

SHARE W9

Section_DN1

DN042_Gender

OBSERVATION

Notez le sexe du répondant selon votre observation (demandez en cas de doute)

1. Masculin
2. Féminin

DN043_BirthConf

Juste pour confirmation, vous êtes bien né(e) en ^FLMonthFill ^FLYearFill ?

1. Oui
5. Non

DN002_MoBirth

MOIS :

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

DN003_YearBirth

ANNÉE :

DN044_MaritalStatus

Depuis notre dernier entretien, est-ce que votre situation matrimoniale a changé ?

1. Oui, la situation matrimoniale a changé
5. Non, la situation matrimoniale n'a pas changé

DN802_INTRObirth

En quel mois et quelle année êtes-vous [né/née] ?

1. Continuez

DN004_CountryOfBirth

Êtes-vous né(e) au Grand-Duché de Luxembourg ?

1. Oui
5. Non

DN005_OtherCountry

Dans quel pays êtes-vous né(e) ? Veuillez indiquer le nom du pays auquel appartenait votre lieu de naissance au moment de votre naissance.

DN006_YearToCountry

En quelle année êtes-vous venu(e) vivre au Luxembourg ?

DN007_Citizenship

Avez-vous la nationalité luxembourgeoise ?

- 1. Oui
- 5. Non

DN503_NationalitySinceBirth

Etes-vous né(e) avec la nationalité luxembourgeoise ?

- 1. Oui
- 5. Non

DN502_WhenBecomeCitizen

En quelle année avez-vous obtenu la nationalité luxembourgeoise ?

DN504_CountryOfBirthMother

Dans quel pays votre mère est-elle née ?

DN505_CountryOfBirthFather

Dans quel pays votre père est-il né ?

DN008_OtherCitizenship

Quelle est votre nationalité ?

DN009_WhereLived

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Appuyez sur CTRL+R pour continuer.

DN010_HighestEdu

Veillez examiner la carte [1]. Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que vous avez obtenu ?

Si le répondant mentionne un certificat ou un diplôme étranger, demandez-lui s'il peut le situer dans les catégories proposées. S'il n'y arrive pas, veuillez utiliser "Autres" et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

DN011_OtherHighestEdu

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires avez-vous obtenu ?

DN012_FurtherEdu

Veillez examiner la carte [2]. Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique avez-vous obtenu ?

^CodeAll Si le répondant indique « toujours à l'école / en formation professionnelle », demandez s'il/si elle détient déjà un des diplômes présents sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

DN013_WhichOtherEdu

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique avez-vous obtenu ?

DN041_YearsEdu

Pendant combien d'années avez-vous été scolarisé(e) ou suivi(e) une formation à plein temps ?

*Une formation à plein temps : *suppose que l'on suive des cours (y compris l'école maternelle), que l'on effectue des travaux pratiques, que les études soient supervisées et que l'on passe des examens *sont à exclure : le travail à plein temps, l'enseignement à domicile, l'enseignement à distance, les formations pratiques en entreprise, les cours du soir, les formations professionnelles privées à temps partiel, les études supérieures flexibles ou à temps partiel, etc.*

DN014_MaritalStatus

Veillez examiner la carte [3]. Quelle est votre situation matrimoniale ?

Si le répondant est toujours marié mais que le conjoint ne vit pas dans le ménage pour une raison quelconque, par exemple il est dans une maison de soins, à l'hôpital, en prison, etc., codez 3.

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

DN015_YearOfMarriage

En quelle année vous êtes-vous marié(e) ?

DN016_YearOfPartnership

En quelle année vous êtes-vous pacsé(e) ?

DN017_YearOfMarriage

En quelle année vous êtes-vous marié(e) ?

DN018_DivorcedSinceWhen

En quelle année avez-vous divorcé ?

Si plusieurs divorces, indiquez l'année du dernier divorce

DN019_WidowedSinceWhen

En quelle année êtes-vous [devenue veuve/devenu veuf] ?

Indiquez l'année du décès de l'époux/l'épouse.

DN020_AgePart

En quelle année [votre] [ex-/défunte/défunt] [époux/épouse] est-il/elle né(e) ?

Indiquez l'année de naissance du dernier époux/de la dernière épouse

DN021_HighestEduPart

Veillez examiner la CARTE [1]. Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études obtenu par [votre] [ex-/défunte/défunt] [époux/épouse] ?

Si le répondant mentionne un diplôme ou niveau d'étude étranger, demandez-lui s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il n'y arrive pas, veuillez utiliser l'option « Autre » et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

DN022_OtherHighestEduPart

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires [votre] [ex-/défunte/défunt] [mari/épouse] a-t-il/elle obtenu ?

DN023_FurtherEduPart

Veillez examiner la carte [2]. Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique [votre] [ex-/défunte/défunt] [époux/épouse] a-t-il/elle obtenu ?

^CodeAll

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

DN024_WhichOtherEduPart

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique [votre] [ex-/défunte/défunt] [époux/épouse] a-t-il/elle obtenu ?

DN040_PartnerOutsideHH

Avez-vous un partenaire qui vit hors de ce ménage ?

1. Oui
5. Non

DN801_Intro

Il y a quelque temps, nous vous avons envoyé une lettre d'information accompagnée d'une déclaration sur la protection des données.

Je vais vous donner à nouveau cette déclaration et je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur ce sujet.

Laissez-moi souligner que la participation à cette enquête est volontaire et que les informations que vous donnerez resteront strictement confidentielles, conformément aux dispositions de la loi.

Vos réponses seront utilisées uniquement à des fins de recherche et d'analyses, sans que les chercheurs aient connaissance de votre identité.

S'il y a une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le-moi et nous passerons à la question suivante.

Acceptez-vous de participer à cette enquête ?

Donnez le formulaire de consentement au répondant. Répondez à toutes les questions du répondant. Laissez le répondant signer le formulaire de consentement.

1. Le formulaire de consentement a été remis ; le répondant a accepté de participer.
2. Le formulaire de consentement a été remis ; le répondant a refusé de participer. Aucune interview possible

DN803_AreYouSure

Êtes-vous sûr que le répondant a refusé de participer ?

1. Oui, le répondant a refusé. Arrêtez l'interview.
2. Non, le répondant a accepté. Continuez l'interview.

DN001b_Intro

J'aimerais commencer en vous posant quelques questions vous concernant.

1. Continuez

DN038_IntCheck

Contrôle: Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_SN

SN014_Privacy

Les questions qui suivent doivent être posées en privé au répondant. Si d'autres personnes sont présentes dans la pièce, veuillez leur rappeler que cette partie de l'enquête est de nature privée et que seul le répondant peut y répondre.

Début d'une section sans proxy. Aucun proxy autorisé. Si le répondant n'est pas capable de répondre lui-même à l'une de ces questions, appuyez sur CTRL-K à chaque question.

1. Aucune explication n'a été nécessaire, le répondant est interviewé en privé
2. La nature privée de l'interview a été expliquée aux tiers, ils ont quitté la pièce
3. La nature privée de l'interview a été expliquée aux tiers, ils n'ont pas quitté la pièce

SN001_Introduction

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur vos relations avec les autres. La plupart des gens discutent de ce qui leur arrive, des problèmes qu'ils rencontrent ou de leurs préoccupations.

En considérant les 12 derniers mois, quelles sont les personnes avec lesquelles vous avez le plus souvent discuté de sujets importants pour vous ?

Ces personnes peuvent être des membres de votre famille, des amis, des voisins ou d'autres connaissances. Veuillez nommer ces personnes par leur prénom.

1. Continuez

SN003a_AnyoneElse

Y a-t-il quelqu'un (d'autre) qui, pour d'autres raisons, est très important pour vous ?

1. Oui
5. Non

SN003_AnyoneElse

Veuillez me donner le prénom de cette personne qui, pour d'autres raisons, est très importante pour vous.

SN008_Intro_closeness

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions supplémentaires concernant les personnes qui vous sont proches.

1. Continuez

SN012_Network_Satisfaction

Globalement, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait(e) et 10 signifie que vous êtes totalement satisfait(e). Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) [de la relation que vous avez avec la personne/des relations que vous avez avec les personnes] dont nous venons de parler ?

SN017_Network_Satisfaction

Vous avez indiqué que vous ne discutez avec personne de sujets importants pour vous et qu'il n'y a personne d'important pour vous pour d'autres raisons. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait(e) et 10 signifie que vous êtes totalement satisfait(e), dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette situation ?

SN015_Who_present

Vérifiez qui était présent durant de cette section.

^CodeAll

1. Seulement le répondant
2. Le partenaire était présent
3. Un, des enfants étaient présents
4. D'autres personnes

SN841_EndNonProxy

CONTROLEZ : Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Le répondant
2. Section non complétée (interview avec un proxy)

SN_Roster

SocialNetworkInfo

LinkOldRoster

SN002a_NoMore

Est-ce qu'il y a d'autres personnes (avec lesquelles vous avez discuté de choses importantes pour vous) ?

Cliquez immédiatement sur "1. Oui" s'il est évident qu'il y en a d'autres.

1. Oui
5. Non

SN002_Roster

Veillez me donner le prénom de la personne avec qui vous discutez [LE PLUS SOUVENT/souvent] de choses importantes pour vous :

[Si le répondant ne mentionne personne, saisissez 991]

SN005_NetworkRelationship

Quelle est votre relation avec SN002_Roster ?

Dire si nécessaire : Donc cette personne est votre ...

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère

9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SN005a_Gender

Codez le sexe de ^FLRosterName ^localRelationText

1. Masculin
2. Féminin

SN006_NetworkProximity

Veillez consulter la carte [4]. Où habite ^FLRosterName ^localRelationText ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

SN007_NetworkContact

Durant les 12 douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec ^FLRosterName ^localRelationText, que ce soit personnellement, par téléphone, par courrier, par email ou tout autre forme de contact électronique ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

SN018_PreloadMatch

Vous venez de mentionner votre enfant ^FLRosterName. J'aimerais vérifier si cet enfant a été mentionné par votre partenaire ou lors d'une précédente interview.

Cochez le nom de l'enfant s'il apparaît dans la liste

^PreloadChild[1]

^PreloadChild[2]

^PreloadChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SN009_Network_Closeness

A quel point vous sentez-vous proche de ^FLRosterName ^localRelationText ?

^ReadOut

1. Pas très proche
2. Plutôt proche
3. Très proche
4. Extrêmement proche

SN027_YearOfBirthSNMember

En quelle année est né(e) ^FLRosterName ^localRelationText ?

Si le répondant ne connaît pas exactement l'année de naissance, demandez-lui une date approximative.

THIS_INTERVIEW

^FL_THIS_INTERVIEW_INTRO^FL_THIS_INTERVIEW_1 Lors d'une précédente interview, vous aviez mentionné ^piName ^piRelation. L'avez-vous mentionné(e) aujourd'hui ?

Si le répondant confirme que ^piName a été mentionné(e) aujourd'hui, vérifiez D'ABORD si ^piName est dans la liste ci-dessous et saisissez le numéro correspondant.

Si ^piName n'a pas été mentionné(e) aujourd'hui, saisissez 96 (cette personne n'a pas été mentionnée aujourd'hui).

Personnes mentionnées cette fois :

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[1]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[2]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[3]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[4]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[5]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[6]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[7]

96. ^LbIPersonNotMentioned

SN023_whathappnd

[Vous vous souvenez peut-être que lors de notre interview en '+piDate+', vous aviez mentionné certaines personnes qui étaient importantes pour vous à ce moment-là.]

[La dernière fois, vous aviez mentionné '+piName+' '+piRelation+'.] Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez-vous pas mentionné ^piName ^piRelation cette fois-ci ?

1. J'ai oublié, ^piName aurait dû être inclus(e)
2. J'ai déménagé
3. ^piName a déménagé
4. ^piName est décédé(e)
5. Je suis tombé(e) malade ou j'ai eu un problème de santé
6. ^piName est tombé(e) malade ou a eu un problème de santé
7. Le répondant ne reconnaît pas la personne nommée
8. Nous ne sommes plus proches
9. Faux, ^piName a été mentionné(e) cette fois-ci
97. Autre raison

SN840_Confirm

La relation avec ^piName ^piRelation que vous avez indiquée la dernière fois est différente de celle que vous avez mentionnée cette fois, ^TempRelationshipString. Est-ce qu'il s'agit de la même personne ?

Si le répondant dit que la relation avec ^piName est fausse, veuillez revenir en arrière en utilisant la touche de la flèche indiquant la gauche (<-) et corriger la réponse.

1. Oui, il s'agit de la même personne

Row

Section_SN.TSNRoster

SN002a_NoMore

Est-ce qu'il y a d'autres personnes (avec lesquelles vous avez discuté de choses importantes pour vous) ?

Cliquez immédiatement sur "1. Oui" s'il est évident qu'il y en a d'autres.

1. Oui
5. Non

SN002_Roster

Veillez me donner le prénom de la personne avec qui vous discutez [LE PLUS SOUVENT/souvent] de choses importantes pour vous :

[Si le répondant ne mentionne personne, saisissez 991]

SN005_NetworkRelationship

Quelle est votre relation avec SN002_Roster ?

Dire si nécessaire : Donc cette personne est votre ...

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant

15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

Section_SN.Section_SNRosterInfo

SN005a_Gender

Codez le sexe de ^FLRosterName ^localRelationText

1. Masculin
2. Féminin

SN006_NetworkProximity

Veillez consulter la carte [4]. Où habite ^FLRosterName ^localRelationText ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

SN007_NetworkContact

Durant les 12 douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des contacts avec ^FLRosterName ^localRelationText, que ce soit personnellement, par téléphone, par courrier, par email ou tout autre forme de contact électronique ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

SN018_PreloadMatch

Vous venez de mentionner votre enfant ^FLRosterName. J'aimerais vérifier si cet enfant a été mentionné par votre partenaire ou lors d'une précédente interview.

Cochez le nom de l'enfant s'il apparaît dans la liste

^PreloadChild[1]

^PreloadChild[2]

^PreloadChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SN009_Network_Closeness

A quel point vous sentez-vous proche de ^FLRosterName ^localRelationText ?

^ReadOut

1. Pas très proche
2. Plutôt proche
3. Très proche
4. Extrêmement proche

SN027_YearOfBirthSNMember

En quelle année est né(e) ^FLRosterName ^localRelationText ?

Si le répondant ne connaît pas exactement l'année de naissance, demandez-lui une date approximative.

Section_SN.BRow

THIS_INTERVIEW

^FL_THIS_INTERVIEW_INTRO^FL_THIS_INTERVIEW_1 Lors d'une précédente interview, vous aviez mentionné ^piName ^piRelation. L'avez-vous mentionné(e) aujourd'hui ?

Si le répondant confirme que ^piName a été mentionné(e) aujourd'hui, vérifiez D'ABORD si ^piName est dans la liste ci-dessous et saisissez le numéro correspondant.

Si ^piName n'a pas été mentionné(e) aujourd'hui, saisissez 96 (cette personne n'a pas été mentionnée aujourd'hui).

Personnes mentionnées cette fois :

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[1]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[2]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[3]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[6]

^FL_Unmatched_NEW_SN_ANSWER[7]

96. ^LblPersonNotMentioned

SN023_whathappnd

[Vous vous souvenez peut-être que lors de notre interview en '+piDate+', vous aviez mentionné certaines personnes qui étaient importantes pour vous à ce moment-là.]

[La dernière fois, vous aviez mentionné '+piName+' '+piRelation+'.] Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez-vous pas mentionné ^piName ^piRelation cette fois-ci ?

1. J'ai oublié, ^piName aurait dû être inclus(e)
2. J'ai déménagé
3. ^piName a déménagé
4. ^piName est décédé(e)
5. Je suis tombé(e) malade ou j'ai eu un problème de santé
6. ^piName est tombé(e) malade ou a eu un problème de santé
7. Le répondant ne reconnaît pas la personne nommée
8. Nous ne sommes plus proches
9. Faux, ^piName a été mentionné(e) cette fois-ci
97. Autre raison

SN840_Confirm

La relation avec ^piName ^piRelation que vous avez indiquée la dernière fois est différente de celle que vous avez mentionnée cette fois, ^TempRelationshipString. Est-ce qu'il s'agit de la même personne ?

Si le répondant dit que la relation avec ^piName est fausse, veuillez revenir en arrière en utilisant la touche de la flèche indiquant la gauche (<-) et corriger la réponse.

1. Oui, il s'agit de la même personne

Section_DN2

DN888_IntroductionDNTwo

J'aimerais maintenant vous poser encore quelques questions vous concernant.

1. Continuez

Parents

Siblings

DN026_NaturalParentAlive

Est-ce que [votre] [mère/père] [biologique] est toujours en vie ?

1. Oui

5. Non

DN127_YearOfDeathParent

En quelle année est mort(e) [votre] [mère/père] ?

DN027_AgeOfDeathParent

A quel âge [votre] [mère/père] est-t- [elle/il] décédé(e) ?

DN028_AgeOfNaturalParent

Quel est l'âge actuel de votre [mère/père] ?

DN629_JobSitParent10

Veillez consulter la carte [5]. De manière générale, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la situation professionnelle de votre [mère/père] quand vous aviez environ 10 ans ?

1. Pensionné(e)
2. Salarié(e) ou indépendant (y compris aidant familial)
3. Sans emploi et en recherche d'emploi
4. Invalidité, incapacité permanente ou en congé de longue maladie
5. Homme ou femme au foyer
97. Autres

DN029_JobOfParent10

Quelle était la profession de votre [mère/père] lorsque vous aviez environ 10 ans ?

Veillez donner le nom ou l'intitulé exact.

DN029c_JobOfParent10Code

Je vais maintenant chercher l'intitulé de cet emploi dans la liste officielle des activités de notre base de données.

Saisissez à nouveau l'intitulé de l'emploi et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

Veillez être attentif aux fautes de frappe.

Si vous faites défiler la liste, vous trouverez d'autres intitulés.

Si vous ne trouvez pas le bon intitulé, demandez au répondant de penser à un autre intitulé ou qu'il donne une description plus générale ou plus précise de ce métier.

Si vous ne trouvez pas un intitulé adapté, tapez "991".

DN029d_JobOfParent10Code

Veillez vérifier que vous avez sélectionné le bon intitulé de l'emploi :

DN029c_JobOfParent10Code

Si ce n'est pas le bon intitulé, revenez en arrière et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

1. Confirmez et continuez

DN030_LivingPlaceParent

Veillez examiner la carte [4]. Où vit [votre] [mère/père] ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

DN032_ContactDuringPast12Months

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été en contact avec [votre] [mère/père] , que ce soit en personne, par téléphone, par courrier, par e-mail ou un autre moyen électronique ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

DN033_HealthParent

Comment qualifieriez-vous la santé de [votre] [mère/père] ? Diriez-vous qu'elle est...

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

DN051_HighestEduParent

Veillez consulter la carte [1]. Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'étude primaire ou secondaire que votre [mère/père] a obtenu ?

Si le répondant mentionne un niveau ou un diplôme étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez sélectionner "Autre" et inscrire l'intitulé exact (écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

DN052_OtherHighestEduParent

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires a obtenu votre [mère/père] ?

DN053_FurtherEduParent

Veillez consulter la carte [2]. Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique votre [mère/père] a obtenu ?

^CodeAll

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

DN054_WhichOtherEduParent

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique votre [mère/père] a obtenu ?

Parent1

DN034_AnySiblings

Avez-vous ou avez-vous eu des frères et soeurs ?

Y compris les frères et soeurs non biologiques.

1. Oui
5. Non

DN035_OldestYoungestBetweenChild

Dans votre fratrie, étiez-vous le/la plus âgé(e), le/la plus jeune ou à une place intermédiaire ?

1. Le/la plus âgé(e)
2. Le/la plus jeune
3. A une place intermédiaire

DN036_HowManyBrothersAlive

Combien avez-vous de frères qui sont toujours en vie ?

Y compris des frères non biologiques

DN037_HowManySistersAlive

Combien avez-vous de sœurs qui sont toujours en vie ?

Y compris des sœurs non biologiques

Section_DN2.BParent1

DN026_NaturalParentAlive

Est-ce que [votre] [mère/père] [biologique] est toujours en vie ?

1. Oui
5. Non

DN127_YearOfDeathParent

En quelle année est mort(e) [votre] [mère/père] ?

DN027_AgeOfDeathParent

A quel âge [votre] [mère/père] est-t- [elle/il] décédé(e) ?

DN028_AgeOfNaturalParent

Quel est l'âge actuel de votre [mère/père] ?

DN629_JobSitParent10

Veillez consulter la carte [5]. De manière générale, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la situation professionnelle de votre [mère/père] quand vous aviez environ 10 ans ?

1. Pensionné(e)
2. Salarié(e) ou indépendant (y compris aidant familial)
3. Sans emploi et en recherche d'emploi
4. Invalidité, incapacité permanente ou en congé de longue maladie
5. Homme ou femme au foyer
97. Autres

DN029_JobOfParent10

Quelle était la profession de votre [mère/père] lorsque vous aviez environ 10 ans ?

Veillez donner le nom ou l'intitulé exact.

DN029c_JobOfParent10Code

Je vais maintenant chercher l'intitulé de cet emploi dans la liste officielle des activités de notre base de données.

Saisissez à nouveau l'intitulé de l'emploi et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

Veillez être attentif aux fautes de frappe.

Si vous faites défiler la liste, vous trouverez d'autres intitulés.

Si vous ne trouvez pas le bon intitulé, demandez au répondant de penser à un autre intitulé ou qu'il donne une description plus générale ou plus précise de ce métier.

Si vous ne trouvez pas un intitulé adapté, tapez "991".

DN029d_JobOfParent10Code

Veillez vérifier que vous avez sélectionné le bon intitulé de l'emploi :

DN029c_JobOfParent10Code

Si ce n'est pas le bon intitulé, revenez en arrière et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

1. Confirmez et continuez

DN030_LivingPlaceParent

Veillez examiner la carte [4]. Où vit [votre] [mère/père] ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

DN032_ContactDuringPast12Months

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été en contact avec [votre] [mère/père] , que ce soit en personne, par téléphone, par courrier, par e-mail ou un autre moyen électronique ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

DN033_HealthParent

Comment qualifieriez-vous la santé de [votre] [mère/père] ? Diriez-vous qu'elle est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

DN051_HighestEduParent

Veillez consulter la carte [1]. Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'étude primaire ou secondaire que votre [mère/père] a obtenu ?

Si le répondant mentionne un niveau ou un diplôme étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez sélectionner "Autre" et inscrire l'intitulé exact (écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

DN052_OtherHighestEduParent

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires a obtenu votre [mère/père] ?

DN053_FurtherEduParent

Veillez consulter la carte [2]. Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique votre [mère/père] a obtenu ?

^CodeAll

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

DN054_WhichOtherEduParent

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique votre [mère/père] a obtenu ?

Section_DN2.BDN_Siblings

DN034_AnySiblings

Avez-vous ou avez-vous eu des frères et soeurs ?

Y compris les frères et soeurs non biologiques.

1. Oui
5. Non

DN035_OldestYoungestBetweenChild

Dans votre fratrie, étiez-vous le/la plus âgé(e), le/la plus jeune ou à une place intermédiaire ?

1. Le/la plus âgé(e)
2. Le/la plus jeune
3. A une place intermédiaire

DN036_HowManyBrothersAlive

Combien avez-vous de frères qui sont toujours en vie ?

Y compris des frères non biologiques

DN037_HowManySistersAlive

Combien avez-vous de sœurs qui sont toujours en vie ?

Y compris des sœurs non biologiques

Section_CH

CH001_NumberOfChildren

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur vos enfants. Combien avez-vous d'enfants encore en vie à ce jour ?

Prenez en compte tous vos enfants naturels, confiés, adoptés et vos beaux-enfants [, ainsi que ceux de] [votre époux/votre épouse/votre partenaire] [FL_CH001_5] .

ENQUETEUR :

* Enfant adopté = enfant intégré dans la famille et pour qui le répondant est devenu le père par un acte juridique d'adoption.

* Enfant confié = enfant intégré dans des familles d'accueil, avec la signature d'un accord donnant au répondant le statut de famille d'accueil.

CH201_ChildByINTRO

Je vais vous lire une liste de tous les enfants dont nous avons parlé [aujourd'hui/aujourd'hui ou pendant l'interview précédente] .

Certains de vos enfants peuvent être mentionnés deux fois dans la liste, d'autres peuvent manquer, ou nous pouvons avoir une information manquante ou fautive pour certains enfants.

J'aimerais revoir cette liste avec vous, afin de m'assurer que nous avons une information complète et correcte pour tous vos enfants, qu'ils soient naturels, adoptés ou accueillis, ainsi que pour ceux de votre conjoint. Nous nous intéressons aux enfants qui sont toujours en vie à ce jour.

1. Continuez

CH603_IntroTextChildren

Nous voudrions en savoir plus sur [cet enfant/ces enfants. Nous allons commencer par le plus âgé] . Veuillez penser à tous les enfants, qu'ils soient naturels, accueillis et adoptés [y compris ceux de votre mari/y compris ceux de votre femme/y compris ceux de votre partenaire] .

1. Continuez

CH201_ChildByEnum

CH202_ChildInfoByEnum

CH302_NatChild

[Cet enfant est-il votre enfant/Cet enfant est-il votre enfant naturel/Ces enfants sont-ils tous vos enfants/Ces enfants sont-ils tous vos enfants naturels] à vous [et à votre époux actuel/et à votre épouse actuelle/et à votre partenaire actuel/et à votre partenaire actuelle] ?

1. Oui
5. Non

CH303_WhatChildren

Lesquels de ces enfants ne sont pas des enfants [communs naturels/naturels] [à vous, ainsi qu'à votre époux actuel/à vous, ainsi qu'à votre épouse actuelle/à vous, ainsi qu'à votre partenaire actuel/à vous, ainsi qu'à votre partenaire actuelle] ?

^CodeAll

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[16]

^FLChild[17]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

21. ^LbIDeceasedChild

CH507_IntroCheckChildren

Nous souhaiterions mettre à jour quelques informations que nous avons sur [vos/votre] [enfant/enfants] .

1. Continuez

CH508_SchoolCheckChildren

Veillez examiner la carte [1].

Depuis l'interview en ^FLLastInterviewMonthYear, [votre enfant/l'un de vos enfants] a-t-il obtenu l'un des diplômes d'études primaires ou secondaires mentionnés sur cette carte ?

1. Oui
5. Non

CH509_SchoolWhom

Quel enfant ?

^CodeAll

- ^FLChild[1]
- ^FLChild[2]
- ^FLChild[3]
- ^FLChild[4]
- ^FLChild[19]
- ^FLChild[20]
- 21. ^LblDeceasedChild

CH511_DegreeCheckChildren

Veillez examiner la carte [2].

Depuis l'interview en ^FLLastInterviewMonthYear, [votre enfant/l'un de vos enfants] a-t-il obtenu l'un des diplômes de l'enseignement supérieur ou d'une formation professionnelle ou technique mentionnés sur cette carte ?

1. Oui
5. Non

CH512_DegreeWhom

Quel enfant ?

^CodeAll

CH514_MaritalStatusCheckChildren

Depuis l'entretien en ^FLLastInterviewMonthYear, [votre enfant/l'un de vos enfants] a-t-il changé de situation matrimoniale ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH515_MaritalStatusWhom

Quel enfant a changé de statut matrimonial ?

^CodeAll

- ^FLChild[1]
- ^FLChild[2]
- ^FLChild[20]
- 21. ^LblDeceasedChild

CH517_BecomeParent

Depuis l'interview en ^FLLastInterviewMonthYear, [votre enfant/l'un de vos enfants] a-t-il eu un nouvel enfant ?

Veillez inclure les enfants naturels, adoptés, placés, y-compris ceux de votre conjoint ou partenaire.

- 1. Oui
- 5. Non

CH518_ParentWhom

Lequel de vos enfants a eu un nouvel enfant ?

Vérifiez tous les enfants auxquels la situation s'applique.

- ^FLChild[1]
- ^FLChild[2]
- ^FLChild[20]
- 21. ^LblDeceasedChild

CH021_NoGrandChild

Au sujet des petits-enfants, combien de petits-enfants [, vous et votre] [époux/épouse/partenaire] avez-vous eu en tout ?

Incluez les petits-enfants issus des relations antérieures.

CH022_GreatGrChild

Avez-vous [, vous ou votre] [époux/épouse/partenaire] , des arrière-petits-enfants ?

1. Oui
5. Non

CH023_IntCheck

ENQUÊTEUR CONTRÔLEZ : Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

CH524_LocationCheckChildren

[Votre enfant/L'un de vos enfants] a-t-il quitté le ménage depuis l'entretien en ^FLLastInterviewMonthYear ?

1. Oui
5. Non

CH525_LocationWhom

Quel enfant a quitté le ménage ?

^CodeAll

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[20]

21. ^LblDeceasedChild

Children_table_overview

Liste des enfants :

Child

CH203_Done

Veillez vous assurer que la liste des enfants est complète. Si la liste est incomplète ou incorrecte, revenez en arrière en utilisant la touche [Page up].

Children_table_overview

1. Continuez

Children_table

Liste des enfants :

CH001a_ChildCheck

Avez-vous [{{dynamic constructed text based on how the child was loaded}}] ?

A nouveau, veuillez prendre en compte tous vos enfants, y compris ceux que vous avez adoptés ou accueillis [, ainsi que ceux de] [votre mari/votre épouse/votre partenaire] .

[Si un enfant est cité deux fois, supprimez le second en codant la catégorie "6. Oui, mais cet enfant a déjà été mentionné plus tôt", et conservez uniquement le premier]

Children_table

1. Oui

^FL_CH001a_7

^FL_CH001a_8

^FL_CH001a_9

^FL_CH001a_10

^FL_CH001a_11

^FL_CH001a_12

CH004_FirstNameOfChild

[Le prénom de '+PreloadedName+' a été trouvé.]

Quel est le prénom [exact] de [cet enfant/votre enfant suivant] ?

Veillez saisir ou confirmer le prénom.

CH005_SexOfChildN

CH004_FirstNameOfChild est-il/elle un garçon ou une fille ?

Posez la question uniquement en cas de doute.

1. Masculin

2. Féminin

CH006_YearOfBirthChildN

Quelle est l'année de naissance de CH004_FirstNameOfChild ?

Veillez saisir ou confirmer l'année de naissance

CH505_WhichChildMentionedEarlier

Est-ce que ^FL_CHILD_NAME correspond à l'un des enfants déjà mentionnés plus tôt ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[12]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

ChildInfo

CH007_ChLWh

Veillez consulter la carte [4].

Où habite ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

CH012_MaritalStatusChildN

Veillez consulter la carte [3]. Quelle est la situation matrimoniale de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

CH013_PartnerChildN

Est-ce que ^CH004_FirstNameOfChild a un/une partenaire avec lequel/laquelle [il/elle] vit ?

1. Oui
5. Non

CH014_ContactChild

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des contacts avec ^CH004_FirstNameOfChild, en personne, par téléphone, par courrier, e-mail ou tout autre moyen électronique (SMS, MMS) ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

CH015_YrChldMoveHh

En quelle année ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle quitté le domicile parental ?

Seul le dernier départ est à prendre en compte. Saisissez "2999" si l'enfant vit encore à la maison (par ex. avec sa mère divorcée). Saisissez "9997" si l'enfant n'a jamais vécu au domicile parental.

CH016_ChildOcc

Veillez consulter la carte [6].

Quelle est la situation professionnelle de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Salarié à temps plein
2. Salarié à temps partiel
3. Indépendant ou aidant familial
4. Au chômage
5. En formation professionnelle, en reconversion ou en cours d'études
6. En congé parental
7. A la retraite ou en préretraite
8. En invalidité ou en incapacité permanente
9. S'occupe de la maison ou de la famille
97. Autre

CH017_EducChild

Veillez consulter la carte [1].

Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que ^CH004_FirstNameOfChild a obtenu ?

Si le répondant mentionne un diplôme ou un certificat étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez utiliser l'item " 97. Autre " et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

CH817_OtherEducChild

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH018_EdInstChild

Veuillez consulter la carte [2].

Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle obtenu ?

^CodeAll

Si le répondant répond " toujours à l'école/en formation professionnelle ", demandez-lui s'il a déjà obtenu l'un des diplômes proposées sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

CH818_OtherEdInstChild

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH019_NoChildren

Combien d'enfants, le cas échéant, ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle ?

Veuillez prendre en compte tous les enfants naturels, adoptés, placés en famille d'accueil, ainsi que ceux de son conjoint ou partenaire. Saisissez "0" si aucun.

CH020_YrBrthYCh

En quelle année, [le plus jeune/l'] enfant de ^CH004_FirstNameOfChild est-il né ?

CH510_Leaving_certificate

Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que [FL_CH510_1] a obtenu ?

Si le répondant mentionne un diplôme, un certificat étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez utiliser l'option « Autre » et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

CH810_OtherLeaving_certificate

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu [FL_CH510_1] ?

CH513_DegreeObtained

Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ['+piNameChild+'] ?

^CodeAll

Si la réponse est " toujours en formation ", demandez si il/elle détient déjà un des diplômes proposés sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

CH813_OtherDegreeObtained

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ['+piNameChild+'] ?

CH526_LocationChanged

Veillez consulter la CARTE [4] : Où vit ['+piNameChild+'] ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

CH516_MaritalStatus

Veillez consulter la CARTE [3]. Quelle est la situation matrimoniale de [{Name of child}] ?

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

CH519_NewK

Combien d'enfants [{Name of child}] a-t-il/elle au total ?

CH520_YoungestBorn

En quelle année [cet enfant/le plus jeune de ces enfants] est-il né ?

CH102_RNatChild

^FLChildName est-il votre enfant naturel ?

1. Oui
5. Non

CH103_PNatChild

^FLChildName est-il un enfant naturel de [votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH103_5] ?

1. Oui
5. Non

CH104_RExChild

^FLChildName est-il/elle un enfant d'une de vos relations antérieures ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH105_PExChild

^FLChildName est-il/elle un enfant d'une relation antérieure de [votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH105_5] ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH106_RAdoptChild

Avez-vous adopté ^FLChildName ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH107_PAdoptChild

[Votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH107_5] a-t-il/elle adopté ^FLChildName ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH108_FosterChild

^FLChildName est-il un enfant placé ?

- 1. Oui
- 5. Non

Section_CH.TChild

Children_table_overview

Liste des enfants :

Child

CH203_Done

Veillez vous assurer que la liste des enfants est complète. Si la liste est incomplète ou incorrecte, revenez en arrière en utilisant la touche [Page up].

Children_table_overview

1. Continuez

Children_table

Liste des enfants :

CH001a_ChildCheck

Avez-vous [{dynamic constructed text based on how the child was loaded}] ?

A nouveau, veuillez prendre en compte tous vos enfants, y compris ceux que vous avez adoptés ou accueillis [, ainsi que ceux de] [votre mari/votre épouse/votre partenaire] .

[Si un enfant est cité deux fois, supprimez le second en codant la catégorie "6. Oui, mais cet enfant a déjà été mentionné plus tôt", et conservez uniquement le premier]

Children_table

1. Oui

^FL_CH001a_7

^FL_CH001a_8

^FL_CH001a_9

^FL_CH001a_10

^FL_CH001a_11

^FL_CH001a_12

CH004_FirstNameOfChild

[Le prénom de '+PreloadedName+' a été trouvé.]

Quel est le prénom [exact] de [cet enfant/votre enfant suivant] ?

Veillez saisir ou confirmer le prénom.

CH005_SexOfChildN

CH004_FirstNameOfChild est-il/elle un garçon ou une fille ?

Posez la question uniquement en cas de doute.

1. Masculin
2. Féminin

CH006_YearOfBirthChildN

Quelle est l'année de naissance de CH004_FirstNameOfChild ?

Veillez saisir ou confirmer l'année de naissance

CH505_WhichChildMentionedEarlier

Est-ce que ^FL_CHILD_NAME correspond à l'un des enfants déjà mentionnés plus tôt ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

Section_CH.TChild.RChild

Children_table

Liste des enfants :

CH001a_ChildCheck

Avez-vous [{dynamic constructed text based on how the child was loaded}] ?

A nouveau, veuillez prendre en compte tous vos enfants, y compris ceux que vous avez adoptés ou accueillis [, ainsi que ceux de] [votre mari/votre épouse/votre partenaire] .

[Si un enfant est cité deux fois, supprimez le second en codant la catégorie "6. Oui, mais cet enfant a déjà été mentionné plus tôt", et conservez uniquement le premier]

Children_table

1. Oui

^FL_CH001a_7

^FL_CH001a_8

^FL_CH001a_9

^FL_CH001a_10

^FL_CH001a_11

^FL_CH001a_12

CH004_FirstNameOfChild

[Le prénom de '+PreloadedName+' a été trouvé.]

Quel est le prénom [exact] de [cet enfant/votre enfant suivant] ?

Veuillez saisir ou confirmer le prénom.

CH005_SexOfChildN

CH004_FirstNameOfChild est-il/elle un garçon ou une fille ?

Posez la question uniquement en cas de doute.

1. Masculin

2. Féminin

CH006_YearOfBirthChildN

Quelle est l'année de naissance de CH004_FirstNameOfChild ?

Veillez saisir ou confirmer l'année de naissance

CH505_WhichChildMentionedEarlier

Est-ce que ^FL_CHILD_NAME correspond à l'un des enfants déjà mentionnés plus tôt ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[5]

^FLChild[6]

^FLChild[7]

^FLChild[8]

^FLChild[9]

^FLChild[10]

^FLChild[11]

^FLChild[12]

^FLChild[13]

^FLChild[14]

^FLChild[15]

^FLChild[16]

^FLChild[17]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

Section_CH.TChildInfo

ChildInfo

CH007_ChLWh

Veillez consulter la carte [4].

Où habite ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

CH012_MaritalStatusChildN

Veillez consulter la carte [3]. Quelle est la situation matrimoniale de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

CH013_PartnerChildN

Est-ce que ^CH004_FirstNameOfChild a un/une partenaire avec lequel/laquelle [il/elle] vit ?

1. Oui
5. Non

CH014_ContactChild

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des contacts avec ^CH004_FirstNameOfChild, en personne, par téléphone, par courrier, e-mail ou tout autre moyen électronique (SMS, MMS) ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

CH015_YrChldMoveHh

En quelle année ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle quitté le domicile parental ?

Seul le dernier départ est à prendre en compte. Saisissez "2999" si l'enfant vit encore à la maison (par ex. avec sa mère divorcée). Saisissez "9997" si l'enfant n'a jamais vécu au domicile parental.

CH016_ChildOcc

Veuillez consulter la carte [6].

Quelle est la situation professionnelle de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Salarié à temps plein
2. Salarié à temps partiel
3. Indépendant ou aidant familial
4. Au chômage
5. En formation professionnelle, en reconversion ou en cours d'études
6. En congé parental
7. A la retraite ou en préretraite
8. En invalidité ou en incapacité permanente
9. S'occupe de la maison ou de la famille
97. Autre

CH017_EducChild

Veillez consulter la carte [1].

Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que ^CH004_FirstNameOfChild a obtenu ?

Si le répondant mentionne un diplôme ou un certificat étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez utiliser l'item " 97. Autre " et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

CH817_OtherEducChild

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH018_EdInstChild

Veillez consulter la carte [2].

Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle obtenu ?

^CodeAll

Si le répondant répond " toujours à l'école/en formation professionnelle ", demandez-lui s'il a déjà obtenu l'un des diplômes proposées sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

CH818_OtherEdInstChild

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH019_NoChildren

Combien d'enfants, le cas échéant, ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle ?

Veillez prendre en compte tous les enfants naturels, adoptés, placés en famille d'accueil, ainsi que ceux de son conjoint ou partenaire. Saisissez "0" si aucun.

CH020_YrBrthYCh

En quelle année, [le plus jeune/l'] enfant de ^CH004_FirstNameOfChild est-il né ?

Section_CH.TChildInfo.RChildInfo

CH007_ChLWh

Veillez consulter la carte [4].

Où habite ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

CH012_MaritalStatusChildN

Veillez consulter la carte [3]. Quelle est la situation matrimoniale de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

CH013_PartnerChildN

Est-ce que ^CH004_FirstNameOfChild a un/une partenaire avec lequel/laquelle [il/elle] vit ?

1. Oui
5. Non

CH014_ContactChild

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des contacts avec ^CH004_FirstNameOfChild, en personne, par téléphone, par courrier, e-mail ou tout autre moyen électronique (SMS, MMS) ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

CH015_YrChldMoveHh

En quelle année ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle quitté le domicile parental ?

Seul le dernier départ est à prendre en compte. Saisissez "2999" si l'enfant vit encore à la maison (par ex. avec sa mère divorcée). Saisissez "9997" si l'enfant n'a jamais vécu au domicile parental.

CH016_ChildOcc

Veillez consulter la carte [6].

Quelle est la situation professionnelle de ^CH004_FirstNameOfChild ?

1. Salarié à temps plein
2. Salarié à temps partiel
3. Indépendant ou aidant familial
4. Au chômage
5. En formation professionnelle, en reconversion ou en cours d'études
6. En congé parental
7. A la retraite ou en préretraite
8. En invalidité ou en incapacité permanente
9. S'occupe de la maison ou de la famille
97. Autre

CH017_EducChild

Veillez consulter la carte [1].

Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que ^CH004_FirstNameOfChild a obtenu ?

Si le répondant mentionne un diplôme ou un certificat étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez utiliser l'item " 97. Autre " et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

CH817_OtherEducChild

Quel autre diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH018_EdInstChild

Veillez consulter la carte [2].

Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle obtenu ?

^CodeAll

Si le répondant répond " toujours à l'école/en formation professionnelle ", demandez-lui s'il a déjà obtenu l'un des diplômes proposées sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

CH818_OtherEdInstChild

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ^CH004_FirstNameOfChild ?

CH019_NoChildren

Combien d'enfants, le cas échéant, ^CH004_FirstNameOfChild a-t-il/elle ?

Veillez prendre en compte tous les enfants naturels, adoptés, placés en famille d'accueil, ainsi que ceux de son conjoint ou partenaire. Saisissez "0" si aucun.

CH020_YrBrthYCh

En quelle année, [le plus jeune/l'] enfant de ^CH004_FirstNameOfChild est-il né ?

Section_CH.BSchoolChanged

CH510_Leaving_certificate

Quel est le plus haut diplôme ou niveau d'études primaires ou secondaires que [FL_CH510_1] a obtenu ?

Si le répondant mentionne un diplôme, un certificat étranger, veuillez lui demander s'il peut le situer parmi les catégories proposées. S'il ne peut pas, veuillez utiliser l'option « Autre » et inscrire l'intitulé exact (dans l'écran suivant).

1. Pas de scolarisation du tout
2. N'a pas achevé le Primaire
3. Ecole primaire
4. Primaire supérieur
5. Enseignement complémentaire
6. Certificat d'enseignement secondaire technique inférieur
7. Certificat d'apprentissage professionnel
8. Certificat de capacité manuelle: CCM
9. Certificat d'Initiation Technique et Professionnelle: CITP
10. Certificat d'Aptitude Technique et Professionnelle: CATP
11. Diplôme de technicien (jusque 13e du régime technicien)
12. Bac technique (jusque 14e du régime technicien)
13. Enseignement secondaire général inférieur
14. Diplôme de fin d'études secondaires
95. Pas encore diplômé(e)/toujours à l'école
97. Autre

CH810_OtherLeaving_certificate

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu [FL_CH510_1] ?

Section_CH.BDegreeChanged

CH513_DegreeObtained

Lesquels de ces diplômes de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ['+piNameChild+'] ?

^CodeAll

Si la réponse est " toujours en formation ", demandez si il/elle détient déjà un des diplômes proposés sur la carte.

1. Pas de diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation technique ou professionnelle supérieure
2. N'a pas achevé un cursus d'études supérieures
3. Brevet de maîtrise artisanale
4. BAC+2, DUT, BTS
5. BAC+3, Licence, Bachelor
6. BAC+4, Maitrise, Master 1
7. BAC+5 ou plus sans doctorat : DEA, DESS, Master 2
8. Doctorat ou plus
95. Toujours en formation
97. Autres

CH813_OtherDegreeObtained

Quel autre diplôme de l'enseignement supérieur ou de formation professionnelle ou technique a obtenu ['+piNameChild+'] ?

Section_CH.BLocationChanged

CH526_LocationChanged

Veillez consulter la CARTE [4] : Où vit ['+piNameChild+'] ?

1. Dans le même ménage
2. Dans le même bâtiment
3. A moins d'1 kilomètre
4. Entre 1 et 5 kilomètres
5. Entre 5 et 25 kilomètres
6. Entre 25 et 100 kilomètres
7. Entre 100 et 500 kilomètres
8. A plus de 500 kilomètres

Section_CH.BMaritalChanged

CH516_MaritalStatus

Veillez consulter la CARTE [3]. Quelle est la situation matrimoniale de [{Name of child}] ?

1. Marié(e) et vivant avec l'époux/l'épouse
2. Pacsé(e)
3. Marié(e), mais séparé(e) de l'époux/l'épouse
4. Jamais marié(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

Section_CH.BParentChanged

CH519_NewK

Combien d'enfants [{Name of child}] a-t-il/elle au total ?

CH520_YoungestBorn

En quelle année [cet enfant/le plus jeune de ces enfants] est-il né ?

Section_CH.BNotNaturalChildSpecifics

CH102_RNatChild

^FLChildName est-il votre enfant naturel ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH103_PNatChild

^FLChildName est-il un enfant naturel de [votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH103_5] ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH104_RExChild

^FLChildName est-il/elle un enfant d'une de vos relations antérieures ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH105_PExChild

^FLChildName est-il/elle un enfant d'une relation antérieure de [votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH105_5] ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH106_RAdoptChild

Avez-vous adopté ^FLChildName ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH107_PAdoptChild

[Votre] [époux actuel/épouse actuelle/partenaire actuel/partenaire actuelle] [FL_CH107_5]
a-t-il/elle adopté ^FLChildName ?

- 1. Oui
- 5. Non

CH108_FosterChild

^FLChildName est-il un enfant placé ?

- 1. Oui
- 5. Non

Section_PH

PH001_Intro

J'aimerais à présent vous poser quelques questions sur votre santé.

1. Continuez

Health_B1

Health_B2

PH054_IntCheck

QUI A RÉPONDU AUX QUESTIONS DE CETTE SECTION ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

PH003_HealthGen2

Diriez-vous que votre santé est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH004_LStIII

Certaines personnes souffrent de problèmes de santé chroniques ou à long terme. Par « chronique » ou « à long terme », nous entendons les problèmes de santé qui vous ont touché pendant une longue période, ou sont susceptibles de vous affecter pendant une longue période. Avez-vous de tels problèmes de santé (maladie, invalidité ou infirmité) ?

Incluez les problèmes de santé mentale

- 1. Oui
- 5. Non

PH005_LimAct

Au cours des six derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été limité(e) par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens ?

^ReadOut

- 1. Fortement limité(e)
- 2. Limité(e), mais pas fortement
- 3. Absolument pas limité(e)

PH061_LimPaidWork

Avez-vous un problème de santé ou un handicap quelconque qui limite le type ou la durée des activités rémunérées que vous pouvez effectuer ?

- 1. Oui
- 5. Non

PH084_TroubledPain

Êtes-vous dérangé(e) par des douleurs ?

- 1. Oui
- 5. Non

PH085_PainLevel

La plupart du temps, quelle est l'intensité de la douleur ? Est-elle...

^ReadOut

1. Légère
3. Modérée
5. Importante

PH006_DocCond

Veuillez consulter la CARTE [7]. [Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez/Avez-vous actuellement] une ou plusieurs des affections suivantes ? [Nous entendons par là qu'un médecin a diagnostiqué cette affection et que vous êtes actuellement traité(e), ou gêné(e) par celle-ci.] Dites-moi le ou les numéros de cette (ces) affection(s).

^CodeAll

1. Une attaque cardiaque, y compris infarctus du myocarde, thrombose coronarienne ou tout autre problème cardiaque notamment insuffisance cardiaque congestive
2. Tension artérielle élevée ou hypertension
3. Cholestérol élevé ou hypercholestérolémie
4. Attaque cérébrale ou infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale
5. Diabète ou hyperglycémie
6. Pneumopathies chroniques, telles que bronchite chronique ou emphysème chronique
10. Cancer ou tumeur maligne, ainsi que leucémies, ou maladie des ganglions lymphatiques, à l'exclusion des cancers de la peau à évolution bénigne
11. Ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou ulcère gastroduodéal
12. Maladie de Parkinson
13. Cataracte
14. Fracture de la hanche
15. Autres fractures
16. Maladie d'Alzheimer, démence, syndrome cérébral organique, ou toute autre perte de mémoire sérieuse
18. Autres troubles affectifs ou émotionnels, tels que l'anxiété, problèmes nerveux, ou problèmes psychiatriques
19. Arthrite rhumatoïde (polyarthrite rhumatoïde)
20. Ostéoarthrite ou autre rhumatisme
21. Insuffisance rénale chronique
96. Aucune
97. Autres problèmes pas encore mentionnés

PH007_OthCond

De quelles autres affections avez-vous souffert ?

Posez des questions (pour approfondir)

PH_PreviousConditions

PH089_Frailty_Symptoms

Veillez consulter la CARTE [8]. Durant les 6 derniers mois au moins, avez-vous été dérangé(e) par une ou plusieurs des affections citées sur cette carte ? Dites-moi le ou les numéros.

^CodeAll

1. Chutes
2. Peur de tomber
3. Vertiges, étourdissements ou perte de connaissance
4. Fatigue extrême
96. Aucune

PH087_PainJointLoc

Veillez consulter la CARTE [9]. Dans quelle(s) partie(s) du corps ressentez-vous une douleur ?

^CodeAll

1. Dos
2. Hanches
3. Genoux
4. Autres articulations
5. Bouche / Dents
6. Autres parties du corps, mais pas les articulations
7. Partout

PH011_CurrentDrugs

Notre prochaine question concerne les traitements médicaux que vous pourriez prendre. Veuillez consulter la carte [10]. Prenez-vous actuellement des médicaments au moins une fois par semaine pour les problèmes mentionnés sur cette carte ?

^CodeAll

1. Des médicaments pour le cholestérol
2. Des médicaments pour l'hypertension
3. Des médicaments pour problèmes coronariens ou cérébro-vasculaires
4. Des médicaments pour d'autres problèmes cardiaques
6. Des médicaments pour le diabète
7. Des médicaments pour des douleurs ou inflammations articulaires
8. Des médicaments pour d'autres douleurs (maux de tête, mal de dos,..)
9. Des médicaments pour les troubles du sommeil
10. Des médicaments pour l'anxiété et la dépression
11. Des hormones pour l'ostéoporose
13. Des médicaments pour les brûlures d'estomac
14. Des médicaments pour la bronchite chronique
15. Médicaments pour les inflammations (seulement des glucocorticoïdes ou des stéroïdes)
96. Aucun
97. D'autres médicaments, non mentionnés ici

PH082_PolyPharmacy

Prenez-vous au moins cinq médicaments différents sur une journée habituelle ? Veuillez inclure les médicaments prescrits par votre médecin, les médicaments que vous achetez sans ordonnance et les compléments alimentaires tels que les vitamines et les minéraux.

1. Oui
5. Non

PH012_Weight

Combien pesez-vous approximativement ?

Poids en kilos.

PH065_CheckLossWeight

Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
5. Non

PH095_HowMuchLostWeight

Combien de kilos avez-vous perdu ?

Perte de poids en Kg entier uniquement, par exemple 1Kg, 2 Kg, 3 Kg et ainsi de suite. 2 Kg et demi n'est pas une réponse correcte.

PH066_ReasonLostWeight

Pour quelle raison avez-vous perdu du poids ?

^ReadOut

1. A cause d'une maladie
2. Vous avez suivi un régime spécial
3. A cause d'une maladie et d'un régime spécial
97. Autres raisons pour la perte de poids

PH013_HowTall

Combien mesurez-vous ?

Taille en centimètres.

Combien mesurez-vous ?

PH008_OrgCan

Quel organe ou partie de votre corps est atteint ou a été atteint par un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas
12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre
18. Colon ou rectum
19. Vessie
20. Peau
21. Système Lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH009_AgeCond

Environ quel âge aviez-vous lorsqu'un médecin vous a informé pour la première fois que vous aviez [eu une attaque cardiaque ou tout autre problème cardiaque/de l'hypertension /un excès de cholestérol/eu un accident vasculaire cérébral ou une maladie cérébro-vasculaire/du diabète /un problème pulmonaire chronique/un cancer/un ulcère gastrique ou duodénal/la maladie de Parkinson/de la cataracte/une fracture de la hanche ou du fémur/d'autres fractures/la maladie d'Alzheimer/des troubles affectifs ou émotionnels, tel que

l'anxiété, problèmes nerveux ou problèmes psychiatriques /la polyarthrite rhumatoïde/de l'arthrose ou d'autres rhumatismes] ?

PH072_HadCondition

[Pour plusieurs raisons, nous aimerions savoir exactement ce qui s'est passé au cours des dernières années.] Depuis notre dernier entretien en ^FLLastInterviewMonthYear, avez-vous [eu une attaque cardiaque/eu un accident vasculaire cérébral ou été diagnostiqué atteint d'une maladie cérébro-vasculaire/été diagnostiqué atteint d'un cancer/souffert d'une fracture de la hanche] ?

1. Oui
5. Non

PH080_OrgCan

Quel organe ou quelle partie de votre corps est atteint ou a été atteint d'un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas
12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre

18. Colon ou rectum
19. Vessie
20. Peau
21. Système lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH076_YearCondition

En quelle année, avez-vous eu votre [dernière attaque cardiaque/dernier accident vasculaire cérébral ou votre dernier diagnostic d'une maladie cérébro-vasculaire/dernier cancer/dernière fracture de la hanche] ?

PH077_MonthCondition

En quel mois était-ce ?

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

PH071_HadConditionHowMany

Combien [d'attaques cardiaques/d'attaques cérébrales ou d'accidents vasculaires cérébraux/de cancers/de fractures de la hanche] avez-vous eu(e)s depuis que notre dernière interview en ^FLLastInterviewMonthYear ?

1. 1
2. 2
3. 3 ou plus

PH041_UseGlasses

Portez-vous habituellement des lunettes ou des lentilles de contact?

Tout type de lunettes, y compris les lunettes utilisées uniquement pour lire.

1. Oui
5. Non

PH690_BifocGlasLenses

Quel type de lunettes ou de lentilles de contact portez-vous ?

^CodeAll ^ReadOut

1. Des verres bifocaux ou progressifs ou des lentilles de contact
2. Des lunettes de lecture ou des lentilles de contact (verres unifocaux)
3. Des lunettes de distance ou de lentilles de contact (verres unifocaux)
4. D'autres types de lunettes ou de lentilles de contact

PH043_EyeSightDist

Comment est votre vision de loin pour, par exemple, reconnaître un ami de l'autre côté de la rue [en utilisant des lunettes ou des lentilles de contact] ? Diriez-vous qu'elle est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH044_EyeSightPap

Comment est votre vision de près pour, par exemple, lire le journal [en utilisant des lunettes ou des lentilles de contact] ? Diriez-vous qu'elle est....

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH745_HaveHearingAid

Utilisez-vous un appareil de correction auditive ?

1. Oui
5. Non

PH045_UseHearingAid

Portez-vous habituellement un appareil de correction auditive ?

1. Oui
5. Non

PH046_Hearing

[Lorsque vous portez votre appareil de correction auditive,] votre ouïe est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH048_HeADLa

Veillez consulter la CARTE [11].

Veillez me dire si vous rencontrez des difficultés à accomplir certaines des activités quotidiennes mentionnées sur cette carte. Ne tenez pas compte des difficultés passagères qui, selon vous, ne dépasseront pas trois mois.

Relancez le répondant : Rencontrez-vous d'autres difficultés ?

^CodeAll

1. Marcher 100 mètres
2. Rester assis(e) environ deux heures
3. Se lever d'une chaise après être resté(e) assis(e) pendant un long moment
4. Monter plusieurs escaliers sans se reposer
5. Monter un escalier sans se reposer
6. Se pencher, se mettre à genoux ou s'accroupir
7. Lever ou étendre les bras au-dessus du niveau des épaules
8. Tirer ou pousser des objets volumineux comme un fauteuil de salon
9. Soulever ou porter des poids de plus de 5 kilos, comme un gros sac de provisions
10. Saisir une petite pièce de monnaie posée sur une table
96. Aucune de ces difficultés

PH049_HeADLb

Veillez consulter la CARTE [12]. Veillez me dire si vous rencontrez des difficultés à accomplir certaines de ces activités, à cause d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire. Là encore, excluez les difficultés passagères qui, selon vous, ne dépasseront pas 3 mois.

Relancez le répondant : Rencontrez-vous d'autres difficultés ?

^CodeAll

1. S'habiller, y compris mettre ses chaussures et ses chaussettes
2. Se déplacer dans une pièce
3. Prendre un bain ou une douche
4. Manger, comme couper les aliments
5. Se mettre au lit ou se lever

6. Utiliser les toilettes, y compris s'y lever et s'y asseoir
7. Utiliser une carte/un plan pour se repérer dans un lieu inconnu
8. Préparer un repas chaud
9. Aller faire les courses
10. Passer des appels téléphoniques
11. Prendre des médicaments
12. Faire le ménage ou jardiner
13. Gérer son argent, par exemple, payer les factures et surveiller les dépenses
14. Quitter la maison seul et accéder aux services de transport
15. Laver son linge personnel
96. Aucune de ces situations

PH050_HelpAct

En pensant aux activités avec lesquelles vous avez eu des problèmes, quelqu'un vous a-t-il aidé pour ces activités ?

Incluez votre partenaire ou d'autres personnes de votre ménage

1. Oui
5. Non

PH051_HelpMeetsN

Diriez-vous que l'aide que vous recevez répond à vos besoins ?

^ReadOut

1. Toujours
2. En général
3. Parfois
4. Rarement

PH059_UseAids

Veillez consulter la CARTE [13]. Utilisez-vous l'un des articles figurant sur cette carte ?

Concernant le n°7, incluez uniquement les alarmes personnelles utilisées pour appeler de l'aide après une chute, etc.

1. Une canne ou un bâton de marche
2. Un déambulateur ou un marcheur
3. Une chaise roulante manuelle
4. Une chaise roulante électrique
5. Une poussette ou un scooter
6. Des couverts et ustensiles culinaires adaptés
7. Une alarme personnelle
8. Des barres d'appui, de soutien (pour faciliter les mouvements et déplacements)
9. Des toilettes surélevés, avec ou sans bras de soutien
10. Des serviettes pour incontinence
96. Aucun de ceux-ci
97. D'autres aides (précisez)

PH659_UseAidsOther

Quelles autres aides ?

Section_PH.Section_PH_Health_B1

PH003_HealthGen2

Diriez-vous que votre santé est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH004_LStIII

Certaines personnes souffrent de problèmes de santé chroniques ou à long terme. Par « chronique » ou « à long terme », nous entendons les problèmes de santé qui vous ont touché pendant une longue période, ou sont susceptibles de vous affecter pendant une longue période. Avez-vous de tels problèmes de santé (maladie, invalidité ou infirmité) ?

Incluez les problèmes de santé mentale

1. Oui
5. Non

PH005_LimAct

Au cours des six derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été limité(e) par un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens ?

^ReadOut

1. Fortement limité(e)
2. Limité(e), mais pas fortement
3. Absolument pas limité(e)

PH061_LimPaidWork

Avez-vous un problème de santé ou un handicap quelconque qui limite le type ou la durée des activités rémunérées que vous pouvez effectuer ?

1. Oui
5. Non

PH084_TroubledPain

Êtes-vous dérangé(e) par des douleurs ?

1. Oui
5. Non

PH085_PainLevel

La plupart du temps, quelle est l'intensité de la douleur ? Est-elle...

^ReadOut

1. Légère
3. Modérée
5. Importante

PH006_DocCond

Veuillez consulter la CARTE [7]. [Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez/Avez-vous actuellement] une ou plusieurs des affections suivantes ? [Nous entendons par là qu'un médecin a diagnostiqué cette affection et que vous êtes actuellement traité(e), ou gêné(e) par celle-ci.] Dites-moi le ou les numéros de cette (ces) affection(s).

^CodeAll

1. Une attaque cardiaque, y compris infarctus du myocarde, thrombose coronarienne ou tout autre problème cardiaque notamment insuffisance cardiaque congestive
2. Tension artérielle élevée ou hypertension
3. Cholestérol élevé ou hypercholestérolémie
4. Attaque cérébrale ou infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale
5. Diabète ou hyperglycémie
6. Pneumopathies chroniques, telles que bronchite chronique ou emphysème chronique
10. Cancer ou tumeur maligne, ainsi que leucémies, ou maladie des ganglions lymphatiques, à l'exclusion des cancers de la peau à évolution bénigne
11. Ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou ulcère gastroduodéal
12. Maladie de Parkinson
13. Cataracte
14. Fracture de la hanche

15. Autres fractures

16. Maladie d'Alzheimer, démence, syndrome cérébral organique, ou toute autre perte de mémoire sérieuse

18. Autres troubles affectifs ou émotionnels, tels que l'anxiété, problèmes nerveux, ou problèmes psychiatriques

19. Arthrite rhumatoïde (polyarthrite rhumatoïde)

20. Ostéoarthrite ou autre rhumatisme

21. Insuffisance rénale chronique

96. Aucune

97. Autres problèmes pas encore mentionnés

PH007_OthCond

De quelles autres affections avez-vous souffert ?

Posez des questions (pour approfondir)

PHConditions

PH_PreviousConditions

PH089_Frailty_Symptoms

Veillez consulter la CARTE [8]. Durant les 6 derniers mois au moins, avez-vous été dérangé(e) par une ou plusieurs des affections citées sur cette carte ? Dites-moi le ou les numéros.

^CodeAll

1. Chutes

2. Peur de tomber

3. Vertiges, étourdissements ou perte de connaissance

4. Fatigue extrême

96. Aucune

PH087_PainJointLoc

Veillez consulter la CARTE [9]. Dans quelle(s) partie(s) du corps ressentez-vous une douleur ? *^CodeAll*

1. Dos
2. Hanches
3. Genoux
4. Autres articulations
5. Bouche / Dents
6. Autres parties du corps, mais pas les articulations
7. Partout

PH011_CurrentDrugs

Notre prochaine question concerne les traitements médicaux que vous pourriez prendre. Veuillez consulter la carte [10]. Prenez-vous actuellement des médicaments au moins une fois par semaine pour les problèmes mentionnés sur cette carte ?

^CodeAll

1. Des médicaments pour le cholestérol
2. Des médicaments pour l'hypertension
3. Des médicaments pour problèmes coronariens ou cérébro-vasculaires
4. Des médicaments pour d'autres problèmes cardiaques
6. Des médicaments pour le diabète
7. Des médicaments pour des douleurs ou inflammations articulaires
8. Des médicaments pour d'autres douleurs (maux de tête, mal de dos,..)
9. Des médicaments pour les troubles du sommeil
10. Des médicaments pour l'anxiété et la dépression
11. Des hormones pour l'ostéoporose
13. Des médicaments pour les brûlures d'estomac
14. Des médicaments pour la bronchite chronique
15. Médicaments pour les inflammations (seulement des glucocorticoïdes ou des stéroïdes)
96. Aucun
97. D'autres médicaments, non mentionnés ici

PH082_PolyPharmacy

Prenez-vous au moins cinq médicaments différents sur une journée habituelle ? Veuillez inclure les médicaments prescrits par votre médecin, les médicaments que vous achetez sans ordonnance et les compléments alimentaires tels que les vitamines et les minéraux.

1. Oui
5. Non

PH012_Weight

Combien pesez-vous approximativement ?

Poids en kilos.

PH065_CheckLossWeight

Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui
5. Non

PH095_HowMuchLostWeight

Combien de kilos avez-vous perdu ?

Perte de poids en Kg entier uniquement, par exemple 1Kg, 2 Kg, 3 Kg et ainsi de suite. 2 Kg et demi n'est pas une réponse correcte.

PH066_ReasonLostWeight

Pour quelle raison avez-vous perdu du poids ?

^ReadOut

1. A cause d'une maladie
2. Vous avez suivi un régime spécial
3. A cause d'une maladie et d'un régime spécial
97. Autres raisons pour la perte de poids

PH013_HowTall

Combien mesurez-vous ?

Taille en centimètres.

Combien mesurez-vous ?

PH008_OrgCan

Quel organe ou partie de votre corps est atteint ou a été atteint par un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas
12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre
18. Colon ou rectum
19. Vessie
20. Peau
21. Système Lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH009_AgeCond

Environ quel âge aviez-vous lorsqu'un médecin vous a informé pour la première fois que vous aviez [eu une attaque cardiaque ou tout autre problème cardiaque/de l'hypertension /un excès de cholestérol/eu un accident vasculaire cérébral ou une maladie cérébro-vasculaire/du diabète /un problème pulmonaire chronique/un cancer/un ulcère gastrique ou duodénal/la maladie de Parkinson/de la cataracte/une fracture de la hanche ou du fémur/d'autres fractures/la maladie d'Alzheimer/des troubles affectifs ou émotionnels, tel que l'anxiété, problèmes nerveux ou problèmes psychiatriques /la polyarthrite rhumatoïde/de l'arthrose ou d'autres rhumatismes] ?

PH072_HadCondition

[Pour plusieurs raisons, nous aimerions savoir exactement ce qui s'est passé au cours des dernières années.] Depuis notre dernier entretien en ^FLLastInterviewMonthYear, avez-vous [eu une attaque cardiaque/eu un accident vasculaire cérébral ou été diagnostiqué atteint d'une maladie cérébro-vasculaire/été diagnostiqué atteint d'un cancer/souffert d'une fracture de la hanche] ?

1. Oui
5. Non

PH080_OrgCan

Quel organe ou quelle partie de votre corps est atteint ou a été atteint d'un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas

12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre
18. Colon ou rectum
19. Vessie
20. Peau
21. Système lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH076_YearCondition

En quelle année, avez-vous eu votre [dernière attaque cardiaque/dernier accident vasculaire cérébral ou votre dernier diagnostic d'une maladie cérébro-vasculaire/dernier cancer/dernière fracture de la hanche] ?

PH077_MonthCondition

En quel mois était-ce ?

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

PH071_HadConditionHowMany

Combien [d'attaques cardiaques/d'attaques cérébrales ou d'accidents vasculaires cérébraux/de cancers/de fractures de la hanche] avez-vous eu(e)s depuis que notre dernière interview en^FLLastInterviewMonthYear ?

1. 1

2. 2

3. 3 ou plus

Section_PH.Section_PH_Health_B1.B_PHConditions

PH008_OrgCan

Quel organe ou partie de votre corps est atteint ou a été atteint par un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas
12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre
18. Colon ou rectum
19. Vessie
20. Peau
21. Système Lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH009_AgeCond

Environ quel âge aviez-vous lorsqu'un médecin vous a informé pour la première fois que vous aviez [eu une attaque cardiaque ou tout autre problème cardiaque/de l'hypertension /un excès de cholestérol/eu un accident vasculaire cérébral ou une maladie cérébro-vasculaire/du diabète /un problème pulmonaire chronique/un cancer/un ulcère gastrique ou

duodéal/la maladie de Parkinson/de la cataracte/une fracture de la hanche ou du fémur/d'autres fractures/la maladie d'Alzheimer/des troubles affectifs ou émotionnels, tel que l'anxiété, problèmes nerveux ou problèmes psychiatriques /la polyarthrite rhumatoïde/de l'arthrose ou d'autres rhumatismes] ?

Section_PH.Section_PH_Health_B1.B_PHPreviousCon ditions

PH072_HadCondition

[Pour plusieurs raisons, nous aimerions savoir exactement ce qui s'est passé au cours des dernières années.] Depuis notre dernier entretien en ^FLLastInterviewMonthYear, avez-vous [eu une attaque cardiaque/eu un accident vasculaire cérébral ou été diagnostiqué atteint d'une maladie cérébro-vasculaire/été diagnostiqué atteint d'un cancer/souffert d'une fracture de la hanche] ?

1. Oui
5. Non

PH080_OrgCan

Quel organe ou quelle partie de votre corps est atteint ou a été atteint d'un cancer ?

^CodeAll

1. Cerveau
2. Cavité buccale
3. Larynx
4. Pharynx
5. Thyroïde
6. Poumon
7. Sein
8. Oesophage
9. Estomac
10. Foie
11. Pancréas
12. Rein
13. Prostate
14. Testicule
15. Ovaires
16. Col de l'utérus
17. Endomètre
18. Colon ou rectum

19. Vessie
20. Peau
21. Système lymphatique (Lymphome)
22. Sang (Leucémie)
97. Autre organe

PH076_YearCondition

En quelle année, avez-vous eu votre [dernière attaque cardiaque/dernier accident vasculaire cérébral ou votre dernier diagnostic d'une maladie cérébro-vasculaire/dernier cancer/dernière fracture de la hanche] ?

PH077_MonthCondition

En quel mois était-ce ?

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

PH071_HadConditionHowMany

Combien [d'attaques cardiaques/d'attaques cérébrales ou d'accidents vasculaires cérébraux/de cancers/de fractures de la hanche] avez-vous eu(e)s depuis que notre dernière interview en^FLLastInterviewMonthYear ?

1. 1
2. 2
3. 3 ou plus

Section_PH.Section_PH_Health_B2

PH041_UseGlasses

Portez-vous habituellement des lunettes ou des lentilles de contact?

Tout type de lunettes, y compris les lunettes utilisées uniquement pour lire.

1. Oui
5. Non

PH690_BifocGlasLenses

Quel type de lunettes ou de lentilles de contact portez-vous ?

^CodeAll ^ReadOut

1. Des verres bifocaux ou progressifs ou des lentilles de contact
2. Des lunettes de lecture ou des lentilles de contact (verres unifocaux)
3. Des lunettes de distance ou de lentilles de contact (verres unifocaux)
4. D'autres types de lunettes ou de lentilles de contact

PH043_EyeSightDist

Comment est votre vision de loin pour, par exemple, reconnaître un ami de l'autre côté de la rue [en utilisant des lunettes ou des lentilles de contact] ? Diriez-vous qu'elle est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH044_EyeSightPap

Comment est votre vision de près pour, par exemple, lire le journal [en utilisant des lunettes ou des lentilles de contact] ? Diriez-vous qu'elle est....

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH745_HaveHearingAid

Utilisez-vous un appareil de correction auditive ?

1. Oui
5. Non

PH045_UseHearingAid

Portez-vous habituellement un appareil de correction auditive ?

1. Oui
5. Non

PH046_Hearing

[Lorsque vous portez votre appareil de correction auditive,] votre ouïe est...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

PH048_HeADLa

Veillez consulter la CARTE [11].

Veillez me dire si vous rencontrez des difficultés à accomplir certaines des activités quotidiennes mentionnées sur cette carte. Ne tenez pas compte des difficultés passagères qui, selon vous, ne dépasseront pas trois mois.

Relancez le répondant : Rencontrez-vous d'autres difficultés ?

^CodeAll

1. Marcher 100 mètres
2. Rester assis(e) environ deux heures
3. Se lever d'une chaise après être resté(e) assis(e) pendant un long moment
4. Monter plusieurs escaliers sans se reposer
5. Monter un escalier sans se reposer
6. Se pencher, se mettre à genoux ou s'accroupir
7. Lever ou étendre les bras au-dessus du niveau des épaules
8. Tirer ou pousser des objets volumineux comme un fauteuil de salon
9. Soulever ou porter des poids de plus de 5 kilos, comme un gros sac de provisions
10. Saisir une petite pièce de monnaie posée sur une table
96. Aucune de ces difficultés

PH049_HeADLb

Veillez consulter la CARTE [12]. Veillez me dire si vous rencontrez des difficultés à accomplir certaines de ces activités, à cause d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire. Là encore, excluez les difficultés passagères qui, selon vous, ne dépasseront pas 3 mois.

Relancez le répondant : Rencontrez-vous d'autres difficultés ?

^CodeAll

1. S'habiller, y compris mettre ses chaussures et ses chaussettes
2. Se déplacer dans une pièce
3. Prendre un bain ou une douche
4. Manger, comme couper les aliments
5. Se mettre au lit ou se lever

6. Utiliser les toilettes, y compris s'y lever et s'y asseoir
7. Utiliser une carte/un plan pour se repérer dans un lieu inconnu
8. Préparer un repas chaud
9. Aller faire les courses
10. Passer des appels téléphoniques
11. Prendre des médicaments
12. Faire le ménage ou jardiner
13. Gérer son argent, par exemple, payer les factures et surveiller les dépenses
14. Quitter la maison seul et accéder aux services de transport
15. Laver son linge personnel
96. Aucune de ces situations

PH050_HelpAct

En pensant aux activités avec lesquelles vous avez eu des problèmes, quelqu'un vous a-t-il aidé pour ces activités ?

Incluez votre partenaire ou d'autres personnes de votre ménage

1. Oui
5. Non

PH051_HelpMeetsN

Diriez-vous que l'aide que vous recevez répond à vos besoins ?

^ReadOut

1. Toujours
2. En général
3. Parfois
4. Rarement

PH059_UseAids

Veillez consulter la CARTE [13]. Utilisez-vous l'un des articles figurant sur cette carte ?

Concernant le n°7, incluez uniquement les alarmes personnelles utilisées pour appeler de l'aide après une chute, etc.

1. Une canne ou un bâton de marche
2. Un déambulateur ou un marcheur
3. Une chaise roulante manuelle
4. Une chaise roulante électrique
5. Une poussette ou un scooter
6. Des couverts et ustensiles culinaires adaptés
7. Une alarme personnelle
8. Des barres d'appui, de soutien (pour faciliter les mouvements et déplacements)
9. Des toilettes surélevés, avec ou sans bras de soutien
10. Des serviettes pour incontinence
96. Aucun de ceux-ci
97. D'autres aides (précisez)

PH659_UseAidsOther

Quelles autres aides ?

Section_BR

BR001_EverSmokedDaily

Les questions qui suivent portent sur votre consommation de tabac et de boissons alcoolisées. Avez-vous déjà fumé quotidiennement des cigarettes, des cigares, des cigarillos ou la pipe pendant au moins un an ?

1. Oui
5. Non

BR002_StillSmoking

Fumez-vous actuellement ?

1. Oui
5. Non

BR003_HowManyYearsSmoked

Au total, [depuis/pendant] combien d'années [fumez-vous/avez-vous fumé] ?

N'incluez pas les périodes d'interruption.

Codez 1 si le répondant a fumé moins d'un an.

BR005_WhatSmoke

Que [fumez-vous/fumiez-vous avant d'arrêter] ?

Incluez les cigarettes "roulées". ^ReadOut ^CodeAll

1. Cigarettes
2. Pipe
3. Cigares ou cigarillos
4. Cigarettes électroniques avec de la nicotine

BR006_AmManCig

Combien de cigarettes [fumez-vous/fumiez-vous] en moyenne par jour ?

BR039_Drinklastsevendays

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée ?

1. Oui
5. Non

BR040_Drinklastsevendays

Veillez consulter la CARTE [14], qui montre les unités standards de boissons alcoolisées. Au cours des 7 derniers jours, quelle quantité de boissons alcoolisées avez-vous consommé au total ?

Veillez utiliser le fascicule et calculer avec le répondant le nombre d'unités d'alcool qu'il a consommé. Si aucune boisson alcoolisée, veuillez entrer ' 0 '. Arrondissez au nombre entier le plus proche (ne mettez pas de décimales).

BR623_SixOrMoreDrinks

Veillez consulter la carte [15].

Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous bu 6 unités ou plus de boissons alcoolisées lors de la même occasion ?

Les unités standard de boissons alcoolisées sont indiquées sur la carte précédente.

1. Tous les jours ou presque
2. Cinq ou six jours par semaine
3. Trois ou quatre jours par semaine
4. Une ou deux fois par semaine
5. Une ou deux fois par mois
6. Moins d'une fois par mois
7. Pas du tout au cours des 3 derniers mois

BR015_PartInVigSprtsAct

Nous aimerions mieux connaître les activités physiques que vous pratiquez dans votre vie quotidienne. À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant un effort physique important, comme du sport, des travaux domestiques intensifs ou un travail qui demande un effort physique ?

^ReadOut

1. Plusieurs fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. Une à trois fois par mois
4. Presque jamais ou jamais

BR016_ModSprtsAct

À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant des efforts physiques modérés, telles que jardiner, nettoyer la voiture ou se promener ?

^ReadOut

1. Plusieurs fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. Une à trois fois par mois
4. Presque jamais ou jamais

BR026_DairyProd

Veuillez consulter la CARTE [16]. Lors d'une semaine normale, combien de fois consommez-vous des produits laitiers tels qu'un verre de lait, du fromage, un pot de yaourt ou une portion de complément protéiné ?

1. Tous les jours
2. Trois à six fois par semaine
3. Deux fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine

BR027_LegumesEggs

(Veuillez consulter la carte [16].)

Au cours d'une semaine normale, combien de fois consommez-vous des légumineuses (pois, lentilles, fèves...) ou des œufs ?

1. Tous les jours
2. Trois à six fois par semaine
3. Deux fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine

BR028_MeatWeek

(Veuillez consulter la carte [16].)

Au cours d'une semaine normale, combien de fois consommez-vous de la viande, du poisson ou de la volaille ?

1. Tous les jours
2. Trois à six fois par semaine
3. Deux fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine

BR029_FruitsVegWeek

(Veuillez consulter la carte [16].)

Au cours d'une semaine normale, combien de fois consommez-vous des fruits ou des légumes ?

1. Tous les jours
2. Trois à six fois par semaine
3. Deux fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine

BR033_MeatAfford

Diriez-vous que vous ne mangez pas plus souvent de viande, de poisson ou de volaille parce que...

^ReadOut ; Si le répondant est végétalien, fruitarien ou suit un autre type de régime alimentaire sans viande, poisson ou volaille, veuillez coder la réponse "3".

1. Vous ne pouvez pas vous permettre d'en manger plus souvent

3. Vous suivez un régime végétalien, fruitarien ou autre

97. Pour d'autres raisons

BR017_IntCheck

QUI A RÉPONDU AUX QUESTIONS DE CETTE SECTION ?

1. Seulement le répondant

2. Le répondant et un proxy

3. Seulement un proxy

Section_CF

CF019_CFInstruct

La partie suivante concerne les tests cognitifs. Assurez-vous qu'aucune tierce personne ne soit présente pendant que vous complétez cette partie. Début d'une partie où l'aide d'un proche n'est pas admise. Aucune aide n'est autorisée. Si le répondant est incapable de répondre seul à ces questions, appuyez simultanément sur CTRL-K pour chaque question.

1. Continuez

CF001_SRRRead

Je vais maintenant vous poser des questions sur vos aptitudes à lire et à écrire. Dans votre vie quotidienne, comment évaluez-vous vos aptitudes à lire ? Diriez-vous qu'elles sont...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

CF002_SRWrite

Dans votre vie quotidienne, comment évaluez-vous vos aptitudes à écrire ? Diriez-vous qu'elles sont...

^ReadOut

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

CF003_DateDay

Une partie de cette étude porte sur la mémoire ET les aptitudes de concentration des individus. Je vais commencer par vous demander la date d'aujourd'hui. Quel jour du mois sommes-nous ?

Indiquez si le jour du mois (^FLDAY) est correctement donné.

1. Le jour du mois est correct
2. Le jour du mois est incorrect / Le répondant ne sait pas

CF004_DateMonth

Quel mois sommes-nous ?

Indiquez si le mois (^FLMONTH) est correctement donné.

1. Le mois donné est correct
2. Le mois donné est incorrect / Le répondant ne sait pas

CF005_DateYear

En quelle année sommes-nous ?

Indiquez si l'année (^FLYear) est correctement donnée

1. L'année donnée est correcte
2. L'année donnée est incorrecte / Le répondant ne sait pas

CF006_DayWeek

Pouvez-vous me dire quel jour de la semaine nous sommes ?

La réponse correcte est : (^FLTODay)

1. Le jour de la semaine donné est correct
2. Le jour de la semaine donné est incorrect / Le répondant ne sait pas

CF103_Memory

Comment qualifieriez-vous votre mémoire en ce moment ? Diriez-vous qu'elle est excellente, très bonne, bonne, acceptable ou mauvaise ?

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

CF820_MemoryChange

Comparé à ^FLLastInterviewMonthYear, diriez-vous que votre mémoire est à présent meilleure, plus ou moins la même, ou moins bonne qu'à cette époque ?

1. Meilleure
2. Plus ou moins la même
3. Moins bonne

CF007_Learn1Intro

Je vais maintenant vous lire une liste de mots qui sont affichés à l'écran de mon ordinateur. Elle est volontairement assez longue pour qu'il soit difficile de se souvenir de tous les mots. La plupart des gens ne se rappellent que de quelques mots. Merci d'écouter attentivement, car la liste de mots ne pourra pas être répétée. Quand j'aurai terminé, je vous demanderai de me dire à voix haute tous les mots dont vous vous souviendrez, dans n'importe quel ordre. Cette consigne est-elle assez claire ou voulez-vous que je la répète ?

Ayez le fascicule d'enregistrement à portée de main.

1. Continuez

CF101_Learn1

Prêt(e) ?

Attendez que les mots apparaissent à l'écran.

Cochez les mots cités par le répondant.

Laissez au répondant jusqu'à une minute de réflexion.

Indiquez uniquement les mots correctement répétés par le répondant.

1. Commencez le test

CF102_Learn1

^FLMedia

1. Continuez

CF104_Learn1

A présent, veuillez me dire tous les mots que vous pouvez vous rappeler.

1. Hôtel

2. Rivière

3. Arbre

4. Peau

5. Or

6. Marché

7. Papier

8. Enfant

9. Roi

10. Livre

96. Aucun

CF105_Learn1

A présent, veuillez me dire tous les mots que vous pouvez vous rappeler.

1. Ciel
2. Océan
3. Drapeau
4. Dollar
5. Epouse
6. Machine
7. Maison
8. Terre
9. Université
10. Beurre
96. Aucun

CF106_Learn1

A présent, veuillez me dire tous les mots que vous pouvez vous rappeler.

1. Femme
2. Rocher
3. Sang
4. Coin
5. Chaussures
6. Lettre
7. Fille
8. Maison
9. Vallée
10. Moteur
96. Aucun

CF107_Learn1

A présent, veuillez me dire tous les mots que vous pouvez vous rappeler.

1. Eau
2. Eglise
3. Docteur
4. Palais
5. Feu
6. Jardin
7. Mer
8. Village
9. Bébé
10. Table
96. Aucun

CF009_VerbFluIntro

J'aimerais à présent que vous me donniez autant de noms d'animaux que vous pouvez. Vous disposez d'une minute. Prêt ? Allez-y !

Accordez très précisément 1 minute. Si la personne s'arrête avant la fin du délai imparti (accordé), encouragez-la à trouver d'autres noms. Si elle reste silencieuse pendant 15 secondes, répétez l'instruction de base ("Je voudrais que vous me donniez autant de noms d'animaux que vous pouvez"). En cas de répétition de l'instruction, ne pas accorder de délai supplémentaire.

1. Continuez

CF810_AnimalsVideo

^FLMedia2

Le score correspond à la somme de tous les noms d'animaux considérés comme valables. Toutes les espèces du règne animal, réel ou mythique, sont considérées comme correctes, exception faites des répétitions et des noms propres. Sont également considérés comme corrects, les noms d'espèces et les différentes races au sein d'une espèce : le nom du mâle, de la femelle et de la progéniture au sein des espèces sont acceptés.

1. Continuez

CF010_Animals

Le score correspond à la somme de tous les noms d'animaux considérés comme valables. Toutes les espèces du monde animal, réel ou mythique, sont considérées comme correctes, à l'exception des répétitions et des noms propres. Sont également considérés comme corrects, les noms d'espèces et les différentes races au sein d'une espèce : le nom du mâle, de la femelle et de la progéniture au sein des espèces sont acceptés.

Entrez le nombre d'animaux (0 .. 100)

CF011_IntroNum

J'aimerais à présent vous poser quelques questions sur la façon dont vous maniez les chiffres dans la vie de tous les jours.

Si nécessaire, encouragez le répondant à essayer de répondre à chacune des questions de calcul.

1. Continuez

CF012_NumDis

Si le risque de contracter une maladie est de 10 pour cent, sur 1.000 (mille) personnes, combien risquent de contracter cette maladie ?

Ne pas lire les réponses à voix haute !

1. 100

2. 10

3. 90

4. 900

97. Autre réponse

CF013_NumHalfPrice

En période de soldes, un magasin vend tous ses articles à moitié prix. Avant les soldes, un canapé coûte 300 FLCurr. Combien coûtera-t-il en soldes ?

Ne pas lire les réponses à voix haute !

1. 150 ^FLCurr
2. 600 ^FLCurr
97. Autre réponse

CF014_NumCar

Un vendeur de voitures d'occasion vend une voiture à 6.000 FLCurr. Ce prix représente les deux-tiers du prix de la voiture neuve. Combien valait la voiture neuve ?

Ne pas lire les réponses à voix haute !

Le répondant ne devrait pas pouvoir utiliser du papier et un crayon.

1. 9.000 ^FLCurr
2. 4.000 ^FLCurr
3. 8.000 ^FLCurr
4. 12.000 ^FLCurr
5. 18.000 ^FLCurr
97. Autre réponse

CF015_Savings

Supposons que vous ayez 2.000 FLCurr sur un compte d'épargne. Ce compte vous rapporte un intérêt de dix pour cent par an. Combien aurez-vous sur votre compte au bout de deux ans ?

Ne pas lire les réponses à voix haute !

1. 2.420 ^FLCurr
2. 2.020 ^FLCurr
3. 2.040 ^FLCurr
4. 2.100 ^FLCurr
5. 2.200 ^FLCurr
6. 2.400 ^FLCurr
97. Autre réponse

CF108_Serial

Nous allons maintenant effectuer quelques soustractions. Cent moins 7 est égal à ?

Papier et crayon ne peuvent pas être utilisés par le répondant. Si le répondant rajoute 7, vous pouvez répéter la question.

CF109_Serial

Si je retire de nouveau 7 du résultat ?

Ceci est la 2ème soustraction.

CF110_Serial

De nouveau, retirez 7 du résultat.

Ceci est la 3ème soustraction.

CF111_Serial

De nouveau, retirez 7 du résultat.

Ceci est la 4ème soustraction.

CF112_Serial

De nouveau, retirez 7 du résultat.

Ceci est la 5ème soustraction.

CF113_Learn4

Il y a quelques temps, je vous ai lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Veuillez me dire les mots dont vous vous souvenez maintenant ?

Ecrivez sur le fascicule les mots cités par le répondant. Laissez au répondant jusqu'à une minute pour se rappeler les mots. Cochez à l'écran les mots correctement cités par le répondant.

1. Hôtel
2. Rivière
3. Arbre
4. Peau
5. Or
6. Marché
7. Papier
8. Enfant
9. Roi
10. Livre
96. Aucun

CF114_Learn4

Il y a quelques temps, je vous ai lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Veuillez me dire les mots dont vous pouvez vous souvenir maintenant ?

Ecrivez sur le fascicule les mots cités par le répondant. Laissez au répondant jusqu'à une minute pour se rappeler les mots. Cochez à l'écran les mots correctement cités par le répondant.

1. Ciel
2. Océan
3. Drapeau
4. Dollar
5. Epouse
6. Machine
7. Maison
8. Terre
9. Université
10. Beurre
96. Aucun

CF115_Learn4

Il y a quelques temps, je vous ai lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Veuillez me dire les mots dont vous pouvez vous souvenir maintenant ?

Ecrivez sur le fascicule les mots cités par le répondant. Laissez au répondant jusqu'à une minute pour se rappeler les mots. Cochez à l'écran les mots correctement cités par le répondant.

1. Femme
2. Rocher
3. Sang
4. Coin
5. Chaussures
6. Lettre
7. Fille
8. Maison
9. Vallée
10. Moteur
96. Aucun

CF116_Learn4

Il y a quelques temps, je vous ai lu une liste de mots et vous avez répété ceux dont vous vous souveniez. Veuillez me dire les mots dont vous pouvez vous souvenir maintenant ?

Ecrivez sur le fascicule les mots cités par le répondant. Laissez au répondant jusqu'à une minute pour se rappeler les mots. Cochez à l'écran les mots correctement cités par le répondant.

1. Eau
2. Eglise
3. Docteur
4. Palais
5. Feu
6. Jardin
7. Mer
8. Village
9. Bébé
10. Table
96. Aucun

CF821_CountingBackIntro1

Pour la question suivante, veuillez essayer de compter à rebours aussi vite que vous pourrez à partir du nombre que je vais vous donner. Je vous dirai quand vous pourrez vous arrêter.

Veuillez commencer à partir du nombre : 20.

Cliquez sur "1. Continuez" dès que vous énoncez le nombre.

1. Continuez

CF822_CountingBackTrial1

Cliquez sur "1. Continuez" dès que le répondant a énoncé 10 nombres, ou s'arrête, ou demande à recommencer.

1. Continuez

CF823_CountingBackStop1

Vous pouvez arrêter maintenant. Je vous remercie.

Codez « Correct » si le répondant a compté à rebours de 19 à 10 ou de 20 à 11 sans erreur.

Permettez au répondant de recommencer [s'il/si elle] le souhaite.

1. Correct
5. Incorrect
6. Le répondant veut recommencer le test

CF824_CountingBackIntro2

Essayons à nouveau.

Le nombre à partir duquel vous devez compter à rebours est : 20.

Cliquez sur "1. Continuer" dès que vous énoncez le nombre.

CF825_CountingBackTrial2

Cliquez sur "1. Continuez" dès que le répondant a décompté 10 nombres, ou s'arrête.

CF826_CountingBackStop2

Vous pouvez vous arrêter. Je vous remercie.

Codez "Correct" si le répondant à compter à rebours de 19 à 10 ou de 20 à 11 sans erreur.

- 1. Correct
- 5. Incorrect

CF827_ObjectScissors

Maintenant, je vais vous demander de nommer des personnes ou des objets à partir d'une définition.

Qu'est-ce que les gens utilisent habituellement pour couper du papier ?

Acceptez les réponses qui seraient correctes dans votre région.

- 1. Réponse correcte (des ciseaux)
- 5. Incorrect

CF828_ObjectCactus

Comment appelez-vous le genre de plantes à épines qui poussent dans le désert ?

Acceptez les réponses qui seraient correctes dans votre région.

- 1. Réponse correcte (cactus ou une variété de cactus)
- 5. Incorrect

CF829_ObjectPharmacy

Dans quel endroit les gens achètent-ils généralement leurs médicaments ?

Acceptez les réponses qui seraient correctes dans votre région.

1. Réponse correcte (pharmacie, etc.)
5. Réponse incorrecte

CF830_DrawInfinity

Veillez consulter la Carte [17]. J'aimerais que vous recopiez cette figure.

Choisissez une page vierge dans le fascicule d'enregistrement et passez le fascicule au répondant.

Le répondant peut corriger ses erreurs pendant qu'il dessine. Si le répondant n'apprécie pas le premier dessin et souhaite le refaire, vous pouvez l'autoriser et vous évaluez ce deuxième dessin.

Evaluation : La copie de la figure est correcte si les deux boucles du symbole se croisent en un point et ne ressemblent pas à deux cercles.

1. La copie est correcte ^img_infinity_correct_copy
5. La copie est incorrecte ^img_infinity_incorrect_copy
7. Le répondant ne peut pas dessiner à cause de limitations physiques (mains tremblantes, mauvaise vue, etc.)

CF831_DrawCube

Veillez consulter la Carte [18].

Veillez à présent recopier cette nouvelle figure.

Choisissez une nouvelle page vierge dans le fascicule d'enregistrement et passez le fascicule au répondant.

Le répondant peut corriger ses erreurs pendant qu'il dessine. Si le répondant n'apprécie pas le premier dessin et souhaite le refaire, vous pouvez l'autoriser et vous évaluez ce deuxième dessin.

1. Le dessin est entièrement correct. Le cube a 12 arrêtes (les proportions peuvent être imparfaites) ^img_cube_score_2
2. Le dessin est partiellement correct. Le cube a moins de 12 arrêtes, mais la forme générale du cube est respectée ^img_cube_score_1
5. Le dessin est incorrect
7. Le répondant ne peut pas dessiner à cause de limitations physiques (mains tremblantes, mauvaise vue, etc.)

CF832_DrawClockFaceIntro

Veillez à présent dessiner une horloge avec ses chiffres, mais sans les aiguilles pour le moment.

Choisissez une nouvelle page vierge dans le fascicule d'enregistrement et passez le fascicule au répondant.

Cliquez sur "1. Continuez" quand le répondant a terminé de dessiner l'horloge ou quand il s'arrête. Le répondant peut corriger ses erreurs pendant qu'il dessine. Si le répondant n'apprécie pas le premier dessin et souhaite le refaire, vous pouvez l'autoriser et vous évaluez ce deuxième dessin.

1. Continuez

CF833_DrawClockFaceAllCorrect

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

Le dessin comprend-il un cercle relativement correct et les 12 chiffres sont-ils bien répartis dans ce cercle ?

Exemple de dessin correct : ^img_clockface_allright

1. Oui

5. Non

7. Le répondant ne peut pas dessiner à cause de limitations physiques (mains tremblantes, mauvaise vue, etc.)

CF834_DrawClockFace_12

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

Est-ce que les 12 chiffres sont tous représentés ? Ce n'est pas important s'ils sont mal répartis sur le cercle ou s'ils sont hors du cercle.

Exemple de dessin correct : ^img_clockface_12incl

1. Oui

5. Non

CF835_DrawClockFace_Circle

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

Le cercle est-il à peu près bien dessiné ?

1. Oui
5. Non

CF836_DrawClockHands

Veuillez à présent dessiner les aiguilles placées à 5h10.

Cliquez sur "1. Continuez" lorsque les aiguilles sont dessinées ou quand le répondant s'arrête.

1. Continuez

CF837_DrawClockHandsAllCorrect

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

Les deux aiguilles sont-elles bien dessinées ? C'est-à-dire : ont-elles des longueurs différentes et sont-elles placées sur les bons chiffres (5h10) ?

Vous pouvez demander quelle est la petite (heures) et la grande (minutes) aiguille si ce n'est pas clair.

Exemples de dessins corrects : `^img_clockface_handscorrect`

1. Oui
5. Non

CF838_DrawClockHands2Hands_LengthIncorrect

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

Les deux aiguilles sont-elles placées sur les bons chiffres mais leur longueur est inversée ? (heures et minutes inversées)

1. Oui
5. Non

CF839_DrawClockHands1HandCorrect

NE PAS LIRE A VOIX HAUTE : Veuillez évaluer :

L'une des deux aiguilles est-elle correctement placée et dessinée avec la longueur adéquate ?

Ce n'est pas important si la 2ème aiguille n'est pas représentée ou n'est pas bien dessinée.

Exemples de dessins corrects : ^img_clockface_1handcorrect_1_3

1. Oui
5. Non

CF017_Factors

Y a-t-il des facteurs qui ont pu nuire aux performances du répondant pendant les tests ? Si vous voulez apporter un commentaire, faites CTRL+M.

1. Oui
5. Non

CF018_IntCheck

VÉRIFIÉE : Qui était présent durant cette section ?

^CodeAll

1. Seulement le répondant
2. Epoux / épouse / partenaire présent
3. Enfant(s) présent(s)
4. Autre(s) personne(s) présente(s)

CF719_EndNonProxy

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Le répondant
2. Section non renseignée (interview proxy)

CF840_ProxyIntro

Veillez-vous adresser au proxy (représentant du répondant) et lui poser directement les questions relatives aux fonctions cognitives du répondant.

Le proxy doit répondre en privé aux questions suivantes, c'est-à-dire sans la présence du répondant ou de toute autre personne.

Cette section prendra environ 2 minutes.

1. Continuez

CF841_ProxyMemory

J'aimerais à présent vous poser quelques questions (en tant que proxy/représentant du répondant).

Dans cette étude, nous nous intéressons à la mémoire des personnes et à leur capacité de réflexion en général.

Tout d'abord, comment évalueriez-vous la mémoire de ^FLRespondentName actuellement ?

Diriez-vous qu'elle est excellente, très bonne, bonne, acceptable ou mauvaise ?

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Acceptable
5. Mauvaise

CF842_ProxyMemoryChange

Comparé à il y a deux ans, diriez-vous que la mémoire de ^FLRespondentName est meilleure, plus ou moins la même, ou moins bonne maintenant qu'à cette époque ?

1. Meilleure
2. Plus ou moins la même
3. Moins bonne

CF843_ProxyMemoryFamily

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :

Se souvenir de choses relatives à la famille et aux amis, telles que leurs activités, leurs anniversaires et leurs adresses ?

Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF844_ProxyMemoryEvents

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :

Se souvenir de choses qui sont arrivées récemment ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF845_ProxyMemoryConversations

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :

Se rappeler de conversations tenues quelques jours auparavant ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?)

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF846_ProxyMemoryDate

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :

Donner la date (le jour et le mois) lorsqu'on la lui demande ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?)

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF847_ProxyMemoryLearning

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :

Apprendre de nouvelles choses en général ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?)

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF848_ProxyMemoryDecisions

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName est-il/elle capable de :
Gérer l'argent pour faire des courses ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?)

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF849_ProxyMemoryFinances

Comparé à il y a deux ans, dans quelle mesure ^FLRespondentName [est-il/est-elle]
capable de :

Gérer ses affaires financières, c'est-à-dire sa pension de retraite ou les relations avec sa
banque ?

(Selon vous, est-ce-que cela s'est amélioré, n'a pas vraiment changé ou s'est dégradé ?)

1. Cela s'est amélioré
2. Cela n'a pas vraiment changé
3. Cela s'est dégradé
4. Cela ne s'applique pas, le répondant n'a jamais été confronté à cette situation

CF850_ProxyGettingLost

Maintenant, (en pensant à certains comportements récents), lui arrive-t- [il/elle] de se perdre
dans un environnement familier ?

1. Oui
5. Non

CF851_ProxyWanderOff

Lui arrive-t- [il/elle] d'aller se promener et ne pas pouvoir revenir par ses propres moyens ?

1. Oui
5. Non

CF852_ProxyLeftAlone

Peut- [il être laissé seul/elle être laissée seule] pendant environ une heure ?

1. Oui
5. Non

CF853_ProxyNonExisting

Est-ce [qu'il/qu'elle] a déjà vu ou entendu des choses qui ne sont pas vraiment là ?

1. Oui
5. Non

CF854_End_proxy

Ceci marque la fin des questions posées en privé au proxy (représentant du répondant).

1. Continuez

CF855_Who_present

Vérifiez qui était présent durant cette section en plus du proxy (représentant du répondant).

^CodeAll

1. Le PROXY était seul
2. Le répondant était présent
3. Le partenaire était présent
4. Un ou plusieurs enfants étaient présents
5. Autre(s) personne(s) présente(s)

Section_MH

MH001_Intro

Nous avons déjà parlé de votre état de santé physique. Nous allons maintenant parler de votre santé émotionnelle ou bien-être - autrement dit, comment vous vivez les événements qui se produisent autour de vous.

Début d'une section sans proxy. Aucun proxy n'est autorisé. Si le répondant n'est pas présent ou incapable de participer, appuyez simultanément sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

MH002_Depression

Au cours du mois dernier, vous est-il arrivé de vous sentir triste ou déprimé ?

Si le participant vous demande des précisions, dire que par « triste ou déprimé », on entend malheureux, sans énergie, mal dans sa peau ou avec du vague à l'âme.

1. Oui
5. Non

MH003_Hopes

Quels sont vos espoirs pour l'avenir ?

Notez seulement si des espoirs sont mentionnés.

1. Espoir(s) mentionné(s)
2. Pas d'espoir mentionné

MH004_WishDeath

Au cours du mois dernier, vous êtes-vous dit que vous préféreriez ne plus être en vie ?

1. Mention d'envies suicidaires ou de désir de mort
2. Aucun sentiment de ce type

MH005_Guilt

Avez-vous tendance à vous faire des reproches ou à vous sentir coupable pour n'importe quoi ?

1. Culpabilisation ou autocritique excessive évidente
2. Aucun sentiment de ce type
3. Culpabilisation ou autocritique, sans qu'il apparaisse clairement que ce soit excessif

MH006_BlameForWhat

A quels sujets vous faites-vous des reproches ?

Note - Codez 1 uniquement pour un sentiment de culpabilité excessif, c'est-à-dire clairement disproportionné par rapport aux circonstances. Le motif sera souvent minime, voire inexistant. Pour une culpabilité justifiée ou appropriée, cochez la réponse 2.

1. Le ou les exemples donnés constituent une autocritique ou une culpabilisation excessive.
2. Le ou les exemples donnés ne constituent pas une autocritique ou une culpabilisation excessive, ou ce fait n'apparaît pas clairement

MH007_Sleep

Avez-vous eu des troubles du sommeil récemment ?

1. Troubles du sommeil ou changement de rythme récent
2. Pas de troubles du sommeil

MH008_Interest

Au cours du mois dernier, quel intérêt avez-vous porté à ce qui vous entoure ?

1. Mentionne moins d'intérêt que d'habitude
2. Ne mentionne pas de perte d'intérêt
3. Réponse imprécise ou non codable

MH009_KeepUpInt

Plus précisément, conservez-vous vos centres d'intérêt habituels ?

1. Oui
5. Non

MH010_Irritability

Avez-vous été irritable récemment ?

1. Oui
5. Non

MH011_Appetite

Quel a été votre appétit au cours du mois dernier ?

1. Diminution de l'appétit
2. Pas de diminution de l'appétit
3. Réponse imprécise ou non codable

MH012_EatMoreLess

Avez-vous mangé plus ou moins que d'habitude ?

1. Moins
2. Plus
3. Ni plus, ni moins

MH013_Fatigue

Au cours du mois dernier, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?

1. Oui
5. Non

MH014_ConcEnter

Quelles sont vos facultés de concentration ? Pouvez-vous, par exemple, vous concentrer sur une émission de télévision, un film ou une émission de radio ?

1. Difficulté à se concentrer sur un programme
2. Pas de difficulté mentionnée

MH015_ConcRead

Pouvez-vous vous concentrer sur ce que vous lisez ?

1. Difficulté à se concentrer sur la lecture
2. Pas de difficulté mentionnée

MH016_Enjoyment

Qu'avez-vous pris plaisir à faire récemment ?

1. N'arrive pas à mentionner d'activité lui ayant procuré du plaisir
2. Mentionne ne serait-ce qu'UN PEU de plaisir retiré d'une activité

MH017_Tear

Au cours du mois dernier, vous est-il arrivé de pleurer ?

1. Oui
5. Non

MH032_EndNonProxy

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Le répondant
2. Section non renseignée (interview proxy)

MH033_Intro

Je vais maintenant vous lire quelques phrases et j'aimerais que vous m'indiquiez à quelle fréquence vous avez ressenti ce que je vais vous décrire : souvent, parfois, jamais ou presque jamais.

1. Continuez

MH034_companionship

A quelle fréquence avez-vous l'impression de manquer de compagnie ?

^ReadOut

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais ou presque jamais

MH035_LeftOut

A quelle fréquence vous sentez-vous délaissé(e) ?

Répétez si nécessaire

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais ou presque jamais

MH036_Isolated

A quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) à l'écart (isolé) des autres ?

Répétez si nécessaire

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais ou presque jamais

MH037_lonely

A quelle fréquence vous sentez-vous seul(e) ?

Répétez si nécessaire

1. Souvent
2. Parfois
3. Jamais ou presque jamais

Section_HC

HC801_Intro

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos visites chez le médecin et sur votre assurance maladie.

1. Continuez

HC125_Satisfaction_with_Insurance

Commençons avec votre assurance maladie. D'une manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de la couverture de votre assurance maladie de base ? Êtes-vous...

^ReadOut

1. Très satisfait(e)
2. Plutôt satisfait(e)
3. Plutôt insatisfait(e)
4. Très insatisfait(e)

HC113_SuppHealthInsurance

Avez-vous une assurance maladie complémentaire, c'est-à-dire une assurance qui paie pour des services qui ne sont pas couverts par votre sécurité sociale de base ? Ces services peuvent être des services aux patients hospitalisés, des examens, des visites, des soins dentaires, d'autres traitements ou médicaments.

1. Oui
5. Non

HC116_LongTermCareInsurance

Avez-vous une assurance dépendance, publique (légale) ou privée ?

^ReadOut ^CodeAll Si ce n'est pas clair, expliquez : Une assurance dépendance aide à couvrir les frais des soins de longue durée. En général, cela couvre les soins à domicile, l'aide à domicile, les foyers de jours, les soins de recouvrement, les soins palliatifs et l'hébergement en maison de soins/maison de retraite (CIPA). Tous les résidents doivent cotiser à l'assurance dépendance publique donc tout le monde devrait au moins répondre 1. Publique obligatoire. Au Luxembourg, il ne devrait pas y avoir d'assurance dépendance privée obligatoire (code 2), mais cela pourrait concerner des immigrants.

1. Publique obligatoire (légale)
2. Privée obligatoire
3. Privée volontaire/complémentaire
96. Aucune

HC602_STtoMDoctor

Durant les douze derniers mois, c'est-à-dire depuis ^FLLastYearMonth, combien de fois au total avez-vous consulté ou parlé avec un médecin ou une infirmière qualifiée au sujet de votre santé ?

Veuillez exclure les soins dentaires et les séjours à l'hôpital, mais prenez en compte les visites aux urgences ou les consultations externes à l'hôpital.

Veuillez également compter les contacts par téléphone ou par d'autres moyens, y compris ceux effectués en votre nom par un proche.

HC876_ContactsGP

Combien de ces consultations ou contacts étaient avec votre médecin de famille un médecin généraliste ?

Les médecins généralistes sont des médecins de premiers recours, qui traitent toutes les maladies aiguës et chroniques, et chez lesquels les gens se rendent généralement en premier lieu lorsqu'ils sont malades.

Veuillez également compter les contacts par téléphone ou par d'autres moyens, y compris ceux effectués en votre nom par un proche.

HC877_ContactsSpecialist

Combien de ces contacts étaient avec un médecin spécialiste ? Veuillez exclure les soins dentaires et les visites aux urgences ?

Les médecins spécialistes peuvent être par exemple : ophtalmologiste, gynécologue, cardiologue, psychiatre, rhumatologue, orthopédiste, ORL, gériatre, neurologue, gastro-entérologue, radiologue...

Veuillez également compter les contacts par téléphone ou par d'autres moyens, y compris ceux effectués en votre nom par un proche.

HC884_Flu

Au cours de l'année passée, c'est à dire depuis ^FLLastYearMonth, avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC885_EyeExam

Au cours des deux dernières années, c'est à dire depuis ^FLTwoYearsBackMonth, avez-vous effectué un examen des yeux chez un spécialiste, tel qu'un ophtalmologue ou un optométriste ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC886_Mammogram

Au cours des deux dernières années, c'est à dire depuis ^FLTwoYearsBackMonth, avez-vous effectué une mammographie (radiographie du sein) ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC887_ColonCancerScreening

Certains médecins effectuent des examens de dépistage du cancer du côlon, tels que la détection de sang invisible à l'oeil nu dans les selles, des sigmoïdoscopies ou des coloscopies.

Au cours des deux dernières années, c'est à dire depuis ^FLTwoYearsBackMonth, avez-vous effectué l'un de ces examens ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC010_SNaDentist

Durant les douze derniers mois, c'est-à-dire depuis ^FLLastYearMonth, avez-vous vu un dentiste ou un hygiéniste dentaire ?

Incluez les visites pour des contrôles de routine, pour les prothèses dentaires et les consultations de stomatologie/orthodontie.

- 1. Oui
- 5. Non

HC012_PTinHos

Au cours des douze derniers mois, c'est-à-dire depuis ^FLLastYearMonth, avez-vous passé au moins une nuit à l'hôpital ? Prenez-en compte les séjours en service de médecine, de chirurgie, de psychiatrie ou tout autre service spécialisé.

- 1. Oui
- 5. Non

HC013_TiminHos

Combien de fois avez-vous été hospitalisé au moins une nuit au cours des 12 derniers mois ?

Ne comptez que les séjours distincts.

HC888_TypeHos

S'agissait-il d'une hospitalisation planifiée, d'une hospitalisation en urgence ou des deux ?

1. Hospitalisation planifiée
2. Hospitalisation en urgence

HC890_TypeHosSeveral

Ces séjours à l'hôpital étaient-ils tous planifiés, ou tous des urgences, ou une combinaison des deux ?

1. Hospitalisation planifiée
2. Hospitalisations en urgence
3. Une combinaison des deux

HC014_TotNightsinPT

Quel est le nombre total de nuits que vous avez passées à l'hôpital au cours des 12 derniers mois ?

HC064_InOthInstLast12Mon

Durant les douze derniers mois, avez-vous séjourné une nuit dans un établissement de santé autre qu'un hôpital, par exemple dans un centre de rééducation ou de convalescence, etc. ? Veuillez ne pas inclure les séjours dans des maisons de soins/maisons de retraite (CIPA).

1. Oui
5. Non

HC066_TotNightStayOthInst

Combien de nuits en tout avez-vous passées dans un établissement autre qu'un hôpital ou une maison de soins/maison de retraite (CIPA) au cours des 12 derniers mois ?

HC841_ForgoCareCost

Veillez consulter la carte [19].

Durant les douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer à certains types de soins à cause du coût, et si oui, lesquels ?

^CodeAll

1. Soins délivrés par médecin généraliste
2. Soins délivrés par un médecin spécialiste
3. Médicaments
4. Soins dentaires
5. Soins optiques
6. Soins à domicile
7. Aide à domicile (rémunérée)
- 96. Aucun de ceux-ci
97. Autre soin non mentionné sur cette liste

HC843_ForgoCareUnav

Veillez consulter la carte [19].

Durant les douze derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer à certains soins car ils n'étaient pas disponibles ou difficilement accessibles, et si oui, lesquels ?

^CodeAll

Expliquez : "Disponible" ou "facilement accessible" signifie raisonnablement proche du domicile, ouvert à des heures normales et avec des délais d'attente raisonnables pour obtenir un rendez-vous (du point de vue du répondant).

1. Soins délivrés par médecin généraliste
2. Soins délivrés par un médecin spécialiste
3. Médicaments
4. Soins dentaires
5. Soins optiques
6. Soins à domicile
7. Aide à domicile (rémunérée)
- 96. Aucun de ceux-ci
97. Autre soin non mentionné sur cette liste

HC889_HealthLiteracy

A quelle fréquence avez-vous besoin qu'une personne vous aide pour lire une ordonnance, une notice ou tout autre document écrit remis par votre médecin ou votre pharmacien ?

1. Toujours
2. Souvent
3. Parfois
4. Rarement
5. Jamais

HC127_AtHomeCare

Nous avons déjà parlé des difficultés que vous pourriez avoir pour différentes activités à cause d'un problème de santé. Veuillez consulter la CARTE [20]. Durant les douze derniers mois, c'est-à-dire depuis ^FLLastYearMonth, avez-vous reçu à la maison l'aide d'un professionnel ou de l'un des services payants mentionnés sur cette carte en raison d'un problème d'ordre physique, mental, émotionnel ou de mémoire ?

^CodeAll

1. Aide pour des @Bsoins personnels@B (par exemple, se coucher ou se lever, s'habiller, se laver)
2. Aide pour des @Btâches domestiques@B (par exemple, ménage, repassage, cuisine)
3. @BRepas à domicile@B (par exemple, repas préparés fournis par la commune ou un fournisseur privé)
4. Aide pour d'autres activités (par exemple, prise de médicaments)
96. Rien de tout cela

HC033_WksNursCare

Au cours des douze derniers mois, pendant combien de semaines avez-vous reçu de l'aide d'un professionnel ou des soins personnels rémunérés à domicile ?

Comptez 4 semaines pour chaque mois complet ; comptez 1 pour une semaine partielle.

Il s'agit du nombre de semaines au cours desquelles le répondant a reçu de l'aide ou des soins à domicile de la part d'un professionnel.

HC034_HrsNursCare

En moyenne, combien d'heures par semaine avez-vous reçu de l'aide d'un professionnel ou des soins personnels rémunérés à domicile ?

Arrondissez à un nombre d'heures entier.

Il s'agit du nombre d'heures durant lesquelles le répondant a reçu de l'aide ou des soins à domicile de la part d'un professionnel

HC035_WksDomHelp

Au cours des douze derniers mois, pendant combien de semaines avez-vous reçu l'aide d'un professionnel ou payé une aide pour les tâches domestiques à la maison (car vous ne pouviez pas les effectuer vous-même en raison de problèmes de santé) ?

Comptez 4 semaines pour chaque mois complet ; comptez 1 pour une semaine partielle.

Il s'agit du nombre de semaines au cours desquelles le répondant a reçu une aide à domicile de la part d'un professionnel.

HC036_HrsDomHelp

En moyenne, pendant combien d'heures par semaine avez-vous reçu ce professionnel ou cette aide payante ?

Arrondissez à un nombre d'heures entier.

Il s'agit du nombre d'heures durant lesquelles le répondant a reçu une aide à domicile de la part d'un professionnel

HC037_WksMoW

Au cours des douze derniers mois, pendant combien de semaines avez-vous reçu des repas à domicile, parce que vous ne pouviez pas préparer vos repas en raison de problèmes de santé ?

(Repas à domicile : repas préparés et fournis par la commune ou un fournisseur privé)

Comptez 4 semaines pour chaque mois complet.

Il s'agit du nombre de semaines au cours desquelles des repas à domicile ont été livrés.

HC029_NursHome

Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire depuis ^FLLastYearMonth, avez-vous passé une nuit dans une maison de soins/maison de retraite (CIPA) ?

Si le répondant a emménagé définitivement dans une maison de soins/maison de retraite depuis moins de 12 mois, codez "1. Oui, temporairement".

Une maison de soins/maison de retraite (CIPA) doit fournir tous les services suivants aux résidents : distribution de médicaments, assistance personnelle 24h/24, supervision (pas nécessairement par une infirmière), chambre et repas.

- 1. Oui, temporairement
- 3. Oui, en permanence
- 5. Non

HC751_Certifiednurse

Y avait-il au moins une infirmière parmi le personnel ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC031_WksNursHome

Au cours des douze derniers mois, combien de semaines au total avez-vous passé dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (CIPA) ou une maison de retraite ?

Comptez 4 semaines pour chaque mois complet ; comptez "1" semaine pour 1 semaine incomplète.

HC696_OOP_NursingHomeYesNo

Au cours des douze derniers mois, avez-vous payé de votre poche pour des séjours en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (CIPA) ou en maison de retraite ?

- 1. Oui
- 5. Non

HC097_OOP_NursingHomeAmount

Au cours des douze derniers mois, combien avez-vous payé en tout pour vos séjours en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (CIPA) ou en maison de retraite ?

Veillez entrer un montant en FLCurr

HC997_OOP_NursingHomeAmount

HC063_IntCheck

VERIFIEZ : Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_EP

EP001_Intro

Maintenant, je vais vous poser quelques questions concernant votre situation professionnelle actuelle.

1. Continuez

EP005_CurrentJobSit

Veillez consulter la CARTE [21]. De manière générale, parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux votre situation professionnelle actuelle ?

Cochez une seule réponse. Seulement en cas de doute, précisez : 1. Pensionné(e) : de son propre emploi, y compris préretraite, retraite anticipée, cessation progressive d'activité, MAIS hors pension de survie (veuve/veuf) 2. Salarié(e) ou indépendant : travail rémunéré, y compris aidant familial non rémunéré 3. Sans emploi et à la recherche d'un emploi : licencié ou sans travail, y compris chômage de courte durée 4. Invalide, incapacité permanente ou en congé de longue maladie : y compris incapacité permanente, invalidité partielle 5. Homme ou femme au foyer : y compris S'occuper de sa maison, de sa famille, garder les petits-enfants Les bénéficiaires de pension de survie (veuve/veuf) qui ne rentrent pas dans les catégories 2, 3, 4, ou 5, doivent être codés en "Autres".

1. Pensionné(e)
2. Salarié(e) ou indépendant (y compris aidant familial)
3. Sans emploi et en recherche d'emploi
4. Invalidité, incapacité permanente ou en congé de longue maladie
5. Homme ou femme au foyer
97. Autres

EP329_RetYear

En quelle année avez-vous pris votre retraite ?

EP328_RetMonth

Vous rappelez-vous le mois ?

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

EP064_ResForRet

Veuillez consulter la CARTE [22]. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous pris votre retraite ?

^CodeAll

1. J'avais acquis le droit à une pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire
2. J'avais acquis le droit à une pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise
3. J'avais acquis le droit à une pension de vieillesse versée par des régimes privés de retraite
4. On m'a offert une possibilité de retraite anticipée avec une incitation financière ou un bonus
5. J'étais en sureffectif (par exemple, préretraite)
6. Pour des raisons de santé personnelles
7. En raison de problèmes de santé d'un parent ou d'un ami
8. Pour être pensionné en même temps que mon époux/épouse ou partenaire
9. Pour passer plus de temps avec ma famille
10. Pour profiter de la vie

EP337_LookingForJob

Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi ?

- 1. Oui
- 5. Non

EP067_HowUnempl

Pourriez-vous nous dire comment vous avez perdu votre emploi ? Était-ce...

^ReadOut

Pour les travailleurs saisonniers, codez 5

- 1. Parce que l'entreprise pour laquelle vous travailliez a fermé
- 2. Parce que vous avez démissionné
- 3. Parce que vous avez été licencié(e)
- 4. Par accord mutuel entre vous et votre employeur
- 5. Parce que votre contrat de travail à durée déterminée est arrivé à son terme
- 6. Parce que vous avez déménagé
- 97. Pour une autre raison

EP002_PaidWork

[Nous nous intéressons à vos activités professionnelles depuis notre dernier entretien.]
Avez-vous effectué un travail rémunéré [depuis notre dernier entretien /au cours des 4 dernières semaines] , que ce soit comme salarié(e) ou indépendant, ne serait-ce que pour quelques heures ?

- 1. Oui
- 5. Non

EP006_EverWorked

Avez-vous déjà effectué un travail rémunéré ?

- 1. Oui
- 5. Non

EP125_ContWork

J'aimerais en savoir plus sur toutes les activités rémunérées que vous avez pu avoir durant la période comprise entre notre dernier entretien en ^FLLastInterviewMonthYear et maintenant. Pendant cette période, avez-vous toujours été en activité (professionnelle)?

Les périodes de vacances ne sont pas considérées comme des interruptions.

1. Oui
5. Non

EP141_ChangeInJob

Veillez consulter la CARTE [23]. Même si vous avez été en permanence en activité depuis ^FLLastInterviewMonthYear, avez-vous connu l'un des changements mentionnés sur cette carte ?

^CodeAll

1. Un changement dans le type d'emploi (par exemple, d'un emploi de salarié à un statut d'indépendant)
2. Un changement d'employeur
3. Une promotion
4. Un changement de lieu de travail
5. Un changement de durée du contrat (de CDI à CDD ou l'inverse)
96. Rien de tout cela

PeriodOtherEpisodes

EP069_ResStopWork

Vous avez dit être actuellement "au foyer", mais avoir eu une activité rémunérée dans le passé. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté de travailler ?

^ReadOut ^CodeAll

1. A cause de problèmes de santé
2. C'était trop fatigant
3. Cela revenait trop cher d'employer quelqu'un pour s'occuper de la maison ou de la famille
4. Pour vous occuper de vos enfants ou petits-enfants
5. Vous avez été licencié(e) ou votre poste a été supprimé ou votre entreprise a fermé
6. Le revenu du ménage était suffisant
7. Pour vous occuper d'un membre âgé ou malade de la famille
97. Pour une autre raison

EP325_UnEmpl

Depuis ^FLLastInterviewMonthYear, avez-vous connu des périodes où vous étiez sans emploi ?

1. Oui
5. Non

EP632_Intro

À présent, j'aimerais en savoir plus sur les périodes pendant lesquelles vous avez été sans emploi et à la recherche d'un emploi entre notre dernier entretien et maintenant.

1. Continuez

EP633_Intro

Quand avez-vous été sans emploi ? Veuillez me donner toutes les dates de début et de fin de périodes de chômage (si vous avez été sans emploi plus d'une fois).

1. Continuez

EP007_MoreThanOneJob

Jusqu'ici nous avons parlé de votre emploi principal. Avez-vous actuellement une autre activité professionnelle en plus de votre emploi principal ?

Considérez uniquement les emplois rémunérés.

1. Oui
5. Non

EP008_Intro1

Les questions suivantes portent sur votre principal emploi actuel.

Y compris l'emploi saisonnier. L'emploi principal est celui auquel le répondant consacre le plus d'heures. Si le nombre d'heures est identique, choisissez l'emploi qui rapporte le plus d'argent au répondant.

1. Continuez

EP009_EmployeeOrSelf

Dans cet emploi, êtes-vous salarié du secteur privé, salarié du secteur public ou indépendant ?

1. Salarié du secteur privé
2. Salarié du secteur public (y compris fonctionnaire)
3. Indépendant

EP010_CurJobYear

En quelle année avez-vous débuté cet emploi ?

EP811_TermJob

Dans cet emploi, avez-vous un contrat à durée déterminée (CDD) ou un contrat à durée indéterminée (CDI) ?

Si le répondant le demande, expliquez qu'un contrat à durée déterminée (CDD) a une date de fin définie.

1. Contrat à durée déterminée (CDD)
2. Contrat à durée indéterminée (CDI)
3. Pas de contrat (uniquement réponse spontanée)

EP013_TotWorkedHours

Y compris les heures supplémentaires rémunérées ou non, mais sans compter les pauses repas, combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement pour cet emploi?

Il s'agit d'une semaine de travail «habituelle». Un travailleur saisonnier travaillant 40 heures par semaine pendant trois mois par an, doit répondre 40.

EP616_NTofJob

Quel est l'intitulé de cet emploi ? Veuillez donner le nom ou le titre exact.

EP616c_NTofJobCode

Je vais maintenant chercher l'intitulé de cet emploi dans la liste officielle des activités de notre base de données.

Saisissez à nouveau l'intitulé de l'emploi et choisissez le plus adapté dans la liste déroulante.

Veuillez être attentif aux fautes de frappe.

Si vous faites défiler la liste, vous trouverez d'autres intitulés.

Si vous ne trouvez pas le bon intitulé, demandez au répondant de penser à un autre intitulé ou qu'il donne une description plus générale ou plus précise de ce métier.

Si vous ne trouvez pas un intitulé adapté, tapez "991".

EP616d_NTofJobCode

Veuillez vérifier que vous avez sélectionné le bon intitulé de l'emploi :

EP616c_NTofJobCode

Si ce n'est pas le bon intitulé, revenez en arrière et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

1. Confirmez et continuez

EP018_WhichIndustry

Veillez consulter la CARTE [24]. Dans quel type d'industrie, d'activité ou de service travaillez-vous ?

1. Agriculture, chasse, sylviculture, pêche, aquaculture
2. Industrie extractive (mines, carrières)
3. Industries manufacturières
4. Production et distribution d'électricité, gaz et eau
5. Construction
6. Commerce; réparation automobiles et articles domestiques
7. Hôtels et restaurants
8. Transport, entreposage, communications
9. Activités financières et assurance
10. Immobilier, locations et services aux entreprises
11. Administration publique et défense, sécurité sociale
12. Education
13. Santé et action sociale
14. Autres services collectifs, sociaux et personnels

EP024_NrOfEmployees

Le cas échéant, combien d'employé(e)s avez-vous ?

Ne comptez pas le répondant ; comptez uniquement les personnes qui travaillent pour ou sous les ordres du répondant.

^ReadOut

0. Aucun
1. De 1 à 5
2. De 6 à 15
3. De 16 à 24
4. De 25 à 199
5. De 200 à 499
6. 500 ou plus

EP025_Intro

Veillez consulter la CARTE [25]. En ce qui concerne votre emploi actuel, nous aimerions savoir si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les énoncés qui vont suivre.

Début d'une section sans proxy. Le proxy n'est pas autorisé. Si le répondant n'est pas capable de répondre seul aux questions, veuillez appuyer en même temps sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

EP026_SatJob

Tout bien considéré, mon travail me satisfait. Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP027_JobPhDem

Mon travail est physiquement pénible. Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP028_TimePress

Je suis constamment sous pression à cause d'une lourde charge de travail. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP029_LitFreeWork

J'ai très peu de liberté quant à la façon de réaliser mon travail. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP030_NewSkill

J'ai l'opportunité de développer de nouvelles compétences. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP031_SuppDiffSit

Je reçois un soutien approprié dans les situations difficiles. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP032_RecognWork

Je reçois la reconnaissance que je mérite pour mon travail. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP033_SalAdequate

Vus tous mes efforts et résultats, [mon salaire est correct/mes revenus sont corrects] .
(Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]. En cas de doute, expliquez : par "Correct", nous entendons en adéquation avec le travail effectué.

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP034_JobPromPoor

Mes perspectives [d'avancement/de progression professionnelle ou de promotion/de carrière] ne sont pas bonnes. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP035_JobSecPoor

La sécurité de mon emploi est faible. (Diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord ?)

Montrez la carte [25]

1. Tout à fait d'accord
2. D'accord
3. Pas d'accord
4. Pas du tout d'accord

EP036_LookForRetirement

En pensant à votre emploi actuel, souhaitez-vous partir à la retraite le plus tôt possible ?

1. Oui
5. Non

EP037_AfraidHRet

Craignez-vous que votre santé limite votre capacité de travailler dans cet emploi avant l'âge normal de départ à la retraite ?

1. Oui
5. Non

EP048_IntroPastJob

Nous allons maintenant parler du dernier emploi que vous avez eu [avant de partir en retraite/avant de devenir chômeur] .

1. Continuez

EP050_YrLastJobEnd

En quelle année avez-vous quitté ou perdu votre dernier emploi ?

EP649_YrsInLastJob

Pendant combien d'années avez-vous travaillé dans votre dernier emploi ?

Si le répondant occupait plusieurs emplois, la question concerne celui qu'il/elle considérait comme son emploi principal.

Veillez inclure les périodes de congé sans solde.

Arrondissez à 1 si la durée d'emploi est entre 6 mois et 1 an, et 0 si elle est inférieure à 6 mois.

EP051_EmployeeORSelf

Dans cet emploi, étiez-vous salarié(e) du secteur privé, salarié(e) du secteur public ou indépendant(e) ?

1. Salarié(e) du secteur privé
2. Salarié(e) du secteur public (y compris fonctionnaire)
3. Indépendant(e) (à votre compte)

EP152_NTofJob

Quel était l'intitulé de cet emploi ? Veuillez donner le nom ou l'intitulé exact.

EP152c_NTofJobCode

Je vais maintenant chercher l'intitulé de cet emploi parmi la liste officielle des activités de notre base de données.

Saisissez à nouveau l'intitulé de l'emploi et choisissez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

Veillez être attentif aux fautes de frappe.

Si vous faites défiler la liste, vous trouverez d'autres intitulés.

Si vous ne trouvez pas le bon intitulé, demandez au répondant de penser à un autre intitulé ou qu'il donne une description plus générale ou plus précise de ce métier.

Si vous ne trouvez pas un intitulé adapté, codez "991".

EP152d_NTofJobCode

Veillez vérifier que vous avez sélectionné le bon intitulé de l'emploi :

EP152c_NTofJobCode

Si ce n'est pas le bon intitulé, revenez en arrière et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

1. Confirmez et continuez

EP054_WhichIndustry

Veillez consulter la CARTE [24]. Dans quel type d'industrie, d'activité ou de service étiez-vous employé(e) ?

1. Agriculture, chasse, sylviculture, pêche, aquaculture
2. Industrie extractive (mines, carrières)
3. Industries manufacturières
4. Production et distribution d'électricité, gaz et eau
5. Construction
6. Commerce; réparation automobiles et articles domestiques
7. Hôtels et restaurants
8. Transport, entreposage, communications
9. Activités financières et assurance
10. Immobilier, locations et services aux entreprises
11. Administration publique et défense, sécurité sociale
12. Education
13. Santé et action sociale
14. Autres services collectifs, sociaux et personnels

EP061_NrOfEmployees

Le cas échéant, combien aviez-vous d'employé(e)s ?

Lisez les réponses à voix haute

0. Aucun
1. De 1 à 5
2. De 6 à 15
3. De 16 à 24
4. De 25 à 199
5. De 200 à 499
6. 500 ou plus

EP203_IntroEarnings

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions à propos de l'ensemble de vos revenus perçus l'année dernière, c'est-à-dire en ^FLLastYear.

1. Continuez

EP204_AnyEarnEmpl

Avez-vous touché des revenus d'une activité salariée en ^FLLastYear ?

1. Oui

5. Non

EP205_EarningsEmplAT

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, quel a été, environ, le revenu total annuel de votre activité salariée en ^FLLastYear ? Veuillez inclure les sommes supplémentaires, d'appoint ou forfaitaires, telles que les bonus, le 13ème mois, les primes de Noël ou de vacances.

Montant en FLCurr

EP905_EarningsEmplAT

EP206_AnyIncSelfEmpl

Avez-vous eu un revenu d'activité en tant qu'indépendant ou dans le cadre d'une entreprise familiale en ^FLLastYear ?

1. Oui

5. Non

EP207_EarningsSelfAT

Après déduction des impôts et des cotisations sociales et après le paiement des charges relatives à votre activité (équipements, matériaux, biens), quel a été environ le revenu total annuel provenant de votre travail d'indépendant pendant l'année ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr

EP907_EarningsSelfAT

EP303_Intro

Nous allons maintenant vous poser une série de questions sur les revenus provenant de vos différentes pensions de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire et sur les allocations publiques. Même si nous avons déjà abordé ce sujet, il est important pour nous d'avoir des détails sur ce sujet. Nous sommes intéressés par les montants perçus, par le calendrier des paiements et finalement depuis combien de temps vous les percevez.

1. Continuez

EP671_IncomeSources

Veillez consulter la CARTE [26]. Avez-vous perçu l'un de ces revenus au cours de l'année ^FLLastYear ?

Prestation pour maladie et incapacité de travail : il s'agit d'un revenu de remplacement du salaire qui est octroyé à l'employé en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident du travail.

Pension d'invalidité : dans le cas où le congé de maladie se prolonge et qu'un retour dans l'emploi n'est pas attendu, l'individu se verra alors transféré dans une caisse d'assurance invalidité ou incapacité.

Indemnité chômage : ces allocations sont allouées à un individu ayant été en emploi et qui se retrouve au chômage. L'éligibilité est basée sur l'historique de carrière de cet individu.

Allocation dépendance ou de soins de santé de long terme publique : il s'agit d'une assurance autonomie pour couvrir les frais des soins de longue durée, comme par exemple les soins à domicile, l'assistance familiale, les centres de soins de jour et les centres de court séjour, maisons de repos et maisons de repos et de soins. Certains soins de longue durée peuvent déjà être pris en charge par l'assurance-santé privée et donc ne pas faire l'objet de cette question qui se limite aux allocations publiques. Cette catégorie est à

différencier des catégories 4 et 5, car l'assurance autonomie n'est pas là pour remplacer une perte de revenus, mais pour compenser l'achat de biens et de services dont la personne a besoin pour conserver son autonomie au jour le jour.

Aide sociale : cette allocation a pour but de garantir un "filet de sécurité", un revenu minimum pour ceux qui n'ont pas d'emploi et qui ne peuvent pas justifier les conditions nécessaires à l'octroi d'une autre allocation (chômage, pension, etc.).

^CodeAll

1. Pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris l'assurance de fin d'année et la Mammerent)
2. Pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise
3. Prérétraite
4. Prestation pour maladie et incapacité de travail
5. Pension d'invalidité
6. Une deuxième pension d'invalidité
7. Une deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail
8. Indemnités de chômage
9. Pension de survie (veuve, veuf ou orphelin)
10. Pension de survie complémentaire privée d'entreprise
11. Dommage de guerre, rente de captivité
12. Allocation dépendance, allocation de soins ou rente d'accident permanente
13. Aide sociale
96. Aucun de ceux-ci

EX601_NonProxy

Début d'une section sans Proxy. Aucun proxy n'est autorisé. Si le répondant n'est pas présent ou est incapable de donner son consentement pour participer, veuillez appuyer sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

EP624_OccPensInc

En plus de votre pension de retraite publique, les pensions peuvent également être fournies par votre employeur. Avez-vous reçu une pension complémentaire privée au cours de l'année ^FLLastYear ?

Incluez les pensions de retraite complémentaires privées de vos derniers emplois, les pensions de retraite anticipée, les pensions pour incapacité ou invalidité, ainsi que les pensions de survie.

1. Oui
5. Non

EP089_AnyRegPay

Veillez consulter la carte [27].

Avez-vous reçu régulièrement l'un des versements ou l'une des rentes suivantes au cours de l'année ^FLLastYear ?

^CodeAll

1. Rente d'un contrat d'assurance vie liquidé
2. Rente régulière d'un plan d'épargne retraite volontaire
3. Pension alimentaire
4. Versements réguliers d'organisations caritatives
5. Rente d'assurance privée dépendance ou de soins de longue durée
96. Aucune de ces prestations

EP097_PensClaim

Maintenant, nous allons parler des pensions dont vous pourriez bénéficier et que vous ne recevez pas actuellement. Avez-vous droit au moins à l'une des pensions figurant sur la carte [28] et que vous ne touchez pas actuellement ?

1. Oui
5. Non

EP098_TypeOfPension

A quel type de pension aurez-vous droit ?

^CodeAll Le répondant ne doit pas déjà recevoir ces pensions

1. Pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammertent)
2. Prérétraite légale
3. Prestations pour maladie et incapacité de travail ou pension d'invalidité
4. Pension de vieillesse complémentaire d'entreprise
5. Prérétraite complémentaire d'entreprise

TypeOfPension

EP210_IntCheck

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

EP127_PeriodFromMonth

A partir de quel mois et de quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS:
ANNÉE:

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

EP128_PeriodFromYear

A partir de quel mois et de quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS
EP127_PeriodFromMonth ANNÉE

1. 2005 ou avant
2. 2006
3. 2007
4. 2008
5. 2009
6. 2010
7. 2011
8. 2012
9. 2013
10. 2014
11. 2015
12. 2016
13. 2017
14. 2018
15. 2019
16. 2020
17. 2021
18. 2022
19. 2023
20. 2024

EP129_PeriodToMonth

Jusqu'à quel mois et quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS: ANNÉE:

Si la situation décrite est toujours d'actualité, encodez 13. Aujourd'hui.

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai

6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre
13. Aujourd'hui

EP130_PeriodToYear

Jusqu'à quel mois et quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS :
EP129_PeriodToMonth ANNÉE:

Année de fin

1. 2005 ou avant
2. 2006
3. 2007
4. 2008
5. 2009
6. 2010
7. 2011
8. 2012
9. 2013
10. 2014
11. 2015
12. 2016
13. 2017
14. 2018
15. 2019
16. 2020
17. 2021
18. 2022
19. 2023
20. 2024

EP133_PeriodOtherEp

Y a-t-il eu d'autres périodes depuis ^FLLastInterviewMonthYear durant lesquelles vous [avez eu une activité professionnelle rémunérée/avez été au chômage] ?

1. Oui
5. Non

EP078_AvPaymPens

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, à combien s'élevait, en moyenne, un versement normal de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammarent)/votre pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail/votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail/vos indemnités de chômage/votre pension de survie /votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation de dépendance, allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr. Il s'agit d'un versement habituel/régulier, à l'exclusion de toutes indemnités exceptionnelles, comme des primes, des bonus, un 13ème mois, etc. La fréquence des versements sera l'objet de la question suivante : par exemple mensuel, trimestriel ou hebdomadaire. Le répondant doit indiquer ici le versement normal durant l'année indiquée quelle que soit la fréquence des versements.

EP978_AvPaymPens

EP074_PeriodBenefit

Quelle période couvrait ce versement ?

Ne comprenez pas les paiements forfaitaires. Cela sera demandé plus tard.

1. Une semaine
2. Deux semaines
3. Un mois/4 semaines
4. Trois mois/13 semaines
5. Six mois/26 semaines
6. Une année entière/12mois/52 semaines
97. Autre durée (préciser)

EP208_MonthsRecIncSource

Pendant combien de mois avez-vous reçu [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (ou Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage /votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] en ^FLLastYear ?

Il ne s'agit pas du nombre de versements effectués mais de la durée en nombre de mois.

Exemple : si la retraite a été perçue tout au long de l'année, la réponse est 12 ; si le répondant a commencé à la percevoir en novembre, la réponse est 2.

EP612_WhenSource_long

Avez-vous déjà commencé à percevoir [votre pension de vieillesse (ou Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage /votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] avant notre dernière interview en ^FLLastInterviewMonthYear ?

1. Oui, avant la dernière interview
5. Non, après la dernière interview

EP213_YearRecIncSource

En quelle année avez-vous commencé à percevoir [cette pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammerent)/cette pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/cette préretraite/cette prestation pour maladie et incapacité de travail/cette pension d'invalidité/cette deuxième pension d'invalidité/cette deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail/ces indemnités de chômage /cette pension de survie/cette pension de survie complémentaire privée d'entreprise /cette pension de dommage de guerre, rente de captivité/cette allocation dépendance, allocation de soins ou rente d'accident permanente/ces aides sociales] ?

En cas de versements reçus de manière ponctuelle pendant une période (par exemple, les prestations de chômage reçues pour différents épisodes de chômage), référez-vous au premier paiement des versements actuels et NON au premier versement reçu au cours de la vie.

EP081_LumpSumPenState

Avez-vous reçu une prime ou un versement exceptionnel de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation de maladie et d'incapacité de travail/votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestations pour maladie et incapacité de travail/vos indemnités de chômage/votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/vos dommages de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] au cours de l'année ^FLLastYear ?

Considérez tous les versements exceptionnels tels que les primes, les bonus, le treizième mois, les primes de Noël ou de vacances. N'oubliez pas l'Allocation de fin d'année (pour les pensionnés).

1. Oui

5. Non

EP082_TotAmountLS

Après déduction des impôts et cotisations sociales, quel a été, en ^FLLastYear, le montant global de ces primes ou versements exceptionnels issus de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestations pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage/votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/vos dommages de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] ?

Montant en FLCurr Incluez tous les versements exceptionnels.

EP982_TotAmountLS

EP075_OthPeriodBenefits

Précisez « autre période »

EP678_AvPaymPens

Après impôts, quel était approximativement le montant annuel que vous avez reçu de toutes vos pensions en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr Veuillez exclure les paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires, tels que le 13e mois, les primes de Noël et de vacances.

EP878_AvPaymPens

EP621_WhenSource_long

Aviez-vous commencé à percevoir votre première pension de retraite avant notre dernière interview en ^FLLastInterviewMonthYear ?

La première pension de retraite correspond à la première pension de retraite reçue par le répondant.

1. Oui, avant notre dernière interview
5. Non, après notre dernière interview

EP613_YearRecIncSource

En quelle année, avez-vous reçu votre première pension de retraite ?

La première pension de retraite correspond à la première pension de retraite que le répondant a reçue.

EP681_LumpSumPenState

Avez-vous reçu un paiement supplémentaire, d'appoint ou forfaitaire de l'une de vos pensions de retraite au cours de l'année ^FLLastYear ?

Veillez-vous assurez que le répondant prend en compte tous les paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires reçus de la caisse de retraite (y compris les primes, le 13e mois le cas échéant) pour répondre à cette question.

1. Oui
5. Non

EP682_TotAmountLS

Après impôts, combien avez-vous reçu au total comme paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires de vos pensions de retraite en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr Incluez tous les paiements supplémentaire ou d'appoint ou forfaitaire.

EP882_TotAmountLS

EP094_TotalAmountBenLP

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, quel a été le montant moyen [de votre rente d'une assurance-vie privée/de votre rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/de votre pension alimentaire/des versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/de votre rente d'assurance dépendance privée] en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr N'incluez pas les montants forfaitaires. Cela sera demandé plus tard.

EP994_TotalAmountBenLP

EP090_PeriodPaym

Quelle période couvrait ce versement ?

1. Une semaine
2. Deux semaines
3. Un mois/4 semaines
4. Trois mois/13 semaines
5. Six mois/26 semaines
6. Une année/12 mois/52 semaines
97. Autres (préciser)

EP091_OthPeriodPaym

Précisez « autre période »

EP096_MonthsRegPaym

Pendant combien de mois en tout avez-vous reçu [une rente d'assurance vie privée/une rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/une pension alimentaire/des versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/une rente d'assurance dépendance privée] en ^FLLastYear ?

EP092_AddPayments

Dans le cadre de [votre rente d'une assurance-vie privée/votre rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/votre pension alimentaire/vos versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/votre rente d'assurance dépendance privée] , avez-vous touché une prime ou un versement exceptionnel (tel qu'un versement de capital) en ^FLLastYear ?

1. Oui

5. Non

EP209_AddPaymAT

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, à combien environ se sont élevés ces versements supplémentaires exceptionnels ?

Montant en FLCurr

EP909_AddPaymAT

EP102_CompVolun

La cotisation pour cette [pension de vieillesse/préretraite/prestations pour maladie et incapacité de travail ou pension d'invalidité/pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/préretraite complémentaire privée d'entreprise] est-elle obligatoire ou volontaire ?

1. Obligatoire

2. Volontaire

EP103_YrsContrToPlan

Combien d'années avez-vous déjà cotisé pour cette [pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire/préretraite légale/prestations pour maladie et incapacité de travail ou pension d'invalidité/pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/préretraite complémentaire privée d'entreprise] ?

Les contributions de l'employeur doivent également être considérées.

EP106_ExpRetAge

A quel âge envisagez-vous de recevoir cette pension de retraite pour la première fois ?

EP609_PWExpPensStatAge

Veillez penser au moment où vous commencerez à toucher cette pension. A combien s'élèvera votre première prestation mensuelle, après déduction des impôts, de [votre pension de vieillesse publique/votre retraite anticipée public ou prépension /votre assurance invalidité publique : pension maladie / invalidité / incapacité /votre pension de vieillesse privé (professionnelle)/votre pension de retraite anticipée privée (professionnelle)] ?

Montant en FLCurr

Section_EP.B_PeriodOtherEpisodes

EP127_PeriodFromMonth

A partir de quel mois et de quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS:
ANNÉE:

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

EP128_PeriodFromYear

A partir de quel mois et de quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS
EP127_PeriodFromMonth ANNÉE

1. 2005 ou avant
2. 2006
3. 2007
4. 2008
5. 2009
6. 2010
7. 2011
8. 2012
9. 2013
10. 2014
11. 2015

12. 2016
13. 2017
14. 2018
15. 2019
16. 2020
17. 2021
18. 2022
19. 2023
20. 2024

EP129_PeriodToMonth

Jusqu'à quel mois et quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS: ANNÉE:

Si la situation décrite est toujours d'actualité, encodez 13. Aujourd'hui.

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre
13. Aujourd'hui

EP130_PeriodToYear

Jusqu'à quel mois et quelle année avez-vous [travaillé/été au chômage] ? MOIS :
EP129_PeriodToMonth ANNÉE:

Année de fin

1. 2005 ou avant
2. 2006
3. 2007
4. 2008
5. 2009
6. 2010
7. 2011
8. 2012
9. 2013
10. 2014
11. 2015
12. 2016
13. 2017
14. 2018
15. 2019
16. 2020
17. 2021
18. 2022
19. 2023
20. 2024

EP133_PeriodOtherEp

Y a-t-il eu d'autres périodes depuis ^FLLastInterviewMonthYear durant lesquelles vous [avez eu une activité professionnelle rémunérée/avez été au chômage] ?

1. Oui
5. Non

Section_EP.B_IncomeSources

EP078_AvPaymPens

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, à combien s'élevait, en moyenne, un versement normal de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammarent)/votre pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail/votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail/vos indemnités de chômage/votre pension de survie /votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation de dépendance, allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr. Il s'agit d'un versement habituel/régulier, à l'exclusion de toutes indemnités exceptionnelles, comme des primes, des bonus, un 13ème mois, etc. La fréquence des versements sera l'objet de la question suivante : par exemple mensuel, trimestriel ou hebdomadaire. Le répondant doit indiquer ici le versement normal durant l'année indiquée quelle que soit la fréquence des versements.

EP978_AvPaymPens

EP074_PeriodBenefit

Quelle période couvrait ce versement ?

Ne comprenez pas les paiements forfaitaires. Cela sera demandé plus tard.

1. Une semaine
2. Deux semaines
3. Un mois/4 semaines
4. Trois mois/13 semaines
5. Six mois/26 semaines
6. Une année entière/12mois/52 semaines
97. Autre durée (préciser)

EP208_MonthsRecIncSource

Pendant combien de mois avez-vous reçu [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (ou Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage /votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] en ^FLLastYear ?

*Il ne s'agit pas du nombre de versements effectués mais de la durée en nombre de mois.
Exemple : si la retraite a été perçue tout au long de l'année, la réponse est 12 ; si le répondant a commencé à la percevoir en novembre, la réponse est 2.*

EP612_WhenSource_long

Avez-vous déjà commencé à percevoir [votre pension de vieillesse (ou Mammerent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage /votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/votre pension de dommage de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] avant notre dernière interview en ^FLLastInterviewMonthYear ?

1. Oui, avant la dernière interview
5. Non, après la dernière interview

EP213_YearRecIncSource

En quelle année avez-vous commencé à percevoir [cette pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammerent)/cette pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/cette préretraite/cette prestation pour maladie et incapacité de travail/cette pension d'invalidité/cette deuxième pension d'invalidité/cette deuxième prestation pour maladie et incapacité de travail/ces indemnités de chômage /cette pension de survie/cette pension de survie complémentaire privée d'entreprise /cette pension de dommage de guerre, rente de captivité/cette allocation dépendance, allocation de soins ou rente d'accident permanente/ces aides sociales] ?

En cas de versements reçus de manière ponctuelle pendant une période (par exemple, les prestations de chômage reçues pour différents épisodes de chômage), référez-vous au premier paiement des versements actuels et NON au premier versement reçu au cours de la vie.

EP081_LumpSumPenState

Avez-vous reçu une prime ou un versement exceptionnel de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammertent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation de maladie et d'incapacité de travail/votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestations pour maladie et incapacité de travail/vos indemnités de chômage/votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/vos dommages de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] au cours de l'année ^FLLastYear ?

Considérez tous les versements exceptionnels tels que les primes, les bonus, le treizième mois, les primes de Noël ou de vacances. N'oubliez pas l'Allocation de fin d'année (pour les pensionnés).

1. Oui

5. Non

EP082_TotAmountLS

Après déduction des impôts et cotisations sociales, quel a été, en ^FLLastYear, le montant global de ces primes ou versements exceptionnels issus de [votre pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire (y compris la Mammertent)/votre pension de vieillesse complémentaire obligatoire d'entreprise/votre préretraite/votre prestation pour maladie et incapacité de travail /votre pension d'invalidité/votre deuxième pension d'invalidité/votre deuxième prestations pour maladie et incapacité de travail /vos indemnités de chômage/votre pension de survie/votre pension de survie complémentaire privée d'entreprise/vos dommages de guerre, rente de captivité/votre allocation dépendance ou allocation de soins ou rente d'accident permanente/vos aides sociales] ?

Montant en FLCurr Incluez tous les versements exceptionnels.

EP982_TotAmountLS

EP075_OthPeriodBenefits

Précisez « autre période »

Section_EP.B_PensionIncomeSources

EP678_AvPaymPens

Après impôts, quel était approximativement le montant annuel que vous avez reçu de toutes vos pensions en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr Veuillez exclure les paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires, tels que le 13e mois, les primes de Noël et de vacances.

EP878_AvPaymPens

EP621_WhenSource_long

Aviez-vous commencé à percevoir votre première pension de retraite avant notre dernière interview en ^FLLastInterviewMonthYear ?

La première pension de retraite correspond à la première pension de retraite reçue par le répondant.

1. Oui, avant notre dernière interview
5. Non, après notre dernière interview

EP613_YearRecIncSource

En quelle année, avez-vous reçu votre première pension de retraite ?

La première pension de retraite correspond à la première pension de retraite que le répondant a reçue.

EP681_LumpSumPenState

Avez-vous reçu un paiement supplémentaire, d'appoint ou forfaitaire de l'une de vos pensions de retraite au cours de l'année ^FLLastYear ?

Veuillez-vous assurez que le répondant prend en compte tous les paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires reçus de la caisse de retraite (y compris les primes, le 13e mois le cas échéant) pour répondre à cette question.

1. Oui
5. Non

EP682_TotAmountLS

Après impôts, combien avez-vous reçu au total comme paiements supplémentaires, complémentaires ou forfaitaires de vos pensions de retraite en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr Incluez tous les paiements supplémentaire ou d'appoint ou forfaitaire.

EP882_TotAmountLS

Section_EP.B_AnyRegPay

EP094_TotalAmountBenLP

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, quel a été le montant moyen [de votre rente d'une assurance-vie privée/de votre rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/de votre pension alimentaire/des versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/de votre rente d'assurance dépendance privée] en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr N'incluez pas les montants forfaitaires. Cela sera demandé plus tard.

EP994_TotalAmountBenLP

EP090_PeriodPaym

Quelle période couvrait ce versement ?

1. Une semaine
2. Deux semaines
3. Un mois/4 semaines
4. Trois mois/13 semaines
5. Six mois/26 semaines
6. Une année/12 mois/52 semaines
97. Autres (préciser)

EP091_OthPeriodPaym

Précisez « autre période »

EP096_MonthsRegPaym

Pendant combien de mois en tout avez-vous reçu [une rente d'assurance vie privée/une rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/une pension alimentaire/des versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/une rente d'assurance dépendance privée] en ^FLLastYear ?

EP092_AddPayments

Dans le cadre de [votre rente d'une assurance-vie privée/votre rente d'un plan d'épargne retraite volontaire/votre pension alimentaire/vos versements réguliers reçus d'organismes caritatifs/votre rente d'assurance dépendance privée] , avez-vous touché une prime ou un versement exceptionnel (tel qu'un versement de capital) en ^FLLastYear ?

1. Oui

5. Non

EP209_AddPaymAT

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, à combien environ se sont élevés ces versements supplémentaires exceptionnels ?

Montant en FLCurr

EP909_AddPaymAT

Section_EP.B_TypeOfPension

EP102_CompVolun

La cotisation pour cette [pension de vieillesse/pré retraite/prestations pour maladie et incapacité de travail ou pension d'invalidité/pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/pré retraite complémentaire privée d'entreprise] est-elle obligatoire ou volontaire ?

1. Obligatoire
2. Volontaire

EP103_YrsContrToPlan

Combien d'années avez-vous déjà cotisé pour cette [pension de vieillesse au titre de l'assurance obligatoire/pré retraite légale/prestations pour maladie et incapacité de travail ou pension d'invalidité/pension de vieillesse complémentaire privée d'entreprise/pré retraite complémentaire privée d'entreprise] ?

Les contributions de l'employeur doivent également être considérées.

EP106_ExpRetAge

A quel âge envisagez-vous de recevoir cette pension de retraite pour la première fois ?

EP609_PWExpPensStatAge

Veillez penser au moment où vous commencerez à toucher cette pension. A combien s'élèvera votre première prestation mensuelle, après déduction des impôts, de [votre pension de vieillesse publique/votre retraite anticipée public ou prépension /votre assurance invalidité publique : pension maladie / invalidité / incapacité /votre pension de vieillesse privé (professionnelle)/votre pension de retraite anticipée privée (professionnelle)] ?

Montant en FLCurr

Section_LI

LI006_consent

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

LI007_SSN

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

LI008_SSN_Check

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

LI004_Intro

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

LI001_Number

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter".

LI002_Number_Check

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter".

LI003_Consent

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

LI809_EndNonProxy

Cette question ne s'applique pas au Luxembourg.

Faites CTRL-R et appuyez sur "Enter" pour continuer l'interview.

1. Le répondant
2. Section non complétée (interview avec un proxy)

Section_GS

GS700_Intro

J'aimerais à présent évaluer la force de votre main avec un exercice de saisie. Je vais vous demander de serrer cette poignée aussi fort que vous le pouvez pendant quelques secondes avant de la relâcher. Je vais vous montrer comment faire maintenant.

Faites une démonstration de l'exercice.

Début d'une Section sans proxy. Aucun proxy n'est autorisé.

Si le répondant ne peut pas faire le test, appuyez simultanément sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

GS701_Willingness

Je vais effectuer tour à tour deux mesures pour chaque main. Acceptez-vous que j'évalue votre force de préhension ?

1. Le répondant accepte la mesure
2. Le répondant refuse la mesure
3. Le répondant ne peut pas faire la mesure

GS010_WhyNotCompl

Pourquoi le répondant n'a pas achevé le test de force de préhension ? Veuillez encoder toutes les réponses qui conviennent.

1. Le répondant avait l'impression que ce n'était pas sans danger
2. L'enquêteur avait l'impression que ce n'était pas sans danger
3. Le répondant a refusé, sans donner de raison
4. Le répondant a essayé, mais n'a pas pu effectuer le test
5. Le répondant n'a pas compris les instructions
6. Le répondant a subi une opération, a été blessé ou a eu un gonflement des deux mains au cours des 6 derniers mois
97. Autre raison (préciser)

GS011_OthReason

Préciser "autre raison"

GS002_RespStatus

Notez l'état physique du répondant

Notez l'état physique du répondant

1. Le répondant a l'usage de ses deux mains
2. Le répondant n'a pas l'usage de sa main droite
3. Le répondant n'a pas l'usage de sa main gauche

GS003_StopTest

ARRÊT DU TEST PAR L'ENQUÊTEUR.

N'effectuer aucune mesure de la force de préhension.

1. Continuez

GS004_DominantHand

Quelle est votre main dominante?

L'ambidextrie naturelle est la capacité pour une personne, depuis sa naissance, de pouvoir utiliser indifféremment sa main gauche ou sa main droite pour effectuer une tâche.

1. Main droite
2. Main gauche
3. Ambidextre

GS705_IntroTest

Prenez le fascicule d'enregistrement et suivez les instructions pour réaliser le test de force de préhension.

Sélectionnez "1 Continuez" après la mesure.

1. Continuez

GS006_FirstLHand

MAIN GAUCHE, PREMIÈRE MESURE.

Arrondir le résultat au nombre entier le plus proche.

GS007_SecondLHand

MAIN GAUCHE, DEUXIÈME MESURE.

Arrondir le résultat au nombre entier le plus proche.

GS008_FirstRHand

MAIN DROITE, PREMIÈRE MESURE.

Arrondir le résultat au nombre entier le plus proche.

GS009_SecondRHand

MAIN DROITE, DEUXIÈME MESURE.

Arrondir le résultat au nombre entier le plus proche.

GS012_Effort

Quel effort le répondant a-t-il fourni pour le test de force de préhension ?

1. Le répondant a utilisé toutes ses forces
2. Le répondant n'a pas pu utiliser toutes ses forces en raison de maladie, douleur ou autre symptôme d'inconfort
3. Le répondant ne semblait pas utiliser toutes ses forces, sans raison évidente

GS013_Position

Dans quelle position le répondant a-t-il fait le test ?

1. Debout
2. Assis
3. Couché

GS014_RestArm

Est-ce que le répondant avait posé son bras sur un support pendant qu'il/elle effectuait le test ?

1. Oui
5. Non

Section_SP

SP001_Intro

Nous sommes intéressés par le thème de l'entraide. Les questions qui suivent portent sur les services que vous pourriez avoir rendus ou reçus de personnes de votre entourage.

1. Continuez

SP002_HelpFrom

Veillez consulter la CARTE [29]. Pensez aux 12 derniers mois, un membre de votre famille, ne faisant pas partie de votre ménage, un ami ou un voisin vous a-t-il apporté une des aides listées sur cette carte ?

1. Oui

5. Non

HelpFromOther

SP008_GiveHelp

J'aimerais à présent vous parler de l'aide que vous avez apportée à votre entourage.

Veillez examiner la carte [29].

Durant les douze derniers mois, avez-vous personnellement apporté l'une des aides répertoriées sur cette carte à un membre de votre famille hors de votre ménage, à un ami ou à un voisin ?

Veillez exclure la garde des petits-enfants. Informez le répondant que la garde des petits-enfants sera abordée plus tard (question SP014)

1. Oui

5. Non

HelpFromOutside

SP014_LkAftGrCh

Durant les douze derniers mois, avez-vous régulièrement ou occasionnellement gardé [votre petit-enfant/vos petits-enfants] en l'absence de ses parents ?

1. Oui
5. Non

SP015_ParentLkAftGrChild

[Lequel/Lesquels] de vos enfants [est le parent du petit-enfant/sont les parents des petits-enfants] que vous avez gardé(s) ?

^CodeAll

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

21. ^LblDeceasedChild

ChildLookAfter

SP018_GiveHelpInHH

Nous allons à présent aborder l'aide au sein de votre ménage. Durant les 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans ce ménage à qui vous avez régulièrement prodigué des soins personnels, tels qu'une aide pour se laver, se lever du lit, se vêtir ou se dévêtir ?

Par « régulièrement », nous entendons quotidiennement ou presque quotidiennement pendant au moins 3 mois. Nous ne sommes pas intéressés par les aides durant une maladie de courte durée des membres de la famille.

1. Oui
5. Non

SP019_ToWhomGiveHelpInHH

De qui s'agit-il ?

^CodeAll

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP025_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP020_RecHelpPersCareInHH

Et durant les 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans ce ménage qui vous a régulièrement prodigué des soins personnels, tels qu'une aide pour se laver, se lever du lit, se vêtir ou se dévêtir ?

Par « régulièrement », nous entendons quotidiennement ou presque quotidiennement pendant au moins 3 mois. Nous ne sommes pas intéressés par les aides durant une maladie de courte durée des membres de la famille.

1. Oui
5. Non

SP021_FromWhomHelpInHH

De qui s'agit-il ?

^CodeAll

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents

16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP026_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP022_IntCheck

QUI A RÉPONDU AUX QUESTIONS DE CETTE SECTION ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

SP031_WhatChild

De quel(s) enfant(s) s'agit-il ?

^FLChild[1]

^

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP032_WhatSNmember

Avez-vous déjà mentionné cette/ces personne(s) précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

SP033_WhatChild

De quel(s) enfant(s) s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP034_WhatSNmember

Avez-vous déjà mentionné cette/ces personne(s) précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

SP003_FromWhoHelp

Quel [autre] membre de votre famille, ne faisant pas partie de votre ménage, ou ami, ou voisin vous a aidé durant les 12 derniers mois ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP004_TypesOfHelp

Veillez consulter la CARTE [29]. Quels types d'aide cette personne vous a apporté au cours des douze derniers mois ?

^CodeAll

1. Des soins personnels, par exemple s'habiller, se laver ou se doucher, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes
2. Une aide-ménagère, par exemple pour les réparations de la maison, le jardinage, le transport, le shopping, les tâches ménagères
3. Une aide avec les papiers administratifs comme remplir des formulaires, régler des questions financières ou juridiques

SP023_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP005_HowOftenHelpRec

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu une telle aide de cette personne ? Était-ce...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

SP007_OtherHelper

(Veillez consulter la carte [29]) Y a-t-il d'autres membres de votre famille, ne faisant pas partis de votre ménage, un ami ou voisin qui vous ont apporté des soins personnels ou une aide-ménagère ?

1. Oui
5. Non

SP027_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP028_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string is loaded}] que vous avez déjà mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

SP009_ToWhomGiveHelp

Quel [autre] membre de votre famille, en dehors de votre ménage, ami ou voisin avez-vous aidé [le plus souvent] durant les douze derniers mois ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère

9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP024_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP011_HowOftGiveHelp

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous apporté une aide à cette personne ? C'était...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

SP013_GiveHelpToOth

(Veuillez consulter la carte [29]) Y a-t-il un autre membre de votre famille, extérieur à votre ménage, un ami ou un voisin à qui vous avez apporté des soins personnels ou une aide-ménagère ?

1. Oui
5. Non

SP029_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[5]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP030_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez déjà mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

SP010_TypesOfHelpGiven

Veillez consulter la CARTE [29]. Quels types d'aide avez-vous apporté à cette personne durant les 12 derniers mois ?

^CodeAll

1. Des soins personnels, par exemple s'habiller, se laver ou se doucher, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes
2. Une aide-ménagère, par exemple pour les réparations de la maison, le jardinage, le transport, le shopping, les tâches ménagères
3. Une aide avec les papiers administratifs comme remplir des formulaires, régler des questions financières ou juridiques

SP016_HowOftGrCh

En moyenne, à quelle fréquence avez-vous gardé l'enfant (ou les enfants) de ^FLChildName au cours des 12 derniers mois ? Était-ce...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

Section_SP.B_HelpFromOther

SP003_FromWhoHelp

Quel [autre] membre de votre famille, ne faisant pas partie de votre ménage, ou ami, ou voisin vous a aidé durant les 12 derniers mois ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP004_TypesOfHelp

Veillez consulter la CARTE [29]. Quels types d'aide cette personne vous a apporté au cours des douze derniers mois ?

^CodeAll

1. Des soins personnels, par exemple s'habiller, se laver ou se doucher, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes
2. Une aide-ménagère, par exemple pour les réparations de la maison, le jardinage, le transport, le shopping, les tâches ménagères
3. Une aide avec les papiers administratifs comme remplir des formulaires, régler des questions financières ou juridiques

SP023_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP005_HowOftenHelpRec

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous reçu une telle aide de cette personne ? Était-ce...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

SP007_OtherHelper

(Veillez consulter la carte [29]) Y a-t-il d'autres membres de votre famille, ne faisant pas partis de votre ménage, un ami ou voisin qui vous ont apporté des soins personnels ou une aide-ménagère ?

1. Oui
5. Non

SP027_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP028_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string is loaded}] que vous avez déjà mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_SP.B_HelpFromOutside

SP009_ToWhomGiveHelp

Quel [autre] membre de votre famille, en dehors de votre ménage, ami ou voisin avez-vous aidé [le plus souvent] durant les douze derniers mois ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

SP024_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

SP011_HowOftGiveHelp

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous apporté une aide à cette personne ? C'était...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

SP013_GiveHelpToOth

(Veuillez consulter la carte [29]) Y a-t-il un autre membre de votre famille, extérieur à votre ménage, un ami ou un voisin à qui vous avez apporté des soins personnels ou une aide-ménagère ?

1. Oui
5. Non

SP029_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

SP030_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez déjà mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

SP010_TypesOfHelpGiven

Veuillez consulter la CARTE [29]. Quels types d'aide avez-vous apporté à cette personne durant les 12 derniers mois ?

^CodeAll

1. Des soins personnels, par exemple s'habiller, se laver ou se doucher, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes
2. Une aide-ménagère, par exemple pour les réparations de la maison, le jardinage, le transport, le shopping, les tâches ménagères
3. Une aide avec les papiers administratifs comme remplir des formulaires, régler des questions financières ou juridiques

Section_SP.B_ChildLookAfter

SP016_HowOftGrCh

En moyenne, à quelle fréquence avez-vous gardé l'enfant (ou les enfants) de ^FLChildName au cours des 12 derniers mois ? Était-ce...

^ReadOut

1. Presque tous les jours
2. Presque toutes les semaines
3. Presque tous les mois
4. Moins souvent

Section_FT

CM003_RespFin

Les questions suivantes portent sur les finances de votre ménage et de votre famille, par exemple sur vos économies pour la retraite et sur le soutien financier apporté à vos enfants ou à d'autres proches. Nous avons uniquement besoin de poser ces questions à l'un d'entre vous. Lequel d'entre vous serait le plus à même de répondre à des questions d'ordre financier ?

Retenez une seule personne comme "répondant financier"

1. Nom de la première personne
2. Nom de la deuxième personne

FT001_Intro

Certaines personnes font des dons financiers ou matériels, ou subviennent aux besoins de leurs parents, enfants, petits-enfants, ou d'autres membres de leur famille, d'amis ou de voisins, tandis que d'autres personnes ne le font pas.

1. Continuez

FT002_GiveFiGift250

A présent, veuillez penser aux douze derniers mois. Sans tenir compte du partage du logement ou des repas, vous est-il arrivé [à vous, ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] de faire un don ou d'apporter un soutien financier ou matériel à une personne, faisant ou non partie de votre ménage, d'un montant de FL250 FLCurr ou plus ?

Par « don financier », nous entendons le versement de sommes d'argent ou la prise en charge de certaines dépenses, telles que des frais de santé ou d'assurance, de scolarité, un apport pour le paiement d'un logement. Ne tenez pas compte des prêts ni des dons à des oeuvres caritatives.

1. Oui
5. Non

FT_Given_FinancialAssistance_LOOP

FT008_Intro2

Nous venons de vous interroger sur les dons ou les soutiens matériels ou financiers que vous avez pu apporter. Nous aimerions à présent en savoir plus sur les dons ou soutiens matériels ou financiers que vous avez pu recevoir.

1. Continuez

FT009_RecFiGift250

Veillez penser aux 12 derniers mois. Sans tenir compte du partage d'un logement ou de repas, avez-vous [vous] [ou votre] [époux/épouse/partenaire] reçu un don ou un soutien financier ou matériel provenant de quelqu'un appartenant ou non à votre ménage, équivalent à FL250 FLCurr ou plus ?

Par « don financier », on entend le versement de sommes d'argent ou la prise en charge de certaines dépenses, telles que des frais de santé, de scolarité, un apport pour le paiement d'un logement. Ne tenez pas compte des prêts, ni des dons à des oeuvres caritatives.

1. Oui

5. Non

FT_Provide_FinancialAssistance_LOOP

FT015_EverRecInh5000

[Sans tenir compte des dons importants que vous avez peut-être déjà mentionnés/Depuis notre dernier entretien en] [{Preloaded month and year}], avez-vous [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] [déjà] reçu un don ou hérité d'une somme d'argent, de biens mobiliers ou immobiliers d'une valeur supérieure à FL5000 FLCurr ?

Ne prenez pas en compte les dons que vous avez déjà mentionnés.

1. Oui

5. Non

FT_Receive_FinancialAssistance_LOOP

FT025_EVER_GIFT_5000_OR_MORE

[Sans tenir compte des dons importants que vous avez peut-être déjà mentionnés/Depuis notre dernier entretien en] , avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] [déjà] fait un don d'argent, de biens mobiliers ou immobiliers d'une valeur supérieure à FL5000 FLCurr ?

Ne tenez pas compte des dons importants que vous avez déjà mentionnés.

1. Oui
5. Non

FT_Give_FinancialAssistance_LOOP

FT021_IntCheck

QUI A RÉPONDU AUX QUESTIONS DE CETTE SECTION ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

FT003_ToWhomFiGift250

A quelle [autre] personne avez-vous [vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] fait un don ou apporté un soutien financier [au cours des 12 derniers mois] ? [Veuillez nommer la personne à qui vous avez donné (ou que vous avez aidé) le plus.]

Cette question peut être posée jusqu'à 3 fois pour pouvoir nommer 3 bénéficiaires. Si la personne citée est déjà incluse dans la liste : utilisez son code avec son prénom plutôt que le lien de famille.

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père

6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

FT022_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

FT007_OthPFiGift250

Toujours en pensant aux 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un d'autre faisant partie ou non de ce ménage à qui vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] avez fait un don ou apporté un soutien financier ou matériel équivalent à FL250 FLCurr ou plus ?

1. Oui
5. Non

FT032_WhatChild

Quel enfant ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT033_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

FT010_FromWhoFiGift250

Qui [d'autre] vous a fait un don ou vous a aidé financièrement [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] [au cours des 12 derniers mois] ? [Veuillez citer la personne qui vous a donné ou vous a aidé le plus.]

Cette question peut être posée jusqu'à 3 fois pour pouvoir nommer 3 personnes.

1. Epoux/épouse/partenaire

2. Mère

3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

FT023_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT014_FromOthPFiGift250

(Toujours en pensant aux 12 derniers mois) Y a-t-il quelqu'un d'autre faisant partie ou non de ce ménage qui vous a apporté [à vous ou] [à votre] [époux/épouse/partenaire] un soutien financier ou matériel équivalent à FL250 FLCurr ou plus ?

1. Oui

5. Non

FT034_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT035_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

FT016_YearReclnh5000

[Pensez au don ou à l'héritage le plus important que vous ayez reçu.] En quelle année [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] l'avez-vous reçu ?

FT017_FromWhomRecInh5000

De qui avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] reçu ce don ou cet héritage ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

FT024_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT020_MoreRecInh5000

Avez-vous reçu [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] un autre don ou héritage s'élevant à plus de FL5000 FLCurr [depuis notre dernier entretien en '+FLLastInterviewMonthYear+'] ?

1. Oui
5. Non

FT036_WhatChild

Quel enfant ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[5]

^FLChild[15]

^FLChild[16]

^FLChild[17]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT037_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

FT026_YearGivInh5000

[Pensez au don le plus important que vous ayez fait.] En quelle année aviez-vous [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] fait ce don ?

FT027_ToWhomGivInh5000

A qui avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] fait ce don ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)

- 14. Petit-enfant
- 15. Grands-parents
- 16. Tante
- 17. Oncle
- 18. Nièce
- 19. Neveu
- 20. Autre membre de la famille
- 21. Ami
- 22. Ex-collègue/collègue
- 23. Voisin
- 24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
- 25. Prêtre ou autre membre de l'église
- 26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
- 27. Gouvernante/aide à domicile
- 96. Aucun de ceux-ci

FT028_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT031_MoreGivInh5000

Avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] fait un autre don d'un montant supérieur à FL5000 FLCurr [FL_FT031_4] ?

- 1. Oui
- 5. Non

FT038_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT039_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [Relationship string] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_FT.Section_FT_Given_FinancialAssistance_LO OP

FT003_ToWhomFiGift250

A quelle [autre] personne avez-vous [vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] fait un don ou apporté un soutien financier [au cours des 12 derniers mois] ? [Veuillez nommer la personne à qui vous avez donné (ou que vous avez aidé) le plus.]

Cette question peut être posée jusqu'à 3 fois pour pouvoir nommer 3 bénéficiaires. Si la personne citée est déjà incluse dans la liste : utilisez son code avec son prénom plutôt que le lien de famille.

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire

- 25. Prêtre ou autre membre de l'église
- 26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
- 27. Gouvernante/aide à domicile
- 96. Aucun de ceux-ci

FT022_NameOthChild

Notez le prénom de l'enfant

FT007_OthPFIgift250

Toujours en pensant aux 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un d'autre faisant partie ou non de ce ménage à qui vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] avez fait un don ou apporté un soutien financier ou matériel équivalent à FL250 FLCurr ou plus ?

- 1. Oui
- 5. Non

FT032_WhatChild

Quel enfant ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[14]

^FLChild[15]

^FLChild[16]

^FLChild[17]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT033_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [Relationship string] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_FT.Section_FT_Provide_FinancialAssistance_ FT010_FromWhoFiGift250

Qui [d'autre] vous a fait un don ou vous a aidé financièrement [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] [au cours des 12 derniers mois] ? [Veuillez citer la personne qui vous a donné ou vous a aidé le plus.]

Cette question peut être posée jusqu'à 3 fois pour pouvoir nommer 3 personnes.

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin
24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
25. Prêtre ou autre membre de l'église
26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
27. Gouvernante/aide à domicile
96. Aucun de ceux-ci

FT023_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT014_FromOthPFiGift250

(Toujours en pensant aux 12 derniers mois) Y a-t-il quelqu'un d'autre faisant partie ou non de ce ménage qui vous a apporté [à vous ou] [à votre] [époux/épouse/partenaire] un soutien financier ou matériel équivalent à FL250 FLCurr ou plus ?

1. Oui

5. Non

FT034_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^FLChild[4]

^FLChild[5]

^FLChild[8]

^FLChild[9]

^FLChild[10]

^FLChild[11]

^FLChild[12]

^FLChild[13]

^FLChild[14]

^FLChild[15]

^FLChild[16]

^FLChild[17]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT035_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{{Relationship string}}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_FT.Section_FT_Receive_FinancialAssistance_LOOP

FT016_YearReclnh5000

[Pensez au don ou à l'héritage le plus important que vous ayez reçu.] En quelle année [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] l'avez-vous reçu ?

FT017_FromWhomReclnh5000

De qui avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] reçu ce don ou cet héritage ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue

- 23. Voisin
- 24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
- 25. Prêtre ou autre membre de l'église
- 26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
- 27. Gouvernante/aide à domicile
- 96. Aucun de ceux-ci

FT024_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT020_MoreRecInh5000

Avez-vous reçu [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] un autre don ou héritage s'élevant à plus de FL5000 FLCurr [depuis notre dernier entretien en '+FLLastInterviewMonthYear+'] ?

- 1. Oui
- 5. Non

FT036_WhatChild

Quel enfant ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[3]

^

^FLChild[12]

^FLChild[13]

^FLChild[14]

^FLChild[18]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT037_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{{Relationship string}}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[3]

^FLSNmember[4]

^FLSNmember[5]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_FT.Section_FT_Give_FinancialAssistance_LO OP

FT026_YearGivInh5000

[Pensez au don le plus important que vous avez fait.] En quelle année aviez-vous [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] fait ce don ?

FT027_ToWhomGivInh5000

A qui avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] fait ce don ?

1. Epoux/épouse/partenaire
2. Mère
3. Père
4. Belle-mère
5. Beau-père
6. Mère par remariage
7. Père par remariage
8. Frère
9. Soeur
10. Enfant
11. Enfant de votre partenaire actuel
12. Gendre
13. Bru (belle-fille)
14. Petit-enfant
15. Grands-parents
16. Tante
17. Oncle
18. Nièce
19. Neveu
20. Autre membre de la famille
21. Ami
22. Ex-collègue/collègue
23. Voisin

- 24. Ex-époux/ex-épouse/ex-partenaire
- 25. Prêtre ou autre membre de l'église
- 26. Thérapeute ou autre aide professionnelle
- 27. Gouvernante/aide à domicile
- 96. Aucun de ceux-ci

FT028_NameOthChild

Notez le nom des enfants

FT031_MoreGivInh5000

Avez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] fait un autre don d'un montant supérieur à FL5000 FLCurr [FL_FT031_4] ?

- 1. Oui
- 5. Non

FT038_WhatChild

De quel enfant s'agit-il ?

^FLChild[1]

^FLChild[2]

^FLChild[5]

^FLChild[19]

^FLChild[20]

96. ^LblAnotherChild

FT039_WhatSNmember

Est-ce qu'il s'agit de [{Relationship string}] que vous avez mentionné précédemment ?

^FLSNmember[1]

^FLSNmember[2]

^FLSNmember[6]

^FLSNmember[7]

96. ^LblAnotherPerson

Section_HO

HO061_YrsAcc

Voici maintenant quelques questions sur votre habitation. Depuis combien d'années vivez-vous dans le logement actuel ?

Arrondir à un nombre entier d'années

HO662_PayNursHome

Deviez-vous payer "de votre poche" pour votre logement en maison de soins/maison de retraite (CIPA) ? Les dépenses "de votre poche" sont celles qui ne sont pas remboursées par la caisse d'assurance maladie ou par votre mutuelle. Les dépenses peuvent être celles du logement, des repas, des soins, de la blanchisserie, ou les charges de service telles que l'eau, l'électricité, le gaz ou le chauffage, etc.

1. Oui
5. Non

HO665_LastPayment

Pouvez-vous estimer combien vous payez de votre poche au cours d'un mois habituel ?

Montant en FLCurr

HO965_LastPayment

HO666_PayCoverNursHome

Veuillez consulter la CARTE [30]. A quoi correspondait ce dernier paiement ?

^CodeAll. Lisez à haute voix si nécessaire.

1. Logement (chambre)
2. Repas
3. Soins infirmiers et médicaux
4. Rééducation et autres soins de santé

5. Blanchisserie
6. Charges courantes, telles que l'eau, l'électricité, le gaz, le chauffage
7. Autres dépenses
96. Rien de tout cela

HO080_NHCosts

Il est important pour nous de comprendre comment les gens font face aux dépenses de soins. Nous avons une autre question sur la façon dont vous gérez cela. Veuillez consulter la carte [31]. Lesquelles de ces sources de revenus sont utilisées afin de couvrir vos dépenses?

^CodeAll

1. Pension de retraite (la vôtre ou celle de votre conjoint)
2. Autres source de revenu, telles que des loyers, des rentes, etc.
3. Placements ou épargnes (à vous ou à votre conjoint), y-compris les assurances vie
4. Contributions des enfants ou des petits enfants
5. Les allocations logement ou d'autres avantages publics
6. Des versements de l'assurance dépendance
7. Des versements d'une assurance complémentaire privée
97. D'autres sources de revenus (précisez)

HO081_OtherNHCosts

Quelles autres sources de revenus avez-vous utilisé ?

HO075_OwnRealEstate

Possédez-vous des résidences secondaires, maisons de vacances, d'autres biens immobiliers, des terrains ou des forêts, y compris le logement que vous occupiez avant de vivre ici ?

N'incluez pas les biens en multipropriété ou les biens immobiliers de votre entreprise.

1. Oui
5. Non

HO076_ValueRE

A votre avis, combien vaudraient cette ou ces propriétés si vous la/les vendiez aujourd'hui ?

Si le répondant possède un bien à l'étranger, donnez la valeur en FLCurr.

HO976_ValueRE

HO077_ReclncRe

Avez-vous perçu un revenu ou des loyers pour ces propriétés en ^FLLastYear ?

1. Oui
5. Non

HO078_AmlncRe

Quel revenu ou loyer avez-vous perçu pour ces propriétés, après déduction des impôts, en ^FLLastYear ?

Montant en FLCurr

HO978_AmlncRe

HO001_Place

L'entretien se déroule-t-il au domicile du répondant ?

1. Oui
5. Non

HO002_OwnerTenant

Veillez consulter la CARTE [32]. Votre ménage occupe ce logement en tant que...

^ReadOut En cas de vente en viager : codez 5 (occupant à titre gratuit).

1. Propriétaire
3. Locataire
4. Sous-locataire
5. Occupant à titre gratuit (Usufruitier total)

HO067_PaymSimDwel

A votre avis, quel serait le montant de votre loyer mensuel, au prix actuel du marché, si vous deviez louer un logement similaire non meublé ?

*Ne prenez pas en compte les charges et les services tels que l'électricité et le chauffage.
Montant en FLCurr*

HO967_PaymSimDwel

HO003_Period

[Revenons à votre loyer actuel et pensons à votre dernier paiement/En pensant à votre dernier loyer] , Quelle période couvrirait-il ? Était-ce...

^ReadOut

1. Une semaine
2. Un mois
3. Trois mois
4. Six mois
5. Un an
97. Une autre période

HO004_OthPer

Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par « Autre période » ?

HO605_LastPayment

Quel était le montant de votre dernier loyer, sans déduire les aides au logement ou les allocations dont vous pourriez bénéficier ?

Montant en FLCurr

HO905_LastPayment

HO079_SocialHousing

Vivez-vous en logement social (Fond du Logement, Société Nationale de l'Habitation à Bon Marché ou équivalent) ?

- 1. Oui
- 5. Non

HO007_LastPayIncl

Est-ce que votre dernier loyer incluait les charges liées au logement, telles que l'eau, l'enlèvement des ordures ménagères, l'entretien des parties communes, l'électricité, le gaz ou le chauffage ?

- 1. Oui
- 5. Non

HO008_ExtRentIncl

Quel était le montant des charges et des services qui n'étaient pas inclus dans votre loyer au cours [de la dernière semaine/du dernier mois/des derniers trois mois/des derniers six mois/de la dernière année] ?

Montant en FLCurr

HO908_ExtRentIncl

HO010_BehRent

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé d'avoir plus de 2 mois de retard dans le paiement de votre loyer ?

1. Oui
5. Non

HO070_PercHouseOwn

Quel pourcentage ou part de ce logement possédez-vous [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] ?

Saisissez un pourcentage entre 0 et 100. Pour les partenaires: le pourcentage demandé correspond à la somme des deux parts. 0 est autorisé uniquement si aucun des époux/épouse/partenaire possède une part du bien immobilier.

HO611_AcqProp

Veillez consulter la CARTE [33]. Comment avez-vous acheté ce bien immobilier ?

^CodeAll Si le répondant a reçu ce bien de l'Etat sans aucun paiement, codez 6.

1. Acheté ou construit avec mes propres moyens
2. Acheté ou construit avec un prêt ou une hypothèque
3. Acheté ou construit avec l'aide de la famille
4. Reçu en legs (héritage)
5. Reçu en cadeau
6. Acheté d'une autre manière

HO012_YearHouse

En quelle année était-ce ?

HO013_MortLoanProp

Avez-vous un prêt hypothécaire ou un crédit sur ce bien immobilier ?

1. Oui
5. Non

HO014_YrsLMortLoan

Combien d'années restent-ils avant que ce prêt hypothécaire ou ce crédit ne soit entièrement remboursé ?

Si moins d'un an codez 1 si plus de 50 ans ou sans limite codez 51 Si plusieurs prêts, prendre celui dont le terme est le plus éloigné

HO015_AmToPayMortLoan

Quelle somme vous reste-t-il encore à verser [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] pour rembourser votre prêt hypothécaire ou votre crédit, en excluant les intérêts ?

Montant total en FLCurr

HO915_AmToPayMortLoan

HO017_RepayMortgLoans

Remboursez-vous régulièrement ce crédit ou ce prêt hypothécaire ?

1. Oui
5. Non

HO620_RegRepayMortLoan

Pendant les douze derniers mois, combien avez-vous payé au total pour tous les prêts hypothécaires et crédits en cours pour cette propriété ?

Montant en FLCurr

HO920_RegRepayMortLoan

HO022_BehRepayMortLoan

Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà eu plus de deux mois de retard dans ces remboursements ?

- 1. Oui
- 5. Non

HO023_SuBLAcc

[Louez-vous/Sous-louez-vous] certaines parties de ce logement ?

- 1. Oui
- 5. Non

HO074_IncSuBLAcc

Quel revenu ou loyer avez-vous [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] reçu pour la location (ou sous-location) de ce logement en ^FLLastYear, après déduction des impôts ?

Montant en FLCurr

HO974_IncSuBLAcc

HO024_ValueH

À votre avis, quel montant obtiendriez-vous si vous vendez votre propriété aujourd'hui ?

Montant en FLCurr

HO924_ValueH

HO930_AmIncRe

HO032_NoRoomSqm

Combien avez-vous de pièces réservées à l'usage personnel des membres de votre ménage, y compris les chambres mais sans tenir compte de la cuisine, des toilettes, des salles de bains, des pièces de passage [et des pièces que vous pourriez louer ou sous-louer] ?

Ne tenez pas compte des débarras, caves ou greniers, ...

HO633_SpecFeat

Veillez consulter la CARTE [34]. Parmi les aménagements suivants, destinés aux personnes qui ont des déficiences physiques ou des problèmes de santé, lesquels ont été installés dans votre maison, le cas échéant ?

^CodeAll

1. Des portes ou couloirs élargis
2. Des rampes ou des escaliers au niveau de la rue
3. Des barres de soutien
4. Des systèmes automatiques pour l'ouverture des portes
5. Des modifications dans la salle de bain ou dans les toilettes
6. Des modifications dans la cuisine
7. Des appareils élévateurs
8. Des dispositifs d'alerte (alarmes, détecteurs)
96. Aucun de ces aménagements
97. Autre (spécifiez)

HO631_SpecFeat

Notez les autres aménagements

HO034_YrsAcc

Depuis combien d'années vivez-vous dans votre logement actuel ?

Arrondir à un nombre d'années entières

HO054_Elevator

Votre logement a-t-il un ascenseur ?

1. Oui
5. Non

HO060_PartnerYrsAcc

Depuis combien d'années [votre époux/votre épouse/votre partenaire] vit- [il/elle] dans le logement que vous occupez en ce moment ?

Arrondir à un nombre d'années entières

HO636_TypeAcc

Veillez consulter la CARTE [35]. Dans quel type de bâtiment votre ménage vit-il ?

^ReadOut Une maison de soins fournit tous les services suivants à ses résidents: distribution de médicaments, disponibilité 24 heures sur 24, assistance personnelle (pas nécessairement une infirmière), chambre et repas.

1. Une ferme
2. Une maison individuelle ou bi-familiale
3. Une maison accolée ou en série
4. Un immeuble avec 3 à 8 appartements
5. Un immeuble avec 9 appartements ou plus, mais moins de 8 étages
6. Un grand immeuble avec 9 étages ou plus
7. Un complexe de logements avec des services pour personnes âgées (maison résidentielle, etc., mais pas une maison de soins ou de retraite)
8. Une maison de soin/maison de retraite

HO782_Certifiednurse

Y a-t-il au moins une infirmière (certifiée) parmi le personnel ?

1. Oui
5. Non

HO037_CityTown

Veillez consulter la CARTE [36]. Comment décririez-vous l'environnement où vous vivez ?

^ReadOut

1. Une très grande ville, Ville de Luxembourg
2. La banlieue ou les environs de la Ville de Luxembourg
3. Une grande ville - Esch/Alzette, Differdange, Dudelange
4. Autre petite ville
5. Un village ou une zone rurale

HO043_StepstoEntrance

Combien de marches d'escalier devez-vous monter (ou descendre) pour accéder à l'entrée de votre logement ?

Ne comptez pas les marches que l'on peut éviter en prenant l'ascenseur

1. Jusqu'à 5
2. De 6 à 15
3. De 16 à 25
4. Plus de 25

HO026_OwnSecHome

Possédez-vous [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] d'autres logements, des résidences secondaires, des maisons de vacances ou d'autres biens immobiliers, fonciers ou forestiers ?

N'incluez pas les biens en multi-propriété ou les biens immobiliers de votre entreprise.

1. Oui
5. Non

HO027_ValueRE

À votre avis, combien vaudraient ces propriétés, si vous les vendiez aujourd'hui ?

Si la propriété est à l'étranger, donnez la valeur en FLCurr

HO927_ValueRE

HO029_ReclncRe

Avez-vous perçu [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] un revenu ou un loyer de ces propriétés en ^FLLastYear ?

1. Oui
5. Non

HO030_AmlncRe

Quel(s) revenu(s) ou loyer(s) avez-vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire /partenaire] perçu(s) de ces propriétés, après déduction des impôts en ^FLLastYear ?

Indiquez un montant en FLCurr

HO041_IntCheck

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_HH

HH001_OtherContribution

Bien que nous vous ayons déjà demandé [, à vous ou d'autres membres de votre ménage,] quelques informations sur vos revenus, il est très important pour nous de bien comprendre la situation financière de votre ménage. Au cours de l'année passée, donc en ^FLLastYear, est-ce qu'un membre de votre ménage, qui ne participe pas à cette interview, a contribué à son revenu ?

*Si nécessaire, lisez la liste des personnes éligibles que nous interrogeons :
^MN015_Eligibles.*

1. Oui
5. Non

HH010_OtherIncome

Certains ménages reçoivent des allocations comme des allocations logement, des allocations familiales, une aide sociale, etc. Votre ménage, ou un membre de votre ménage, a-t-il reçu des allocations de ce type en ^FLLastYear ?

1. Oui
5. Non

HH011_TotAddHHinc

Pouvez-vous, s'il vous plait, m'indiquer approximativement le montant total des allocations que votre ménage a perçues en ^FLLastYear, après déduction des taxes et contributions ?

Ici, les allocations sont accordées par le gouvernement ou une autorité locale.

Merci d'indiquer le montant total annuel. Montant en FLCurr

HH911_TotAddHHinc

HH014_IntCheck

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_CO

CO001_Intro1

Nous aimerions à présent vous poser quelques questions sur les dépenses courantes de votre ménage et sur la façon dont vous gérez votre budget.

1. Continuez

CO002_ExpFoodAtHome

En pensant aux douze derniers mois, combien votre ménage a dépensé, en moyenne, au cours d'un mois habituel pour les aliments consommés à la maison ?

Montant en FLCurr

CO902_ExpFoodAtHome

CO003_ExpFoodOutsHme

Toujours en pensant au douze derniers mois, combien votre ménage a dépensé, en moyenne, au cours d'un mois habituel pour les repas pris en dehors de la maison ?

Montant en FLCurr

CO903_ExpFoodOutsHme

CO010_HomeProducedFood

Consommez-vous [, ou d'autres membres de votre ménage consomment-ils,] des légumes, des fruits, ou de la viande que vous avez vous-même plantés, produits, capturés ou cueillis ?

1. Oui

5. Non

CO011_ValHomeProducedFood

En pensant aux douze derniers mois, quelle est la valeur des produits alimentaires "fait maison" que vous avez consommé au cours d'un mois habituel ? En d'autres termes, combien auriez-vous payé pour ces produits si vous aviez dû les acheter ?

Entrez un montant en FLCurr

CO911_ValHomeProducedFood

HH017_TotAvHHincMonth

Après déduction des impôts et des cotisations sociales, à combien estimez-vous, en moyenne, le revenu total mensuel de votre ménage en ^FLLastYear ?

Il s'agit du revenu TOTAL MENSUEL de TOUS les membres du ménage. Entrez un montant en FLCurr

CO007_AbleMakeEndsMeet

En considérant le revenu mensuel total de votre ménage, diriez-vous que votre ménage arrive à joindre les deux bouts....

^ReadOut

1. Très difficilement
2. Assez difficilement
3. Assez facilement
4. Facilement

HH917_TotAvHHincMonth

CO206_AffordExpense

Votre ménage pourrait-il supporter une dépense inattendue de ^AffordExpenseAmount FLCurr sans emprunter d'argent ?

1. Oui
5. Non

CO209_PovertyPutUpWithCold

Pendant les 12 derniers mois, avez-vous enduré une sensation de froid pour réduire les coûts de chauffage et pour réduire le coût de la vie ?

1. Oui
5. Non

CO009_IntCheck

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_AS

AS001_Intro1

Les questions qui suivent portent sur les différents types d'épargne ou d'investissement que vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] êtes susceptible de détenir.

1. Continuez

AS060_HasBankAcc

Avez-vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] actuellement au moins un compte bancaire, un compte courant, un compte ou livret d'épargne ou un compte chèque postal ?

1. Oui

5. Non

AS003_AmBankAcc

Environ quelle somme avez-vous [, vous et] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] actuellement sur vos comptes bancaires, livrets, comptes d'épargne ou comptes chèque postal ?

Notez le montant total en FLCurr pour les deux époux/partenaires

AS903_AmBankAcc

AS062_HasBonds

Détenez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] des bons d'État ou des obligations d'entreprises ?

Les obligations sont un instrument de créance permettant à l'Etat ou à une entreprise d'emprunter du capital.

1. Oui

5. Non

AS007_AmBonds

Environ quelle somme actuellement avez-vous [, vous et] [votre] [époux/épouse/partenaire] en bons d'État ou en obligations publiques ou privées ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires.

AS907_AmBonds

AS063_HasStocks

Déterminez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] des actions ou des parts d'une entreprise (cotée ou non cotée en bourse) ?

Des actions sont des titres qui montrent qu'une personne est propriétaire d'une part d'une entreprise et qu'elle a le droit d'en percevoir des dividendes

1. Oui

5. Non

AS011_AmStocks

Environ quelle somme avez-vous actuellement [, vous et] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] en actions ou en parts d'entreprises (cotées ou non) ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires.

AS911_AmStocks

AS064_HasMutFunds

Avez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] de l'argent placé sur un fond commun de placement ou des SICAV (y compris les plans d'épargne en actions) ?

Un fonds commun de placement est une forme d'investissement qui est mis en place par une institution financière qui perçoit de l'argent de nombreux investisseurs et qu'elle donne à un gestionnaire pour l'investir en actions, obligations et autres produits financiers

1. Oui
5. Non

AS017_AmMutFunds

Environ quelle somme détenez-vous actuellement [, vous et] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] sur des fonds communs de placement ou des SICAV (y compris PEA) ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires.

AS917_AmMutFunds

AS019_MuFuStockBo

Ces SICAV ou fonds communs de placement sont-ils principalement constitués par des actions ou par des obligations ?

1. Principalement des actions
2. Des actions et des obligations à parts égales
3. Principalement des obligations

AS070_IntIncome

Au total, quel montant en intérêts ou en dividendes avez-vous [et] [votre] [époux/épouse/partenaire] reçu de votre épargne en comptes bancaires, de vos obligations, actions ou fonds communs de placement en ^FLLastYear ? Veuillez m'indiquer le montant après impôts.

Entrez un montant en FLCurr

AS970_IntIncome

AS065_HasIndRetAcc

Avez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] de l'argent sur un compte d'épargne-retraite privé ?

Un compte d'épargne-retraite privé est un plan d'épargne-retraite sur lequel la personne met de l'argent de côté chaque année pour être retiré (partiellement) au moment de la retraite. Prenez en compte les contrats d'assurance-vie uniquement s'ils procurent une rente durant le vivant de l'assuré bénéficiaire.

1. Oui
5. Non

AS020_IndRetAcc

Qui a souscrit un compte d'épargne retraite privé ? Vous-même [, ou votre] [mari/femme/partenaire] [, ou bien les deux] ?

1. Uniquement le répondant
2. Uniquement ^FL_AS020_5
3. Les deux

AS021_AmIndRet

Combien avez-vous actuellement sur le(s) compte(s) d'épargne-retraite privé(s) ?

Montant en FLCurr inscrivez uniquement le montant pour le répondant.

AS921_AmIndRet

AS023_IndRetStockBo

Ce ou ces compte(s) d'épargne retraite privé(s) sont-ils principalement constitués par des actions ou par des obligations ?

1. Principalement des actions
2. Des actions et des obligations à parts égales
3. Principalement des obligations

AS024_PAmIndRet

Quel montant [votre] [époux a-t-il/épouse a-t-elle/partenaire a-t-il/partenaire a-t-elle] actuellement sur un compte d'épargne-retraite privé ?

Montant en FLCurr. Inscrivez UNIQUEMENT le montant pour l'époux/l'épouse/le partenaire.

AS924_PAmIndRet

AS026_PIndRetStockBo

Ce ou ces compte(s) d'épargne retraite privé(s) sont-ils principalement constitués par des actions ou par des obligations ?

1. Principalement des actions
2. Des actions et des obligations à parts égales
3. Principalement des obligations

AS066_HasContSav

Détenez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] de l'argent sur un compte logement, un livret logement ou un plan d'épargne logement ?

Un compte épargne logement est un compte dans une institution financière sur lequel on dépose de l'argent en vue d'acheter un logement.

1. Oui
5. Non

AS027_AmContSav

Environ quel montant [vous et] [votre] [époux/épouse/partenaire] détenez-vous actuellement sous forme d'épargne-logement (compte, livret et plan d'épargne logement) ?

Notez le montant total en FLCurr pour les deux époux/partenaires.

AS927_AmContSav

AS067_HasLifeIns

Avez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] une assurance-vie ?

1. Oui

5. Non

AS029_LifeInsPol

Vos polices d'assurance-vie sont-elles de type temporaire, entière ou les deux ?

** Temporaire : assure le versement du capital ou de la rente uniquement dans le cas d'un décès pendant la période définie dans le contrat.*

** Entière : consiste en une forme d'épargne dont la valeur augmente avec le temps et qui peut être restituée par la suite en plusieurs tranches ou en une seule fois.*

1. Assurance-vie temporaire

2. Assurance-vie entière

3. Les deux

97. Autre

AS030_ValLifePol

Quelle est la valeur de rachat de l'ensemble des polices d'assurances-vie que vous [et] [votre] [époux/épouse/partenaire] détenez ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires.

AS930_ValLifePol

AS641_OwnFirm

Possédez-vous actuellement [, vous ou] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] une entreprise, une société ou un commerce, que ce soit en totalité ou en partie ?

1. Oui
5. Non

AS642_AmSellFirm

Si vous vendiez cette entreprise, société ou commerce, combien vous resterait-il [à vous] [à votre mari/à votre épouse/à votre partenaire] , après paiement de toutes les dettes afférentes ?

Notez le montant total en FLCurr pour les deux époux/partenaires

AS942_AmSellFirm

AS044_ShareFirm

Quel pourcentage ou quelle part détenez-vous de cette entreprise, société ou commerce [, vous-même ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] ?

Entrez un pourcentage. Si moins de 1%, tapez 1.

AS944_ShareFirm

AS649_NumCars

Combien de voitures possédez-vous [ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] ? Ne tenez pas compte des voitures de sociétés.

AS051_AmSellingCars

Si vous vendiez [cette/ces] [voiture/voitures] , combien en retireriez-vous ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires. Le répondant doit indiquer le montant qu'il, ou son conjoint/partenaire, recevra s'il vend leurs voitures. Les voitures louées ne doivent pas être incluses. Par contre, les voitures achetées à crédit doivent être incluses. Dans ce cas, le répondant doit déduire le montant restant à rembourser.

AS951_AmSellingCars

AS054_OweMonAny

La prochaine question se rapporte à l'argent que vous pourriez devoir, à l'exception des prêts immobiliers éventuels (pour propriétés, terrains, entreprises). Veuillez consulter la carte [41]. Parmi les dettes suivantes, lesquelles avez-vous actuellement [vous, ou] [votre] [époux/épouse/partenaire] ?

^CodeAll

1. Dettes sur des voitures et autres véhicules (fourgonnettes/motocyclettes/bateaux, etc.)
2. Impayés sur des cartes de crédit / des cartes de magasins
3. Emprunts (auprès d'une banque, d'une société de crédit immobilier ou une autre institution financière)
4. Dettes envers des proches ou amis
5. Prêts étudiants
6. Factures impayées (téléphone, électricité, chauffage, loyer)
96. Rien de tout cela
97. Autre

AS055_AmOweMon

Sans tenir compte des emprunts immobiliers, hypothécaires ou des dettes sur des terrains, des propriétés ou des entreprises, combien devez-vous [, vous et] [votre] [époux,/épouse,/partenaire,] au total ?

Notez le montant total en FLCurr, pour les deux époux/partenaires.

AS955_AmOweMon

AS057_IntCheck

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

Section_AC

AC700_BigFiveIntro

Veillez consulter la CARTE [44]. Voici un certain nombre de caractéristiques qui peuvent ou non vous concerner. Veuillez me dire dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui vont suivre.

1. Continuez

AC701_Reserved

Je me vois comme quelqu'un de réservé. Êtes-vous...

^ReadOut

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC702_Trust

Je me vois comme quelqu'un qui fait généralement confiance aux autres. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC703_Lazy

Je me vois comme quelqu'un qui a tendance à être paresseux. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC704_Relaxed

Je me vois comme quelqu'un de détendu, qui gère bien le stress. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC705_FewInterests

Je me vois comme quelqu'un qui est peu intéressé(e) par tout ce qui est artistique. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC706_Outgoing

Je me vois comme quelqu'un d'extraverti, de sociable. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC707_FindFault

Je me vois comme quelqu'un qui a tendance à critiquer les autres. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC708_Thorough

Je me vois comme quelqu'un qui travaille avec rigueur. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC709_Nervous

Je me vois comme quelqu'un qui s'énerve facilement. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC710_Imagination

Je me vois comme quelqu'un qui a de l'imagination. Êtes-vous...

Lisez à voix haute si nécessaire

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC711_Kind

Je me vois comme quelqu'un d'attentionné et de gentil avec presque tout le monde. Êtes-vous...

^ReadOutNeed

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni d'accord, ni en désaccord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

AC011_Intro

Nous aimerions également savoir ce que les gens pensent de leur vie en général.

Début d'une section sans proxy. Le proxy n'est pas autorisé. Si le répondant n'est pas capable de répondre seul aux questions, veuillez appuyer simultanément sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

AC012_HowSat

Sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 signifie que vous êtes complètement insatisfait et 10 que vous êtes complètement satisfait, à quel point êtes-vous satisfait de votre existence ?

AC013_Intro

Veillez consulter la CARTE [42]. Je vais vous lire maintenant des expressions que les gens utilisent pour décrire leur vie ou comment ils se sentent. Nous aimerions savoir à quelle fréquence, si c'est le cas, vous avez éprouvé ces sentiments et ces pensées : souvent, parfois, rarement ou jamais.

1. Continuez

AC014_AgePrev

A quelle fréquence vous dites-vous que votre âge vous empêche de faire ce que vous voudriez ?

Carte [42]. ^ReadOut

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC015_OutofContr

A quelle fréquence avez-vous l'impression que ce qui se passe est hors de votre contrôle ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC016_LeftOut

A quelle fréquence avez-vous l'impression d'être exclu ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC017_DoWant

A quelle fréquence pensez-vous que vous pouvez faire les choses que vous voulez faire ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC018_FamRespPrev

A quelle fréquence pensez-vous que les responsabilités familiales vous empêchent de faire ce que vous voulez ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC019_ShortMon

A quelle fréquence pensez-vous que le manque d'argent vous empêche de faire ce que vous voulez ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC020_EachDay

A quelle fréquence vous réjouissez-vous de chaque nouvelle journée ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC021_LifeMean

A quelle fréquence avez-vous le sentiment que votre vie a un sens ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC022_BackHapp

Dans l'ensemble, à quelle fréquence regardez-vous votre vie passée avec un sentiment de bonheur ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC023_FullEnerg

A quelle fréquence vous sentez-vous plein d'énergie ces derniers jours ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC024_FullOpport

A quelle fréquence avez-vous le sentiment que la vie est pleine d'opportunités ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC025_FutuGood

A quelle fréquence avez-vous le sentiment que l'avenir vous sourit ?

Carte [42]. ^ReadOutNeed

1. Souvent
2. Parfois
3. Rarement
4. Jamais

AC001_Intro

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur vos activités.

1. Continuez

AC035_ActPastTwelveMonths

Veillez consulter la CARTE [43]. Avez-vous pratiqué une de ces activités durant les douze derniers mois ? Laquelle des activités figurant sur cette carte - le cas échéant - avez-vous pratiqué au cours des douze derniers mois ?

^CodeAll

1. Faire du volontariat, du bénévolat ou une activité caritative
4. Suivre une formation ou des cours
5. Participer à un club de sport, une organisation sociale ou d'autres types de club ou association
7. Participer à une organisation politique, syndicale, locale ou communautaire

8. Lire des livres, des magazines ou des journaux
9. Faire des jeux de mots ou de chiffres comme les mots croisés ou les Sudokus
10. Jouer aux cartes ou à des jeux comme les échecs
96. Aucune de ces activités

Activities1

AC037_HowSatisfied

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie totalement insatisfait et 10 signifie entièrement satisfait, indiquez votre satisfaction concernant les activités que vous avez mentionnées.

AC038_HowSatisfiedNoAct

Vous avez indiqué n'être engagé dans aucune des activités figurant sur la carte [43]. Pourriez-vous noter votre niveau de satisfaction par rapport à cet état de fait ? Veuillez répondre sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « pas du tout satisfait », et 10, « entièrement satisfait ».

AC740_Outro

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Le répondant
2. Section non renseignée (interview proxy)

AC036_HowOftAct

A quelle fréquence, durant les douze derniers mois [avez-] [vous] [fait du volontariat ou du bénévolat/suivi une formation ou des cours/participé à un club de sport ou à toute autre activité sociale au sein d'un club ou d'une association/participé à une organisation politique, syndicale ou communautaire/lu des livres, des magazines ou des journaux/fait des jeux de mots ou de chiffres comme les mots croisés ou les Sudokus/joué aux cartes ou à des jeux comme les échecs] ?

^ReadOut

1. Tous les jours ou presque
2. Toutes les semaines ou presque
3. Tous les mois ou presque
4. Moins souvent

Section_AC.BActivitiesLOOP1

AC036_HowOftAct

A quelle fréquence, durant les douze derniers mois [avez-] [vous] [fait du volontariat ou du bénévolat/suivi une formation ou des cours/participé à un club de sport ou à toute autre activité sociale au sein d'un club ou d'une association/participé à une organisation politique, syndicale ou communautaire/lu des livres, des magazines ou des journaux/fait des jeux de mots ou de chiffres comme les mots croisés ou les Sudokus/joué aux cartes ou à des jeux comme les échecs] ?

^ReadOut

1. Tous les jours ou presque
2. Toutes les semaines ou presque
3. Tous les mois ou presque
4. Moins souvent

Section_TE

TE001_intro

Nous aimerions maintenant vous posez quelques questions sur les activités que vous avez faites hier.

1. Continuez

TE002_Weekday

Ne lisez pas à voix haute.

Veillez noter quel jour de la semaine nous étions HIER.

1. Lundi
2. Mardi
3. Mercredi
4. Jeudi
5. Vendredi
6. Samedi
7. Dimanche

TE003_YesterdaySpecial

Veillez penser à la journée d'HIER, c'est-à-dire [lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi/samedi/dimanche] , du matin jusqu'au soir inclus.

Pensez aux lieux où vous étiez, à ce que vous avez fait, avec qui vous étiez et comment vous vous sentiez. Est-ce que la journée d'hier était pour vous un jour ordinaire, ou est-ce que des événements inattendus, agréables ou non, sont arrivés ?

^ReadOut

1. Oui – juste un jour ordinaire
2. Non – ma journée a été marquée par des événements inattendus qui étaient désagréables et stressants
3. Non – ma journée a été marquée par des événements inattendus, mais agréables

TE005_Chores_Hrs

Heure(s) :

TE006_Chores_Mts

Minute(s) :

TE011_PersonalCare_Hrs

Heure(s) :

TE012_PersonalCare_Mts

Minute(s) :

TE004_Chores_INTRO

Continuez de penser à la journée d'hier, du matin jusqu'au soir inclus, en vous concentrant sur le temps que vous avez consacré à différentes activités au cours de la journée.

Combien de temps avez-vous consacré hier à des tâches ménagères comme faire le ménage, la lessive, les courses, la cuisine, le jardinage, etc.

Veillez ne pas comprendre les soins personnels, la garde des petits-enfants, les soins à des parents ou à un autre membre de la famille.

Si le répondant n'est pas sûr, demandez-lui d'estimer du mieux qu'il peut la durée totale consacrée à l'activité en question.

Si le répondant n'a pas consacré de temps à l'activité en question, entrez "0" dans les deux champs libres.

Si le répondant a consacré, par exemple 1h30 à l'activité en question, entrez "1" dans le champ heures et "30" dans le champ minutes.

Si le répondant a consacré 40 minutes à l'activité en question, entrez "0" dans le champ heures et "40" dans le champ minutes.

1. Continuez

TE014_Children_Hrs

Heure(s) :

TE015_Children_Mts

Minute(s) :

TE017_HelpParents_Hrs

Heure(s) :

TE010_PersonalCare_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à vos soins personnels, comme vous laver, vous habiller, aller chez le coiffeur, chez le médecin, etc. ?

1. Continuez

TE018_HelpParents_Mts

Minute(s) :

TE020_HelpPartner_Hrs

Heure(s) :

TE021_HelpPartner_Mts

Minute(s) :

TE013_Children_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à des activités avec vos enfants, vos petits-enfants, des enfants que vous gardez ou d'autres enfants dont vous vous occupez ?

Ceci inclut le fait de les laver, de les habiller, de jouer avec eux, de les emmener à l'école ou une autre activité, de les aider pour les devoirs, etc.

Veillez exclure les enfants qui sont adultes.

1. Continuez

TE023_HelpOther_Hrs

Heure(s) :

TE024_HelpOther_Mts

Minute(s) :

TE026_Leisure_Hrs

Heure(s) :

TE016_HelpParents_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à aider vos parents ou vos beaux-parents ?

Ceci inclut une aide pour des tâches administratives, pour leur toilette, pour les habiller, les emmener chez le médecin, etc.

Veillez également inclure également le temps passé avec des beaux-parents et des parents adoptifs.

1. Continuez

TE027_Leisure_Mts

Minute(s) :

TE032_Admin_Hrs

Heure(s) :

TE033_Admin_Mts

Minute(s) :

TE019_HelpPartner_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à aider [votre mari/votre femme/votre partenaire] ?

Ceci inclut une aide pour des tâches administratives, pour sa toilette, pour s'habiller, l'emmener chez le médecin, etc.

1. Continuez

TE035_PaidWork_Hrs

Heure(s) :

TE036_PaidWork_Mts

Minute(s) :

TE038_VoluntaryWork_Hrs

Heure(s) :

TE022_HelpOther_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à aider un autre membre de votre famille ou une autre personne qui n'en fait pas partie ?

N'INCLUEZ PAS l'aide apportée [à votre mari ou/à votre femme ou/à votre partenaire ou] aux parents et aux enfants que vous avez déjà mentionnés dans cette section.

Répétez si nécessaire : par exemple une aide pour des tâches administratives, la toilette, s'habiller, aller chez le médecin, etc.

1. Continuez

TE039_VoluntaryWork_Mts

Minute(s) :

TE041_Travel_Hrs

Heure(s) :

TE042_Travel_Mts

Minute(s) :

TE025_Leisure_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à des activités de loisirs ?

Ceci inclut le fait de regarder la télé, de parcourir les médias sociaux, de faire du sport, de pratiquer des hobbies, de parler avec des amis ou de la famille, de sortir, etc.

1. Continuez

TE047_Napping_Hrs

Heure(s) :

TE048_Napping_Mts

Minute(s) :

TE050_Sleeping_Hrs

Heure(s) :

TE031_Admin_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à des tâches administratives et à la gestion du budget et des finances de votre famille ?

1. Continuez

TE051_Sleeping_Mts

Minute(s)

TE052_OtherActivities

Avez-vous consacré du temps hier à d'autres activités pour lesquelles nous n'avons pas encore posé de questions ?

1. Oui

5. Non

TE053_WhatActivities

De quelle(s) autre(s) activité(s) s'agissait-il?

TE034_PaidWork_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à une activité rémunérée, en tant que salarié ou indépendant ?

Veillez NE PAS inclure les temps de trajet aller-retour, entre votre domicile et votre lieu de travail, mais comprendre les heures supplémentaires.

1. Continuez

TE055_TimeOtherActivities_Hrs

Heure(s) :

TE056_TimeOtherActivities_Mts

Minute(s) :

TE058_PartnerActivities_Hrs

Heure(s) :

TE037_VoluntaryWork_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à des activité(s) bénévoles ?

Veillez NE PAS inclure les tâches ménagères, l'aide apportée à un membre de la famille, le temps passé à s'occuper des enfants, ainsi que les autres activités que vous avez déjà mentionnées.

Une activité bénévole est un travail non rémunéré, par exemple, pour des organisations religieuses, éducatives, politiques, liées à la santé ou pour d'autres organisations caritatives.

1. Continuez

TE059_PartnerActivities_Mts

Minute(s) :

TE060_IntCheck

VERIFIEZ : Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Seulement le répondant
2. Le répondant et un proxy
3. Seulement un proxy

TE040_Travel_Intro

Continuez de penser à la journée d'hier, du matin au soir inclus.

Combien de temps avez-vous consacré hier aux trajets aller-retour de votre domicile à votre lieu de travail ou au lieu de votre activité bénévole ?

Encodez 0 si le répondant n'a pas travaillé hier.

1. Continuez

TE046_Napping_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à la sieste et au repos au cours de la journée ?

N'incluez pas le temps pendant lequel vous avez dormi la nuit.

1. Continuez

TE049_Sleeping_Intro

Combien de temps avez-vous dormi la nuit dernière ?

1. Continuez

TE054_TimeOtherActivities_Intro

Combien de temps avez-vous consacré hier à cette/ces activité(s) ?

Si plus d'une autre activité a été mentionnée, additionnez le temps consacré à chacune de ces autres activités.

1. Continuez

TE057_PartnerActivities_Intro

Vous avez indiqué avoir consacré hier [+STR+'(+piTE026_Leisure_Hrs+')] heures et [+STR+'(+piTE027_Leisure_Mts+')] minutes à des activités de loisirs.

Pendant combien de temps avez-vous partagé ces activités de loisirs avec [votre mari/votre femme/votre partenaire] ?

Si le répondant n'a pas consacré de temps à des activités de loisirs avec [son mari/sa femme/son partenaire/sa partenaire] , entrez "0"

1. Continuez

Section_IT

IT005_Continue

Nous allons maintenant parler de vos expériences en informatique.

1. Continuez

IT001_PC_work

Votre emploi actuel nécessite-t-il l'utilisation d'un ordinateur ?

Un ordinateur peut être un PC (Ordinateur Personnel), ou une tablette (I-PAD ou équivalent), ou un smartphone (avec accès à internet).

1. Oui
5. Non

IT002_PC_work

Est-ce que votre dernier emploi avant de partir en retraite nécessitait l'utilisation d'un ordinateur ?

Un ordinateur peut être un PC (Ordinateur Personnel), ou une tablette (I-PAD ou équivalent), ou un smartphone (avec accès à internet).

1. Oui
5. Non

IT003_PC_skills

Comment évalueriez-vous vos aptitudes à utiliser un ordinateur ? Diriez-vous qu'elles sont...

^ReadOut ; Un ordinateur peut être un PC (ordinateur personnel), une tablette (iPad ou similaire), ou un smartphone (avec un accès à Internet).

1. Excellentes
2. Très bonnes
3. Bonnes
4. Acceptables
5. Médiocres
6. Je n'ai jamais utilisé un ordinateur (REPONSE SPONTANÉE UNIQUEMENT)

IT004_UseWWW

Pendant les 7 derniers jours, avez-vous utilisé au moins une fois internet, que ce soit pour envoyer un e-mail, chercher des informations, faire des achats, ou pour tout autre raison ?

"pour tout autre raison" inclut la messagerie, les réseaux sociaux, la messagerie vidéo, etc.

- 1. Oui
- 5. Non

Section_EX

EX601_NonProxy

Début d'une section sans proxy. Aucun proxy n'est autorisé. Si le répondant n'est pas présent ou n'est pas capable de répondre lui-même, appuyez sur CTRL-K à chaque question.

1. Continuez

EX029_FreqPrayer

J'aimerais maintenant vous poser une question à propos de la prière. En pensant à vos habitudes actuelles, à quelle fréquence priez-vous ?

^ReadOut

1. Plus d'une fois par jour
2. Une fois par jour
3. Plusieurs fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine
6. Jamais

EX001_Introtxt

J'ai maintenant quelques questions à vous poser sur la probabilité que certains événements surviennent, selon vous. J'aimerais que vous me répondiez par un nombre compris entre 0 et 100. Prenons ensemble l'exemple du temps. Veuillez consulter la carte [45]. Quelles sont selon vous les chances qu'il fasse beau demain ? Par exemple, '90' signifierait qu'il y a 90% de chance qu'il y ait du soleil. Vous pouvez indiquer n'importe quel nombre entre 0 et 100.

EX007_GovRedPens

(Veuillez consulter la carte [45].) Quelles sont, selon vous, les chances qu'avant votre départ à la retraite, le gouvernement baisse le montant de la pension à laquelle vous avez droit ?

EX025_ChWrkA65

(Veuillez consulter la carte [45].) En pensant à votre activité professionnelle en général et pas seulement à votre travail actuel, quelles sont les chances que vous travailliez à plein temps après 63 ans ?

EX008_GovRaisAge

(Veuillez consulter la carte [45])

Quelles sont les chances que le gouvernement augmente l'âge de départ à la retraite, avant que vous partiez en retraite ?

EX009_LivTenYrs

(Veuillez consulter la carte [45].) Quelles sont, selon vous, les chances que vous viviez jusqu'à l'âge de ^FLAgeTen ans, ou plus ?

EX026_Trust

J'aimerais à présent vous poser une question sur la façon dont vous percevez les autres personnes. D'une manière générale, diriez-vous, qu'on peut faire confiance à la plupart des gens, ou que l'on n'est jamais trop prudent dans ses contacts avec les autres personnes ? Ne regardez plus la carte [45]. Veuillez me répondre au moyen d'une échelle de notes entre 0 et 10, où 0 signifie que l'on n'est jamais trop prudent et 10 que l'on peut faire confiance à la plupart des gens.

EX110_RiskAv

Veillez consulter la CARTE [46]. Lorsqu'on place son épargne, on peut choisir entre des actifs qui rapportent peu et présentent un faible risque de perte, par exemple un compte en banque ou un plan d'épargne, ou bien des actifs qui rapportent beaucoup mais avec un plus grand risque, par exemple des actions. Parmi les situations décrites sur la carte, laquelle vous semble la plus proche du niveau de risque financier que vous êtes prêt à prendre lorsque vous épargnez ou faites des investissements ?

Lisez les réponses seulement si c'est nécessaire. Si plus d'une réponse est donnée, utilisez la première catégorie qui s'applique.

1. Prendre des risques financiers substantiels en espérant gagner beaucoup
2. Prendre des risques financiers supérieurs à la moyenne en espérant avoir des gains supérieurs à la moyenne
3. Prendre des risques financiers moyens en espérant avoir des gains moyens
4. Ne vouloir prendre aucun risque financier

EX111_XYZ_Planning_Horizon

Quand vous planifiez votre épargne et vos dépenses, quelle est la période de temps que vous prenez en considération ?

^ReadOut

L'option "1. Les prochains mois" inclut également "les prochains jours" et "les prochaines semaines".

1. Les prochains mois
2. L'année prochaine
3. Les prochaines années
4. Les 5 à 10 prochaines années
5. Plus de 10 années

EX800_PartInterv

Le partenaire sera-t-il interrogé juste après cet entretien (éventuellement avec un proxy) ?

Attention : les entretiens effectués avec un proxy sont autorisés uniquement dans les cas de problèmes d'audition, d'élocution ou de concentration.

1. Oui
5. Non

EX101_IntroPartInfo

Avant de terminer, j'aimerais que vous me donniez quelques informations sur [votre] [époux/épouse/partenaire] , qui ne participera pas à l'entretien aujourd'hui.

1. Continuez

EX602_PartYrsEduc

Pendant combien d'années [votre] [époux/épouse/partenaire] a-t-il/elle été à l'école ?

*Scolarisation correspond à une éducation à temps plein, cela : * comprend : suivre une scolarité, se livrer à des travaux pratiques ou à des études supervisées ou passer des examens. * ne comprend pas : le travail à temps plein, l'enseignement à domicile, l'enseignement à distance, une formation spéciale sur le lieu de travail, les cours du soir, la formation professionnelle privée à temps partiel, des études supérieures flexibles ou à temps partiel, etc.*

EX603_PartJobSit

Veuillez consulter la CARTE [47]. En général, comment décririez-vous la situation de travail actuel de [votre] [époux/épouse/partenaire] ?

^ReadOut

1. Pensionné(e)
2. Salarié(e) ou indépendant (y compris aidant familial)
3. Sans emploi et en recherche d'emploi
4. Invalidité, incapacité permanente ou en congé de longue maladie
5. Homme ou femme au foyer
97. Autres

EX613_LastJobPartner

Quel est l'emploi le plus récent [de votre] [époux/épouse/partenaire] ?

EX613c_LastJobPartnerCode

Je vais maintenant chercher l'intitulé de cet emploi dans la liste officielle des activités de notre base de données.

Saisissez à nouveau l'intitulé de l'emploi et choisissez le plus adapté dans la liste déroulante.

Veillez être attentif aux fautes de frappe.

Si vous faites défiler la liste, vous trouverez d'autres intitulés.

Si vous ne trouvez pas le bon intitulé, demandez au répondant de penser à un autre intitulé ou qu'il donne une description plus générale ou plus précise de ce métier.

Si vous ne trouvez pas un intitulé adapté, tapez "991".

EX613d_LastJobPartnerCode

Veillez vérifier que vous avez sélectionné le bon intitulé de l'emploi :

EX613c_LastJobPartnerCode

Si ce n'est pas le bon intitulé, revenez en arrière et sélectionnez celui qui correspond le mieux dans la liste déroulante.

1. Confirmez et continuez

EX104_PartEvWork

Est-ce que [votre] [époux/épouse/partenaire] a déjà exercé une activité rémunérée ?

1. Oui

5. Non

EX105_PartEmp

Dans son [dernier emploi/emploi actuel] , [votre] [mari/femme/partenaire] [était/est] [-il/-elle] salarié(e) du secteur privé, salarié(e) du secteur public (y compris fonctionnaire) ou indépendant(e) ?

1. Salarié du secteur privé
2. Salarié du secteur public (y compris fonctionnaire)
3. Indépendant (à son compte)

EX023_Outro

Qui a répondu aux questions de cette section ?

1. Le répondant
2. Section non renseignée (interview proxy)

EX123_Consent

Si l'on veut étudier l'évolution des conditions de vie au Luxembourg et en Europe, il est important d'interviewer les mêmes personnes tous les deux ans pour voir comment leur vie a changé.

Pour cette raison, nous souhaitons conserver votre nom et vos coordonnées, afin de pouvoir vous recontacter. Votre nom et vos coordonnées resteront confidentielles et seront conservés séparément des informations que vous nous avez fournies aujourd'hui.

Acceptez-vous que nous conservions votre nom et vos coordonnées pour pouvoir vous contacter à nouveau ?

Laissez le répondant signer le formulaire de consentement. Si le répondant pose des questions ou hésite, dites lui qu'il pourra toujours dire non au moment où il sera recontacté.

1. Accepte d'être recontacté
5. Refuse d'être recontacté

EX106_HandOutA

Je vais vous remettre un questionnaire papier avec quelques questions supplémentaires.

Selon votre disponibilité, vous pouvez remplir le questionnaire immédiatement, ou plus tard et nous le renvoyer en utilisant l'enveloppe prépayée.

Nous tenons à souligner que votre participation est volontaire et que ces informations sont strictement confidentielles et ne seront utilisées que sous forme anonyme et uniquement à des fins d'étude scientifique.

Prenez un questionnaire complémentaire et inscrivez le prénom et l'identifiant du répondant : ^RespondentID sur la couverture du questionnaire.

Entrez le numéro de série du questionnaire complémentaire ci-dessous dans le CAPI.

Donnez le questionnaire et l'enveloppe de retour au répondant.

EX024_Outro2

Merci. C'était la dernière question. Nous aimerions vous remercier encore une fois pour votre participation à l'enquête. Nous savons que ce questionnaire était long et difficile, mais votre aide était vraiment importante. Par votre participation vous aidez les chercheurs à comprendre comment le vieillissement de la population, au Luxembourg et en Europe, affecte notre futur à tous.

1. Continuez

Section_IV

IV001_Intro

CETTE PARTIE DU QUESTIONNAIRE CONCERNE VOS OBSERVATIONS DURANT L'ENTRETIEN. ELLE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE APRES CHAQUE INTERVIEW INDIVIDUEL.

1. Continuez

IV002_PersPresent

A part le "proxy", quelqu'un d'autre était-il présent pendant tout ou une partie de l'entretien avec ^FLRespondentName ?

^CodeAll

1. Personne d'autre
2. Epoux/épouse/partenaire
3. Parent(s)
4. Enfant(s)
5. Autres membres de la famille
6. Autres personnes présentes

IV003_PersIntervened

Ces personnes sont-elles intervenues pendant l'entretien ?

1. Oui, souvent
2. Oui, parfois
3. Non

IV004_WillingAnswer

Si vous deviez évaluer les dispositions de ^FLRespondentName à répondre aux questionnaires, diriez-vous qu'elles ont été...

1. Très bonnes
2. Bonnes
3. Moyennes
4. Mauvaises
5. Bonnes au début, mais elles se sont détériorées au cours de l'interview
6. Mauvaises au début, mais elles se sont améliorées au cours de l'interview

IV005_WillingnessWorse

Pourquoi la bonne volonté de répondre du répondant s'est-elle détériorée au fur et à mesure du déroulement de l'entretien ?

^CodeAll

1. Le répondant était de moins en moins intéressé
2. Le répondant n'était plus concentré ou était fatigué
3. Autre. Précisez

IV006_OthReason

Quelle autre raison ?

Quelle autre raison ?

IV007_AskClarification

Est-ce que ^FLRespondentName vous a demandé de préciser certaines questions ?

1. Jamais
2. Presque jamais
3. Parfois
4. Souvent
5. Très souvent
6. Toujours

IV008_RespUnderstoodQst

Dans l'ensemble, avez-vous eu le sentiment que ^FLRespondentName comprenait les questions ?

1. Jamais
2. Presque jamais
3. Parfois
4. Souvent
5. Très souvent
6. Toujours

IV018_HelpShowcards

Est-ce que le répondant a eu besoin d'une aide pour lire les cartes pendant l'interview ?

1. Oui, à cause de problèmes de vue
2. Oui, à cause de problèmes de lecture
3. Non

IV009_AreaLocationBldg

Dans quel type d'environnement le logement du répondant se situe-t-il ?

1. Une très grande ville - Ville de Luxembourg
2. La banlieue ou les environs de la ville de Luxembourg
3. Une grande ville - Esch/Alzette, Differdange, Dudelange
4. Une petite ville
5. Un village ou une zone rurale

IV610_TypeBuilding

Dans quel type de logement le ménage réside-t-il ?

Une maison de soins/maison de retraite offre les services suivants à ses résidents : distribution de médicaments, disponibilité du personnel de soins et d'encadrement 24h/24h (pas nécessairement une infirmière), mise à disposition d'une chambre et de repas.

1. Une ferme
2. Une maison individuelle pour une ou deux familles
3. Une maison pour une ou deux familles, jumelée, en rangée ou regroupée selon toute autre configuration
4. Un immeuble de 3 à 8 appartements
5. Un immeuble de 9 appartements ou plus mais de 8 étages maximum
6. Un immeuble de 9 étages ou plus
7. Une résidence comprenant des services pour personnes âgées
8. Une résidence pour personnes âgées comprenant une assistance permanente

IV621_Certifiednurse

Y a-t-il au moins une infirmière (certifiée) parmi le personnel ?

1. Oui
5. Non

IV012_StepstoEntrance

Combien de marches vous a-t-il fallu gravir (monter ou descendre) pour parvenir jusqu'à l'entrée principale du logement du ménage ?

Ne tenez pas compte des marches qui peuvent être évitées grâce à un ascenseur.

1. Jusqu'à 5
2. Entre 6 et 15
3. Entre 16 et 25
4. Plus de 25

IV019_InterviewerID

Veuillez entrer votre numéro d'identification enquêteur :

IV017_Outro

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants d'avoir bien voulu répondre à ces questions.

1. Continuez

IV020_RelProxy

Un "proxy" a répondu partiellement ou en intégralité aux questions adressées à ^FLRespondentName. Quelle est la relation entre le proxy et ^FLRespondentName ?

1. Conjoint(e) ou partenaire
2. Enfant, beau-fils ou belle-fille
3. Parent ou Beau-parent
4. Frère ou soeur
5. Petit-enfant
6. Autre parent
7. Personnel soignant
8. Aide-ménagère ou aide à domicile
9. Ami(e) ou connaissance
10. Autre personne

Section_XT

XT001_Intro

[[Nom de la personne décédée]] a participé à l'enquête "50 ans et plus" avant son décès. Sa contribution a été très précieuse. Nous pensons qu'il serait extrêmement utile de la prolonger par des informations sur la dernière année de la vie de [[Nom de la personne décédée]]. Tous les renseignements recueillis seront traités comme auparavant de façon strictement confidentielle et anonyme.

1. Continuez

XT006_ProxSex

Notez le sexe du répondant proxy

1. Masculin
2. Féminin

XT002_Relation

Avant de commencer le questionnaire sur la dernière année de vie de [[Name of the deceased]], pourriez-vous me dire quelle était votre relation avec [[Name of the deceased]] ?

Si ce n'est pas clair, précisez : "Vous étiez donc [son/sa] ..."

1. Mari, femme ou partenaire
2. Fils ou fille
3. Gendre ou bru (beau-fils ou belle-fille)
4. Fils ou fille du mari, de la femme ou du/de la partenaire
5. Petit-enfant
6. Frère ou soeur
7. Autre parent (précisez)
8. Autre personne ne faisant pas partie de la famille (précisez)

XT003_OthRel

Précisez "autre membre de la famille"

XT004_OthNonRel

Précisez "autre proche sans lien de parenté"

XT005_HowOftCont

Au cours des douze derniers mois de sa vie, quelle a été la fréquence de vos contacts avec [FL_XT005_2] , aussi bien en personne que par téléphone, courrier, e-mail ou tout autre moyen électronique ?

1. Tous les jours
2. Plusieurs fois par semaine
3. Une fois par semaine environ
4. Une fois toutes les deux semaines environ
5. Une fois par mois environ
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

XT007_YearBirth

Pouvez-vous m'indiquer votre année de naissance ?

XT101_ConfDecYrBirth

Parlons maintenant [du défunt/de la défunte] . Afin d'être sûr d'avoir des informations correctes concernant [{Name of the deceased}] , pouvez-vous me confirmer qu' [il/elle] était né(e) en [{Month and Year birth of deceased}] ?

1. Oui
5. Non

XT802_IntroDecBirth

En quel mois et quelle année [{Name of the deceased}] [est-il né ?/est-elle née ?]

1. Continuez

XT102_DecMonthBirth

Mois :

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

XT103_DecYearBirth

Année :

XT104_SexDec

Notez le sexe de la personne décédée (Demandez en cas d'incertitude).

1. Masculin
2. Féminin

XT008_MonthDied

Nous voudrions avoir plus d'information sur les circonstances du décès de [{Name of the deceased}]. Quel mois et quelle année est- [il/elle] décédé(e) ? MOIS : ANNEE:

Mois

1. Janvier
2. Février
3. Mars
4. Avril
5. Mai
6. Juin
7. Juillet
8. Août
9. Septembre
10. Octobre
11. Novembre
12. Décembre

XT009_YearDied

En quel mois et quelle ANNÉE [est-il décédé/est-elle décédée] ?

MOIS : XT008_MonthDied

ANNÉE :

Année

1. 2006
2. 2007
3. 2008
4. 2009
5. 2010
6. 2011
7. 2012
8. 2013
9. 2014

- 10. 2015
- 11. 2016
- 12. 2017
- 13. 2018
- 14. 2019
- 15. 2020
- 16. 2021
- 17. 2022
- 18. 2023
- 19. 2024

XT010_AgeDied

Quel âge avait [Name of the deceased] lorsqu' [il est décédé/elle est décédée] ?

Age en nombre d'années.

XT109_DecMarried

[Name of the deceased] était-il/elle marié(e) au moment de son décès ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT039_NumChild

Combien d'enfants encore en vie [Name of the deceased] avait- [il/elle] au moment de son décès ? Veuillez compter aussi les enfants naturels, placés, adoptés et les beaux-enfants le cas échéant.

XT011_CauseDeath

Quelle fut la cause principale de son décès ?

Lisez à voix haute si nécessaire.

Note : Les décès dus à la Covid-19 ou à des complications liées à la Covid-19 sont codées avec l'item de réponse "9"

1. Cancer
2. Crise cardiaque
3. Accident vasculaire cérébral (attaque)
4. Autre maladie cardio-vasculaire telle qu'insuffisance cardiaque, arythmie...
5. Maladie respiratoire
6. Maladie du système digestif telle qu'un ulcère gastro-intestinal ou une inflammation des intestins
7. Maladie infectieuse sévère, telle qu'une pneumonie, une septicémie ou la grippe
8. Accident ou suicide
9. Covid-19 ou complications liées
97. Autre (veuillez préciser)

XT012_OthCauseDeath

Précisez autre cause du décès

XT013_HowLongIll

Pendant combien de temps [Name of the deceased] [a-t-il/a-t-elle] été malade avant son décès ?

^ReadOut

1. Moins d'un mois
2. Un mois ou plus, mais moins de 6 mois
3. 6 mois ou plus, mais moins d'un an
4. 1 an ou plus
5. (si spontané) N'était pas malade avant sa mort

XT014_WhereDied

[Est-il décédé/Est-elle décédée] ...

^ReadOut

Par "hospice" ou "centre de soins palliatifs", nous entendons une structure hospitalière ou non-hospitalière avec mission de soins palliatifs qui accueille les patients en phase terminale ou gravement malades.

1. A son domicile
2. Chez quelqu'un d'autre
3. A l'hôpital
4. Dans une maison de soins/maison de retraite (CIPA)
5. Dans un centre de convalescence, une résidence médicalisée
6. Dans un hospice ou un centre de soins palliatifs
7. Durant son transfert vers un hôpital ou un établissement médical
97. Ailleurs (Veuillez préciser)

XT060_OthWhereDied

Préciser le lieu du décès.

XT123_CADieAlone

Quelqu'un d'autre était-il présent lorsque [{Name of the deceased}] est décédé(e) ?

1. Oui
5. Non

XT124_CAWhyAlone

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT767_Certifiednurse

Y avait-il au moins une infirmière (certifiée) parmi l'assistance ou le personnel ?

1. Oui
5. Non

XT750_ICU

Était-ce dans une unité de soins intensifs ?

1. Oui
5. Non

XT751_palcareinpoatienthospice

Était-ce dans une unité de soins palliatifs ?

Par "soins palliatifs", nous entendons un établissement spécifique pour les patients en phase terminale ou gravement malades.

1. Oui
5. Non

XT754_reasonocare

Pour quelle raison [n'a-t-il/n'a-t-elle] pas reçu de soins palliatifs ?

^ReadOut

1. Ce n'était pas nécessaire ou souhaité
2. C'était nécessaire ou souhaité mais pas disponible
3. C'était nécessaire ou souhaité mais trop cher

XT127_CAnocare

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT615_TimesInHosp

L'année qui a précédé son décès, combien de fois [{Name of the deceased}] a-t- [il/elle] été à l'hôpital, dans une unité de soins palliatifs ou une maison de soins (CIPA) ?

Veillez ne compter ici que les occasions distinctes où [il/elle] a été dans ces établissements, et non le nombre total de jours passés à l'hôpital.

XT016_TotalTimeHosp

Pendant la dernière année de sa vie, combien de temps en tout [{Name of the deceased}] [est-il resté/est-elle restée] à l'hôpital, dans une unité de soins palliatifs ou dans un établissement d'hébergement médicalisé (CIPA) ?

Ne pas lire à haute voix

1. Moins d'une semaine
2. Une semaine ou plus, mais moins d'un mois
3. Un mois ou plus, mais moins de 3 mois
4. 3 mois ou plus, mais moins de 6 mois
5. 6 mois ou plus, mais moins d'un an
6. Une année entière

XT125_CANotInHosp

Au cours de l'année précédant le décès de [il/elle] , est-ce que [{Name of the deceased}] a eu besoin de séjourner dans un hôpital, une unité de soins palliatifs ou une maison de soins (CIPA) et n'a pas pu y séjourner en raison de l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
5. Non

XT126_CAFearInf

Au cours de l'année précédant son décès, [{Name of the deceased}] a-t- [il/elle] renoncé à des soins ou à une opération par crainte de la contamination par la Covid-19 ?

1. Oui
5. Non

XT756_IntroCare

Les questions suivantes concernent les soins que [{Name of the deceased}] a reçu durant le dernier mois de sa vie. Veuillez répondre à ces questions en vous basant sur votre expérience, ainsi que sur celle de [{Name of the deceased}] quand [il/elle] recevait des soins.

1. Continuez

XT757_hospiceorpalliativecare

Dans les quatre dernières semaines de la vie de [{Name of the deceased}] , a-t- [il/elle] bénéficié de soins palliatifs ?

Par "soins palliatifs", nous entendons les soins apportés aux patients en phase terminale ou gravement malades.

1. Oui

5. Non

XT758_medicinepain

Dans les derniers mois de [sa] vie, est-ce que [{Name of the deceased}] éprouvait des douleurs ou prenait des médicaments pour des douleurs ?

1. Oui

5. Non

XT759_medicineamount

[A-t-il/A-t-elle] reçu trop, pas assez ou la quantité appropriée de médicaments contre la douleur ?

1. Trop

2. Pas assez

3. Bonne quantité

XT128_CAreasonmedicineamount

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT760_troublebreathing

Dans le dernier mois de [sa] vie, [{Name of the deceased}] a-t-il/elle eu des difficultés respiratoires ?

1. Oui
5. Non

XT761_helpbreathing

Dans quelle mesure les soins [qu'il a/qu'elle a] reçu pour ses problèmes respiratoires étaient insuffisants ou appropriés ?

1. Insuffisants
2. Appropriés

XT129_CAreasonhelpbreathing

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT762_anxietyadness

Dans le dernier mois de [sa] vie, est-ce que [{Name of the deceased}] a présenté des signes d'anxiété ou de tristesse ?

1. Oui
5. Non

XT763_helpanxiety sadness

Dans quelle mesure [a-t-il/a-t-elle] reçu de l'aide pour faire face à ces sentiments. Était-ce trop peu ou approprié ?

1. Trop peu
2. Approprié

XT764_personalcare

Est-ce que ses soins personnels, comme par exemple prendre un bain, s'habiller et changer la literie, ont été pris en charge comme ils auraient dû l'être ?

^ReadOut.

1. Toujours
2. Régulièrement
3. Parfois
4. Jamais
5. Une aide n'était pas nécessaire ou souhaitée pour des soins personnels

XT130_CAreasonpersonalcare

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT765_staff

Durant le dernier mois de sa vie, de manière générale, dans quelle mesure le personnel, qui a pris soin [de lui/d'elle] , a-t-il été gentil, attentionné et respectueux ?

Par personnel, nous entendons tout type de professionnel payé (par quelqu'un) pour leurs services. Ceci comprend les médecins, les infirmiers(ières), les travailleurs sociaux, les aumôniers, les infirmiers(ières) auxiliaires, les thérapeutes et autres types de personnel.

^ReadOut.

1. Toujours
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais
5. Il n'y avait pas de personnel (de professionnel payé) pour prendre soin de lui/d'elle

XT131_CAreasonnostaff

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT766_ratecare

Globalement, comment évalueriez-vous les soins [qu'il/qu'elle] a reçus du personnel durant le dernier mois de sa vie ?

^ReadOut.

1. Excellents
2. Très bons
3. Bons
4. Moyens
5. Mauvais

XT132_CAQualitycare

Dans quelle mesure pensez-vous que la qualité des soins reçus par [Name of the deceased] a été affectée par l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Beaucoup
2. Un peu
3. Pas du tout

XT017_IntroMedCare

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions sur les dépenses occasionnées par les soins médicaux que [Name of the deceased] a reçus pendant les 12 mois qui ont précédé son décès. Pour chaque type de soin énuméré ci-dessous, veuillez indiquer si [Name of the deceased] les a reçus et, si oui, donnez la meilleure estimation possible des dépenses. Incluez uniquement les frais qui n'ont pas été pris en charge, ni par la sécurité sociale, ni par une assurance, ni par l'employeur.

1. Continuez

XTCare

XT105_DiffWhere

Nous voudrions vous interroger sur les difficultés que les gens peuvent avoir pendant leur dernière année de vie (difficultés liées à des problèmes physiques, mentaux, émotionnels ou de mémoire). Au cours de la dernière année de sa vie, [Name of the deceased] a-t- [il/elle] eu des problèmes pour se souvenir de l'endroit où [il/elle] était ? Veuillez mentionner uniquement que les difficultés qui ont duré au moins 3 mois.

1. Oui
5. Non

XT106_DiffYear

Au cours de la dernière année de sa vie, [Name of the deceased] a-t- [il/elle] eu des difficultés à se souvenir de l'année en cours ?

Veuillez indiquer uniquement les difficultés qui ont duré au moins 3 mois.

1. Oui
5. Non

XT107_DiffRecogn

Durant la dernière année de sa vie, [{{Name of the deceased}}] a-t- [il/elle] rencontré des difficultés à reconnaître des membres de sa famille ou de amis proches ?

Veillez indiquer uniquement les difficultés qui ont duré au moins 3 mois.

1. Oui
5. Non

XT020_IntroDiffADL

En raison d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire, [{{Name of the deceased}}] a-t- [il/elle] eu des difficultés pour effectuer les activités suivantes durant les 12 derniers mois de sa vie ? Ne signalez que les difficultés qui ont duré au moins 3 mois.

^ReadOut ^CodeAll

1. S'habiller, y compris mettre ses chaussures et ses chaussettes
2. Se déplacer dans une pièce
3. Prendre son bain ou sa douche
4. Manger, par exemple couper les aliments
5. Se mettre au lit ou se lever
6. Utiliser les toilettes, y compris s'en lever ou s'y asseoir
96. Rien de tout cela

XT620_IntroDiffADLII

En raison d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire, [{{Name of the deceased}}] a-t-il/elle eu des difficultés pour faire l'une des activités suivantes au cours des douze derniers mois de sa vie ? Veuillez ne citer que les difficultés qui ont duré au moins trois mois.

^ReadOut. ^CodeAll

1. Préparer un repas chaud
2. Faire les courses
3. Passer un appel téléphonique
4. Prendre ses médicaments
5. Utiliser une carte pour se déplacer dans un endroit inconnu
6. Faire des travaux dans la maison ou au jardin

7. Gérer de l'argent, comme le paiement des factures et le suivi des dépenses
8. Quitter la maison seule et accéder aux services de transport
9. Laver son linge personnel
10. Problème d'incontinence
96. Aucun de ces cas

XT022_HelpADL

Pour les activités qui s'avéraient difficiles pour [{Name of the deceased}] au cours des 12 derniers mois de sa vie, quelqu'un l'aidait- [il/elle] régulièrement ?

1. Oui
5. Non

XT133_CAHelpADL

Était-ce dû à l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
2. En partie
5. Non

XT023_WhoHelpedADL

Qui, y compris vous-même, l'a principalement aidé pour ces activités ? Merci de citer 3 personnes au maximum.

Ne lisez pas les réponses à haute voix Encodez au maximum 3 réponses ! Notez la relation avec la personne décédée !

1. Vous-même (le répondant proxy)
2. Epoux/épouse, partenaire de la personne décédée
3. Mère ou père de la personne décédée
4. Fils de la personne décédée
5. Gendre de la personne décédée
6. Fille de la personne décédée
7. Bru (belle-fille) de la personne décédée
8. Petit-fils de la personne décédée

9. Petite-fille de la personne décédée
10. Soeur de la personne décédée
11. Frère de la personne décédée
12. Autre membre de la famille
13. Bénévole
14. Aide professionnelle (par ex. infirmière)
15. Ami ou voisin de la personne décédée
16. Autre personne

XT024_TimeRecHelp

Au total, au cours des 12 derniers mois de sa vie, pendant combien de temps [Name of the deceased] [a-t-il/a-t-elle] reçu de l'aide ?

^ReadOut

1. Moins d'un mois
2. Un mois ou plus, mais moins de 3 mois
3. 3 mois ou plus, mais moins de 6 mois
4. 6 mois ou plus, mais moins d'un an
5. Une année entière

XT134_CATimeHelp

À tout autre moment au cours des douze derniers mois de la vie de [Name of the deceased], est-ce qu' [il/elle] a eu besoin d'aide et n'a pas pu la recevoir, à cause de l'épidémie de la Covid-19 ?

1. Oui
5. Non

XT135_CADurationNoHelp

Pendant combien de semaines [Name of the deceased] a-t- [il/elle] été dans l'impossibilité de recevoir de l'aide ?

Comptez "1" pour une semaine incomplète.

XT025_HrsNecDay

Environ combien d'heures d'aide recevait `[[Name of the deceased]]` au cours d'un jour habituel ?

XT026a_Intro

Les questions suivantes portent sur le patrimoine et les assurances-vie que `[[Name of the deceased]]` a pu posséder et ce qu'il en est advenu après son décès. J'ai conscience que vous pouvez trouver ceci indiscret ou douloureux, mais avoir des informations sur la situation financière en fin de vie est très utile. Avant de continuer, je tiens à vous assurer à nouveau que ce que vous m'avez déjà dit et tout ce que vous me direz restera complètement confidentiel.

1. Continuez

XT026b_HadWill

Certaines personnes font un testament pour organiser le partage de leurs biens. `[[Name of the deceased]]` avait-il/elle rédigé un testament ?

1. Oui
5. Non

XT027_Benefic

Quels étaient les bénéficiaires de la succession, y compris vous-même ?

[^ReadOut](#)

[^CodeAll](#)

1. Vous-même (proxy)
2. Epoux/épouse/partenaire de la personne décédée
3. Enfants de la personne décédée
4. Petits-enfants de la personne décédée
5. Frères et soeurs de la personne décédée
6. Autres membres de la famille de la personne décédée
7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille
8. Eglise, fondation ou organisation caritative

9. Le/la défunt(e) n'a rien laissé du tout (REPONSE SPONTANEE)

10. N'a pas encore été décidé (REPONSE SPONTANEE)

XT030_OwnHome

[[Name of the deceased]] était- [il/elle] propriétaire de sa maison ou de son appartement - en totalité ou en partie ?

1. Oui

5. Non

XT031_ValHome

Après déduction des emprunts en cours, quelle était la valeur de la maison ou de l'appartement dont [[Name of the deceased]] était propriétaire (ou de la part qui lui revenait) ?

Entrez un montant FLCurr

Si la personne décédée a laissé des dettes, saisir un montant négatif.

XT931_ValHome

XT032_InhHome

Qui a hérité de la maison ou de l'appartement de [[Name of the deceased]] , y compris vous-même ?

Codez le lien de parenté avec la personne décédée. ^CodeAll Si la maison ou l'appartement est déjà vendu, cochez toutes les personnes qui ont obtenu une part de l'argent.

1. Vous-même (le répondant proxy)

2. Epoux/épouse/partenaire

3. Fils ou filles (ON DEMANDERA LES PRENOMS)

4. Petits-enfants

5. Frères et soeurs

6. Autres membres de la famille (spécifier)

7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille (spécifier)

XT053_FrstNme

Prénoms des enfants ayant hérité de l'habitation

XT033_OwnLifeInsPol

[[Name of the deceased]] possédait-il/elle des polices d'assurance-vie ?

1. Oui
5. Non

XT034_ValLifeInsPol

Quelle était approximativement la valeur totale de toutes les assurances-vie que [[Name of the deceased]] possédait ?

Entrez un montant en FLCurr

XT934_ValLifeInsPol

XT035_BenLifeInsPol

Quels étaient les bénéficiaires des polices d'assurance vie ou assurance décès, y compris vous-même ?

Coder le lien de parenté avec la personne décédée.

^CodeAll

1. Vous-même (Le répondant proxy)
2. Epoux/épouse/partenaire
3. Fils ou filles (DEMANDER LEURS PRENOMS)
4. Petits-enfants
5. Frères et soeurs
6. Autres membres de la famille (spécifier)
7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille (spécifier)

XT054_OthRel

Précisez quel autre parent

XT055_OthNonRel

Précisez quelle(s) autre(s) personne(s) ne faisant pas partie de la famille

XT056_FrstNme

Prénoms des enfants bénéficiaires d'assurance-vie

XT036_IntroAssets

Je vais maintenant lire une liste de biens que les gens peuvent posséder. Pour chacun, veuillez indiquer si [Name of the deceased] en était propriétaire au moment de son décès et, si oui, me donner la meilleure estimation possible de leur valeur après déduction des dettes.

1. Continuez

XTAssets

XT040a_EstateDiv

De quelle manière l'ensemble des biens a été partagé entre les enfants de [Name of the deceased] ?

^ReadOut

1. Certains enfants ont reçu plus que les autres
2. Les biens ont été partagés plus ou moins de manière égale entre tous les enfants
3. Les biens ont été partagés exactement de manière égale entre les enfants
4. Les enfants n'ont rien reçu
5. L'ensemble des biens n'a pas encore été partagé (RÉPONSE SPONTANÉE UNIQUEMENT)

XT040b_MoreForCare

Diriez-vous que certains enfants ont reçu plus que d'autres pour compenser des dons ou donations antérieures ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT040c_MoreFinSupp

Diriez-vous que certains enfants ont reçu davantage que d'autres, dans le but de leur apporter un soutien financier ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT040d_MoreForCare

Diriez-vous que certains enfants ont reçu plus que d'autres en raison de l'aide ou des soins qu'ils ont apportés à [Name of the deceased] à la fin de sa vie ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT040e_MoreOthReas

Diriez-vous que certains enfants ont reçu plus que d'autres pour d'autres raisons ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT041_Funeral

Enfin, nous souhaiterions en savoir plus sur les funérailles de [Name of the deceased]. Les funérailles ont-elles été accompagnées par une cérémonie religieuse ?

- 1. Oui
- 5. Non

XT136_CAFuneral

Nous aimerions également vous demander si l'épidémie de la Covid-19 a affecté les funérailles de [Name of the deceased] .

Est-ce que vous ou d'autres proches de [Name of the deceased] avez été soumis à des restrictions pour ses funérailles en raison de l'apparition de la Covid-19 ?

1. Oui
5. Non

XT137_CAFuneralRestriction

Quelles étaient ces restrictions ?

^ReadOut ^CodeAll

1. Les funérailles n'étaient pas permises
2. Le nombre de personnes pouvant y assister étaient limité
3. Des membres de la famille ou des amis n'ont pas pu y assister à cause des restrictions de déplacement
4. Des mesures de distanciation sociale, telles que embrassades ou poignée de main ont été appliquées
5. Des mesures ont restreint les choix de la famille concernant l'enterrement ou le lieu des funérailles
97. Autres restrictions (veuillez préciser)

XT138_OthRestriction

Veuillez préciser les autres restrictions concernant les funérailles

XT108_AnyElse

Je vous ai posé beaucoup de questions sur différents aspects de la santé et des finances de [Name of the deceased] et je tiens à vous remercier de votre collaboration. Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter concernant les conditions de vie de [Name of the deceased] , au cours de la dernière année de sa vie ?

S'il n'y a rien à ajouter, tapez "RIEN" et appuyez sur ENTER.

XT042_Outro

C'est la fin de cet entretien. Merci encore pour tous les renseignements que vous nous avez fournis. Ils nous seront extrêmement utiles pour comprendre comment les gens gèrent la fin de leur vie.

1. Continuez

XT043_IntMode

Veillez indiquer le mode d'interview

1. Face à face
2. Téléphone

XT044_IntID

Veillez entrer votre numéro d'enquêteur

XT018_TypeMedCare

[[Name of the deceased]] a-t- [il/elle] [reçu des soins d'un médecin généraliste/reçu des soins d'un spécialiste/effectué des séjours à l'hôpital/reçu des soins en maison de soins/maison de retraite (CIPA)/séjourné en centre d'accueil pour personnes en fin de vie (soins palliatifs)/Hospice/reçu des médicaments/fait usage d'appareils et d'instruments/reçu de l'aide pour des soins pour cause d'invalidité/reçu de l'aide pour les tâches ménagères en raison d'un handicap] (dans les 12 derniers mois de sa vie) ?

L'aide fournie pour des "soins personnels" ou pour des "tâches domestiques" à cause d'un handicap fait référence ici à tous types d'assistances, d'aides ou de soins fournis par des professionnels à domicile (pas dans un établissement médical).

1. Oui
5. Non

XT119_CostsMedCare

Environ combien a-t- [il/elle] payé de sa poche pour [des soins d'un médecin généraliste/des soins d'un médecin spécialiste/des séjours à l'hôpital/des soins dans une maison de soins/une maison de retraite (CIPA)/des séjours à l'hospice/des médicaments/des aides et appareillages/de l'aide reçue pour des soins en raison d'un handicap/de l'aide reçue pour les tâches ménagères en raison d'un handicap] (au cours des 12 derniers mois de sa vie) ?

[Par montants que vous payez de votre poche, nous entendons des paiements que vous faites directement au médecin, à l'hôpital ou à la pharmacie, sans être remboursé par votre caisse de maladie ou une compagnie d'assurance.] [FL_XT119_5]

Notez "0" si tous les coûts ont été couverts ou remboursés. Sinon, entrez un montant en FLCurr

XT919_CostsMedCare

XT637_OwnAss

Possédait- [il/elle] possédait [des entreprises, y compris des terrains ou locaux/d'autres biens immobiliers/des voitures/des actifs financiers (argent liquide, actions, obligations, livrets...)/des bijoux ou des antiquités] ?

1. Oui

5. Non

XT638_ValAss

Quelle était à peu près la valeur [des entreprises, y compris des terrains ou des locaux/des autres biens immobiliers/des voitures, exceptées les voitures de location)/des actifs financiers (par ex. argent liquide, actions, obligations, livrets, etc.)/des bijoux ou des antiquités] possédés(ées) par [{Name of the deceased}] au moment de [son] décès ?

Entrez le montant en FLCurr.

Si la personne décédée a laissé des dettes, saisissez un montant négatif.

XT938_ValAss

Section_XT.B_XTCare

XT018_TypeMedCare

[{Name of the deceased}] a-t- [il/elle] [reçu des soins d'un médecin généraliste/reçu des soins d'un spécialiste/effectué des séjours à l'hôpital/reçu des soins en maison de soins/maison de retraite (CIPA)/séjourné en centre d'accueil pour personnes en fin de vie (soins palliatifs)/Hospice/reçu des médicaments/fait usage d'appareils et d'instruments/reçu de l'aide pour des soins pour cause d'invalidité/reçu de l'aide pour les tâches ménagères en raison d'un handicap] (dans les 12 derniers mois de sa vie) ?

L'aide fournie pour des "soins personnels" ou pour des "tâches domestiques" à cause d'un handicap fait référence ici à tous types d'assistances, d'aides ou de soins fournis par des professionnels à domicile (pas dans un établissement médical).

1. Oui

5. Non

XT119_CostsMedCare

Environ combien a-t- [il/elle] payé de sa poche pour [des soins d'un médecin généraliste/des soins d'un médecin spécialiste/des séjours à l'hôpital/des soins dans une maison de soins/une maison de retraite (CIPA)/des séjours à l'hospice/des médicaments/des aides et appareillages/de l'aide reçue pour des soins en raison d'un handicap/de l'aide reçue pour les tâches ménagères en raison d'un handicap] (au cours des 12 derniers mois de sa vie) ?

[Par montants que vous payez de votre poche, nous entendons des paiements que vous faites directement au médecin, à l'hôpital ou à la pharmacie, sans être remboursé par votre caisse de maladie ou une compagnie d'assurance.] [FL_XT119_5]

Notez "0" si tous les coûts ont été couverts ou remboursés. Sinon, entrez un montant en FLCurr

XT919_CostsMedCare

Section_XT.B_XTAssets

XT637_OwnAss

Possédait- [il/elle] possédait [des entreprises, y compris des terrains ou locaux/d'autres biens immobiliers/des voitures/des actifs financiers (argent liquide, actions, obligations, livrets...)/des bijoux ou des antiquités] ?

1. Oui

5. Non

XT638_ValAss

Quelle était à peu près la valeur [des entreprises, y compris des terrains ou des locaux/des autres biens immobiliers/des voitures, exceptées les voitures de location)/des actifs financiers (par ex. argent liquide, actions, obligations, livrets, etc.)/des bijoux ou des antiquités] possédés(ées) par [{Name of the deceased}] au moment de [son] décès ?

Entrez le montant en FLCurr.

Si la personne décédée a laissé des dettes, saisissez un montant négatif.

XT938_ValAss

