



AGIR COMME
DES ENFANTS MIEILLEUX

Willy, interné
au C.R.P. Les Marronniers

Page 38

Y'A PAS DE FOLIE

Joanna*, proche de détenu

Page 88

PSYCHIATRIE ET CARCERAL L'ENFERMEMENT DU SOIN

RESTER DANS LA ZONE
GRISE, EN ATTENDANT
LA FIN DES INSTITUTIONS
TOTALES

Aurélie Ehx,
travailleuse sociale à l'Autre « lieu »

Page 52

PRINTEMPS 2023

N°5

RESTER DANS LA ZONE GRISE.

EN ATTENDANT LA FIN DES INSTITUTIONS TOTALES

Entretien avec Aurélie Ehx,
travailleuse sociale à L'Autre « lieu »

Aurélie Ehx a différents lieux d'ancrage qui la situent dans des réflexions sur la psychiatrie. À la fois des lieux conventionnels de prise en charge du trouble psychique, des lieux de privation de liberté (annexes psychiatriques de prison, Établissements de Défense Sociale), et des lieux collectifs tentant d'élaborer d'autres façons de concevoir le soin, comme l'Autre « lieu » – RAPA (Recherche-Action sur la psychiatrie et les Alternatives).

Dans cet entretien, elle discute des lignes de fuite dans les manières de faire face aux troubles psychiques, en évitant la contrainte et en mettant le soin au cœur des pratiques. Elle mobilise son expérience de terrain, les zones de trouble auxquelles elle fait face quotidiennement mais aussi l'évolution de la psychiatrie en Italie, où tous les hôpitaux judiciaires (équivalents de nos EDS) ont été fermés.

Propos recueillis par La Brèche.



À l'Autre « lieu », on est héritiers du réseau Alternatives à la psychiatrie, qui est un réseau né en 1975 ici en Belgique. Ça rassemblait toute une série de personnes qui avaient envie de mener une réflexion mais surtout de monter des initiatives qui permettaient de répondre à cinq objectifs. **Refuser toute forme d'enfermement psychiatrique. Refuser le monopole des professionnels sur les questions de santé mentale. Monter des alliances** avec des groupes et des collectifs qui ne sont pas forcément aux prises avec la psychiatrie mais qui peuvent être des alliés dans la danse et qui ont peut-être aussi une envie de se réapproprier des prises sur leur propre destin. Puis, **refuser une forme d'organisation des soins qui fonctionne avec les mêmes paradigmes que ceux de l'hôpital psychiatrique**, donc avec les mêmes épistémè comme le diagnostic, les paradigmes généraux hospitaliers (comme l'urgence, la crise, la causalité linéaire, le dossier médical, l'aigu vs. le chronique), la contrainte, l'isolement, les procédures de protocoles chimiques. Et toujours les électrochocs, connus maintenant sous le nom de sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT). Il faut savoir que ça se fait toujours, tout comme les narcoses⁽¹⁾.

Nous, on se place résolument dans une perspective qui vise à éviter tout ce qui est enfermement et mesure de contention. Nous soutenons les services qui assument une responsabilité où on ne le *fait pas*. Point. Mais on a beau déclarer ça, avoir ce genre d'intention, il faut pouvoir sur place le faire. Et donc ça **c'est la perpétuelle zone grise. On se retrouve sur le terrain avec des personnes qui sont parfois dans des états de morcellement et de souffrance telle qu'il ne faut pas laisser la personne comme ça. De là, cette question cruciale : qu'est-ce qu'on a à disposition pour pouvoir calmer, atténuer, accompagner cet état-là ?**

C'est probablement de cela qu'on ne dispose pas tout à fait sur le territoire actuellement, et qui nous met toutes et tous, aussi bien les gens qui vous ont fait ce genre de témoignages, les familles, les personnes qui sont aux prises avec ces parcours, mais même aussi les soignants, dans des situations d'inconfort total. On se retrouve avec des personnes qui sont dans des états et situations extrêmes, et nous par exemple depuis l'Autre « lieu » on peut tenter des choses, mais nous n'avons pas les moyens humains et financiers qui nous permettent de véritablement cheminer aux côtés d'une personne qui se trouve dans un état extrême. Et nous sommes à l'heure actuelle encore dépendants de structures comme l'hôpital ou les équipes mobiles de crise, avec qui on n'est pas toujours raccord.

On est obligés à certains moments de faire ce qu'on pourrait appeler des « alliances sales », on est obligés de collaborer avec des personnes avec qui on n'a pas *du tout*, mais pas du tout les mêmes conceptions du soin. Mais dans la négociation, on arrive quand même un petit peu à sensibiliser les personnes. On doit prendre beaucoup sur nous, mais au quotidien c'est quand même ce qui se passe, et ça on ne le vit pas très bien. C'est la réalité du terrain, c'est pour ça que je n'ai pas envie de juste dire qu'il y a de belles lignes de fuite et des horizons. Il y en a. Et elles sont très identifiables. Mais on est quand même dans un drôle de moment, où on sent que même s'il y a une attention aux questions de santé mentale et de droit du patient, à la dignité des personnes, qu'on essaye quand même de ne pas trop mettre en contention, en isolement, au cachot... dans les faits, il n'y a jamais les moyens suffisants pour aller au bout des intentions. Et ce malgré des investissements massifs dernièrement sur les questions de santé mentale, la réorganisation de tous les dispositifs de soin, le psy 107⁽²⁾, les cinq fonctions, et les différents types de modèles d'intervention, si possible au plus près des milieux de vie.

(1) Sommeil provoqué artificiellement par des agents médicamenteux, tels les hypnotiques ou les barbituriques.

(2) la Conférence Interministérielle en Santé publique du 26 avril 2010 a instauré ce qu'on appelle aujourd'hui « la réforme psy107 », c'est-à-dire une reconfiguration des dispositifs de soin en santé mentale sur le territoire belge, avec une réorientation d'une partie des ressources hospitalières vers le territoire et le communautaire.

Parce qu'évidemment il y a tout ce qui se passe en amont : comment collaborer tous ensemble pour ne pas arriver à ces situations extrêmes-là. On a une réorganisation des soins actuellement qui en fait ne fonctionne pas si bien, si tout a l'air joli sur papier dans la forme, ce qui manque c'est chaque fois du fond. C'est-à-dire des paradigmes de soin qui viennent structurer le chemin des personnes dans ces circuits-là. Pour ça, il faut penser à divers niveaux, et parfois la voie légale peut être un bon appui. À partir du moment où on a des législations qui viennent cadrer une réponse institutionnelle, orienter vers certaines intentions claires, on peut avoir des chefs de service qui endossent ces intentions-là et **qui impulsent des façons de faire qui s'écartent de contrôle social, des mesures d'enfermement, de contention etc.**

Tu dirais que pour l'instant, c'est la direction qui est prise au niveau légal ?

Je trouve qu'il y a eu des avancées, comme la loi de 1990 sur la protection de la personne du malade mental, mais globalement elle met encore l'accent sur les questions de dangerosité. Dans d'autres pays, il y a des tentatives très concrètes qui ont des effets et des impacts, qu'on peut rapporter, mesurer, et qui vont dans le sens de ces intentions dont je vous parle.

Il y a un très bel exemple dans le contexte italien. La loi 180, c'est une loi qui a été soutenue par un lobbying intense d'un groupe qui s'appelait Psychiatria Democratica en Italie, dont un des protagonistes était le psychiatre Franco Basaglia. Il y en a encore des ramifications aujourd'hui. En 1978, les psychiatres du nord de l'Italie commencent à refuser le mandat de contrôle social. Ils se rassemblent pour faire changer dans la loi ce mandat et son paradigme. La loi s'insère dans une loi plus générale, la loi 833, qui s'appelle « **loi sur les contrôles et les traitements sanitaires volontaires et involontaires** ».



Rien que l'intitulé est quand même intéressant, parce que si vous vous rapportez au contexte belge, nous à chaque fois dans l'intitulé des lois, il est question de la *personne* qui est malade mentale, du dangereux, du délinquant...

Là, la focale est complètement déplacée sur le dispositif, la réponse institutionnelle qu'on va donner en pareille situation. La loi vient cadrer la réponse institutionnelle et pas cadrer la personne. Elle traite du contrôle et des traitements volontaires et involontaires, ça veut dire que toute hospitalisation va être prononcée au maximum sur base volontaire, et c'est le traitement sanitaire obligatoire qui va être l'exception.

Dans le cadre de cette loi, il y a trois conditions pour un traitement sanitaire obligatoire: (1) être dans des états d'altération psychique tels que ça met dans des situations de grande souffrance, qui nécessitent une réponse thérapeutique urgente (mais on ne parle pas de dangerosité). Ça correspond vraiment bien à ce qu'on observe quand les personnes perdent complètement pied, tu ne partages plus du tout le même monde. (2) avoir d'abord essayé de discuter avec cette personne dont on voit qu'elle est dans un morcellement terrible, de voir s'il n'y a vraiment pas moyen de construire quelque chose de volontaire, et que malgré cela la personne *refuse*, peut-être parce qu'elle est dans un état tel qu'elle n'a pas vraiment conscience de ce qui lui arrive. (3) qu'il ne soit absolument pas possible d'avoir sur le territoire des dispositifs qui permettent de proposer quelque chose d'autre à cette personne qu'une hospitalisation forcée.

Dans ces trois conditions, exit ce préjugé de présomption de dangerosité attenante à la maladie mentale, et ça permet des choses extrêmement concrètes sur le terrain. Ça veut dire qu'on n'est plus dans un devoir de contrôle social mais dans un devoir de soin. Mais on ne nie pas que dans certaines circonstances réunies, qui peuvent être multiples, la personne soit dans des conduites violentes. C'est très clair, c'est ce qui se passe, c'est ce qu'on observe. Mais par contre ce qu'on nie résolument, c'est ce préjugé que d'entrée de jeu, toute maladie mentale puisse être associée à de la dangerosité. Le mettre dans la loi, c'est un certain parti pris. Car c'est bien un préjugé, il y a plein de recherches là-dessus, les personnes qui sont malades mentales ne sont pas plus dangereuses que la population générale, elles sont même 30 % de fois beaucoup plus vulnérables, et elles-mêmes objets d'agressions de la part d'autres personnes. Donc en Italie, ils se sont dit, ce préjugé-là on ne va pas le mettre dans une loi. Ils ont refusé cette histoire de présomption de dangerosité.

Ce à quoi la loi invite aussi, c'est le consentement. Ça change énormément de choses que ça soit mis dans une législation: le psychiatre a la responsabilité de devoir à chaque fois obtenir dans le cadre d'un traitement sanitaire obligatoire le consentement de la personne. Ça permet un autre type de préjugé beaucoup plus positif: **la personne peut être responsable de ce qui est en train d'être composé avec elle.** Et donc les démarches d'injonctions forcées, les mises à l'isolement, les mesures de contention, on les évite par tous les moyens. À Trieste, même dans les services aigus, éviter la contrainte est quelque chose de prioritairement travaillé, d'ailleurs les lieux d'hospitalisation sont très différents des nôtres, ils ressemblent à de petits appartements avec une cuisine, trois chambres, et les gens sont là un peu plus en contrôle surveillé, ça veut dire qu'ils sont tout le temps avec deux infirmiers qui vivent avec eux, mais leur hospitalisation ne ressemble pas du tout à notre système ici.

La grande innovation de cette loi, c'est de proposer ce qu'ils appellent la *négo-ciation à l'infini*. Il faut négocier, négocier, négocier. Mettre la personne en capacité à avoir droit au chapitre dans tout dispositif sanitaire. Ça veut dire que les médecins chefs de service qui travaillent au sein de dispositifs de soin très divers, sont poussés par une loi à se mettre dans une certaine disposition et impose à leur équipe de travailler autrement. Enfin, cette loi impose qu'il y ait en acte sur le territoire des services à mobiliser pour la personne, au plus près des milieux de vie, pour que ces temps de situations extrêmes puissent être apprivoisés et avoir un autre dénouement que le bannissement.

Concrètement, de quels services s'agit-il ?

Des dispositifs dans la cité qui travaillent l'amont. Dès qu'ils accompagnent des personnes, qui se promènent dans les quartiers et qui vont un peu plus mal, ils mettent quelque chose en place avec elles.

Cette culture de soin part de l'idée qu'il y a toujours un besoin d'appartenance, et que parfois les pétages de câble font qu'on se retrouve dans un système où on ne fait plus partie d'une communauté, où on se sent complètement à côté, et où on est pris dans un contexte social qui ne permet pas d'avoir un logement, un travail, d'avoir accès à des droits civils et politiques, à la culture, des savoirs... Ils mettent ça au travail y compris dans la communauté.

Ils ont eu le même dispositif que nos annexes et EDS (eux c'est des hôpitaux judiciaires psychiatriques). Mais depuis 2015 en Italie, la loi 81 a fixé la fermeture des hôpitaux psychiatriques judiciaires (OPG). Il a fallu ensuite deux ans pour arriver à la fermeture totale des six OPG. Actuellement, comme l'exige la loi, 30 Résidences de santé régionales sont ouvertes sur le territoire national pour l'Exécution de la Mesure de Sécurité. Ces REMS sont à taille complètement humaine, c'est parfois une maison, où ils font quelque chose d'extrêmement serré et attentif, 7 jours sur 7, 24 h/24, des infirmiers ou éducateurs ou aides-soignants, se relaient dans cette maison où ils vivent avec des personnes qui ont leurs appartements, et où petit à petit des tentatives d'ouverture (ici, on parlerait sans doute de risques), sont prises avec eux, de façon à ce qu'ils ne soient plus dans ce grand circuit institutionnalisant qui fait que dès qu'ils retrouvent une vie normale, ils sont complètement perdus. On le sait, après 25 ans de Paifve, on n'y arrive pas. C'est compliqué d'inviter les personnes sous mesures d'internements à se mettre dans des TSI (trajets de soin pour internés), tout le monde le dit. Mais là-bas, le fait d'être dans des trucs plus micros, avec une présence accrue dans le milieu de vie, ça permet d'essayer des choses, et d'inviter ces personnes à quitter ces REMS assez rapidement et permettre d'avoir des lieux de repère dès qu'elles sentent que ça bifurque pour elles.

Il y avait six hôpitaux judiciaires en Italie, ils sont tous fermés

aujourd'hui. La question qui s'impose, c'est: est-ce que la personne a besoin de soin? Et non pas: est-ce qu'il a un trouble mental qui nécessiterait qu'on le mette de côté? C'est vraiment un devoir éthique de soin qui s'allie à un devoir politique de protection du citoyen quand il a un problème de santé. Je n'emploie pas le mot protection du citoyen par hasard, car en fonction de ce qu'on va entendre par ce mot, on se retrouvera dans des situations de privation complète de liberté malgré une loi qui impulse pourtant d'autres intentions; tout est question de fond. Aujourd'hui, dans les annexes psychiatriques de prison, dans les prisons de droit commun elles-mêmes, et dans les lieux d'internements, nos services de santé mentale fonctionnent avec des personnes qui finalement ne sont pas souvent dans des situations extrêmes. Dès que des personnes sont dans des situations extrêmes, tout le monde perd les pédales. **Toutes ces personnes, nous on les retrouve où ?** Dans les prisons, dans la rue. Et donc elles vont vers des zones de non-droit, où elles sont très peu respectées.

Comment on obtient le consentement de quelqu'un qui est sous l'influence de substances qui peuvent modifier la perception ?

Comme dans n'importe quelle situation. La personne n'est pas dans un état second tout le temps. En Italie, si tu regardes comment fonctionne cette négociation à l'infini, probablement que dans la première heure il n'y a pas de contact possible. Donc t'attends. Tu ne contentionnes pas, tu es aux côtés de la personne. Peut-être que tu bois juste un café. Puis à un moment tu vois si tu peux nouer un dialogue. Ça nous arrive aussi ici d'avoir des gens qui débarquent dans des états pas possibles. Ben voilà, on attend un peu avec eux, on hydrate, tant que ça ne pose pas de problème aux autres personnes qui sont là, on essaye de contenir, c'est-à-dire d'entourer la personne aux prises avec ce produit... Progressivement, on voit que la personne récupère un peu. Et puis à un moment tu vas pouvoir parler. Parfois ça va plus vite que ce qu'on pense. Il n'y a pas vraiment de secret.

Pour cette question de la contention: à Trieste, les matelas sont par terre, c'est comme des futons. Donc ce n'est pas grave si la personne sort de son lit. Ils ne commencent pas à aller voir toutes les dix minutes si la personne doit

aller aux toilettes, elle n'est pas liée sur son lit, elle ne risque pas de tomber ou de se faire mal. Il y a d'autres mesures éventuellement qui sont prises. Peut-être qu'on va lui dire qu'on va cadenasser la fenêtre un moment parce qu'on a peur pour elle. Mais si elle a besoin à un moment d'avoir de l'air, on viendra avec elle dix minutes prendre un café, on ouvrira la fenêtre. Ils ne distribuent pas les médicaments, c'est les gens qui viennent les chercher. Les soignants mangent avec les patients, alors que pour nous c'est souvent interdit dans les hôpitaux, mais c'est là qu'ils entendent des choses, où le processus thérapeutique continue. **C'est des pratiques qui n'ont l'air de rien mais qui donnent une toute autre ambiance de soin, et qui modifient vraiment la façon dont les personnes se sentent accueillies et font avec leur trouble.** Et souvent ça s'interrompt beaucoup plus vite que prévu. Quand la personne sent qu'elle est un peu plus sécurisée... Toutes les personnes qui sont passées par là, les pairs-auteurs et tout ça, ont beaucoup plus vite les intuitions de ce qu'il faut faire et ne pas trop faire pour que la personne se sente redescendre rapidement. La situation de crise peut durer trois minutes comme elle peut durer trois heures, comme elle peut durer des jours. Mais il y a toujours moyen de se mettre aux côtés pour essayer de l'estomper ou de la contenir. J'ai l'impression que la crise dure parce que la personne est aussi dans une situation où elle se sent agressée par l'extérieur, par ce qui lui arrive...



Comment gérer la médication, si par exemple la personne décide d'arrêter subitement son traitement ?

Une personne sur deux qu'on rencontre ici, qui prend des médicaments de l'âme, est toujours tentée d'arrêter. On les comprend, ce sont des médicaments qui entraînent plein de choses, qui font que tu rêves plus, tu dors mal, t'as plus de libido, tu grossis à mort... Les gens ne se reconnaissent plus, ils ne s'aiment pas comme ça, ils sont plus lourds, ils ne savent plus bouger. C'est des médications qui sont assez lourdes au quotidien. Donc forcément à tout moment les personnes peuvent dire: «j'en peux plus de prendre cette médication». Et en fait, beaucoup de médecins psychiatres ne savent pas correctement faire de sevrage.

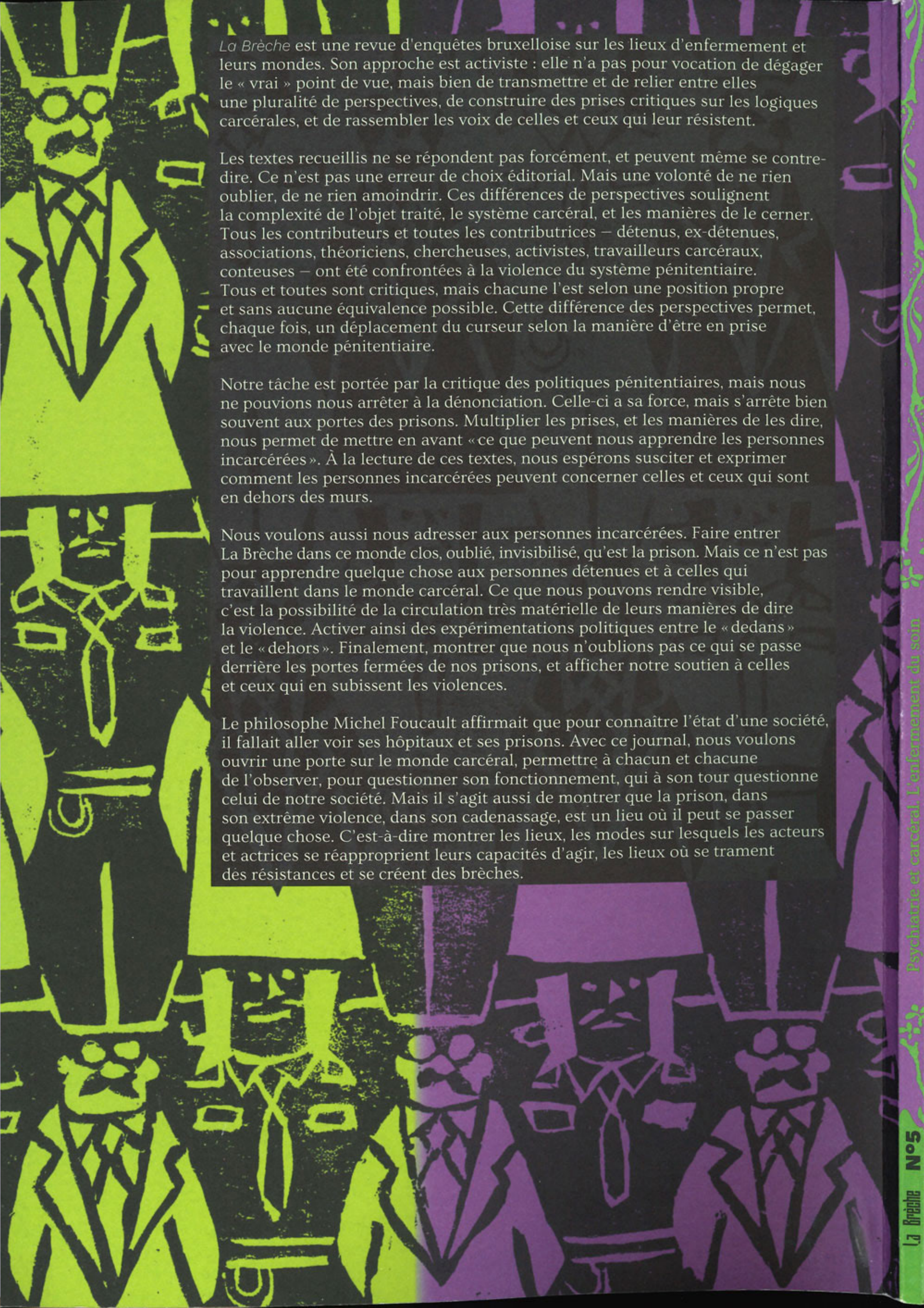
Dans la dynamique du sevrage, il y a bien sûr l'aspect diminution de la molécule, mais il y a aussi tout ce qu'il faut mettre en place à côté pour que le sevrage chimique se passe bien. **Qu'est-ce qu'on fait pour que le sevrage se passe dans les meilleures conditions ? On s'est déjà retrouvés face à des psychiatres qui ont confondu des effets secondaires de la phase de sevrage dans laquelle on se trouvait, avec un retour de symptôme.** C'est chiant ! Parce qu'en fait ils doivent savoir que c'est typiquement ça qui se produit dès que tu descends le dosage. C'est que tu as une phase où le corps reproduit un petit peu le symptôme parce qu'il est en manque, et ça dure souvent entre cinq et sept jours pendant lesquels il faut tenir. Il faut expliquer à la personne qu'elle va se trouver avec des symptômes qu'elle n'a pas envie de revivre mais que ça va passer. Le but c'est de faire assez doucement pour que ça ne se passe pas, mais que si elle est amenée à traverser ça, elle ne soit pas seule.

Est-ce que vous, à l'Autre « lieu », ou toi dans ta pratique, tu trouves ça pertinent d'utiliser des catégories psychiatriques, des diagnostics ?

Non. (*rires*) Je suis complètement ouverte au fait que **parfois, c'est rassurant de pouvoir un mettre un mot sur ce truc étrange qui est en train de nous traverser. Et c'est nécessaire pour eux pour faire le chemin. Mais un diagnostic par définition est évolutif.** Et il change aussi parfois via le regard du soignant. Ça reste quelque chose qui peut être bénéfique pour quelqu'un qui a besoin de faire un trajet, et de mettre des mots sur ce qui lui arrive, parce que c'est trop angoissant d'être dans un truc indifférencié. De lui mettre une forme. Le diagnostic peut jouer ce rôle-là. Mais à côté de ça, globalement, le diagnostic ne veut rien dire.

Au fil du temps on a relié des molécules à des types de maladie, mais c'est quand même une intervention du big pharma. Oui, les prescripteurs vont observer que dans certains cas, certaines molécules marchent peut-être mieux que d'autres. Mais globalement, c'est de l'essai-erreur. On voit beaucoup de personnes qui ont parfois les mêmes molécules ou parfois des trucs complètement différents alors qu'ils ont les mêmes types de diagnostics. Le diagnostic est un outil en fait. Pour chercher à rendre le chemin plus intéressant, sinon ça devient trop de la prédiction. On prédit aussi «ça va être toute ta vie». Ce qui est absolument faux. On rencontre plein de personnes à qui on a dit ça, qui vivent des vies, à présent, complètement normales. Et qui petit à petit se sont délestées d'une médication psychiatrique. Et puis des fois, il y a des personnes qui préfèrent garder une médication toute leur vie et c'est très bien aussi car c'est avant tout leur choix.

Pour finir... Il ne faut jamais oublier que nos « ennemis », en tous cas les gens avec qui on ne s'entend pas du tout, avec qui on n'a pas du tout les mêmes conceptions du soin, eux aussi ils sont abolitionnistes ! Ça c'est quand même très choquant, quand tu te retrouves dans des réunions avec des personnes comme ça, qui tiennent ces positions, mais où tu te rends compte que c'est le chemin pour arriver à l'abolition qu'on ne pense pas du tout de la même façon. Et c'est très interrogant. Enfin, ma manière de penser doit être très interrogante pour eux aussi. Mais ça me déstabilise toujours : **les chemins pour mener au projet de la destruction des institutions totales sont tellement diffus et pluriels.** Il faut une grande attention à ce que nous voulons faire exister en lieu et place des institutions totales pour ne pas reproduire la même dynamique. Et ça c'est le grand défi. Parce que même les politiques sont en train de dire : « Ah oui l'institution totale ça coûte beaucoup trop cher, à bas l'institution totale ! » Oui oui ! (*rires*). ■



La Brèche est une revue d'enquêtes bruxelloise sur les lieux d'enfermement et leurs mondes. Son approche est activiste : elle n'a pas pour vocation de dégager le « vrai » point de vue, mais bien de transmettre et de relier entre elles une pluralité de perspectives, de construire des prises critiques sur les logiques carcérales, et de rassembler les voix de celles et ceux qui leur résistent.

Les textes recueillis ne se répondent pas forcément, et peuvent même se contredire. Ce n'est pas une erreur de choix éditorial. Mais une volonté de ne rien oublier, de ne rien amoindrir. Ces différences de perspectives soulignent la complexité de l'objet traité, le système carcéral, et les manières de le cerner. Tous les contributeurs et toutes les contributrices – détenus, ex-détenues, associations, théoriciens, chercheuses, activistes, travailleurs carcéraux, conteuses – ont été confrontés à la violence du système pénitentiaire. Tous et toutes sont critiques, mais chacune l'est selon une position propre et sans aucune équivalence possible. Cette différence des perspectives permet, chaque fois, un déplacement du curseur selon la manière d'être en prise avec le monde pénitentiaire.

Notre tâche est portée par la critique des politiques pénitentiaires, mais nous ne pouvons nous arrêter à la dénonciation. Celle-ci a sa force, mais s'arrête bien souvent aux portes des prisons. Multiplier les prises, et les manières de les dire, nous permet de mettre en avant « ce que peuvent nous apprendre les personnes incarcérées ». À la lecture de ces textes, nous espérons susciter et exprimer comment les personnes incarcérées peuvent concerner celles et ceux qui sont en dehors des murs.

Nous voulons aussi nous adresser aux personnes incarcérées. Faire entrer *La Brèche* dans ce monde clos, oublié, invisibilisé, qu'est la prison. Mais ce n'est pas pour apprendre quelque chose aux personnes détenues et à celles qui travaillent dans le monde carcéral. Ce que nous pouvons rendre visible, c'est la possibilité de la circulation très matérielle de leurs manières de dire la violence. Activer ainsi des expérimentations politiques entre le « dedans » et le « dehors ». Finalement, montrer que nous n'oublions pas ce qui se passe derrière les portes fermées de nos prisons, et afficher notre soutien à celles et ceux qui en subissent les violences.

Le philosophe Michel Foucault affirmait que pour connaître l'état d'une société, il fallait aller voir ses hôpitaux et ses prisons. Avec ce journal, nous voulons ouvrir une porte sur le monde carcéral, permettre à chacun et chacune de l'observer, pour questionner son fonctionnement, qui à son tour questionne celui de notre société. Mais il s'agit aussi de montrer que la prison, dans son extrême violence, dans son cadenassage, est un lieu où il peut se passer quelque chose. C'est-à-dire montrer les lieux, les modes sur lesquels les acteurs et actrices se réapproprient leurs capacités d'agir, les lieux où se trament des résistances et se créent des brèches.