

## LA FORMATION EN PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE

### De sa conception aux USA à son adaptation à Genève

Théodore HOVAGUIMIAN<sup>1</sup> et John MARKOWITZ<sup>2</sup>

#### Résumé

La formation en psychothérapie a été fortement influencée ces dernières années par la pression scientifique et économique, exercée dans tous les domaines de la santé, à démontrer l'efficacité des prestations. La thérapie interpersonnelle (TIP), psychothérapie brève d'une efficacité abondamment étudiée et démontrée, fait usage de techniques pragmatiques pour traiter quatre champs de problèmes relationnels mis en évidence autour des épisodes dépressifs. La formation en TIP, issue de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies, garde la trace de cette tradition scientifique dans son format bien standardisé et mesurable. Cet article décrit l'expérience acquise, sur trois décades aux Etats-Unis d'Amérique et sur une décade à Genève, dans la formation et l'évaluation de la compétence en TIP.

#### Summary

Training in psychotherapy has been strongly influenced over the last years by the scientific and economic pressure on health care in general to demonstrate effectiveness. Interpersonal therapy (IPT), a time limited treatment method, of a largely studied and demonstrated efficacy, applies pragmatic techniques, described in a manual, to address four relational problem areas associated with the onset of depression. Training in IPT, stemming from a research background on the efficacy of psychotherapy, keeps the trace of this scientific tradition in its well standardised measurable format. This article describes the experience acquired, over the last three decades in the USA and the last decade in Geneva, in training and assessing competency in IPT.

#### Mots-clés

Dépression – Evénements de vie – Développement personnel – Supervision.

#### Key-words

Depression – Life events – Personal development – Supervision.

#### SURVOL DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INTERPERSONNELLE

Issue des recherches sur le traitement de la dépression, l'approche interpersonnelle s'est développée initialement aux Etats-Unis dans les années 1970 comme une nouvelle manière de comprendre et de traiter cette maladie dans sa dimension relationnelle du présent. Cette méthode se focalise sur des événements de vie entourant l'épisode dépressif, et postule que leur compréhension et le réaménagement du rôle du patient envers les personnes qui comptent dans sa vie actuelle sont essentiels pour sa rémission et la prévention des rechutes. En observant les événements de vie précipitant une dépression, Gerald Klerman et ses collaborateurs (1984) ont identifié dans l'anamnèse récente de leurs patients quatre domaines à problèmes interpersonnels fortement corrélés à leur dépression, à savoir : a) le deuil ; b) les transitions de rôle ; c) les disputes ; et d) l'isolement social. Ainsi, l'intuition clinique associant les événements de vie et l'humeur se trouvait étayée par les recherches : il s'avère en effet que ces contextes entourent, précipitent ou entretiennent la majorité des épisodes dépressifs.

Cette observation jetait la base de la théorie interpersonnelle : lorsque, à cause d'un décès, d'un changement de situation de vie, d'une dispute avec des personnes significatives ou d'un éloignement de celles-ci, les rôles viennent à dysfonctionner, l'humeur naturellement s'en ressent. Ce retentissement peut s'avérer transitoire ou, dans le cas d'une vulnérabilité

<sup>1</sup> Psychiatre et psychothérapeute en pratique privée, Médecin consultant aux Hôpitaux universitaires et Chargé d'enseignement à la Faculté de Médecine de Genève.

<sup>2</sup> Professeur de psychiatrie au Cornell University Medical College et Chargé d'enseignement au Columbia University College of Physicians & Surgeons, New York. Psychiatre et chercheur au New York State Psychiatric Institute.

individuelle (par exemple biologique), perdurer et aboutir alors à la maladie. L'interaction de ces contextes avec l'humeur va dans les deux sens : ils seraient particulièrement déprimants parce qu'ils enlèveraient au patient un rôle investi. En retour, la dépression, outre la souffrance morale, induit une incapacité dans l'exercice du rôle social. Causant elle-même une dysfonction dans l'un ou l'autre de ces domaines interpersonnels, la maladie empêche le deuil, la dispute, la transition ou l'isolement social de trouver une issue favorable, et met ainsi en péril la restauration du rôle.

De là, les auteurs postulèrent qu'un deuil *non résolu*, une transition *inachevée*, une dispute *qui ne trouve pas d'issue* ou un isolement social *prolongé* peuvent conduire, par dysfonction durable du fonctionnement interpersonnel, à une maladie, en l'occurrence la dépression.

La psychothérapie interpersonnelle fut alors conçue (Klerman *et al.*, 1984) comme une approche structurée pour remédier à chacune de ces problématiques qui finalement pouvaient quasiment rendre compte de toutes les situations rencontrées en pratique, le parti pris pour traiter un patient déprimé par cette approche étant de lui reconnaître une appartenance à l'un au moins de ces contextes.

Psychothérapie brève, se déroulant sur une durée de 3 à 4 mois, elle comporte 12 à 16 séances : une à trois initiales, pour repérer le contexte interpersonnel pathogène et formuler le contrat thérapeutique, sont suivies de dix séances dites du milieu pour travailler avec le patient à changer ces contextes, aboutissant à une à trois séances de terminaison axées sur la synthèse des acquis et la prévention des rechutes. L'approche propose une série de stratégies pragmatiques qui visent, selon le cas, à faciliter le deuil, résoudre les disputes, achever les transitions de vie difficiles, ou sortir de l'isolement social.

En comparaison avec la plupart des autres méthodes, l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle dans le traitement de la dépression s'est révélée très concluante. De nombreuses études contrôlées confirmant son taux de succès élevé ont amené à l'inscrire dans les recommandations officielles internationales sur le traitement de la dépression<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Des études contrôlées ont démontré l'efficacité de la TIP dans les formes suivantes de dépression : épisode aigu de dépression majeure, trouble dysthymique, trouble bipolaire non psychotique,

Le succès de l'approche interpersonnelle a amené chercheurs et cliniciens à l'appliquer, dans son format original ou sous une forme modifiée, à d'autres troubles que la dépression, avec des résultats qui se sont avérés positifs pour la boulimie nerveuse, négatifs pour le trouble de la personnalité limite et l'abus de cocaïne, et le plus souvent mitigé ou en cours d'évaluation pour d'autres affections<sup>4</sup>.

## HISTORIQUE DE LA FORMATION EN TIP : L'EMPREINTE DE LA RECHERCHE

Pour bien comprendre l'esprit de la formation en TIP, il faut se rappeler que cette méthode de traitement est partie de la recherche avant de diffuser dans la pratique clinique. L'étude principale à l'origine de la structuration de cette approche était le fameux *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (NIMH-TDCRP) de 1989, qui reste probablement encore à ce jour le projet le plus ambitieux d'évaluation d'un traitement psychothérapeutique de la dépression en phase aiguë. Cette étude comparait l'évolution de 250 patients ambulatoires souffrant de dépression sous l'influence de quatre types d'intervention : la pharmacothérapie (avec l'imipramine), la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC), la psychothérapie interpersonnelle (TIP) et le placebo<sup>5</sup>.

De par sa composition multicentrique, l'étude se devait d'assurer que les chercheurs dans les différents sites d'intervention faisaient bien la même chose, particulièrement en matière de psychothérapie. Ces sites étaient parfois éloignés des centres universitaires où chacune des deux interventions psychothérapeutiques

---

dépression du patient gériatrique, dépression de l'adolescent, dépression de la mère adolescente, dépression des patients séropositifs, dépression de l'ante- et du post-partum, dépression post-infarctus du myocarde, et comme thérapie de maintenance.

<sup>4</sup> Trouble panique, phobie sociale, dysmorphophobie, insomnie.

<sup>5</sup> Mentionnons au passage une des trouvailles intéressantes de cette recherche, à savoir que toutes les interventions étudiées s'avéraient également efficaces dans les formes légères de dépression. Cependant, lorsque l'on considérait les dépressions plus sévères (score à l'échelle de Hamilton supérieur à 18), la psychothérapie interpersonnelle comme la médication antidépressive s'avéraient toutes deux d'une efficacité significativement plus grande que le placebo.

avait été conçue et de l'aura de ses fondateurs (la Philadelphie, fief d'Aron Beck, père de la TCC, et le New England, avec ses universités de Harvard et Yale, berceau de la TIP de Gerald Klerman et Myrna Weissmann). Il fallait donc bien veiller à former les chercheurs à faire exactement ce qu'on leur demandait, tout ce qu'on leur demandait et rien d'autre que ce qu'on leur demandait.

Ainsi, dans une large portion de son histoire relativement courte, la formation en TIP a essentiellement impliqué les chercheurs. Une équipe intéressée à investiguer la TIP dans un essai clinique randomisé trouvait souvent les meilleurs psychothérapeutes disponibles parmi ceux ayant une formation psychodynamique. Les thérapeutes lisaient le manuel, participaient à un atelier de formation, et ensuite conduisaient deux ou trois cas pilotes qui étaient enregistrés par audio- et vidéocassettes, pour être revus heure par heure avec un superviseur ayant une expérience confirmée en TIP. Des évaluations successives des symptômes dépressifs indiquaient si les cas pilotes s'amélioraient (Weissmann *et al.*, 1982 ; Rounsaville *et al.*, 1986).

Ceci a engendré deux conséquences pratiques qui vont depuis lors continuer d'imprégner la formation en TIP :

- a) Des manuels précis ont été développés pour définir les procédures psychothérapeutiques. L'apprentissage de leur contenu conférait au thérapeute une *compétence* dans le domaine de l'intervention. On s'assurait ainsi qu'il savait ce qu'il devait faire.
- b) Une fois la compétence acquise, l'*adhésion* du thérapeute à la méthode de traitement était ensuite assurée par la supervision continue de la thérapie sur la base d'enregistrements vidéo des séances<sup>6</sup>. En outre, l'adhésion était vérifiée par des évaluateurs indépendants de ceux qui assuraient la supervision.

Le grand mérite des auteurs de la TIP, toujours fidèles à la tradition scientifique objectivante, est d'avoir développé des outils de mesure de la compétence dans

<sup>6</sup> A noter que la même exigence s'appliquait aux intervenants sur les deux autres cellules des patients de l'étude (soignés par le produit actif ou le placebo), afin de s'assurer que les thérapeutes se restreignent à une « gestion clinique » (*clinical management*) également standardisée dans un manuel et qu'ils s'abstiennent de tout usage de techniques psychothérapeutiques.

cette forme de psychothérapie. Aussi, différentes échelles d'évaluation ont été utilisées pour mesurer la *compétence* des thérapeutes (Weissmann, non publié, 1979), leur manière générale de conduire la psychothérapie, et leur compréhension spécifique des principes et techniques de l'IPT, ainsi que leur *adhésion* à la technique impliquée (Hill *et al.*, 1992 ; Markowitz *et al.*, 2000).

En ce qui concerne la TIP, *The Psychotherapy Rating Scale*<sup>7</sup> (Hill *et al.*, 1992) consiste en une échelle à 28 items se répartissant en 7 sous-échelles mesurant la conceptualisation interpersonnelle (3 items), le focus sur les émotions (4 items), l'évaluation des relations interpersonnelles et de leur tendance (5 items), l'aide à changer le fonctionnement interpersonnel (4 items), la transition de rôle (4 items), les disputes interpersonnelles (4 items) et les déficits interpersonnels (4 items).

Les premières études issues du programme d'évaluation des psychothérapies de la dépression (NIMH-TDCRP) ont démontré que la compétence des thérapeutes pouvait bien s'obtenir par leur formation aux différentes techniques d'intervention psychothérapeutique et que ceux-ci maintenaient effectivement leur adhésion à la technique lors de son application contrôlée (Weissman *et al.*, 1982 ; Chevron *et al.*, 1983 ; Rounsaville *et al.*, 1986). L'évaluation de l'adhésion a été par la suite davantage étayée par Hill et ses collaborateurs (1992) et répliquée dans une autre étude d'efficacité comparant la TIP, la TCC et la pharmacothérapie dans une population spécifique : celle des patients séropositifs pour le VIH souffrant de dépression (Markowitz *et al.*, 2000).

## LA FORMATION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Depuis ces recherches originelles, la formation s'est disséminée dans la pratique clinique et été adoptée dans les curricula de nombreux programmes universitaires ainsi que de formation continue de praticiens de la santé mentale, des USA et du Canada d'abord, puis à travers le monde. Les praticiens venaient essentiellement du domaine médical : de la psychiatrie et de la

<sup>7</sup> L'échelle et son mode d'emploi peuvent être obtenus de NIMH en commandant le *System for rating psychotherapy audiotapes*, US department of commerce, National Technical Information Service, Springfield Virginia 22161, USA.

médecine générale, mais aussi des cercles des psychologues, et autres soignants.

Les prérequis pour la formation sont : a) d'être au bénéfice d'un titre universitaire ou de haute formation dans le domaine de la santé mentale ; b) de posséder une expérience de psychothérapeute (d'au moins deux ans) ; et c) d'avoir une expérience de travail avec les patients déprimés (ou souffrant des autres pathologies cibles lorsqu'il s'agirait d'un atelier spécialisé).

La formation se base sur trois piliers : la lecture du *matériel de formation* (le manuel), suivie de la fréquentation d'un *atelier ou cours de formation*, suite auquel le thérapeute entreprend sa *supervision* sur la base des séances de thérapie enregistrées, le tout étant couronné de la *certification*.

## Matériel de formation

Le manuel original publié en 1984 par Gerald L. Klerman, qui est décédé depuis lors, a été réédité en 2000 (Weismann, Klerman et Markowitz), enrichi des développements acquis sur près de deux décades dans ce domaine. C'est ce dernier qui sert aujourd'hui de référence. Un abrégé de ce manuel de base est en voie de parution (Weissman, Markowitz et Klerman, in press). Pour les francophones, les deux auteurs du présent article ont collaboré à la publication d'un ouvrage résumé du manuel de base qui présente une courte synthèse, la première en langue française, de l'approche interpersonnelle (Hovaguimian et Markowitz, 2002). Pour le débutant, il est propédeutique en vue d'une formation plus approfondie, tandis que le lecteur plus familier de cette méthode y trouvera une récapitulation utile et linguistiquement adaptée de ses outils.

Un manuel récent de Scott Stuart et Michael Robertson (2003), qui se veut plus spécifiquement à l'usage du clinicien plutôt que du chercheur, s'est focalisé sur l'application de la TIP dans le « monde réel » (par opposition aux études contrôlées où les patients sont sélectionnés selon des critères ad hoc). On peut lui reprocher d'avoir quelque peu dilué les concepts de la TIP, au risque de quitter le modèle médical basé sur les preuves d'où elle est issue et de la diffuser vers des catégories de patients où elle n'a pas nécessairement fait ses preuves. Il peut néanmoins compléter utilement la lecture du manuel de base.

Tous ces manuels, dont on trouvera la liste dans l'Annexe 1 de cet article, se caractérisent par leur pragmatisme. Des instructions sur le *modus operandi* sont données quant au déroulement général de la thérapie, la séquence des procédures à suivre, ainsi que le détail des techniques et stratégies à employer selon quatre formulations concrètes de cas possibles (les quatre contextes interpersonnels pathogènes évoqués plus haut). Une guidance pratique sur la gestion des problèmes habituellement rencontrés est incluse. Les limites de la thérapie sont bien déclinées, clarifiant ce qui fait partie de la technique interpersonnelle et ce qui n'en fait pas partie.

D'autres manuels ont été par la suite développés, consistant en des adaptations de la TIP à différentes situations cliniques et d'autres psychopathologies. On en trouvera la liste exhaustive dans l'Annexe 2 de cet article.

## Les cours et ateliers de formation

Habituellement programmés sur des durées de deux à cinq jours selon le degré d'approfondissement, ils reprennent les concepts théoriques en les étayant par des cas pratiques. Ils incluent des plages interactives et des applications des techniques dans des jeux de rôles. Ils peuvent également s'appuyer sur des supports audiovisuels didactiques.

## Les supervisions

Ce que l'on enseigne en psychothérapie ne correspond pas toujours à ce qui se pratique. Mais en outre, ce qui se pratique ne concorde pas nécessairement avec ce qui en est rapporté. En effet, les toutes premières formations avaient déjà mis en évidence l'importance, en matière de TIP, de baser la supervision sur des séances enregistrées plutôt que sur la traditionnelle manière de se faire rapporter leur contenu par le thérapeute en se fiant à ses notes. Une observation comparative (Chevron et Rounsaville, 1983) montrait que des thérapeutes jugés bons sur la base de la méthode traditionnelle, où ils rapportaient une bonne maîtrise théorique et pratique, pouvaient être jugés moins bons lorsqu'on évaluait leur performance réelle dans les enregistrements. Inversement, d'autres thérapeutes,

qui avaient tendance à se sous-évaluer dans la méthode rapportée, apparaissaient plus performants dans la réalité observée<sup>8</sup>.

## EVOLUTIONS DANS LA FORMATION À TRAVERS LE MONDE

### L'influence de la pratique quotidienne

Au cours de la dernière décennie, l'expansion de l'approche interpersonnelle s'est poursuivie internationalement, touchant un nombre croissant de praticiens qui se sont alors regroupés sous l'égide de l'*International Society of Interpersonal Therapy*<sup>9</sup>.

Or, si l'ambition d'une bonne étude d'efficacité d'un traitement est d'avoir des thérapeutes à la fois compétents dans la méthode évaluée et adhérents à celle-ci lors de leur intervention, la question demeure de savoir si ces conditions, idéales pour la recherche, le sont aussi pour la pratique clinique. De fait, lorsque la TIP a commencé de se répandre dans la pratique clinique générale, la formation des thérapeutes a rencontré un certain nombre de problèmes encore non résolus jusqu'à ce jour, faisant l'objet de discussions aux rencontres de la Société Internationale de Psychothérapie Interpersonnelle (ISIPT). Combien de cas faut-il à un thérapeute pour être reconnu ? A quel point les échelles d'évaluation sont-elles essentielles ? Comment font les thérapeutes qui n'ont pas accès à des superviseurs IPT déjà formés ?

Alors que la formation cherchait historiquement à standardiser les interventions, objets des études d'efficacité, en s'assurant que les thérapeutes faisaient *comme il faut* (« *doing the things right* » = « *to be efficient* »), l'accent avec la pratique s'est placé aujourd'hui sur la *performance* de la technique de sorte à en obtenir les meilleurs résultats en faisant *ce qu'il faut* (« *doing the right things* » = « *to be effective* »). Largement définie, la notion de compétence en TIP se ramènerait à la confiance et à la maîtrise qui se consolident au fur et à mesure que le thérapeute constate des résultats positifs des cas traités. Plus spécifiquement, il devient en mesure de construire une alliance thérapeu-

tique et de travailler rapidement et activement sans perdre le contact affectif avec son patient. Il réussit à conceptualiser en quelques séances (les une à trois dites initiales) une formulation interpersonnelle reliant l'installation des symptômes dépressifs et les problèmes relationnels récents. Il arrive bien à intégrer les tâches préconisées dans le manuel, non comme un livre de recettes de cuisine, mais dans un dialogue naturel et empathique avec le patient sans paraître rigide ou artificiel. Même lorsque le patient a tendance à dériver sur des sujets intéressants mais non pertinents au projet thérapeutique ciblé, le thérapeute compétent reste focalisé sur le projet thérapeutique convenu (à savoir sortir du deuil pathologique, résoudre une dispute de rôles, terminer une transition de rôles, ou remédier à l'isolement social). Font aussi partie de la compétence de savoir maintenir une attitude de soutien rassurante et positive, à l'opposé du négativisme symptomatique du patient et, *last but not least*, de savoir terminer le traitement à son court terme, même lorsqu'il s'est avéré réussi, donc gratifiant.

### Directives sur la formation

Un groupe en Grande-Bretagne a développé des directives provisoires de formation. Elles sont traduites dans l'Annexe 3 de cet article et on les trouve dans leur version originale anglaise sur le site Web de l'ISIPT. Avec la diffusion de la TIP, les règles varieront probablement d'un pays à l'autre. Celles des Etats-Unis d'Amérique, qui restent très proches des études d'origine, sont récapitulées dans l'Annexe 4 de cet article.

### Certification

Au vu de ce qui précède, le domaine n'est pas encore formellement réglementé. Autrement dit, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de diplôme en psychothérapie interpersonnelle. Ce point est important à souligner en cette époque où tout le monde réclame des attestations et autres garanties de formation.

## LA FORMATION EN TIP À GENÈVE

Genève compte parmi les premiers centres européens à avoir reconnu l'intérêt de la psychothérapie

<sup>8</sup> Cette constatation, incidemment, donne matière à réfléchir quant aux supervisions des autres formes de psychothérapie, puisqu'il en ressort qu'au classique *savoir faire* se rajoute la capacité, à l'évidence pas toujours corrélée, à le *faire savoir*.

<sup>9</sup> [www.interpersonalpsychotherapy.org](http://www.interpersonalpsychotherapy.org).

interpersonnelle : le Département de Psychiatrie l'a introduite depuis 1996 dans le cursus de la formation universitaire et a obtenu la reconnaissance de cette formation par la Société Suisse de Psychiatrie en 2000.

### La reconnaissance académique

L'un des auteurs de cet article (Th.H.), lors de la publication de son ouvrage sur la TIP, écrivait comme dédicace sur un site de diffusion les lignes suivantes : « J'ai découvert la psychothérapie interpersonnelle comme Monsieur Jourdain la prose. C'était il y a une dizaine d'années, aux USA, que j'ai appris comment Gerald Klerman et ses collaborateurs avaient mis au point une psychothérapie brève à même de sortir rapidement les patients de la dépression. [...] Je me sentais réconforté de voir, méthodiquement décrite dans un manuel, une approche qu'empiriquement je menais déjà, sans l'avoir nommée, dans ma pratique quotidienne. [...] Enthousiasmé, j'ai "importé" la technique dans les services universitaires où j'enseigne, et les nombreux collègues formés depuis lors m'ont confirmé son adaptabilité à la culture européenne ». Ainsi, Genève compte parmi les premiers centres européens à avoir reconnu l'intérêt de la psychothérapie interpersonnelle : le Département de Psychiatrie des Hôpitaux universitaires l'a introduite depuis 1996 dans le cursus de la formation universitaire.

L'étape suivante fut d'obtenir la reconnaissance de cette formation par la Société Suisse de Psychiatrie. Celle-ci préconise trois courants de formation post-graduée en psychothérapie : psychodynamique, cognitivo-comportementaliste et systémique. Aussi fallait-il définir la place de la TIP par rapport aux autres écoles psychothérapeutiques. Dans le modèle interpersonnel, la prééminence est donnée au rôle social actuel focalisé en particulier sur les rapports immédiats et patents (par exemple une dispute) avec une personne significative (conjoint, proche, collègue, etc.). C'est l'accent mis sur cette dernière dimension dans le processus morbide qui caractérise l'originalité de l'approche et détermine l'angle d'attaque de l'intervention thérapeutique : le patient est déprimé par sa dysfonction interpersonnelle et la dépression à son tour aggrave cette dysfonction. L'épisode dépressif est vu comme une maladie s'inscrivant *hic et nunc* dans les rapports interpersonnels et non comme une décompensation de

l'équilibre névrotique d'une personnalité prémorbide. Dans ce modèle, c'est la personnalité sous-jacente qui est donc considérée généralement comme secondaire : elle peut préexister au trouble de l'humeur, mais la dépression, surtout si elle est sévère ou chronique, peut l'avoir modifiée, voire façonnée. Dans l'approche interpersonnelle, on se gardera donc de poser un diagnostic sur le type de personnalité avant d'avoir guéri l'épisode dépressif psychique. Tout au plus, les événements interpersonnels pourraient, dans ces théories, agir comme éléments de rappel réveillant la sensibilisation ancienne ou entretenant les schémas cognitifs présents. Ces modèles, faisant abstraction de l'influence prépondérante du contexte relationnel immédiat et actuel du sujet, permettent certainement d'expliquer un certain nombre de cas, mais pas toutes les formes de dépression. Considérant l'importance accordée au contexte relationnel, comment définir la psychothérapie interpersonnelle par rapport à la thérapie familiale et plus généralement à la thérapie systémique (cette dernière impliquant un ensemble de personnes sans nécessairement des liens de filiation) ? Les deux types d'approche présentent des similitudes mais aussi des différences fondamentales qui sont détaillées dans le manuel français (Hovaguimian et Markowitz, 2003).

En juillet 2000, se basant sur notre rapport d'expérience à Genève et sur les publications dans la littérature internationale, la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie a pris la décision de valider la formation post-graduée en TIP pour l'obtention du titre de spécialiste FMH<sup>10</sup> en psychiatrie et psychothérapie, en l'affiliant, parmi les modèles reconnus, à la filière systémique.

### Constitution d'une société scientifique suisse

Ces dernières années, la méthode est sortie, ici comme ailleurs, des cercles académiques pour diffuser parmi les psychiatres privés. Plus particulièrement, du fait qu'elle s'inscrive dans un modèle médical, qu'elle soit d'une application relativement facile et qu'elle puisse aisément s'associer à la pharmacothérapie de la dépression, la méthode a attiré aussi un bon nombre de médecins généralistes ou internistes rodés

<sup>10</sup> FMH : *Federatio Medicorum Helveticorum*.

à la prise en charge des patients dépressifs. Saluons en passant, dans cet article comparatif des expériences américaine et suisse, que les praticiens helvétiques, même non-psychiatres, se donnent encore le temps d'écouter et de suivre leurs malades déprimés, fait rare aujourd'hui aux USA et dans le monde en général.

Ainsi, la *Société suisse de psychothérapie interpersonnelle*<sup>11</sup> s'est récemment créée à Genève, visant à regrouper tous les praticiens formés ou se formant à cette méthode.

## Formation en tant que thérapeute

Notre expérience à Genève se base sur la formation de deux populations assez distinctes de médecins. La première est constituée de psychiatres en formation post-graduée, certains débutants et d'autres en fin de cursus dans les hôpitaux universitaires, tous ayant d'eux-mêmes sélectionné cette approche parmi d'autres choix qui leur sont offerts durant leurs années académiques. Depuis 1996, une petite cohorte constante de cinq à six psychiatres institutionnels a régulièrement suivi la formation en TIP sur des cycles habituellement de deux ans.

Le deuxième groupe inclut une dizaine de médecins généralistes praticiens privés expérimentés, qui avaient déjà un bon bagage dans le domaine de la prise en charge de la dépression et qui ont voulu acquérir cette technique dans le cadre de leur formation continue.

Dans tous les cas la formation incluait la lecture du manuel de base, la consolidation des connaissances par un ou plusieurs séminaires théoriques et la supervision, sur la base des séances enregistrées, d'un minimum de deux psychothérapies. Les supervisions étaient individuelles pour les médecins universitaires et généralement en groupe avec des séances parfois individuelles pour les médecins praticiens privés. En ce qui les rassemblait, la haute motivation qui caractérisait la présélection de tous les groupes rendait probablement compte de la facilité rencontrée à les former et des bons résultats obtenus chez la grande majorité d'entre eux. Cette observation rejoint celle des développeurs à l'origine de la TIP qui publiaient un taux de

85% de thérapeutes certifiés compétents au terme de leur formation (Weissman *et al.*, 1982). La même présélection, de même que l'adaptation des mentalités médicales à la pression économique en Suisse comme ailleurs, explique probablement aussi la bonne acceptation, chez tous ceux formés jusqu'ici, du caractère délimité et bref de l'intervention thérapeutique.

En ce qui les différenciait, la variété dans le niveau d'expérience à l'intérieur même du groupe de psychiatres et la spécificité propre aux généralistes permettaient des observations comparatives intéressantes.

Les médecins généralistes, de par leur mode général d'exercer, étaient naturellement plus à l'aise que les psychiatres avec une technique qui met davantage l'accent thérapeutique sur le changement des situations pathogènes que sur la compréhension de leur cause. Aussi arriveraient-ils facilement à se focaliser sur les problèmes interpersonnels actuels et à les mettre en rapport avec la dépression du patient plutôt que de chercher à explorer son enfance.

La TIP postule, et l'expérience le prouve bien, qu'un patient déprimé aurait avantage, pour sortir de cet état, à se focaliser plutôt sur les aspects problématiques actuels de sa vie. Les psychiatres sont évidemment plus habiles à repérer des sensibilisations antérieures et des schémas de fonctionnement remontant au passé, dont le repérage reste essentiel pour soigner d'autres psychopathologies, notamment de la personnalité. Ils doivent donc, dans leur apprentissage de la TIP, se contraindre davantage, vu son caractère limité dans le temps, pour ne pas trop s'y appesantir et se contenter de le connecter aux dysfonctions interpersonnelles récentes objet du traitement. Un autre postulat de la TIP veut que le patient consulte essentiellement pour être soulagé de ses symptômes et qu'il est donc bénéfique pour lui de constater leur amendement lorsque le thérapeute prend l'habitude de les réévaluer régulièrement au décours du traitement. On retrouve là aussi un avantage des généralistes sur les psychiatres, formés à prêter davantage attention au fil des séances à des aspects transférentiels qui ne sont pas pris en compte dans cette méthode et dont leurs confrères, naïfs de ces notions, ne s'encombrent pas. Un bon nombre des psychiatres qui ont suivi la formation venaient des services de psychiatrie de liaison. Ceux-là, de par le bain dans le modèle médical, avaient moins de réticence à axer le traitement sur l'éradication des symptômes. Pour les psychiatres

<sup>11</sup> Les statuts de cette société ainsi qu'un formulaire d'adhésion peuvent être demandés à fady.rachid@hcuge.ch. Site web : [www.sspi-med.ch](http://www.sspi-med.ch)

avancés dans la formation psychodynamique, les principaux points d'achoppement que nous avons rencontrés dans leur formation à cette thérapie, d'ailleurs déjà décrits (Markowitz, 1995), étaient l'utilisation préconisée dans la TIP de la relation médecin-malade comme une alliance de travail contre les problèmes du présent entourant la dépression, et non la facilitation du transfert comme un outil d'exploration des conflits inconscients. Similairement, la formation psychodynamique incline automatiquement le thérapeute à interpréter les difficultés interpersonnelles actuelles pour en dévoiler le sens latent, d'où la gêne que l'on observe chez lui, du moins au début de la formation en TIP, à s'activer pour aider son patient à changer ses problèmes actuels sans trop chercher à les décrypter (Markowitz *et al.*, 1998).

Cette attitude pro-active du thérapeute était beaucoup plus familière aux psychiatres qui nous venaient d'un background cognitivo-comportementaliste. Ceux-là se glissaient aisément dans le moule de la TIP. Leur difficulté spécifique se rapportait en revanche à la plus grande place que la TIP, par rapport à la TCC, accorde au travail sur les affects eux-mêmes (expression, clarification, validation, acceptation, etc.) et à leur mise en rapport avec des contextes interpersonnels réels, plutôt qu'avec des distorsions cognitives dans la perception de ces contextes.

### Formation des étudiants en médecine

La Faculté de Médecine de Genève dispense aux étudiants de quatrième et de cinquième année un Apprentissage en Milieu Clinique (AMC) portant sur les grandes disciplines médicales. En matière de psychiatrie, l'AMC est constitué de dix modules de quatre semaines, chacun incluant dix à quinze étudiants. Cet enseignement s'effectue, comme son nom l'indique, sur des sites de soins et s'articule autour de trois types d'activités: a) l'évaluation clinique qui consiste en l'exposition des étudiants sur les sites de stage aux patients de la pratique quotidienne sous la supervision d'un chef de clinique; b) les présentations cliniques, que les étudiants doivent faire sur des cas préparés à un professeur qui examinera ensuite le patient en leur présence; et c) des tutoriaux par problèmes: ceux-ci se font d'une part avec des patients standardisés qui miment des problèmes psychiatriques spécifiques et

que l'étudiant apprend à interroger, et d'autre part sur des présentations vidéo de plus d'une dizaine de thèmes spéciaux destinés à familiariser l'étudiant avec des problèmes importants pour sa future pratique et qu'il ne va pas nécessairement rencontrer sur le site de stage. C'est parmi les thèmes destinés à sensibiliser les étudiants à la dimension ambulatoire de la pratique psychiatrique que l'enseignement de l'approche interpersonnelle a été introduit, depuis cette dernière année universitaire, dans ce cursus prégradué. Les premières impressions semblent tout à fait positives, autant du côté enseignant qu'enseignés, mais l'évaluation objective devra suivre.

### La formation des superviseurs

Le bon superviseur, comme le bon thérapeute du reste, est celui qui arrive à se rendre progressivement inutile. Mais encore faut-il qu'il ait au préalable assuré sa relève. Or, victime de son succès, la TIP manque encore cruellement de superviseurs. Ce qui est le cas aux USA, son pays d'origine, l'est encore plus à Genève. Les superviseurs, en TIP ou en général pour d'autres formes de psychothérapie, ne sont pas formellement formés à exercer cette fonction. Ils acquièrent habituellement cette compétence sur le terrain en la pratiquant. Dans un article-revue récent de ce qui se fait dans le domaine au Canada (Ravitz *et al.*, 2004), les auteurs préconisent la création de cercles académiques de superviseurs pour raffiner les connaissances et compétences, créer une cohésion et un bon esprit dans ce domaine essentiel à la formation.

Pour former des superviseurs, l'*International Society of Interpersonal Therapists* a également édicté des recommandations (voir annexe 4 – Niveau D).

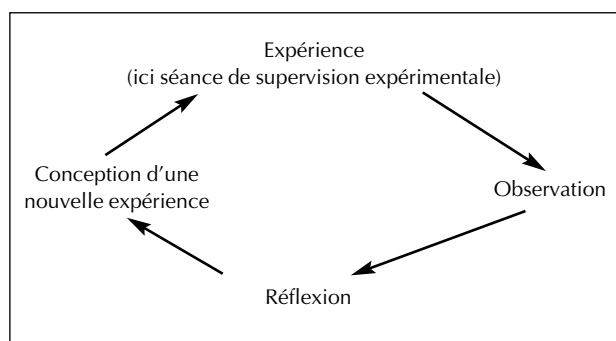
A Genève, en ligne avec ces recommandations, nous avons établi un cercle de qualité de superviseurs<sup>12</sup> qui s'est attelé à la tâche d'approfondir la réflexion dans ce domaine. La méthode de travail consiste en des jeux de rôles suivis d'une réflexion/évaluation telle que « l'apprentissage par l'expérience » le préconise (Kolb, 1984). Pratiquement, elle se déroule

<sup>12</sup> Ce groupe pilote est constitué des Drs A. Cicotti (psychiatre), Y. Didelot (psy.), M. Gerner (psy.), A. Guignet (médecine générale), Th. Hovaguimian (psy.), B. Maurice (méd. gén.), F. Rachid (psy.), R. Weil (méd. gén.) et G. Zanoni (méd. gén.).



de la manière suivante : deux psychiatres expérimentés dans la supervision de psychothérapies (autant interpersonnelle que cognitivo-comportementale) se réunissent avec un groupe de sept aspirants superviseurs. L'un des aspirants amène une séance enregistrée d'une thérapie interpersonnelle qu'il a menée et joue le rôle de supervisé ; un autre aspirant jouant le rôle du superviseur l'évalue et donne le feed-back qu'il juge approprié. Le reste du groupe assiste à ce processus de supervision expérimentale qui se trouve aussi filmé. Des commentaires sur le processus même de la supervision sont ensuite obtenus : a) de l'aspirant/supervisé, b) de l'aspirant/superviseur ; c) des autres aspirants/observateurs ; et enfin d) des superviseurs expérimentés. Ces commentaires sont consignés pour être pris en compte à la séance suivante. Tous les aspirants passent ainsi à tour de rôle en alternant entre les positions de superviseur et de supervisé. Au moment de la publication de cet article, le travail de ce groupe expérimental, débuté en juin 2006, est en cours. La synthèse de ses observations devrait permettre de mieux connaître d'une part les caractéristiques d'une bonne supervision, et de l'autre les spécificités différentielles éventuelles entre la supervision de thérapeutes psychiatres ou médecins généralistes. Ces travaux feront l'objet d'une publication ultérieure.

Figure 1 : Méthode adaptée de « l'apprentissage circulaire » tel que décrit par D. Kolb.



## Bibliographie

CHEVRON E.S., ROUNSAVILLE B.J. (1983) : Evaluating the clinical skills of psychotherapists : A comparison of techniques. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40 : 1129-1132.

- ELKIN I., SHEA M.T., WATKINS J.T., IMBER S.D., SOTSKY S.M., COLLINS J.F., GLASS, D.R., PILKONIS P.A., LEBER W.R., DOCHERTY J.P., FIESTER S.J., PARLOFF M.B. (1989) : National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program : General effectiveness of treatments. *Arch. Gen. Psychiat.*, 46/11 : 971-982.
- HILL C.E., O'GRADY K.E., ELKIN I. (1992) : Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 60 : 73-79.
- KLERMAN G.L., WEISSMAN M.M., ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S. (1984) : *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- KOLB D. (1984) : *Experiential Learning : Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- MARKOWITZ J.C. (1995) : Teaching interpersonal psychotherapy to psychiatric residents. *Acad. Psychiat.*, 19 : 167-173.
- MARKOWITZ J.C. (2001) : Learning the new psychotherapies, in : Weissman M.M. (ed.) : *Treatment of Depression : Bridging the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, pp. 281-300.
- MARKOWITZ J.C., LEON A.C., MILLER N.L., CHERRY S., CLOUGHERTY K.F., VILLALOBOS L. (2000) : Rater agreement on interpersonal psychotherapy problem areas. *J. Psychother. Pract. Res.*, 9 : 131-135.
- MARKOWITZ J.C., SPIELMAN L.A., SCARVALONE P.A., PERRY S.W. (2000) : Psychotherapy adherence of therapists treating HIV-positive patients with depressive symptoms. *J. Psychother. Pract. Res.*, 9 : 75-80.
- MARKOWITZ J.C., SVARTBERG M., SWARTZ H.A. (1998) : Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy ? *J. Psychother. Pract. Res.*, 7 : 185-195.
- MONTANO C.B. 1999) : Recognition and treatment of depression in primary care setting. *J. Clin. Psychiat.* ; 60 (suppl 20) : 9-15.
- MUFSON L., DORTA K.P. et al. (2004) : A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 61 : 577-584.
- RAVITZ P., SILVER I. (2004) : Advances in psychotherapy education. *Can. J. Psychiat.*, 49/4 : 230-237.
- ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., FRANK E. (1986) : Training therapist to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Compr. Psychiat.*, 27 : 364-371.
- WEERASEKARA P., ANTONY M.M. et al. (2003) : Competency assessment in the McMaster Psychotherapy Program. *Acad. Psychiat.*, 27 : 166-173.
- WEISSMAN M.M., ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E. (1982) : Training psychotherapists to participate in psychotherapy outcome studies. *Amer. J. Psychiat.*, 139 : 1442-1446.

Adresse du premier auteur :

Dr Théodore Hovaguimian

12, rue Verdaine

CH-1204 Genève

E-mail : theodore.hovaguimian@hin.ch

## ANNEXE 1

### Manuels de base

- WEISSMAN M.M., MARKOWITZ J.C., KLERMAN G.L. (2000) : *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, Basic Books.  
(Il s'agit d'une réédition mise à jour du manuel original de Klerman *et al.*, 1984, cité ci-dessus dans la bibliographie).
- WEISSMAN M.M., MARKOWITZ J.C., KLERMAN G.L. (in press) : *A Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, Oxford University Press.
- HOVAGUIMIAN TH., en collaboration avec MARKOWITZ J.C. (2002) : *La psychothérapie interpersonnelle de la dépression*. Genève, Médecine et Hygiène.
- STUART S., ROBERTSON M. (2003) : *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London, Arnold Publishers.

## ANNEXE 2

### Manuels pour des applications spécifiques

- Maintenance IPT for Recurrent Major Depression (IPT-M) (Chapter 11). FRANK E., KUPFER D.J., CORNES C., MORRIS S.M. : Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 75-102. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993.
- IPT for Dysthymic Disorder (TIP-D) (Chapter 12). MARKOWITZ J.C. : *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998.
- IPT for Depressed Adolescents (IPT-A) (Chapter 13). MUFSON L., MOREAU D., WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L. : *Interpersonal Therapy for Depressed Adolescents*. New York, Guilford Press, 1993.
- IPT for Late-Life Depression (Chapter 14).
- (a) FRANK E., FRANK N., CORNES C., IMBER D., MILLER M.D., MORRIS S.M., REYNOLDS C.F. III. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 167-198. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993.
  - (b) FRANK E., FRANK N. *Manual for the Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Maintenance Treatment of Recurrent Depression in Late Life (IPTLLIV1)*. Unpublished. Contact: Ellen Frank, Ph.D., Professor of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213.
- Conjoint IPT for Depressed Patients with Marital Disputes (IPT-CM) (Chapter 15). WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L. : Conjoint TIP for depressed patients with marital disputes. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 103-128. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993.
- IPT for Bipolar Disorder (Interpersonal/Social Rhythms Therapy) (Chapter 16). Contact: Ellen Frank, Ph.D., Professor of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213.
- IPT for Primary Care and Medically Ill Patients (Chapter 17). SCHULBERG H.C., SCOTT C.P., MADONIA M.J., IMBER S.D. : Applications of interpersonal psychotherapy in primary care practice. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 265-291. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993.
- Interpersonal Counseling (IPC) (Chapter 17). Contact: Myrna M. Weissman, Ph.D., Columbia University College of Physicians and Surgeons, 1-51 Riverside Drive, Unit #24, New York, NY 10032.
- IPT for Depressed HIV-Positive Patients (IPT-HIV) (Chapter 18). MARKOWITZ J.C., KLERMAN G.L., CLOUGHERTY K.F., JOSEPHS L. : *Manual for Interpersonal Therapy with HIV-Seropositive Subjects*. Cornell University Medical College, unpublished (1990). Contact: John C. Markowitz, M.D., 525 East 68th Street, New York, NY 10021.
- IPT for Depressed Antepartum Patients (Chapter 19). Contact: Margaret Spinelli, M.D., Columbia University College of Physicians and Surgeons, 722 West 168th Street, New York, NY 10032.
- IPT for Depressed Postpartum Patients (Chapter 19). Contacts : Scott Stuart, M.D., University of Iowa, Department of Psychiatry, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242 ; Michael O'Hara, Ph.D., Department of Psychology, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242.
- IPT for Substance Abuse (Chapter 20). ROUNSAVILLE B.J., CARROLL K. : Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 319-352. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993.
- IPT for Bulimia Nervosa (Chapter 21).
- Individual format* : FAIRBURN C.G. : Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *In: New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed. Klerman G.L. and Weissman M.M., pp. 353-378. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1993. Contact: Christopher G. Fairburn, DM, MRCPsych, Department of Psychiatry, Oxford University, Wameford Hospital, Oxford OX3 7JX, United Kingdom.
  - Group format (IPT-G)*. Wilfley D.E. : *Interpersonal Psychotherapy Adapted for Group (TIP-G) and for the Treatment of Binge Eating Disorder*. Yale Binge Eating Treatment Study, unpublished (1993). Contact: Denise E. Wilfley, Ph.D., San Diego State University-UCSD, Clinical Psychology Program, 6363 Alvarado Court, Suite 103, San Diego, CA 92120.
- IPT for Social Phobia (TIP-SP) (Chapter 22).
- LIPSITZ J., MARKOWITZ J.C., CHERRY S. : *Manual for Interpersonal Psychotherapy of Social Phobia*. Columbia University College of Physicians and Surgeons, unpublished (1997). Contact: Joshua Lipsitz, Ph.D., Columbia University College of Physicians and Surgeons, 722 West 168th Street, Unit #13, New York, NY 10032.

2. Contacts : Scott Stuart, M.D., University of Iowa, Department of Psychiatry, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242 ; Michael O'Hara, Ph.D., Department of Psychology, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242.

IPT for Borderline Personality Disorder (Chapter 23). ANGUS L., GILLIES L.A. : Counseling the borderline client : an interpersonal approach. *Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counseling* 1994, 28 : 69-82. Contact : Laurie Gillies, Ph.D., Interpersonal Therapy Clinic, Clarke Institute of Psychiatry, 250 College Street, Toronto, Ontario M5T 1R8 Canada.

IPT Patient Guide (Chapter 24). WEISSMAN M.M. : *Mastering Depression : A Patient Guide to Interpersonal Psychotherapy*. San Antonio, Tex. : The Psychological Corporation, 1995. (Copies can be ordered directly through The Psychological Corporation, Order Service Center, P.O. Box 839954, San Antonio, Texas, 78283-3954.

## ANNEXE 3

### Critères de formation de l'International Society of Interpersonal Therapists

#### Niveau A : Sensibilisation à la psychothérapie interpersonnelle

1. Disponible pour les professionnels de la santé qui expriment un intérêt à la TIP.
2. Sensibilisation sous forme d'un cours d'une durée de deux jours ou plus.
3. L'intérêt porté à la psychothérapie interpersonnelle peut être exprimé par des groupes plus élargis de personnes plutôt qu'uniquement par des équipes de soignants travaillant dans le cadre de la santé mentale.

#### Niveau B : Formation de base en tant que thérapeute TIP

1. Les personnes en formation doivent avoir lu le manuel TIP et avoir participé à un cours de formation reconnu d'une durée de 2 à 4 jours.
2. Les supervisions s'effectuent sur la base d'entente avec le superviseur.
3. Les personnes supervisées doivent avoir complété une formation clinique avec une bonne connaissance des troubles de l'humeur.
4. Le premier cas de TIP doit avoir pour objectif le traitement d'un trouble dépressif majeur et le deuxième celui d'une dépression, d'une dysthymie, d'un état dépressif chez l'adolescent ou d'un trouble boulimique.
5. Toute personne en formation doit être supervisée pour 2 cas au minimum par problématique interpersonnelle.

6. Les supervisions doivent être assurées par un superviseur TIP reconnu, par exemple à travers l'ISTIPT ou l'UKIPTSIG.
7. Toutes les séances de thérapie doivent être enregistrées sur cassettes audio ou vidéo et un minimum de 3 cassettes de chaque cas doivent être sélectionnées au hasard par le superviseur pour une révision officielle, par exemple en utilisant l'échelle de compétence à la TIP (*IPT Competency Scale*).
8. Un minimum de 12 séances sur 16 par cas seront supervisées.
9. Les supervisions peuvent avoir lieu dans un cadre individuel ou groupal, cependant chaque personne en formation devrait recevoir au moins 4 heures de supervision par cas.
10. Durant les supervisions en groupe, les personnes en formation auront l'opportunité de discuter leur propre cas pour une durée de 4 heures.
11. Les 2 cas devraient illustrer de préférence au moins 2 problématiques interpersonnelles différentes.
12. Un rapport satisfaisant de la part du ou des superviseur(s) doit être produit lorsque les critères susmentionnés sont remplis, par exemple, « M. (Mme) X a participé à un cours d'introduction à la thérapie interpersonnelle et a complété un niveau satisfaisant dans 2 cas supervisés ».

#### Niveau C : Développement personnel continu pour thérapeutes TIP

1. Les thérapeutes doivent avoir un collectif de patients en TIP comprenant au moins 2 cas par année.
2. Les thérapeutes TIP doivent poursuivre des séances continues de supervision au moins une fois par mois en individuel, en intervision, ou par téléphone.
3. Il est fortement suggéré aux thérapeutes de participer à des conférences ou à des cours concernant par exemple les développements récents sur la thérapie interpersonnelle.

#### Niveau D : Recommandations afin de devenir superviseur/formateur en TIP

1. Avoir complété les niveaux A, B et continué le niveau C.
2. Avoir un minimum de 10 cas supervisés, de préférence 2 cas dans chaque problématique interpersonnelle.
3. Cette supervision peut être effectuée en individuel ou en groupes d'intervision et doit inclure les 2 à 3 cas du niveau B.
4. Les superviseurs doivent de préférence être membres d'un réseau de superviseurs.
5. Il est suggéré que soient créés des groupes régionaux et que ces groupes se réunissent au moins deux fois par an.
6. Les superviseurs potentiels doivent participer à un atelier d'introduction à la supervision.
7. Ces ateliers devraient avoir lieu au moins 2 fois par an par des superviseurs déjà formés et reconnus.

8. Il est suggéré de participer à des conférences/cours de formation comme c'est le cas du niveau C.
9. Les superviseurs doivent activement maintenir leurs capacités cliniques et de supervision de la TIP en supervisant au moins 2 formations par année et en maintenant un niveau d'activité clinique C.

## ANNEXE 4

Aux Etats-Unis d'Amérique, la formation préconise les recommandations suivantes :

1. Les thérapeutes doivent traiter un minimum de 2 à 3 cas sous une supervision soigneuse, puisqu'il faut un certain temps et une certaine pratique, même pour des thérapeutes doués, pour apprendre le déroulement et le ressenti d'une psychothérapie particulière.
2. Les échelles d'évaluation telles que la *IPT Problem Area Rating Scale* (Markowitz *et al.*, 2000) peuvent être utiles en aidant les thérapeutes à choisir, parmi les champs de problèmes interpersonnels potentiels, sur lesquels centrer la thérapie.
3. Les séances devraient être enregistrées pour être revues, plutôt que d'avoir une supervision basée sur les fantaisies de la prise de notes sur le processus. Ces notes peuvent être utiles pour une supervision psychodynamique en raison des distorsions de la part du thérapeute qu'elles peuvent mettre en lumière ; au contraire, les superviseurs IPT sont intéressés par le véritable contenu et le cours réel des séances.
4. La supervision avec un superviseur IPT expérimenté, de préférence séance par séance de telle sorte que le thérapeute puisse ajuster le traitement au cours de sa progression, est idéale. Cependant, tous les thérapeutes n'auront pas accès à de tels superviseurs. Une alternative est l'usage d'une supervision par les pairs : un groupe de thérapeutes intéressés peut superviser un collègue, en utilisant le manuel IPT et les échelles d'évaluation comme guide pour revoir les enregistrements des séances.
5. A la fois dans les cas de formation et dans les pratiques cliniques subséquentes, nous encourageons fermement les thérapeutes à utiliser répétitivement les échelles d'évaluation des résultats telles que celles de Hamilton ou de Beck.