



Floréa' lignes

Année 2017, n°44

31/12/2017.

DANS CE NUMÉRO :

Le mot du Président	P. 1
L'émergence du rôle politique du patient	P. 1-4
Félicité	P. 4
La raclette	P. 5
Journée parisienne à la cité des sciences à la Villette	P. 5
Floréa'dej du 23/11/2017	P. 6
Le brunch	P. 6
Jean-Baptiste Clésinger	P. 6
Marché de Noël	P. 6
Floréa'Dej	P. 7
Epopée au marché de Noël	P. 7
Poèmes de Noël	P. 7
Photothèque	P. 8

Ô Jardin de Floréal
48b, rue de Belfort
25000 Besançon
03 81 47 12 96

flore.al.handicap.psy@wanadoo.fr
<http://pagesperso-orange.fr/flore.al.asso>



Le mot du Président

2002 – 2018. 16 ans. 16 ans déjà. 16 ans que Floréal se construit, se fortifie, s'investit année après année.

Il y eut le temps de l'espoir, de la construction, il y eut le temps des doutes, de la déception, puis celui du renouveau, de la reconstruction.

Mais jamais celui du découragement.

Floréal est désormais notre belle maison commune où il fait bon vivre, une maison construite avec le sourire, le rire, la bonne humeur, la confiance des adhérents et des permanentes du GEM.

Une belle maison, où l'on prend le temps de ralentir le temps, d'écrire de belles choses, de s'écouter, de partager.

En 2018, Floréal s'engagera dans la réalisation de nouveaux projets avec la même volonté et la même détermination de réussir.

Les bénévoles de Floréal vous présentent leurs vœux les plus chaleureux de bonne et heureuse année.

Jacques VUILLEMIN
Président de Floréal.

L'émergence du rôle politique du patient

L'expérience subjective du patient a transformé son rôle politique dans la médecine et notamment en psychiatrie, jusqu'à lui conférer une forme d'expertise professionnelle. Un mouvement qui a des conséquences parfois paradoxales.

La relation entre le médecin et le malade est un analyseur de l'histoire sociale de la médecine. Dans cette relation, le terme « malade » peut revêtir trois genres d'expérience (Kleinman, 1988) :

- D'abord, l'expérience subjective et souvent douloureuse d'un trouble (illness) faisant rupture dans le quotidien. C'est le point de départ de la fameuse « médecine narrative » (Charon, 2001) qui se développe au début des années 2000 sous la houlette du centre de formation médicale de l'université de Columbia ;

- Ensuite, l'expérience du patient recevant un diagnostic pour une maladie précise (disease). Dans ce « colloque singulier » au fondement du paternalisme médical, l'expérience est réduite à une

demande inarticulée : le malade n'est pas responsable de son état et fait une expérience d'incompétence pour comprendre le sens de ses symptômes (Parsons, 1951) ; il n'est qu'une simple phase de raisonnement clinique (l'anamnèse) dans la décision médicale. C'est l'expérience clinique du médecin qui s'impose. Mais dès les années 1960, l'Evidence Based Medicine (EBM) relativise le savoir expérimentiel du médecin au profit des résultats fondée sur des preuves expérimentales ;

- Enfin, l'expérience sociale provenant du statut de malade reconnu ayant des droits (sickness), comme l'arrêt de travail par exemple. Plus largement aujourd'hui, ce statut social a deux tendances politiques allant dans le sens d'une critique de la biomédecine de l'intérieure et de l'extérieur du champ médical malgré l'importance de l'Evidence Based Medicine (EBM). D'une part, dans la sphère publique, notamment via les forums et réseaux sociaux, les expériences

subjectives, parfois intimes, sont mises en partage. D'autres part, l'incitation de la santé publique à se restructurer sur le modèle des maladies chroniques en favorisant « l'autonomisation » du patient lui confère également des droits et des devoirs sur son expérience subjective. Tout se passe donc comme si l'expérience sociale du patient et son rôle politique étaient de plus en plus transformés par la valorisation désormais incontournable de son expérience subjective. Paradoxalement, là où l'EBM délégitime le savoir expérientiel clinique du médecin, celui du patient est instauré et légitimé. Dans une perspective d'anthropologie politique, cet article repose sur l'analyse des dynamiques à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie française depuis les années 1990, à travers le changement de valeurs morales et politiques d'une catégorie médicale et politique (l'expérience du patient) et les conséquences parfois paradoxales de ce mouvement d'autonomisation du malade sur la psychiatrie, et les traductions politiques de ces évolutions en psychiatrie.

L'expérience de la maladie mentale en psychiatrie.

Dans l'histoire de la psychiatrie, on peut repérer 5 phases dans l'évolution du statut de l'expérience du patient qui peuvent néanmoins cohabiter aujourd'hui encore comme des « modèles » de traitement des patients en psychiatrie :

Le modèle paternaliste fondé sur la rationalité.

En psychiatrie, l'expérience subjective du malade est centrale car l'examen clinique des troubles psychiques reposent uniquement sur l'anamnèse : il n'existe pas d'examens complémentaires biologiques (prise de sang ou biopsie par exemple) attestant l'existence d'une entité nosographique localisable (disease). Il s'agit alors de découvrir la nature des symptômes dans la parole du patient. Cette approche spécifique ne signifie pas forcément que le statut de l'expérience du patient soit à priori différent du reste du champ de la médecine.

Dans le modèle paternaliste d'après-guerre, le patient est un malade qui est, par définition, incompetent et non responsable de son état. Le malade psychiatrique renforce ce rôle en raison de comportements irrationnels liées à sa pathologie. Livia Velpry (2010) le résume ainsi : « Dans le contexte psychiatrique, plus que dans d'autres domaines de la médecine en raison des symptômes propres à la maladie mentale, le point de vue du patient ne va pas de soi ; c'est une notion imbriquée dans un contexte relationnel et qui soulève la question de l'attribution à la personne d'une capacité à être rationnel. » Jaeger (2017) cite un médecin-chef de l'asile de Ville-Evrard, Anthony Rodiet, qui, en 192/8, indique dans un manuel, qu'un « asile d'aliénés n'est pas autre chose qu'un hôpital », à cela près que les malades doivent être surveillés « comme des enfants » ; d'où cette obligation pour les infirmiers d'asile « d'être encore plus attentifs, plus dévoués et plus humains que leurs collègues des hôpitaux ».

Le modèle psychologique fondé sur l'écoute.

Ce modèle clinique se fondant uniquement sur l'écoute a un impact sur la médecine générale : dès les années 1930, les manuels de médecine américains considèrent

qu'il faut prendre en compte l'histoire personnelle du malade, et la psychologie légitime les approches psychosomatiques. Parallèlement, se développe la psychanalyse, qui place la parole du patient au centre du tableau clinique et fonde sa pratique sur la subjectivité du patient.

C'est également à cette époque que Carl Rogers introduit la notion de *counseling* aux États-Unis, qui promeut une approche non-directive dans la relation thérapeutique. Dans les années 1950, la vision du patient n'est plus un regard délégué sur la pathologie silencieuse dans le corps, mais la technique précise par laquelle le nouvel espace de maladie peut être établi : la maladie est transformée de ce qui était visible à ce qui a été entendu. Ensuite, les « groupes Balint » diffusent largement ces normes de pratiques dans la médecine.

La médecine personnalisée, ou centrée sur le patient (*Patient centered Care*) émerge de la psychiatrie et de la psychanalyse, notamment avec les travaux des années 1969 d'Enid et Michael Balint.

« La médecine centrée sur la personne s'oriente vers la pratique d'une médecine de la personne (la santé globale de la personne, pathologies et aspects positifs compris), pour la personne (pour aider la personne à réaliser son projet de vie), par la personne (les cliniciens exerçant en tant qu'êtres humains avec des compétences professionnelles et un code d'éthique personnel) et avec la personne (en collaboration respectueuse avec le patient qui consulte). »

Enfin, dans les années 1970, les discours éthiques font émerger la question de l'autonomie du patient et de son statut de personne. En psychiatrie, ces années-là sont une période d'intenses débats. Le psychiatre R.Laing, avec son livre sur l'antipsychiatrie, introduit, le premier, la notion de « savoir expérientiel » en France (Lochard, 2007). En effet, la problématique de la place du patient en psychiatrie se pose avec une acuité certaine au regard du virage désaliéniste d'après-guerre. De ce débat naît une contribution de la psychiatrie à la revalorisation du rôle du patient, notamment en France avec la politique de secteur (voir infra). Le modèle américain de « médecine narrative » hérite de ces discussions et de ce modèle critique de la biomédecine.

Le modèle sociologique fondé sur la perspective des patients.

Une phase importante débute dans les années 1950, époque où les sciences sociales produisent des savoirs apportant un autre regard sur le patient en important de la psychologie humaniste de Carl Rogers la méthode par entretiens, notamment. Consacrer des études au ressenti du patient, à son expérience, c'est lui donner une valeur nouvelle. En 1961, le sociologue américain E. Goffman publie *Asiles*, après avoir enquêté dans l'établissement Ste-Elisabeth de Washington de 1954 à 1957 qui aura un fort retentissement, y compris sur la politique américaine de désinstitutionalisation. Sa démarche vise à connaître l'expérience de l'interné : comment peut-il créer une vie propre au sein de l'institution asilaire au moyen « d'adaptations secondaires ». L'intérêt de Goffman pour l'expérience se confirme par la suite. En 1974, dans *Les cadres de l'expérience*, il conceptualise la dimension sociale de l'expérience. Goffman s'intéres-

se à l'expérience altérée par la folie, quand les cadres cognitifs, socialement construits, « dysfonctionnent », et les mécanismes de disqualification que cela engendre. Cette « expérience altérée » a pris une autre forme en ayant un grand succès dans les années 1990 en France et aux USA sous la houlette du psychiatre et de l'anthropologue Arthur Kleinman : l'étude morale de la souffrance à partir des récits mettant en forme le vécu douloureux des personnes atteinte par la misère sociale. Le principe de ce modèle est toujours de monter une narration comme preuve d'une expérience douloureuse.

Le modèle politique fondé sur l'inclusion dans la cité et les psychotropes.

Avec la faillite du modèle asilaire humaniste lors de la Seconde Guerre mondiale, qui se traduit, par la mort de faim de dizaines de milliers de malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques français entre 1941 et 1945, une partie de la psychiatrie cherche à se réinventer (Von Bueltzingsloewen, 2007). La psychothérapie institutionnelle proposée par les psychiatres Jean Oury et François Tosquelles naît de ce creuset : le modèle psychologique fondé sur l'écoute est introduit en psychiatrie, mais en le socialisant et en le politisant. À l'écoute d'un cercle de psychiatres réformateurs et désaliénistes (Lucien Bonnafé, Georges Daumézon, Louis le Guillant...), le pouvoir politique et administratif entend cette aspiration et met en place la politique de secteur à partir des années 1960, qui vise à désinstitutionnaliser et désépécifier l'asile c'est-à-dire à traiter les malades mentaux comme les autres, en débarrassant le savoir médical d'un pouvoir sans partage, « totalitaire » sur le quotidien. Le nombre de lits en psychiatrie diminue (plus de 130 000 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie publique et privée en 1974 contre 57 408 en 2010). C'est un processus de retour dans la cité des personnes hospitalisées de façon chronique afin de redonner de la citoyenneté. Mais ce processus dépend largement des effets subjectifs d'une véritable révolution scientifique : dès les années 1960, se généralise l'usage de médicaments psychotropes permettant de stabiliser les patients. Jean-Noël Missa (2008) décrit ainsi ce moment : « De 1952 au début des années 1960, la psychiatrie entra donc dans une ère nouvelle grâce à la découverte de nouvelles classes de médicaments permettant de traiter symptomatiquement les psychoses, de combattre les troubles de l'humeur et de soulager l'anxiété. Outre les neuroleptiques tels que la chlorpromazine ou l'halopéridol, les années 1950 virent aussi la découverte de deux classes d'antidépresseurs, celle des inhibiteurs de la monoamine oxydase et celle des tricycliques. Les anxiolytiques, ou tranquillisants mineurs, apparurent à la même époque : méprobamate et chlordiazépoxide, le chef de file des benzodiazépines. Ces événements représentèrent les fondements de la psychopharmacologie moderne. » L'arrivée de cet arsenal médicamenteux offre de nouvelles perspectives thérapeutiques aux médecins, mais également de nouvelles perspectives d'inclusion aux patients. En espaçant les crises en limitant les délires, la sortie des murs de l'hôpital et le retour à une vie dans un logement ordinaire deviennent possibles pour des patients hospitalisés au

long cours, Le malade avec une pathologie mentale chronique, quitte donc, progressivement, l'hôpital où il était interné. Il reçoit ses soins à domicile ou en hôpital de ce jour. Ce mouvement de psychiatrie désaliéniste trouve des prolongements jusqu'à nos jours, dans les courants de psychiatrie citoyenne, humaniste ou dans des expériences locales de réhabilitation des patients, notamment avec les groupes d'entraide mutuelle (GEM). Vivre dans la cité implique de nouveaux droits, dont celui de disposer d'un revenu. La loi Handicap de 2005 (2) reconnaît explicitement la spécificité des handicaps psychique et cognitif, et crée le GEM ; Ce dispositif participe à une redéfinition du rôle du patient, notamment ceux qui réapprenaient à vivre après une très longue hospitalisation (Grard, 2011). Avec la politique de secteur et l'utilisation de psychotropes, un pas est franchi dans la réhabilitation du patient car jusqu'alors la notion de délire s'opposait à la reconnaissance de l'expérience. La pathologie mentale devient une maladie chronique, presque comme une autre, et la question est alors d'assurer la compliance durable du patient aux traitements, malgré les effets secondaires. L'éducation thérapeutique s'institutionnalise et se déploie.

La politisation des patients fondée sur les associations de malades.

Dès les années 1960, les expériences de patients s'agrégent et une force collective émerge via des mouvements de patients. Nick Crossley (2006) a retracé l'histoire de ces mouvements en Angleterre, distinguant 5 mouvements sociaux : un mouvement d'hygiène mentale, un mouvement des droits civiques, un mouvement antipsychiatrique, un mouvement qui commence par des « patient » puis devint un mouvement des « fous » ou de « survivant », et un mouvement moins homogène représentant les intérêts des familles dans la maladie mentale. Ces mouvements ont en commun de viser à limiter l'asymétrie de la relation médecin malade. La France connaît une évolution comparable. Martine Dutoit-Sola retrace ces mouvements de « plaidoyer » (*advocacy* en anglais) en France (Dutoit-Sola, 2008) et l'histoire de la constitution d'associations promouvant leur dignité (2001). L'épidémie de SIDA joue également un rôle particulier dans l'émergence de la parole des patients, avec la lutte d'associations comme Act-up et aides du côté de la santé mentale, le paysage de l'*advocacy* est composé de plusieurs associations.

L'Union nationale des familles et de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) (3), créée en 1963, revendique plus de 140 000 adhérents.

Née en 1992, la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy) (4), regroupe 65 associations, soit environ 8 000 usagers toutes pathologies confondues.

Santé mentale France (5) est le résultat de la fusion, en juin 2016, des fédérations d'aide à la santé mentale (FASM) Croix-Marine, fondées en 1952, et des Associations gestionnaires et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (Agapsy), créée en 2008, après la reconnaissance du handicap psychique, à l'initiative d'associations de familles et d'associa-

tion du secteur du handicap psychique. Ces associations sont désormais consultées pour toute évolution législative relative à la psychiatrie. Elles mènent des actions collectives, par exemple contre la stigmatisation, et participent aux débats sur la manière de prendre en charge les malades et de les considérer. Dans cette perspective, E. Jouet et T. Greacen (2012) écrivent : « *Rétablissement, inclusion sociale, empowerment sont aujourd'hui les trois concepts à la base d'un nouveau paradigme qui réaffirme la place de l'usager de la psychiatrie comme auteur de son projet de soins, de son projet de vie, un paradigme où ce n'est pas au seul "malade" de se réhabiliter mais aussi à la société de s'adapter, de l'inclure, activement, de lui faire une place à part entière, un paradigme où l'offre de services est conçue pour faciliter son autonomie, son empowerment, pour l'accompagner sur le chemin qu'elle aura choisi, au sein d'une société qui s'adapte à elle, qui ne stigmatise pas, qui inclut* ». L'advocacy à la Française, si elle se développe, reste pourtant encore souvent à la porte des services de soins ou des salles de cours de médecine. Depuis les années 1990, les initiatives foisonnent qui cherchent à transformer le patient en partenaire : patient ressource, patient sentinelle, patient expert, pair aidant, médiateur de santé/pair, patient navigateur, patient chercheur/co-chercheur, patient auto normatif... Le point commun à ces reconnaissances est certainement que l'expérience subjective a acquis une valeur suffisante pour devenir une expertise, qui éclaire la pratique médicale, au lieu de l'obscurcir. Le savoir expérientiel devient source de professionnalité, avec des patients experts rémunérés pour accompagner les autres patients. En psychiatrie et en France, ce rôle d'expert, s'il est expérimenté, reste encore complexe (Roelandt, Staedel, 2016), d'autant qu'au-delà des appels normatifs, les mécanismes de relégation et de disqualification subsistent : c'est ce que montre l'anthropologue Elizabeth Townsend (Townsend, 1998) dans la routine des services de santé mentale de l'est canadien, ou ce que j'ai pu constater en observant un réseau de santé mentale ayant intégré un usager (Autès, 2017).

L'expérience sociale de la maladie mentale.

L'ensemble de ces phases ou modèles ont des conséquences sur les acteurs de la psychiatrie, sans forcément qu'émerge une cohérence d'ensemble. De nombreux effets politiques sont non seulement involontai-

res, mais aussi paradoxaux. La psychiatrie subit des mouvements parfois contradictoires, entre autonomie à accorder au patient et protection, pour garantir qu'il ne présente aucun risque, pour lui-même ou les autres. L'expérience du patient évolue au regard des avancées technologiques, des contextes politiques, de reconnaissances qui peuvent aller jusqu'à lui conférer une forme d'expertise, mais circonscrite à des expérimentations (pairs aidants) ou dans l'espace restreint de la démocratie sanitaire. Ces tensions sont retraitées par les politiques publiques, qui, à partir d'attentes éparses, visent à produire des consensus, figés dans le cadre juridique. L'expérience du patient n'est pas en soi une catégorie explicite de l'action publique, mais il en est pourtant question dans plusieurs textes législatifs et réglementaires. La traduction politique de l'expérience du patient se concrétise en 4 phases.

Le tournant de la santé mentale

Un tournant dit de la santé mentale émerge lorsque le point de vue des personnes fonde les politiques publiques. La circulation du 14 mars 1990 (5) constitue un premier élargissement à considérer « *la situation des personnes dans l'ensemble de leurs composantes* ». Plusieurs constats sont faits, dont « *le manque de considération de la situation des personnes* », « *des prises en charge à temps complet encore beaucoup trop fréquentes et prolongées, ajoutant la chronicisation à la chronicité propre au processus de la maladie* », « *une prise en compte insuffisante des demandes d'information des familles et de l'aide à leur apporter* » et « *un manque de solidarité dans la communauté* ». Ce n'est qu'une circulaire, et non pas une loi, mais l'esprit du temps évolue. L'enjeu devient de donner aux personnes les moyens de résoudre leurs problèmes de santé mentale, en les informant, en les éduquant et concomitamment en améliorant le système de soins. Contrairement aux textes réglementaires des années antérieures, la préoccupation n'est plus uniquement l'organisation des soins, qui devient même un système à organiser point de vue du malade. Alain Ehrenberg (2010) identifie ce texte comme un tournant vers la santé mentale, en conférant des missions nouvelles à la psychiatrie. Il marque en tout cas des préoccupations nouvelles.

Extrait du « Santé mentale » n°220 : Les savoirs expérientiels du patient.

L'association « La Curieuse » a pour objectifs de favoriser la création de lien et/ou la réinsertion sociale ou professionnelle par l'ouverture à l'art et à la culture. Elle est née du rapprochement de 4 artistes œuvrant dans des domaines différents : la photographie, la lecture à haute voix, la fabrication de livres d'artistes et l'écriture, et qui se sont alliés pour créer des projets comme « Les Arts se plient en 4 ». Entièrement financé par l'ARS Bourgogne Franche-Comté, des adhérents de nos différents GEM ont pu participer à ce projet. Voici le texte qu'un Floréalien a écrit pendant ces temps et qu'il nous délivre aujourd'hui :

Félicité.

Gustave, je te reproche ce rôle superficiel, dans ce monde dominé par la religion où

Les principes médiocres que tu fais vivre

Tu aurais pu me donner une vie joyeuse et plus rythmée, de ce que je vis actuellement.

Tu aurais pu me donner un employeur plus sympathique que je n'ai à vivre, me

Permettre d'avoir une meilleure instruction que je n'ai pas.
 Gustave, tu aurais pu donner un meilleur sort à mon neveu que de mourir dans la mer.
 Quand je pense à Loulou, mon perroquet mort de cette façon-là.
 Gustave, tu aurais pu plus de grâce pour me trouver un mari et des enfants, que de
 S'occuper de ceux des autres, tu aurais pu me donner un sort plus juste à la fin...

Christian B.

LA RACLETTE.

Dimanche 5 novembre, nous avons été conviés à partager la raclette. Les personnes présentes étaient :
 Alain, Karim, Micheline, Colette, Isabelle, Christine, moi et Marc encadré par Delphine. Nous avons rendez-vous à 11h15. On fait chauffer les pommes de terres, déposer les morceaux de fromages et la charcuterie dans la pièce à côté, nous mettions les appareils pour faire fondre les morceaux de raclette.
 Au départ nous avons pris l'apéritifs (Gâteaux salés en sachets et boissons (Coca ; Oasis)), nous avons après attaqué la raclette avec les appareils avec la charcuterie (sans porc pour Karim), le repas s'est déroulé dans une belle ambiance avec des moments de rigolade. Après on est passé au dessert qui était un cône (glace) à deux goûts différents.
 La vaisselle faite, nous avons passé l'après-midi, nous avons joué (Tarot pour les uns et scrabble pour les autres).
 On s'est quitté à 17h après une bonne journée.

Christian B.

Journée parisienne à la cité des sciences de la Villette.

Lors de l'année 2016, certains adhérents de l'association ont participé à un projet vidéo-reportage, encadré par un réalisateur professionnel. Ils ont été complètement partie prenante, parfois en tant qu'acteur, parfois en tant que technicien, interviewer ou réalisateur.

Etant très satisfaits de ce reportage, nous avons décidé de l'envoyer aux sélections des « Rencontres du film en Santé Mentale ». A notre grande joie, notre reportage a été sélectionné, nous sommes donc parties à Paris, au Parc des Sciences, afin de présenter ce reportage et notre association, devant des professionnels de santé et des personnes en souffrance, venant de la France entière.

« 6h30 ! 6h30 ! Le TGV direction Paris-Gare de Lyon va partir ! Attention à la fermeture des portes ! Attention au départ !!!

Et nous voilà Laetitia et moi, encore toutes ensommeillées, en partance pour Paris ! Pfff, c'est dur ! C'est trop tôt ! Heureusement les sièges sont confortables et on se prépare chacune un petit nid douillet pour finir notre nuit ! Et nous n'avons pas vu le temps passer.

Après 30mn à arpenter les couloirs du métro, nous voilà à la cité des Sciences, suffisamment en avance pour avoir le temps de se faire le « café-distributeur » dont on rêvait tant, l'une comme l'autre !

Et là ! Les reportages vidéo défilent sur l'écran géant devant nos yeux !;; Ouah ! Super !

Après 3 reportages, les gens qui ont réalisées, préparés et réalisés, sont appelés à venir sur scène pour parler de leurs expériences de tournage.

Ensuite, 3 nouvelles vidéos...et ainsi de suite !!

Dans les reportages comme dans les présentations, les témoignages des uns et des autres sont poignants, pleins de sincérité ! On sent toute la fierté et la joie d'avoir été partie prenante de ces vidéos-reportages !

Certains se sont tournés vers le « cinéma d'animation » en faisant jouer des petits personnages de fimo, et pour d'autres, c'était des marionnettes-chaussettes », évoluant sur une table de ping-pong habillée en jardin public. Vraiment superbe ! Un vrai régal !

Remplies de toutes ces belles choses, nous sommes allées nous restaurer à l'Hyppopotamus de la Villette, à discuter, ravies de ce qu'on venait de voir et d'entendre.

Puis nous nous sommes autorisé une promenade digestive dans le quartier « Les Halles-Beaubourg »...

Quartiers dans lesquelles j'aimais tant traîner il y a 30 ans !! Nostalgie bien sympathique !!

Et après un petit café devant l'esplanade du centre Pompidou, nous repartons jusqu'à la Gare de Lyon. Nous avons un peu d'attente et nos « gambettes fatiguées » étaient contentes de se reposer un peu !!

Le trajet n'a pas été trop long ! Et pour cause ! Il ne nous a pas fallu beaucoup de temps pour plonger, l'une comme l'autre, dans une sieste réparatrice, bercées par le ronron du TGV !!!

Belle journée !

Très très contente d'avoir participé à cela !

Christine C.

Floréa'déj du 23/11/2017.

Bonjour et bienvenue à Nadine pour son 1^{er} repas avec nous.

Aujourd'hui nous étions 10 : Christian, Marc, Alain, Karim, Micheline, Isabelle, Nadia, Laetitia, Delphine et moi-même, Christine.

Le menu décidé ensemble :

- Salade de betteraves,
- Endives au jambon,
- Morbier,
- Yaourt,

Préparation du repas et table pour tous !

Nous avons très bien mangé , et dans une super ambiance !

Christine P.

Le brunch.

Dimanche 10 décembre, nous étions conviés à partager le brunch, un petit-déjeuner et déjeuner en même temps, on avait mélangé sucré-salé, les personnes présentes étaient : Christine, Karim, Marc, Micheline, Laetitia, Delphine, Isabelle et moi, Christian. Nous avons rendez-vous à 10h30 à l'association. Nous avons la table à mettre. Nous avons mis une nappe à carreaux bleus, ça s'est passé dans une bonne ambiance. Après, il y avait l'auto-gestion, à partir de 14h, Laetitia et Delphine sont parties. Ce fut un bon moment. A refaire.

Christian B.

Jean-Baptiste CLÉSINGER.

Jean-Baptiste dit Auguste est né à Besançon en 1814, fils de Georges-Philippe (1788-1852), qui apprit la sculpture aux côtés de son père, qui faisait de l'académie et le fit venir à Rome.

Il devient l'élève de l'artiste danois Bertel THORVALDSEN (1770-1844).

Il fit sa première exposition au salon de Paris en 1843, où il fit un buste du Vicomte Jules de Valdahon.

En 1847, il se marie avec Solange DUDEVANT, la fille de Georges SAND (Aurore DUPIN) ; qui lui donna une fille appelé Nini, qui décédera en 1855 à l'âge de 6 ans.

Il fut provocateur dans tout ce qu'il fait comme « La femme piquée par un serpent » (qui est dans le musée d'Orsay en 1847), et qui fit scandale. Son motif de peinture est l'indécence et l'érotisme.

Il s'installa à Rome en 1864 et meurt en paix en 1883, à l'âge de 69 ans.

Christian B.

Marché de Noël.

Lundi 18 décembre 2017, nous nous sommes rendus au marché de Noël à Montbéliard. Nous sommes allés à la gare Viotte pour prendre le train qui allait à Belfort. Nous nous sommes arrêté à la Gare de Montbéliard, nous avons eu 1h de voyage dans le train. Nous sommes arrivés à 15h11 et nous sommes partis au marché de Noël, où l'invité était la Corse. Nous avons vu les illuminations de la ville qui étaient très belles. Nous avons 2h30 pour faire le tour des chalets puis nous nous sommes donné rendez-vous à 18h30 à la mairie et nous avons mangé des morbiflettes et des tartines dans un endroit sec (non chauffé). Nous avons pris le train à 19h45 pour retourner à Besançon et nous sommes arrivés vers 21h à Besançon pour rentrer chez nous. Les personnes présentes étaient Christine P., Martyne, Marc, Delphine, Laetitia, Alain, Micheline, Colette et moi, Christian.

Ce fut une belle journée. A l'année prochaine !

Christian B.

Floréa'déj du 21 décembre

12^{ème} et dernier Floréa'déj de l'année 2017.

Etaient présents : Christian, Alain, Karim, Micheline, Delphine, Laetitia et moi, Christine.

Nous décidons de préparer pour le menu.

- patates sautées,
- poisson,
- salade,
- fromage,
- pannetone et glace.

Repas bien préparé et bien apprécié de tous.

Bonne ambiance familiale.

A l'an prochain !

Christine P.

Epopée au marché de Noël de Montbéliard

Nous avons pris le TER de Besançon à Montbéliard (Marc, Christian, Christine P., Colette, Martyne, Delphine, Laetitia et moi, Micheline). Nous sommes entrés dans le marché vers 16h après avoir été fouillés à l'entrée.

Les lumières se sont éclairées au début de la soirée. Arrivés à la mairie, nous avons quartier libre de 16h15 à 18h30, avec pour lieu de rendez-vous la mairie de Montbéliard. Après avoir visité, nous avons mangé sur place. Nous avons eu du mal à tous nous assoir. Après manger, nous pouvions retourner sur le marché éclairé de lampes rouges, blanches et dorées. C'était magnifique. Notre train était vers 20h. Nous l'avons attendu dans la salle d'attente. Nous nous sommes approchés du train mais c'était un vieux train aux marches très hautes et très espacées. J'avais tellement peur que j'étais tétanisée, pour accéder aux wagons, des hommes m'ont aidée en me tirant par le bras droit. Après, je me suis aperçue qu'ils étaient alcoolisés. Delphine est venue à ma rencontre pour m'aider mais j'étais déjà montée. Quelle épopée ! Mais le voyage a valu le coup ! A l'année prochaine !

Micheline B.

Noël

Noël arrive, les enfants sont excités à l'idée de voir le Père Noël, et à l'idée de lui donner une liste de jouets, de cadeaux... Bref, comme vous voudrez ! Ils rêvent déjà de voir le Père Noël descendre dans la cheminée. Les chaussettes rouges et blanches peuvent garder les cadeaux, accrochées à la cheminée, et les enfants posent plein de questions sur le fait que le Père Noël puisse descendre dans la cheminée et du fait qu'il puisse arriver intact. Le monde des enfants est un peu fou mais c'est le monde des adultes qui fabrique un milieu merveilleux de légendes répétées durant des décennies et qui font à chaque Noël rêver les enfants. Quand les enfants sont en âge de ne plus croire au Père Noël, ils continuent de jouer le jeu pour les plus petits. Voilà un moment de rêve pour tous les enfants de la Terre.

Maude R.

Epoque magique de Noël

Epoque magique pour les petits bouts de choux qui réclament plein de cadeaux par le Père Noël.

Tout Besançon est illuminé : des étoiles et des boules partout clignotent. Les enfants veulent rencontrer le Père Noël même s'ils en ont peur. Ils veulent leurs cadeaux. Les enfants rêvent de faire des boules de neige pour se les lancer les uns sur les autres.

Des cris de joie, le froid, le verglas. Certains rêvent de revenir en été pour le faire chauffer au soleil et rêvent d'enfiler leurs tenues légères.

Les adultes aiment se régaler lors des fêtes. Ils imaginent des repas tous les plus merveilleux les uns que les autres.

En écrivant, j'ai les papilles qui réclament et qui rêvent de saumons, de foie gras, d'huitres, et de bûche de Noël.

C'est la fête.

C'est génial.

Maude R.

Photothèque



Floréa'déj - Novembre 2017



Floréa'déj - Novembre 2017



Brunch - Décembre 2017



Marché de Noël - Décembre 2017



Marché de Noël - 2017



Repas de Noël - Décembre 2017