

Votre Prénom : .....

Votre numéro de téléphone : .....

**1. Votre profil :**

**Sexe**                      **Année naissance**                      **Nationalité**  
 H  F                      19 .. ..                       F     Autre

**2. Votre lieu de vie :**

**Vous vivez :**

- Seul
- En couple
- Avec 1 ou des enfant(s)
- D'autres adultes vivent au foyer

**Vous habitez dans la même commune depuis :**

- Toujours     +20 ans     5 à 19 ans     - de 5 ans

**Votre logement :**

- Pavillon                       Appartement en immeuble
- Logement en collectivité     Hébergé
- (foyer, hôtel...)                       SDF
- Autre : .....

**3. Votre santé :**

- Vous n'avez pas de gros problème ou ils sont résolus
- Vous avez besoin d'aide et de soins à domicile
- Vous allez régulièrement à l'hôpital
- Vous voyez mal
- Vous entendez mal
- Vous vous déplacez difficilement
- Souvent vous n'avez pas le moral
- Autre problème de santé : .....

**4. Pour les gestes de la vie quotidienne vous avez recours :**

- Professionnels (Aide à domicile, SSIAD, téléalarme, portage repas ...)
- Famille
- Voisins
- Autres.....
- Aucun

**5. Êtes-vous bénéficiaire :**

- A.P.A.                       Caisse retraite                       autres

**6. Si vous êtes aidé(e), l'aide apportée est :**

- Suffisante                       Insuffisante

**7. Sortez-vous facilement de chez vous :**

- Oui
- Non, car     Vous habitez en étage sans ascenseur
- Vous avez une impossibilité physique
- Vous avez certaines contraintes de garde
- Vous n'en avez pas envie
- Autre raison : .....

**8. Pour vous déplacer, êtes-vous autonome :**

- Oui                       Non

**Quels moyens de transport vous sont accessibles :**

- Marche à pied
- Transport en commun
- Véhicule personnel (voiture, vélo, ...)
- Vous vous arrangez avec quelqu'un
- Autre moyen (taxi, service de transport .....

**9. Vos ressources :**

**Avez-vous des ressources :**  Oui                       Non

**Si oui, vous diriez que financièrement :**

- Vous êtes à l'aise
- Vous devez faire attention
- Vous avez des difficultés à vous en sortir
- Vous ne vous en sortez qu'en vous endettant

**10. Votre famille :**

**Avez-vous de la famille en dehors des personnes au foyer**

- Oui                       Non

**Si oui, cela représente grossièrement combien de personnes**

- 1 ou 2 pers                       -10pers                       +10 pers

**Vous voyez 1 ou plusieurs de ces personnes**

- Très souvent
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

**Vous avez des contacts avec elles par tél, courrier ...**

- Très souvent
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

**11. Vos loisirs et activités :**

**Quels sont-ils :** .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Avez-vous un animal de compagnie ?**     Oui     Non

**Faites-vous partie d'un club, association ?**     Oui     Non

**Parlez-vous tous les jours à quelqu'un ?**     Oui     Non

**12. En général, aimez-vous voir du monde :**

- Beaucoup
- Un peu, quelquefois
- Non

**13. Fréquentez-vous un lieu public (café...)**

- Très souvent
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

**14. Avez-vous reçu ces 15 derniers jours au moins une visite, une lettre ou un coup de téléphone personnel :**

- Oui
- Non

**15. Vous arrive-t-il de vous sentir seul :**

- Très souvent
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

**16. Hier, avez-vous eu l'impression d'être :**

- Seul
- Entouré
- Ni l'un ni l'autre

**17. Parmi les mots suivants, quels sont les 3 qui évoquent pour vous particulièrement la solitude :**

- Ennui
- Liberté
- Exclusion
- Tristesse
- Tranquillité
- Inutilité
- Différence
- Abandon
- Silence
- Vide
- .....

**18. Si vous vous sentez seul, quelles sont pour vous les 3 principales raisons :**

- Incompréhension, manque d'écoute
- Sentiment d'insécurité, de méfiance
- Perte d'un être cher
- Maladie, handicap
- Changement de lieu de vie
- Ne pas parler la langue
- Éloignement de la famille
- Mésentente familiale
- Conditions de logement
- Manque d'argent
- Manque d'envies
- Manque d'activité
- Isolement géographique

**19. Quand vous ressentez ce sentiment de solitude, que faites-vous :**

- Je ressasse des idées noires
- Je mange plus que d'habitude / je ne mange plus
- Je dors plus que d'habitude / je veille
- Je me change les idées (TV, lecture, sorties ...)
- J'essaie d'oublier par l'alcool, la cigarette ...
- J'appelle un ami
- .....

**20. Parmi les personnes suivantes, cocher si :**

	Fam	ami	voisin	Anc Collègue	Méd	Aide à dom	Mairie trav soc	Commerçant facteur	Représentant religieux
Confier la clef de chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bavarder longuement de choses et d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler de choses qui vous tiennent vraiment à cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander de faire vos courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous garder votre animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous emmener à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous héberger qq jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De vous prêter un peu d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et vous, êtes-vous une aide pour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Que pourrait-on imaginer pour réduire la solitude ? Pour les personnes que vous connaissez et pour vous-même**

**22. La mairie, les associations... font-elles déjà quelque chose pour aider les personnes isolées ? Que faudrait-il qu'elles fassent d'autre ou de mieux ?**