

## Questionnaire pour la biographie sensorielle

Thomas Buchholz, Ansgar Schürenberg; „Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen“, *Anregungen zur Lebensbegleitung*, Huber Verlag, Bern, 4. Auflage, 2013 ISBN 978-3-456-85302-4 (Annexe n° 12 pages 391 à 403)

(Traduction libre : Blandine et Cécile Bruyet, Liane Huber / Octobre 2014)

Les questions suivantes doivent être vues comme des propositions et des sujets à établir le dialogue dans le but de porter une attention particulière et de se familiariser avec les habitudes de vie qui ont du sens pour la personne concernée.

S'il vous plaît, travaillez et décrivez si possible les thèmes de façon concrètes.

Il est important que le document final ne soit pas pensé comme une liste de questions-réponses, mais plutôt comme le compte-rendu d'un dialogue et d'une observation fine.

Si possible, différenciez les réponses en fonction de la signification:

- Dans l'enfance
- En tant que jeune adulte (environ 25 ans)
- Et dans l'âge plus avancé

Pour les personnes atteintes de démences, les questions liées à l'enfance et à la vie de jeune adulte sont particulièrement importantes (La mémoire tertiaire selon E.Böhm).

(.../...en lien avec annexe 2 non traduite)

## Expériences somatiques primaires

### **Perception corporelle**

- Quels sont vos besoins pour que vous vous sentiez bien dans votre corps ?
- Quelles sont les activités qui vous permettent de vous sentir bien ?
- Qu'est-ce qui vous provoque un inconfort physique ?
- Préférez-vous avoir plutôt chaud, ou froid ?
- Réagissez-vous avec une sensibilité différente aux pressions selon les parties du corps ?
- Qu'aimez-vous ressentir sur votre peau, qu'est-ce que vous n'aimez pas ?
- Quelles sont les matières que vous ne supportez en aucun cas sur votre peau ?
- Etes-vous droitier ou gaucher ? Faites-vous des exceptions dans certaines situations ?

### **Contact corporel avec autrui**

- Que signifie pour vous la proximité corporelle ?
- Quelles personnes ont le droit de vous prendre dans vos bras ?
- Quand souhaitez-vous cela et à quel moment vous n'aimez pas cela ?
- Dans quelles situations concrètes avez-vous absolument besoin d'un contact corporel avec une personne ?
- Comment réagissez-vous au contact corporel avec quelqu'un lorsque vous vous sentez malade ?

### ***Le toucher corporel***

- A quels endroits du corps appréciez-vous particulièrement être touché ?
- Quels sont les endroits du corps qui sont particulièrement sensibles (cheveux, nuque, visage, bouche, ventre, torse, dos, bassin, bras, main, jambe, pied, doigts de pieds) ?
- Quelles personnes peuvent vous toucher lorsque vous êtes nu ?
- Comment devrait-être le toucher pour qu'il vous soit agréable ?
- Y-a-t-il des zone du corps où vous ne tolérez aucun toucher ?
- Dans quelles situations acceptez-vous qu'une personne étrangère vous touche dans la nudité ?
- Que devrait faire un soignant afin que vous supportiez tout de même ce toucher dans cette situation ?
- Par quelles personnes vous n'aimeriez en aucun cas être touché ?
- Avez-vous des particularités corporelles qui vous dérangent (par exemple ongle incarné, modifications de la peau, démangeaison, ...) ?
- Quelles solutions trouvez-vous pour résoudre ces inconforts ?

### ***Les soins corporels, la toilette***

- Quels souvenirs liez-vous aux soins corporels ?
- Si vous pensez soins, faites-vous des associations négatives ou positives ?
- Faites-vous votre toilette de façon ritualisée ?
- A quels moments faites-vous habituellement votre toilette ?
- Combien de fois par semaine avez-vous l'habitude de vous laver (intégralement ou certaines parties du corps) ?
- A quelle heure avez-vous l'habitude de faire votre toilette ?
- A quelle fréquence prenez-vous une douche ?
- Entrer vous directement dans la douche, ou chauffez-vous le bac de douche avant ?
- Après le savonnage, vous rincez-vous à l'eau froide ?
- A quelle fréquence prenez-vous un bain ?
- A quelle température doit-être l'eau pour : vous laver, vous doucher, vous baigner ?
- A quelle température souhaitez-vous l'eau pour le visage en comparaison avec l'ensemble du corps ?
- Dans quel ordre faites-vous votre toilette (cheveux, nuque, visage, buste, ventre, dos, parties intimes, bras, mains, jambes, pieds) ?
- Qu'utilisez-vous comme ustensiles (gant de toilette, gants de massages, éponge corporelle) pour faire votre toilette ?
- Quel type de drap de bain utilisez-vous (petite ou grande serviette, une, deux, en éponge, en coton, en nid d'abeille...) ?
- Utilisez-vous : du savon, du gel de douche, du shampoing de marques spécifiques ?
- Nom des produits utilisés :
- Utilisez-vous des produits de beauté pour le visage ?
- Nom et marque des produits
- Quand utilisez-vous du maquillage ?
- Comment vous maquillez-vous ?
- A quel endroit du visage commencez-vous à mettre le maquillage ? Le rouge à lèvres ?

### **Soins de bouche et des dents**

- Avez-vous une sensibilité buccale particulière ?
- A quels moments faites-vous vos soins de bouche ?
- Combien de fois par jour ?
- Utilisez-vous une brosse à dents électrique ?
- Utilisez-vous toujours la même marque de brosse à dents ?
- A quel endroit de la bouche débutez-vous votre brossage de dents ?
- Y-a-t-il des espaces dentaires où les aliments s'accumulent plus facilement ?
- Utilisez-vous du fil dentaire ou des cure-dents pour les interstices entre les dents ?
- Utilisez-vous une solution dentaire ?
- Y-a-t-il des endroits dans la bouche où les aliments restent stockés ?
- Si vous portez une prothèse, à quel moment la nettoyez-vous ? Comment ? Avec quels produits (dentifrice, brosse ou tablettes) ?
- Mettez-vous d'abord la prothèse du bas, ou celle du haut ?
- Portez-vous la prothèse jour et nuit ? Sinon, où la rangez-vous ?

### **Soins des cheveux et des ongles**

- Utilisez-vous une brosse ou un peigne pour vous coiffer ?
- Avez-vous une brosse ou un peigne spécifique que vous utilisez toujours ?
- Utilisez-vous un filet à cheveux, de la lotion capillaire, du gel, un spray, de la laque ... ?
- Utilisez-vous des barrettes ou des pinces à cheveux ?
- Attachez-vous vos cheveux ou les laissez-vous libres ?
- A quelle fréquence vous faites-vous un shampoing ?
- Que signifie pour vous d'aller chez le coiffeur ?
- En général quel jour allez-vous chez le coiffeur ?
- Allez-vous chez le coiffeur pour des occasions particulières ?
- Vous épilez-vous régulièrement les jambes et les aisselles ?
- Allez-vous chez un pédicure ? A quelle fréquence ?
- Couper les ongles, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
- Coupez-vous vos ongles ou les limez-vous ? Si vous les coupez, avec quels instruments (coupe-ongles, ciseaux ?)
- Cela vous procure-t-il un quelconque inconfort ?
- A quoi êtes-vous particulièrement attentif lors du soin des ongles ?
- Quel vernis utilisez-vous ?
- Avez-vous des ongles incarnés ?

### **Se raser**

- Vous rasez-vous tous les jours ?
- Combien de fois par semaine vous rasez-vous ?
- Vous rasez-vous le matin ou le soir ? Avant ou après la toilette du visage ?
- Vous rasez-vous à la main ou au rasoir électrique ?
- Quel rasoir utilisez-vous ?
- Utilisez-vous du gel, de la mousse ou du savon à raser ?
- Nom du produit utilisé :
- Répartissez-vous la mousse à raser à la main ou avec un blaireau ?

- Utilisez-vous un miroir spécifique ?
- De quel côté du visage débutez-vous le rasage ?
- Ôtez-vous les poils du nez ou des oreilles ? Avec quoi ?
- Appliquez-vous un soin sur le visage après vous être rasé ?
- Nom du produit utilisé :
- Si vous portez la barbe, depuis quand ?
- A quelle fréquence vous coupez-vous la moustache et la barbe ?

### **Se vêtir**

- Quels vêtements aimez-vous particulièrement porter ?
- Quelle matière préférez-vous porter ?
- Aimez-vous porter des vêtements amples ou près du corps ?
- Quel est votre vêtement préféré ? Pouvez-vous encore le porter ?
- Dans quel ordre vous habillez-vous ? (caleçon, slip, soutien-gorge, maillot de corps, corset, chemise, collant, jupe, pantalon, chaussettes, bas, veste, cravate)
- Utilisez-vous des porte-jarretelles ?
- Quelles sortes de chaussettes portez-vous ?
- Quelles chaussettes deviez-vous porter étant enfant ?
- Portez-vous une chemise de nuit ou un pyjama ?
- Au lit, portez-vous des chaussettes de nuit, un filet à cheveux, une liseuse ?
- Etes-vous habitué à porter des sous-vêtements de sport ?
- Quels vêtements et chaussures portez-vous lorsque vous restez chez vous ?
- Avec quelles chaussures vous déplacez-vous de façon sécurisée à l'extérieur ?
- Quand marchez-vous pieds nus ?
- Avez-vous l'habitude de porter des baskets ?

### **Mouvement – Proprioception**

- Aimez-vous être en mouvement ?
- Quelles sont les activités qui vous plaisent particulièrement (par exemple randonnée, course, vélo, natation, danse) ?
- Etes-vous habitué à vous promener régulièrement ? Quand, à quelle fréquence, par tous les temps ?
- Y-a-t-il des mouvements que vous ne pouvez plus faire et qui vous provoquent de la douleur ?
- En position debout, sur quelle jambe prenez-vous appui de façon sécurisée ?
- Utilisez-vous des aides techniques ? (cane, rollator, déambulateur)
- Avez-vous tendance à trébucher ?
- Prenez-vous appui (meubles, etc...) quand vous vous déplacer dans une pièce ?
- Comment vous installez vous dans votre lit ? (procédure motrice ?)
- De quel côté sortez-vous du lit ?
- Faites-vous de la gymnastique matinale au lit ou au sol ?
- Quels mouvements deviez-vous faire au quotidien dans votre travail ?
- Pratiquez-vous une activité sportive particulière ?
- Que signifie pour vous les sorties dans la nature ?

**Le positionnement**

- Dans quelle position ou plutôt dans quel mouvement vous sentez-vous le plus à l'aise (debout, assis, couché, en déplacement) ?
- Dans quelle position vous sentez-vous particulièrement bien ?
- Dans quel sens devez-vous voyager dans le train ?
- Etes-vous sujet au vertige ? Dans quelles situations ?
- Avez-vous peur des rotations rapides ?
- Etes-vous sujet aux chutes ?
- Que liez-vous au balancement ?
- En tant que nourrisson dormiez-vous dans un lit à bascule ?
- Faire du manège = .....
- Quelle activité sportive engendrant des changements de positions avez-vous pratiqué ? (vélo, moto, planche à voile, aviation)

**Position allongée**

- Où aimez-vous vous retirez (recroquevillez) lorsque vous avez besoin de vous isoler ?
- Où est placé votre lit dans la chambre ?
- Avez-vous besoin d'un très grand couvre-lit (220 cm) ?
- En quelle matière est votre couvre-lit (coton, flanelle, plumes, laine...)
- En quelle matière est votre linge de lit ?
- A quoi êtes-vous attentif lorsque vous vous couvrez ?
- Jusqu'où vous couvrez-vous pendant l'endormissement ?
- Bordez-vous votre couette sous vos pieds ou sous le matelas ?
- Utilisez-vous un oreiller particulier ? (coussin spécial nuque, graine de sarrasin)
- De quoi avez-vous besoin dans votre lit pour vous sentir bien et en sécurité ?
- Qu'est-ce qui sécurise votre lit ? (barrière, ...)
- La chambre doit-elle être chauffée ou non ?
- Etes-vous souvent tombé du lit dans votre enfance ?
- Dormez-vous la fenêtre ouverte ?
- La chambre est-elle dans l'obscurité ou non ? Avec quoi ? (volets roulants, rideaux, persiennes...)
- Avez-vous besoin d'une veilleuse ?
- Quelle est votre position d'endormissement ? (côté gauche, droit, dos, ventre, position fœtale)
- De quoi avez-vous besoin pour bien vous endormir ?
- Avez-vous un rituel d'endormissement ? (par ex. la radio, une boisson, la prière)
- Avez-vous besoin de compagnie à côté de vous ? (partenaire, chien, chat ...)
- Quels bruits environnants vous sont familiers la nuit ?
- Utilisez-vous des bouchons d'oreilles (boules quies, coton,...)
- Vous réveillez-vous souvent la nuit ?
- Que faites-vous pour vous ré-endormir ?
- Qui-a-t-il sur votre table de chevet ?

- Vous levez-vous la nuit pour par exemple aller aux toilettes ? Que faites-vous pour retrouver le sommeil ?
- Comment êtes-vous positionné au réveil ?
- Vous levez-vous immédiatement ou somnolez-vous un peu ?
- Si vous vous levez rapidement de votre lit, voyez-vous des points noirs ?
- Que signifie pour vous la sieste ?
- Où faites-vous la sieste ? Combien de temps ? Dans quelle position ?

### **Position assise**

- Restez-vous un moment assis au bord de votre lit le matin au lever ?
- Etes-vous sujet au vertige lorsque vous vous levez rapidement ?
- Sur quel mobilier êtes-vous le plus confortablement assis ?
- Y-a-t-il un endroit privilégié où vous aimez vous tenir assis ?
- Exerciez-vous une profession dans laquelle vous étiez majoritairement assis ?
- Quelles sont les activités qui vous sont facilitées en position assise ?
- Autrefois, deviez-vous souvent rester immobile ?
- Aimez-vous laisser les jambes ballantes ?
- Aviez-vous une place attirée à table ? Pourquoi ?
- Aimez-vous rester à table encore un moment après le repas ?
- Où aimez-vous vous asseoir pour lire ?
- Aimez-vous être assis près de la fenêtre pour observer ce qui se passe à l'extérieur ?
- Restez-vous un moment assis aux toilettes, par exemple pour lire ?
- Aux toilettes, vous essayez-vous en position assise ou debout ? En dehors du papier toilette, utilisez-vous autre chose pour votre hygiène ?

### **Position debout**

- Quelles activités pratiquez-vous debout ?
- Pouvez-vous rester longtemps debout ?
- Aimez-vous être adossé lorsque vous devez rester debout ?
- Dans votre enfance étiez-vous souvent mis au coin (à la maison ou à l'école) ?
- Dans votre quotidien, étiez-vous souvent contraint d'attendre ?
- Deviez-vous beaucoup rester debout dans des files d'attente ? Dans quelle position attendiez-vous ?
- Quelle position (place) aviez-vous par rapport à votre époux ?
- Vous sentiez-vous solidement « ancré » (stable) dans votre vie ?

### **Se déplacer**

- Aimiez-vous courir étant enfant ? Sauter ?
- Dans votre domicile, quelle est la distance pour vous rendre aux toilettes ?
- Prenez-vous appui sur le mobilier pour vous déplacer ?
- Aimez-vous marcher pieds nus ?
- Portez-vous des chaussons ou préférez-vous rester en chaussettes ?
- Vous arrive-t-il fréquemment de glisser ou de trébucher ?
- Avez-vous besoin d'aides techniques pour vous déplacer ?
- Avez-vous besoin de pauses régulières lors de vos déplacements ?

- Etiez-vous souvent obligé de marcher ?
- Aviez-vous une profession qui vous obligeait à beaucoup marcher ?
- Pratiquez-vous une activité sportive impliquant la marche ou la course ?
- Pratiquez-vous régulièrement le roller ou le patin à glace ?
- Aimez-vous danser ?
- Etes-vous à l'aise pour monter les escaliers ?
- Combien d'étages devez-vous monter chez vous ?
- Descendez-vous les escaliers de côté ou à reculons ?
- Quelles activités extérieures impliquant beaucoup de marche pratiquez-vous ?
- Comment vous allez-vous faire vos courses (à pieds, en transport) ?
- Vous promenez-vous régulièrement ? A quel moment de la journée ?

### ***Expériences vibratoires de base***

- Subissiez-vous de fortes vibrations au travail ?
- Quels appareils vibrants utilisez-vous au quotidien ?
- Aimez-vous les vibrations, par exemple d'un rasoir électrique ?
- Aimez-vous les vibrations d'une brosse à dent électrique ?
- Appréciez-vous de voyager en train ?
- Que ressentez-vous au passage d'un train ?
- Appréciez-vous d'être sur un pont au passage d'un train ?
- Prenez-vous beaucoup le bus ? Appréciez-vous la vibration du moteur ?
- Etiez-vous souvent assis aux côtés de votre papa sur son tracteur, sa moto ou autres ?
- Pratiquez-vous la moto ?
- Avez-vous des souvenirs de blessures à la tête ?
- A la piscine, aimiez-vous sauter dans l'eau ?
- Aimez-vous écouter de la musique avec une forte intensité ?

<b>Expériences orales primaires</b>
-------------------------------------

### ***Propositions liées à la bouche***

- Quelle est votre sensibilité en lien avec la bouche ?
- Qu'utilisez-vous comme soin des lèvres ?
- Aimez-vous mâchouiller des objets ?
- Jouer vous avec votre langue dans la bouche ou sur les lèvres ?
- Que signifie pour vous un baiser sur la bouche ?
- Vous rongez-vous les ongles ?
- Aimez-vous sucer quelque chose entre les repas (par exemple des bonbons) ?
- Mâchez-vous des chewing-gums ?
- Etiez-vous ou êtes-vous fumeur ? Si oui, que fumiez-vous (cigarettes avec ou sans filtre, cigares, cigarillos, pipe...) ?
- Comment appréhendez-vous une visite chez le dentiste ? A quoi êtes-vous sensible (agréable, désagréable) ?

**Manger**

- Quels goûts préférez-vous : sucré, salé, acide, amer, fort, épicé, doux ?
- Quelles consistances les aliments doivent-ils avoir selon le plat (mou, dur, écrasé) ?
- Préférez-vous les plats avec ou sans sauce ? Lesquels ? Aimez-vous la soupe ?
- Mangez-vous chaque aliment séparément ou les mélangez-vous ?
- Quel est votre aliment préféré ? Combien de fois en mangez-vous par semaine ?
- Aimez-vous les aliments visqueux ?
- Avez-vous une biographie particulière avec le pain ?
- Le repas peut-il être pour vous un moyen de consolation ou d'apaisement ?
- Aimez-vous manger les mets très chauds ou plutôt froids ?
- Combien de repas prenez-vous par jour ?
- A quelle heure prenez-vous vos repas ?
- Avez-vous un rituel avant de commencer à manger ? Si oui lequel ?
- Utilisez-vous une serviette de table (en tissu, en papier) ?
- Remplissez-vous votre assiette, votre fourchette, votre cuillère, à ras bord ?
- A l'inverse, préférez-vous des petites portions ?
- Que signifie pour vous - finir votre assiette - ?
- Que prenez-vous au petit déjeuner ? Est-ce un petit déjeuner copieux ou frugal ?
- A quoi ressemble un petit-déjeuner du dimanche (par ex. brioche, œuf) ?
- Par quoi commencez-vous votre petit-déjeuner ?
- Buvez-vous durant le repas ?
- Buvez-vous d'abord une gorgée, ou prenez-vous une bouchée ?
- Que mangez-vous en premier le matin et dans quel ordre suivent les autres aliments ?
- A quel moment de la journée prenez-vous un repas chaud ?
- Y-a-t-il des plats que vous associez à des jours ou à des événements précis ?
- Préférez-vous manger seul ou accompagné ? Par qui ?
- Etes-vous habitué à une cuisine régionale ? Laquelle ?
- Aimez-vous la cuisine moderne (plats étrangers, pizzas, cuisine moléculaire ...) ?
- Etes-vous habitué à être servi sur assiette ou en portions individuelles ?

**Boire**

- Préférez-vous les boissons chaudes ou froides ?
- Quelle quantité buvez-vous ?
- Quelle est votre boisson préférée ? Comment doit-elle être préparée ?
- Quelle variété de thé ou de tisane buvez-vous ?
- Buvez-vous à la paille ?
- Buvez-vous à grande ou petite gorgée ?
- Quel contenant préférez-vous (grand ou petit verre, tasse, bol, gobelet) ?
- Préférez-vous boire à la bouteille ?
- Utilisez-vous une gourde, par exemple quand vous faites du vélo ?
- Quel alcool aimez-vous boire ?
- Quelle boisson buvez-vous le matin, la journée, le soir ?
- Quelle boisson deviez-vous boire lorsque vous étiez malade ?



## Expériences auditives primaires

### Entendre

- Que signifie pour vous « entendre » en général ?
- Portez-vous des prothèses auditives ? Quand et où ?
- Quels sons vous réveillent le matin ?
- Qu'entendez-vous en premier le matin ?
- Quels sons détestez-vous ?
- Ecoutez-vous la radio ? A quel moment de la journée ? Combien de temps ? Quelle station écoutez-vous ? Quelle est votre station préférée ?
- Quand avez-vous de vous-même écouté la radio pour la première fois ?
- Quel est votre style de musique préféré ?
- Avez-vous un morceau de musique qui vous rend heureux, triste, qui vous dynamise, vous donne envie de danser ?
- Quelles habitudes auditives avez-vous en fonction des moments de la journée ?
- Préférez-vous écouter la musique avec un casque ou des enceintes ?
- Vous faire la lecture signifie pour vous ... ?
- Les voix humaines sont pour vous ... ?
- Chanter signifie pour vous ... ?
- Chanter vous fait penser à ... ?
- Quelle est votre chanson préférée de votre enfance, votre adolescence, votre vie de jeune adulte, et aujourd'hui ?
- Aimez-vous parfois soliloqué ?
- Quels sons environnants vous sont familiers et sécurisants (chez vous, dans votre chambre) ?
- La musique ou un chant peuvent ils vous aider à l'endormissement ?
- Quel est votre chanteur préféré ?
- Que signifie pour vous le bruit ?
- Etiez-vous habitué à dormir la porte ouverte pour entendre les sons de votre domicile ?
- Comment réagissez-vous lorsqu'on vous parle dans votre sommeil ?

## Expériences olfactives primaires

### Sentir

- Quelle est votre sensibilité olfactive ?
- Qu'aimez-vous sentir ?
- Quelle odeur détestez-vous ?
- Quelle odeur vous incommode, vous rend malade ?
- Y-a-t-il des odeurs qui vous rappellent votre profession ?
- Quel aliment aimez-vous particulièrement sentir ?
- Quelle fleur aimez-vous sentir ? Laquelle détestez-vous ?
- Quelle odeur vous rappelle votre enfance ?
- Quelle odeur vous rappelle votre partenaire ?
- Quel parfum utilisez-vous ?

- Utilisez-vous du déodorant ?
- Quelle odeur vous rappelle votre chez-vous ?
- Quelle odeur de la nature préférerez-vous ?
- Quels souvenirs olfactifs avez-vous de vos grands-parents ?
- Quels souvenirs olfactifs avez-vous en lien avec un met particulier (par exemple La madeleine de Proust ...) ?

### Expériences primaires du toucher et de la préhension

#### ***Toucher /Prendre/ Saisir***

- Etes-vous droitier ou gaucher ?
- Etes-vous un gaucher contrarié (par l'école) ?
- Donner la main pour vous dire bonjour signifie pour vous... ?
- Dans votre enfance vous obligeait-on à donner poliment la main ?
- Que signifie pour vous le travail manuel ?
- Etiez-vous maladroit ? (aviez-vous « deux mains gauches »)
- Avez-vous dans votre vie donné beaucoup de « coups de mains » ?
- « Tenir la main » vous rappelle ... ?
- Qu'aimez-vous toucher avec vos mains ?
- Quelles matières vous calment quand vous les prenez en mains ?
- Quelles matières vous sont repoussantes au toucher ?
- Avez-vous besoin d'avoir quelque chose en main pour vous sentir à l'aise ? (par exemple un chapelet)

### Expériences visuelles primaire

#### ***Voir***

- A quels moments avez-vous besoin de vos lunettes ?
- Pouvez-vous vous déplacer dans votre environnement proche de façon sécurisée sans vos lunettes ?
- Portez-vous des verres de contact ?
- Voyez-vous bien dans l'obscurité ?
- Aimez-vous regarder des photos, des images ?
- Quelles images vous rappellent votre chez-vous ?
- Quelles images vous renvoient à des temps plus anciens ?
- Avez-vous des souvenirs visuels ?
- Existe-il encore des images ou des photos de votre enfance ?
- Quelles œuvres d'art aimez-vous admirer ?
- Aimez-vous vous assoir près de la fenêtre pour observer l'extérieur ?
- Aimez-vous regarder des albums photos, des diapositives, des films ?
- Que voyez-vous de votre fauteuil ou canapé si vous regardez le mur de votre séjour ?
- Que voyez-vous en premier le matin au réveil ?

- Que signifie pour vous la vue sur la nature ?
- Avez-vous besoin de beaucoup de lumière y compris la nuit ?
- Utilisez-vous une lampe de chevet ?
- Quels motifs vous plaisent ?
- Regardez-vous consciemment ce que vous avez dans votre assiette avant de manger ?
- Regardez-vous régulièrement la télévision ? Qu'aimez-vous regarder ? (sport, mode, séries...)
- Quel style d'émission télévisée aimez-vous regarder ?
- Quelle émission télévisée est un repère quotidien pour vous ?
- Avez-vous accroché des photos de vos proches aux murs de votre chambre ?

## Les origines

### **Concernant la personne**

- De quelle origine est la personne concernée ?
- Quels sont les noms, prénoms usuels du père et de la mère ?
- La fratrie : combien de frères et sœurs ? Noms et prénoms usuels ; contact existant ?
- Quelle importance ont les proches dans la vie du (de la) résident (te) ?
- Où a grandi la personne ?
- Où a-t-elle vécu le plus longtemps ?
- Quel métier a-t-elle appris ? Exercé ?

### **Concernant la famille**

- Est-ce la personne vit avec un conjoint ? (nom et prénom usuel)
- La personne a-t-elle des enfants ? Combien ? (noms, prénoms, contacts existants)
- La personne a-t-elle des petits-enfants ? (noms, prénoms, contacts existants)
- La personne a-t-elle gardé d'autres liens sociaux ? (association, clubs....)