

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 ?