et obstacles dans le domaine de la santé

Existe-t-il des méthodes pour réunir des personnes de disciplines différentes et les faire interagir ? Dans quel contexte ou projet est-il utile d'impliquer plusieurs disciplines différentes ? Quelles sont les difficultés pour rassembler différentes disciplines autour d'un projet ? Les efforts nécessaires pour impliquer plusieurs disciplines sont-ils utiles, pertinents ? Comment améliorer cette approche ? [4,7,12,15–17].

Travaillant au sein d'un hôpital psychiatrique, les auteurs visent l'organisation d'une équipe interdisciplinaire performante dans ce contexte particulier, et relèvent de ces questionnements un certain nombre de leviers et d'obstacles [4,16].

Parmi ceux-ci, la sélection des personnes qui vont composer l'équipe est primordiale. Leur sélection doit intégrer tant leurs compétences (savoir, savoir-faire) que leurs qualités (savoir-être). L'ensemble des disciplines nécessaires au projet doit se retrouver dans l'équipe [4,16,17]. Le chef d'équipe doit avoir une mission claire, univoque et une vision pour y arriver [4]. Peronne et al. en soulignent son rôle primordial. Il doit insuffler une dynamique d'équipe qui permet de dépasser le simple cumul de compétences individuelles au profit d'une mise en commun des compétences [16]. Ensuite, la mission doit être connue et partagée par tous les membres de l'équipe. La réussite de la mission doit apporter un gain collectif et individuel [4]. Trouver ensemble des réponses à une question complexe est une récompense très stimulante. L'issue de ce processus doit pouvoir amener l'équipe à prendre une

décision consensuelle. Ce consensus arrêté doit répondre à deux critères. Le premier consiste à être basé sur les dernières connaissances de la science. Le second consiste à offrir à la personne soignée le meilleur ratio bénéfice-risque [16,20]. Et, pour être collective, la décision doit résulter de l'intégration des contributions de tous les participants dans un climat de confiance et de cohésion [4,16,20].

Une condition primordiale est l'existence d'un langage commun auquel chacun doit être familiarisé. On ne parle pas ici d'une langue commune, mais de connaître l'épistémologie des autres disciplines. Comment les différentes disciplines pensent, parlent et arrivent à leurs conclusions ? Et il faut accepter de s'enrichir mutuellement de ces différences pour ouvrir un autre regard sur sa discipline [4,15,16].

C'est également la question d'une communication efficiente qui est posée. La présence de l'ensemble des compétences au sein d'une équipe n'est pas une garantie de soins intégrés. Une mauvaise communication entre professionnels peut générer des interventions manquées. Le diable se cache dans les détails : l'absence de compréhension fine de la langue propre et de la sémantique entre les membres de l'équipe est source d'incompréhension, voire de conflit [4,5,17].

La communication dépasse le seul transfert d'informations. Les membres de l'équipe doivent être encouragés à partager les informations de manière ouverte et constructive [4,16].

George Bernard Shaw le résume avec poésie : « Si tu as une pomme, que j'ai une pomme et que l'on échange nos pommes, nous aurons chacun une pomme. Mais si tu as une idée, que j'ai une idée et que l'on échange nos idées, nous aurons chacun deux idées. »

Les raisons d'apparition des conflits au sein d'une équipe sont multiples et variées et quasi sans limite. Il est donc nécessaire de les traiter rapidement. À cet égard, à côté des feedbacks individuels, les signes de reconnaissance sont très efficaces [4]. Évaluer le travail interdisciplinaire produit implique qu'il y ait des pairs qui travaillent sur des sujets similaires. Et il est important qu'ils soient tous reconnus explicitement par l'ensemble de l'équipe [4]. Enfin, le pouvoir associé aux disciplines n'est pas égal dans une équipe multidisciplinaire et peut être, dès lors, un véritable frein à la collaboration [4]. À un niveau plus large, l'institution doit promouvoir et soutenir ce changement [4,11,16].

4. Focus sur les fondements et liens d'une équipe interdisciplinaire et rôle clé du chef d'équipe

Dans une tentative de synthèse, Clervoy et al. se sont intéressés tout particulièrement aux fondements et liens nécessaires pour permettre la réussite d'une équipe interdisciplinaire soignante performante, tenant compte du pouvoir, et des rôles et responsabilités de chacun de ses membres [6].

Un fonctionnement interdisciplinaire efficace repose sur quatre fondements :

- la totalité de l'équipe est alignée lors de la préparation et de la réalisation du soin ;
- elle est d'accord sur les objectifs des soins et les moyens mis en œuvre pour y arriver ;
- chaque membre sait qu'il a un rôle dans l'équipe ;
- l'équipe est inspirée par le principe qu'à tout moment chacun peut être « force de proposition » [6].

Deux types de liens régissent une équipe :

- les liens *top-down*, du haut vers le bas, plus verticaux ;
- les liens *bottom-up*, plus participatifs et plus horizontaux.

Loin d'être opposés, ils sont complémentaires. Les liens verticaux et hiérarchiques déterminent les comportements d'obéissance. Très efficaces et essentiels pour les prises de décisions en situation de crise, ils peuvent devenir limitants en générant une soumission passive en restreignant les échanges et initiatives essentiels à l'ajustement d'une équipe en situation complexe [6].

Les liens horizontaux, participatifs, relèvent de la collaboration et de la confiance. Ils nécessitent de trouver la posture à adopter au quotidien qui permet de favoriser les échanges et stimulent la satisfaction du travail correctement accompli. Ils permettent d'aller plus loin, et surtout en situation dégradée. Il faut donc prendre le temps nécessaire pour créer des liens satisfaisants, sous la responsabilité d'un responsable d'équipe permissif et stimulant [6].

Lapierre et al. [13] insistent, à l'instar de Perone et al. [16], sur le rôle du *team leader* et de son *leadership* dans une équipe interdisciplinaire. Il doit avoir des compétences pointues en communication et en écoute. Il doit obtenir le respect mutuel et la confiance des membres de son équipe ainsi qu'entre chaque membre de l'équipe. La bonne compréhension des disciplines de chacun lui permet de clarifier les rôles et de faire partager la prise de décision. Le *team leader* doit avoir une attitude positive et connaître les bénéfices d'une telle équipe. Ces compétences sont d'autant plus présentes s'il effectue des formations (éducation interprofessionnelle), présente une maturité personnelle et des expériences antérieures [13].

5. Discussion et conclusion

Il existe une grande confusion dans la littérature entre multidisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité qu'on retrouve parfois sous les termes de « collaboration interprofessionnelle » ou de « pratique collaborative » [3,6,7,13,19].

La *multidisciplinarité* renvoie à une juxtaposition de disciplines et de connaissances. Les différents spécialistes de leurs disciplines se complètent et interviennent les uns à côté des autres autour d'un sujet commun. Cela produit des points de vue parfois éloignés les uns des autres, qui sont superposés, sans dégager de véritable plus-value, de lien ou de liant entre les disciplines [3,5,7,18].

L'*interdisciplinarité* oblige à l'interaction et à l'interrelation. La mise en commun des savoirs nécessite une intrication plus forte des disciplines rendant leurs frontières plus floues tout en conservant leurs spécificités et leurs fondements. Les expertises monodisciplinaires robustes s'enrichissent mutuellement, permettant une approche plus globale, plus systémique [3,5,15,18].

La *transdisciplinarité* sort des grilles de lectures et des méthodologies disciplinaires. Refusant d'aborder les problèmes complexes par le prisme catégoriel des disciplines, la transdisciplinarité souhaite intégrer les disciplines pour aller entre, à travers et au-delà des disciplines en dissolvant complètement les frontières traditionnelles. [3,5,7,9,18].

On peut dès lors affirmer qu'une équipe multidisciplinaire est la meilleure réponse dans une situation aiguë où la fulgurance de la réponse et le suivi précis d'un protocole ont démontré son efficacité (par exemple lors d'un arrêt cardiaque ou d'une mise à l'isolement) [6].

L'une des particularités des soins complexes, comme ceux en psychiatrie, c'est qu'ils ne peuvent être gérés de façon efficace par une seule personne ou une seule discipline. Sur ce dernier point, relevons que l'hyperspécialisation aboutit à une segmentation de l'humain en ne prenant plus en compte la globalité de la personne soignée [8,19].

En analysant et harmonisant les liens entre les différentes disciplines, l'interdisciplinarité éclaire les situations complexes et

enrichit les réponses proposées. Elle améliore la qualité, propose une approche globale de la personne en mobilisant les connaissances des différentes disciplines et en défragmentant et décloisonnant leurs savoirs [1,6]. Comme le relève avec justesse Trabal, l'interdisciplinarité ne va pas de soi et elle ne peut s'apparenter à un simple mode de coordination où la complémentarité est valorisée [19]. Pour relever ce défi, la communication, la coordination et la clarification des rôles par le *team leader*, dont le leadership est reconnu et valorisé, sont indispensables [6,7,13,19]. La littérature médicale reconnaît une réelle plus-value des approches interdisciplinaires dans les situations médicales complexes.

À terme, il faudra peut-être aller encore un pas plus loin. Néanmoins, la transdisciplinarité est d'une telle complexité et nécessite une telle maturité des équipes qu'elle n'est pas retenue, par les auteurs, comme le premier pas pour permettre une approche holistique de la personne [2–5,9].

En guise de conclusion, nous reprendrons les métaphores de Choi et Pak :

La multidisciplinarité est en quelque sorte une équation arithmétique de type « $2 + 2 = 4$ » ou de manière plus audacieuse un « salad bowl », juxtaposition et addition d'ingrédients ou de compétences.

L'interdisciplinarité sera plutôt une équation de type « $2 + 2 = 5$ » ou un « melting pot », qui traduit que le résultat, du fait d'une interaction efficace et harmonique, est supérieur à la somme des parties.

Enfin ils comparent la transdisciplinarité par « $2 + 2 = \text{yellow}$ » avec comme métaphore culinaire le « cake » mettant en avant l'intégration [3].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bagaragaza E, Pujol N, Evin A, Colombet I. Méthodologie de recherche en soins palliatifs : les défis de l'interdisciplinarité. *Santé Publique* 2021;33:199–209.
- [2] Basarab N. De l'interdisciplinarité à la transdisciplinarité : fondation méthodologique du dialogue entre les sciences humaines et les sciences exactes. *Nouvelles perspectives en sciences sociales* 2011;1:89–103.
- [3] Choi B, Pak A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* 2006;29:351–64.
- [4] Choi B, Pak A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med* 2007;30:E224–32.
- [5] Choi B, Pak A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clin Invest Med* 2008;31:E41–8.
- [6] Clervoy P, Chauvin A, Gil Jardiné C, Claret PG, Lefort H. Plaidoyer pour un exercice collégial du soin psychiatrique en urgence. *Soins psychiatr* 2021;42:44–6.
- [7] Couturier Y. Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires. *Rech Soins Infirm* 2009;97:23–33.
- [8] de la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2013;5:163–76.
- [9] Ferguson GM, Fiese BH, Nelson MR, Meeks Gardner JM. Transdisciplinary Team Science for Global Health: Case Study of the JUS Media? Programme. *Am Psychol* 2019;74:725–39.
- [10] Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P. Somatic health care in a psychiatric setting. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 338B; 2021.
- [11] Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Soins de santé somatiques en psychiatrie : barrières perçues par les patients et les professionnels de la santé. *Rev Med Liege* 2022;77:236–43.
- [12] Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 359B; 2022.
- [13] Lapiere A, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H. La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. *Rech Soins Infirm* 2017;129:73–88.
- [14] Launders N, Kirsh L, Osborn D, Hayes J. The temporal relationship between severe mental illness diagnosis and chronic physical comorbidity: a UK primary care cohort study of disease burden over 10 years. *Lancet Psychiatr* 2022;9:725–35.
- [15] Paulin F, Charlat S. L'épistémologie des sciences biologiques et géologique: une occasion d'enseigner l'incertitude ? *Raisons éducatives* 2020;24:101–26.
- [16] Perone N, Schusselé Filiattaz S, Budan F, Schaller P, Balavoine JF, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité - Materializing interdisciplinary outpatient management of complex situations. *Santé Publique* 2015;27:S77–86.
- [17] Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood P. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: A mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care* 2018;18(9):1–12.
- [18] Sell K, Hommes F, Fischer F, Arnold L. Multi-, Inter-, and Transdisciplinarity within the Public Health Workforce: A Scoping Review to Assess Definitions and Applications of Concepts. *Int J Environ Res Public Health* 2002;19:1–23.
- [19] Trabal P. De l'interdisciplinarité dans la recherche sur les dossiers sanitaires - Interdisciplinarity in research on health issues. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2019;67:55–11.
- [20] Yvonnet S. Une analyse de la prise de décision médicale lors des réunions de concertations pluridisciplinaires - An analysis of medical decision making: The case of multidisciplinary team meetings. *Bull Can* 2022;109:346–57.