


**Les approches cliniques et sociales des violences conjugales
« De l'emprise à la résilience »**

Colloque : *VIOLENCES RELATIONNELLES et SANTE: Quels liens, quels soins?*
U.N.M.S Bruxelles le 9 Mai 2014

**Les approches cliniques et sociales
des violences conjugales,
« De l'emprise à la résilience »**



Jean-Pierre VOUCHE
Psychologue clinicien
Psychothérapeute familial
Directeur clinique de F.R.E.I* France

* Formation Recherche Études Intervention 1

De Jean-Pierre VOUCHE

1. Les conséquences de l'ignorance des violences conjugales

Violences relationnelles et Santé, thème de la journée, des relations sont pathogènes :

On ne voit guère les agresseurs, les pervers narcissiques dans nos consultations avec une demande avide de transformation.

Mais on y rencontre leur compagne, et celle-ci nous en apprend beaucoup sur le fonctionnement psychique qui s'instaure de part et d'autre de cette relation très pathologique, marquée par une emprise aliénante, souvent violente, voire destructrice.

Ce n'est que progressivement, presque par hasard, que l'on apprend qu'elles subissent depuis des années des violences physiques (dont elles ont gardé des traces sur leur corps) et des violences psychiques (insultes, humiliations, accusations, intimidations, menaces de mort) qu'elles ont toujours tendance à minimiser.

Face aux violences subies, ces femmes sont sans réponse, ni révolte. Non seulement elles lui « *trouvent toujours des excuses* », mais elles s'attribuent la responsabilité, « *je dois y être pour quelque chose* » est une phrase qui revient après chaque récit de scènes violentes. En écho aux conjoints qui leur signifient systématiquement, pour justifier après-coup leurs crises violentes, que ce sont elles qui les ont provoquées.

Elles vivent les coups comme le châtiment mérité pour une faute qu'elles ont commise. Représailles inévitables, attendues, voire provoquées, car derrière le mari ou conjoint pervers narcissique se cache un autre : un persécuteur. Le plus souvent, l'environnement n'est pas au courant, le couple offre aux autres une image idéale, le compagnon est très apprécié et la femme du violent ne fait rien pour remettre en cause cette image. Personne parmi les membres de la famille ou des amis ne se doute que cet homme charmant est le même qui, en rentrant d'un dîner en ville, frappe sa femme avec une ceinture en l'injuriant devant leur petite fille que les hurlements ont réveillée.

Ce n'est qu'au fil des années que cette image se fissure. Quelques personnes de l'entourage (amie, collègue, enseignante, parent,...) commencent alors à voir ce qui se passe ou la personne commence à en parler. Mais il est étonnant de constater la lenteur de ce processus de mise à jour.

Dans la relation d'emprise, c'est bien simple : l'un des deux, pour son profit ou son plaisir, néantise le monde mental de l'autre.

S'il néantisait le monde physique de l'autre, nous n'aurions pas de peine à nommer « crime » une telle relation.

Mais pour le monde mental, il a fallu de longs débats, et donc des années pour comprendre que la néantisation du monde mental d'un autre est un crime dont il faut analyser les processus de destruction et de reprise de néo-développement résilient chez les victimes de violences conjugales.

Souvent les violences physiques laissent dans l'ombre les violences psychologiques qui témoignent de cette relation d'emprise sur l'autre.

La relation d'emprise est plus le fait du processus d'installation de la violence au sein du couple.

Notre regard, en conséquence, doit se focaliser sur une analyse processuelle du mode opératoire des sujets violents. Ce processus est enregistré par les témoins de ces violences domestiques, enfants exposés et autres adultes présents.

De la résilience de la victime naîtra cette identification résiliente des enfants.

Sinon, les conséquences pour les garçons, portent sur le risque d'identification au père ou beau-père agresseur ou à l'identification compassionnelle à la mère brisée, s'affaissant devant la force des coups et des humiliations. La ligne de démarcation identificatoire sépare la rébellion, le refus de la violence subie par les résilientes, de l'autre espace, qui lui, est marqué par l'acceptation de l'oppression pour le dominateur violent.

Une métaphore historique et politique nous indique aussi les deux types de postures humaines face à la barbarie et à l'extermination ; l'Homme

résistant résilient et l'Homme acceptant son statut d'esclave, passif et résigné, hypnotisé, fantôme glissant lentement vers la mort.

D'un côté la force de vie, de l'autre l'abandon à la mort.

La toile de fond de ces violences conjugales, c'est l'échec de la relation d'amour.

Le mirage de l'amour pour des êtres en difficultés identificatoires et en carence narcissique précoce !

« Si l'emprise n'est pas totale, n'a pas éliminé le corps au seul bénéfice de la tête, la victime conserve une chair réduite aux seules sensations injectées par l'agresseur. Celles-ci constituent un corps étranger fiché dans la chair, dont la victime ne peut se défaire, mais surtout, elles sont une source qui impose des sensations exaspérées et des émotions irrépressibles. »(01)

Professionnels du champ psycho-social et médical, notre rôle est essentiel, les violences conjugales entraînent une atteinte de l'intégrité physique et psychique et ont de lourdes conséquences psychotraumatiques qui s'installent dans la durée.

Ces conséquences sont à l'heure actuelle souvent minimisées voire méconnues par les professionnels de la santé et rarement diagnostiquées à temps, et de ce fait rarement prises en charge de façon spécifique. Nous devons identifier **systematiquement des violences subies chez les sujets venant dans nos consultations ou services, et la présence de symptômes psychotraumatiques.**

Les besoins de la victime de violences conjugales :

- en premier d'**être crue**, écoutée avec bienveillance,
- d'**être protégée** et mise hors de danger,
- d'**être comprise, de ne pas être jugée**, d'être reconnue comme victime, et que les faits violents soient dénoncés, judiciarisation.
- **que sa souffrance soit prise en compte**, que ses troubles psychotraumatiques soient dépistés.
- d'**être soutenue, aidée, informée** sur toutes les démarches à faire, sur la loi, sur tous ses droits, accompagnée, revalorisée,
- d'**être prise en charge, traitée, orientée** vers des professionnels spécialisés, d'être soulagée. Il est important qu'elle puisse **avoir des informations claires sur les mécanismes psychotraumatiques**, de savoir que ses symptômes sont des réactions habituelles et logiques à des violences.

La victime, attaquée en tant que conjointe et en tant que mère de l'enfant

S'agissant de la victime, la violence subie en tant que conjointe peut avoir des **répercussions importantes sur sa parentalité** ne serait-ce qu'en raison de l'impact résultant de l'exposition à la violence sur la santé physique et psychique.

2. Pourquoi et comment dépister ?

Pourquoi : C'est essentiel d'évaluer l'état de santé physique et psychique de la personne, mais aussi **dépister des troubles psychotraumatiques** (qui sont les conséquences fréquentes et habituelles des violences conjugales, sexuelles), mais aussi pour **mettre en place des soins spécialisés et un traitement** si nécessaire.

Mais également pour **établir un certificat de constatation des violences conjugales** qui a une valeur **médico-légale**, voir des jours d'ITT (incapacité totale de travail) qui servent à qualifier les faits au niveau judiciaire.

Par qui ?

Dans tous les cas de violences, il est nécessaire de consulter un médecin, son médecin traitant, un service des urgences en milieu hospitalier, une consultation spécialisée avec expert médico-légal et psychologue clinicien formé, un médecin spécialiste, un clinicien spécialisé, des travailleurs sociaux.

Comment aider ?

D'ailleurs aider qui ?

- **La victime en premier lieu :**

Il est normal pour la victime que cela soit difficile de parler ou de ne pas avoir pu parler, dans notre société **la loi du silence** est encore très présente par rapport aux violences, particulièrement les violences intra-familiales, les violences au sein du couple, les maltraitances faites aux enfants et aux personnes vulnérables, les violences institutionnelles ou au travail, et encore plus lorsqu'il s'agit de violences sexuelles (seuls 8% des viols font l'objet d'une plainte), peu d'informations circulent, les droits et la loi sont peu connus.

Les victimes peuvent craindre souvent à juste titre, de ne pas être entendus-es, de ne pas être crus-es, voire d'être culpabilisées ; dans ce cas la victime ne doit surtout pas accorder foi à ces comportements qui sont liés à une méconnaissance de la réalité des violences, à un déni pour se protéger ne pas prendre ses responsabilités, voire à de la malveillance, et donc de chercher d'autres personnes plus fiables à qui parler.

Les pratiques aidantes pour les victimes et soutenantes pour les professionnels :

Ces pratiques reposent sur **une posture** dite à la fois « **proactive** » au sens où il s'agit d'aller au devant des personnes en difficulté, de « tendre la main », plutôt que d'attendre une demande de leur part. Une posture de neutralité bienveillante n'est pas adaptée. En effet, compte tenu des difficultés associées à la situation de violence conjugale :

- Difficulté de parler
- Difficulté de penser à sa propre protection et à celle des enfants

les professionnels croisés à un moment donné seront parfois les seuls que la victime se donnera la possibilité de voir avant de replonger dans un nouveau cycle de violence, marqué par de nouveaux risques pour elle et ses enfants.

Tout professionnel, par une question simple, peut ouvrir un espace de parole à propos de la violence, plutôt de considérer le professionnel suivant plus compétent pour le faire, professionnel que la personne n'ira peut être pas rencontrer.

Rôle des psychothérapeutes spécialisés en psychotraumatologie et victimologie

A - Principes du traitement

Le traitement est essentiellement psychothérapique, mais il s'agit en urgence de **mettre en sécurité, éviter le risque suicidaire, éviter de nouvelles violences, soigner médicalement la souffrance psychique et les symptômes anxio-dépressifs, éviter l'«allumage» de la mémoire traumatique et la souffrance qu'elle entraîne, identifier et prendre en charge les conduites à risques dissociantes.**

Pour évaluer le risque suicidaire, il faut en parler, poser des questions précises sur les idées suicidaires, demander s'il y a des scénarios déjà prévus et lesquels, évaluer la présence de personnes de confiance et sécurisantes, la qualité de l'entourage, hospitaliser si nécessaire, faire un signalement si nécessaire pour les mineurs ou les personnes vulnérables.

Pour sécuriser l'espace de vie du patient, il faut éventuellement aider à mettre en place une **ordonnance de protection** qui permettra d'organiser l'éviction d'un conjoint violent, de mettre en place un hébergement d'urgence ou un placement en urgence s'il s'agit d'un enfant en danger.

Si une victime majeure souhaite dans un premier temps rester dans l'univers violent (famille, couple, travail), il faut avec elle mettre en place des stratégies d'évitement, de défense et de sauvegarde, l'aider à identifier, à anticiper et à désamorcer les comportements violents, les stratégies et les manipulations des auteurs, l'aider à préparer une séparation dans les meilleures conditions de sécurité. De même il faut l'aider à identifier et favoriser toutes les conduites et situations apaisantes qui ont fait leurs preuves (importance de questionner le patient sur ce qui l'apaise), en favorisant les liens avec les personnes de confiance et en informant celles-ci pour qu'elles soient à même d'intervenir et rassurer, voire d'héberger en urgence.

Pour prendre en charge les conduites addictives séquellaires (alcool, drogues, tabac), il faut donner toutes les informations nécessaires sur les psychotraumatismes, en expliquant notamment les mécanismes neuro-biologiques, en plus des thérapeutiques habituellement mises en œuvre.

Pour soulager la souffrance psychique et les symptômes anxio-dépressifs, un traitement médicamenteux peut être nécessaire : anxiolytiques (les benzodiazépines sont les plus efficaces, attention aux risques de troubles de la mémoire et aux risques de dépendance, on peut aussi l'utiliser l'hydroxyzine), somnifères, antidépresseurs sérotoninergiques (qui permettent de traiter les symptômes dépressifs, et également l'état de stress post-traumatique ; ils diminuent aussi les réactions émotionnelles mais il faut faire attention au risque d'anesthésie affective et de désinhibition, avec un risque suicidaire en début de traitement surtout chez les adolescents).

Pour soulager la souffrance physique, il est utile d'associer un traitement antalgique efficace ; de plus la kinésithérapie, la relaxation, l'hypnose et les thérapies corporelles peuvent être d'un apport intéressant. De plus, **pour éviter des montées de stress (adrénaline) trop importantes** (qui vont réveiller la mémoire traumatique), on peut prescrire un traitement préventif par bêta-bloquants non cardio-sélectifs.

Dans tous les cas, il est essentiel de **ne pas se contenter de mettre en place uniquement un traitement symptomatique** sans prise en charge psychothérapique spécialisée. Et il est encore plus essentiel de **ne pas avoir recours à des traitements uniquement dissociants et anesthésiants** comme les traitements sédatifs lourds, les électro-chocs, les amphétamines (utilisées pour les enfants atteints d'hyperactivité).

B - Techniques et psychothérapies

- 1) Généralités :

Le traitement psychothérapique spécialisé pour des victimes de violences est malheureusement encore très peu développé. Peu de psychothérapeutes qu'ils soient médecins (psychiatres, médecins généralistes ou autres spécialistes), psychologues cliniciens ou autres (ni médecins, ni psychologues), sont formés spécifiquement à la psychotraumatologie et à la victimologie.

Différentes techniques psychothérapiques peuvent être utilisées : psychothérapie dynamique, psychanalyse, thérapies systémiques, thérapies comportementales et cognitives (TCC), hypnose et EMDR, thérapies émotionnelles, thérapies corporelles, thérapie par le jeu pour les enfants, thérapies de groupe (la liste n'est pas exhaustive).

Le traitement n'est pas le même quand il s'agit de violences uniques ou limitées dans le temps ou quand il s'agit de violences continues, répétées, installées dans la durée.

1. Lors de violences uniques la thérapie peut être efficace en quelques séances, surtout si elle est mise en place rapidement après le traumatisme, en donnant des outils sur les mécanismes et en évitant qu'une mémoire traumatique et des symptômes ne s'installent.

2. Lors de violences continues, répétées, particulièrement si elles ont eu lieu dans l'enfance (comme les incestes), il ne s'agit pas uniquement de traiter des émotions et des symptômes, il faut aider la personne à se libérer d'une personnalité traumatisée qui s'est construite autour de symptômes psychotraumatiques, et à retrouver et reconstruire sa vraie personnalité, son histoire et sa vérité, à réunifier intellect, corps et émotions, à déminer patiemment la mémoire traumatique, cela demande une thérapie spécialisée plus longue.

- 2) Cadre des prises en charge psychothérapique :

Le thérapeute doit être compétent (avoir le titre de psychothérapeute, cf. le récent décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 , expérimenté et formé à la psychotraumatologie.

La thérapie doit être centrée sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques, en face à face ; elle ne doit pas faire l'économie d'un engagement contre les violences et les rapports d'inégalité, et doit comporter des références à la loi ; elle ne peut donc pas se faire dans un strict cadre psychanalytique.

La thérapie ne doit pas se limiter à des techniques uniquement dissociantes qui, en anesthésiant la souffrance et en déconnectant la personne de sa mémoire traumatique, apportent un soulagement et un arrêt des réminiscences qui ne peuvent être que transitoires (hypnose, EMDR, TTC). **Ces techniques utiles doivent être associées à un travail sur les liens entre violences, symptômes et émotions, sur la compréhension des mécanismes, sur le traitement de la mémoire traumatique, sur l'analyse des violences et du comportement de leur auteur.**

La relation doit être respectueuse, bienveillante, sécurisante, sans aucun rapport de pouvoir, en face à face, avec une écoute empathique. Il ne s'agit pas de juger le sujet victime de violences conjugales ni de l'éduquer, mais de le croire, de l'accompagner, de le soutenir et de lui offrir des outils performants pour mieux se comprendre, pour mieux comprendre et contrôler ses réactions, ses émotions, ses comportements, mieux comprendre son histoire, la stratégie de l'auteur des violences, et se libérer.

C - Traitement

- 1) Il s'agit de traiter la mémoire traumatique

Le traitement doit permettre de «démier le terrain psychique», c'est à dire de permettre une reconnexion de l'amygdale en **identifiant les traumatismes**, en les intégrant et **en leur faisant intégrer la mémoire déclarative autobiographique**. Il faut que le cortex associatif et l'hippocampe puissent à nouveau jouer leur rôle de modulateurs sur l'amygdale, en permettant d'éteindre l'amygdale, d'éviter ainsi le «survoltage» et la disjonction, de sorte qu'elle ne produise plus de mémoire traumatique. Quand cet objectif est atteint, cela permet de faire disparaître les réminiscences, les conduites d'évitement et les conduites dissociantes.

Dans un premier temps, les victimes doivent **identifier les violences** avec l'aide de leur thérapeute, pour comprendre l'origine de leur souffrance ; le thérapeute va ensuite leur faire **faire des liens entre les violences subies et les symptômes actuels**. La compréhension des mécanismes neuro-biologiques et psychologiques des psychotraumatismes leur permet alors de «revisiter» les violences en ouvrant les portes désignées par les manifestations de la mémoire traumatique (chez le petit enfant cela peut passer aussi par le jeu et les contes).

Pour que le vécu traumatique des violences puisse petit à petit devenir intégrable, il faut qu'il devienne mieux représentable, mieux compréhensible ; pour cela il faut mettre des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de fonctionner à nouveau, et ainsi de **reprenre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale**, et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable.

- 2) Le but est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens.

Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, toute réaction ou sensation incongrue doivent être disséqués pour les relier à leur origine, pour les éclairer par des liens qui permettent de les mettre en perspective avec les violences subies.

Par exemple, quand il y a eu des violences sexuelles, une odeur qui donne un malaise et envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur ; une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression ; un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, un bruit de chaudière si le viol a été commis tout à côté d'une chaudière ; une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression ; une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis ; des «fantasmes sexuels» violents, très dérangeants, dont on ne veut pas mais qui s'imposent dans notre tête, ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subies.

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique. Lors d'un allumage de la mémoire traumatique, le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque.

La victime devient experte en «démontage» et poursuit le travail toute seule, les conduites dissociantes (qui rechargeaient à chaque fois la mémoire traumatique) ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus. La sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible aux victimes de se retrouver et d'arrêter de survivre pour vivre enfin.

Il s'agit de réunir et de replacer toutes les pièces isolées qui vont permettre de reconstruire l'événement traumatique, avec cette fois un accompagnement, une chronologie retrouvée et une élaboration de grilles de lecture, de représentations, et

d'interprétations qui vont être efficaces pour moduler et éteindre les réponses émotionnelles sans le recours à la disjonction et rendre ainsi inutiles les conduites d'évitement et les conduites dissociantes. La mémoire traumatique «démunie», «désamorcée» va pouvoir être intégrée dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique. L'arrêt des conduites dissociantes va permettre une certaine **récupération neurologique**(neurogénèse) et la récupération d'un sentiment de cohérence et d'unité, de «retrouailles avec soi-même». Dans les études récentes, quand les patients vont mieux on voit sur les IRM et les tomodensitométries une augmentation du volume de l'hippocampe qui signe une repousse neuronale, les atteintes neuronales ne sont pas définitives.

- 3) Il est important et souvent très utile de proposer aux victimes d'écrire

sur les événements violents, sur leurs émotions, leurs réactions, leurs symptômes, leurs rêves, ou bien de les soutenir en les incitant à continuer si elles ont déjà commencé à écrire. Des **groupes de paroles** dans le cadre d'associations peuvent être très utiles pour aider les victimes à s'exprimer sur leur histoire et leur vécu, en les confrontant avec ceux d'autres victimes, à se sentir moins seules, à se déculpabiliser, à trouver d'autres ressources et à échanger des savoir-faire. Toutes les **activités créatives** (écriture, poésie, théâtre, danse, chant, musique, dessin, peinture, sculpture, photographie, cinéma) sont aussi des aides précieuses pour s'exprimer, se comprendre, et sont à la fois des facteurs de résilience et des outils thérapeutiques.

- 4) Il est essentiel d'aider le patient à retrouver une estime de soi ,

à reprendre confiance dans ses compétences cognitives, dans ses capacités d'analyses, à se recréer un univers sécurisé et à faire des projets, à restaurer des liens affectifs et sociaux, à reprendre des activités de loisir et des activités sportives. Il est très important pour les enfants de leur faire découvrir ou re-découvrir des capacités créatives et cognitives, et de favoriser des liens affectifs sécurisants (adultes protecteurs, animaux de compagnie)

- 5) Enfin, il est essentiel d'expliquer les mécanismes à l'œuvre chez l'agresseur

pour permettre une meilleure compréhension de son comportement (lié à sa mémoire traumatique), de sa position perverse d'emprise (pour mieux se défendre), de nommer les agressions, de **faire référence à la loi**. Il est primordial de **ne plus banaliser les violences**, de ne plus être fataliste face à la violence subie, de savoir que l'agresseur peut renoncer à la violence et se faire traiter.

- **L'agresseur ?**
- **Les enfants exposés aux violences domestiques**

3. Les formations pour les psychologues cliniciens et les intervenants sociaux

- Les psychologues
- Les personnels judiciaires
- Les travailleurs sociaux

Les stages de formation permettent une approche théorique-pratique pluridisciplinaire pour la compréhension du phénomène, en apportant des informations et des outils pour comprendre et agir, ainsi que des analyses des cas concrets, dans le but d'approfondir les connaissances des acteurs sociaux et alerter sur les difficultés de détection de la violence conjugale

Cette formation sensibilise à l'importance de l'articulation des secteurs universitaires, associatifs, et des politiques publiques ainsi qu'à la nécessité de la mutualisation des expériences et des pratiques nationales et internationales dans la lutte contre les inégalités et l'élimination de toute forme de discrimination à l'encontre des femmes et des filles.

Public concerné :

Ces stages qualifiant s'adressent aux personnels de santé, de justice et de sécurité, du domaine social ou monde associatif, personnels DRH, étudiants-es en M2 ou toute personne avec une expérience de terrain ou qui s'intéresse à la problématique de violences conjugales.

Thèmes traités :

Les mécanismes des violences de genre

- Les violences envers les femmes et l'égalité.
- Les mécanismes psychosociaux de perpétuation de la violence de genre (anthropologie, psychanalyse, perspective de genre et socio-politique).
- Les violences conjugales. Les différents types de violences conjugales, dynamiques de l'emprise, cycle de la violence, l'auteur des violences (psychanalyse, psychiatrie et anthropologie sociale).

Les aspects juridiques

- Les éléments juridiques (la législation, la politique pénale, la procédure judiciaire, l'accès aux droits).

Les conséquences des violences

- Vulnérabilité et précarité des femmes exposées aux violences conjugales selon les âges de la vie (adolescentes, adultes et adultes âgées) et selon le statut civil, administratif, social.
- Double violence et questions interculturelles. Le mariage forcé (psychanalyse, éthique, sociologie).
- Conséquences psychiques et physiques de la violence.
- L'enfant exposé aux violences la notion d'enfance en danger (psychanalyse, psychopathologie et médecine).

L'accompagnement des victimes de violences : une spécificité

- L'écoute, la prise de parole et l'accueil, l'urgence subjective, l'accompagnement des professionnels, l'analyse des pratiques et la souffrance dans la relation d'aide (psychanalyse, psychologie institutionnelle).
- Les dispositifs de la médecine légale et de la médecine généraliste.
- L'accueil social et associatif spécialisé dans l'accompagnement des femmes victimes des violences conjugales.

Les diverses thérapies utilisées

- En individuel
- En couple et ses impossibilités
- En famille, approche familiale dans les cas de violences intrafamiliales
- En groupe de parole
- Les ateliers d'expression pour les enfants exposés aux violences domestiques

Les préventions de la récidive :

Programme de Prévention de la Récidive du ministère de la Justice, groupes de paroles en milieu ouvert et fermé.

Les politiques publiques et le besoin d'interdisciplinarité et d'intersectorialité :

BRUXELLES 9 mai 2014-03-21 Intervention de Jean-Pierre VOUCHE

- La politique de la Ville de Paris. Le modèle parisien d'intervention contre les violences faites aux femmes (prévention, action sociale, accès aux droits, hébergement, sécurité).
- Expériences et dispositif internationaux : le dispositif argentin. « L'unité mobile » d'intervention et d'accompagnement des femmes et des enfants victimes, le modèle du Chili, Canada, Espagne.

Colloque : VIOLENCES RELATIONNELLES et SANTE: Quels liens, quels soins? U.N.M.S Bruxelles Je 9 Mai 2014



Jean-Pierre VOUCHE

Psychologue clinicien
Psychothérapeute familial
Directeur clinique de F.R.E.I :

* Formation Recherche Études Intervention

7, rue de Paris 95150 TAVERNY - France
E mail: jpvouche@free.fr tél: 33.(0)6.48.28.69.09
Site web: jeanpierrevouche.fr

40