

Share w2 Exit Questionnaire version 2.7 2006-09-27

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

Un de vos proches ([Nom de la personne décédée]) a participé à l'enquête SHARE 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 sa vie. Tous les renseignements recueillis seront traités comme auparavant de façon strictement confidentielle et anonyme.

1. Continuer

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

ENQUETEUR :SEXE DU PROXY RÉPONDANT A CE QUESTIONNAIRE

1. Sexe Masculin
2. Sexe Féminin

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Avant de commencer le questionnaire sur la dernière année de vie de [Nom de la personne décédée], pourriez-vous me dire quelle était votre relation avec le défunt/la défunte?

1. Epoux, épouse, compagnon, compagne
2. Fils ou fille
3. Gendre ou bru
4. Fils ou fille du conjoint/partenaire (beau-fils ou belle-fille)
5. Petit-enfant
6. Frère ou soeur
7. Autre parent (préciser)
8. Autre personne ne faisant pas partie de la famille

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 7. Autre parent (préciser)

|

| **XT003_ OTHER RELATIVE**

|

| ENQUETEUR :PRÉCISEZ "AUTRE PARENT"

| _____

|

ENDIF

IF XT002_ (RELATIONSHIP TO THE DECEASED) = 8. Autre personne ne faisant pas partie de la famille

|

| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

|

| ENQUETEUR :PRÉCISEZ "AUTRE PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE"

| _____

|

ENDIF

XT005_ HOW OFTEN CONTACT LAST TWELVE MONTHS

Au cours des 12 derniers mois de sa vie, quelle a été la fréquence de vos contacts avec [Nom de la personne décédée], aussi bien en personne que par téléphone, courrier ou e-mail?

ENQUETEUR :LIRE A HAUTE VOIX

1. Quotidiennement
2. Plusieurs fois par semaine
3. Environ une fois par semaine
4. Environ toutes les deux semaines
5. Environ une fois par mois
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais

XT007_ YEAR OF BIRTH PROXY

Pouvez-vous m'indiquer votre année de naissance?

_____ (1900..1990)

XT008_ MONTH OF DECEASE

Parlons maintenant du défunt/de la défunte. En quel mois et quelle année est-[il/elle] décédé(e)? MOIS: ANNEE:

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_ YEAR OF DECEASE

En quel mois et quelle ANNEE est-[il/elle] décédé(e)? MOIS: [{}empty{}] ANNEE:

ENQUETEUR :ANNEE

1. 2004
2. 2005
3. 2006
4. 2007

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Quel âge avait [Nom de la personne décédée] lorsqu'[il/elle] est décédé(e)?

_____ (20..120)

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Quelle fut la cause principale de [son/son] décès?

ENQUETEUR :LIRE A HAUTE VOIX SI NECESSAIRE

1. Cancer
2. Crise cardiaque
3. Accident vasculaire cérébral (attaque)
4. Autre maladie cardio-vasculaire telle que insuffisance cardiaque, arythmie...
5. Maladie respiratoire
6. Maladie du système digestif, telle que ulcère gastro-intestinal, inflammation des intestins
7. Maladie infectieuse sévère, telle que pneumonie, septicémie ou grippe
8. Accident
9. Autre cause

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) = 9. Autre cause

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

| ENQUETEUR :PRÉCISEZ AUTRE CAUSE DU DÉCÈS

| _____
| *ENDIF*

IF XT011_ (THE MAIN CAUSE OF DEATH) <> 8. Accident

| **XT013_ HOW LONG BEEN ILL BEFORE DECEASE**

| Combien de temps [Nom de la personne décédée] a été malade avant son décès?

- | 1. Moins d'un mois, ou n'a pas été malade
- | 2. Un mois ou plus, mais moins de 6 mois
- | 3. 6 mois ou plus mais moins d'un an
- | 4. Un an ou plus

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Est-[il/elle] décédé(e)...

- | 1. A la maison
- | 2. Chez quelqu'un d'autre
- | 3. A l'hôpital
- | 4. Dans une maison de retraite, de convalescence, une résidence médicalisée
- | 5. Dans une unité de soins palliatifs
- | 6. Ailleurs

| *IF XT014_ (PLACE OF DYING) = 6. Ailleurs*

| **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

| ENQUETEUR :PRECISEZ "AILLEURS"

| _____
| *ENDIF*

| **XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

| L'année qui a précédé son décès, combien de fois [Nom de la personne décédée] a été

admis(e) à l'hôpital, dans une unité de soins
| palliatifs, ou dans un établissement d'hébergement médicalisé?
| ENQUETEUR :NE PAS LIRE A HAUTE VOIX

- | 1. Aucune
- | 2. 1 à 2 fois
- | 3. 3 à 5 fois
- | 4. Plus de 5 fois

|
|
| *IF XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) > 1. Aucune*

|| **XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**

|| Au total, combien de temps [Nom de la personne décédée] est resté(e) à l'hôpital, en unité de soins palliatifs ou dans une résidence

|| médicalisée, l'année qui a précédé son décès?

- || 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

||
||
| *ENDIF*

|
ENDIF

XT017_ INTRODUCTION EXPENSES MEDICAL CARE

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions sur les dépenses occasionnées par les soins médicaux que [Nom de la personne décédée]

a reçus pendant les 12 mois qui ont précédé son décès. Pour chaque type de soin énuméré ci-dessous, veuillez indiquer si le défunt/la

défunte les a reçus et, si oui, donner la meilleure estimation possible des dépenses. Veuillez n'inclure que les frais qui n'ont été pris en

charge ni par la sécurité sociale, ni par une assurance, ni par l'employeur.

1. Continuer

LOOP cnt:= 1 TO 8

|
| *IF cnt < 3 OR cnt > 5 OR XT015_ (TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING) <> 1. Aucune*

|| **XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**

|| [Nom de la personne décédée] a-t-il/elle [reçu des soins d'un médecin généraliste/reçu des soins d'un spécialiste/fait des séjours à

|| l'hôpital/reçu des soins en résidence médicalisée (retraite, repos, convalescence)/séjourné en unité de soins palliatifs/reçu des

|| médicaments/fait usage d'appareils et instruments/reçu des soins ou aide à domicile] (dans les 12 derniers mois de sa vie) ?

- || 1. Oui
- || 5. Non

```

| |
| | IF XT018_ (HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS) = 1. Oui
| |
| | XT019_ COSTS OF TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS
| | Environ combien [les/les] [soins d'un médecin généraliste/soins d'un spécialiste/séjours à
| | l'hôpital/soins en résidence médicalisée
| | (retraite, repos, convalescence)/séjours en unité de soins palliatifs/médicaments/appareils
| | et instruments/soins ou aide à domicile] lui ont-ils
| | coûté (durant les 12 derniers mois de [sa/sa] vie) ?
| | ENQUETEUR :SI TOUS LES FRAIS ONT ÉTÉ PRIS EN CHARGE OU
| | REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE OU UNE MUTUELLE, ENTRER 0.
| | PAS DE DIFF ENTRE SOINS ET
| | SEJOURS: INCLURE TOUS LES FRAIS. ENTER LE MONTANT EN [EUROS]
| | _____ (0..980000)
| |
| | ENDIF
| |
| | ENDIF
| |
| | ENDLOOP

```

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

En raison d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire, [Nom de la personne décédée] a-t-il/elle eu des difficultés pour effectuer les activités suivantes durant les 12 derniers mois de [sa/sa] vie? Ne signaler que les difficultés qui ont duré au moins trois mois.

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'y lever et s'y asseoir
7. Préparer un repas chaud
8. Faire les courses
9. Téléphoner
10. Prendre ses médicaments
97. Rien de tout cela

IF XT020_IntroDiffADL.CARDINAL > 0 AND NOT 97. Rien de tout cela IN XT020_(INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES)

XT022_ ANYONE HELPED WITH ADL

Pour ces activités difficiles au cours des 12 derniers mois de [sa/sa] vie, quelqu'un l'aidait-il/elle régulièrement?

1. Oui
5. Non

IF XT022_ (ANYONE HELPED WITH ADL) = 1. Oui

XT023_ WHO HAS HELPED WITH ADL

|| Qui, y compris vous, l'aidait principalement pour ces activités? Merci de citer 3 personnes au plus.

|| ENQUETEUR :MAXIMUM 3 PERSONNES ! NOTER LA RELATION AVEC LA PERSONNE DÉCÉDÉE!

- || 1. Vous-même
- || 2. Epoux, épouse, compagnon, compagne
- || 3. Mère ou père
- || 4. Fils
- || 5. Gendre
- || 6. Fille
- || 7. Bru
- || 8. Petit-fils
- || 9. Petite-fille
- || 10. Soeur
- || 11. Frère
- || 12. Autre parent
- || 13. Bénévole
- || 14. Aide professionnelle (p.ex: infirmière)
- || 15. Ami ou voisin
- || 16. Autre personne

|| **XT024_ TIME THE DECEASED RECEIVED HELP**

|| Au total, au cours des 12 derniers mois de [sa/sa] vie, pendant combien de temps a-t-il/elle reçu de l'aide?

|| ENQUETEUR :LIRE A HAUTE VOIX

- || 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

|| **XT025_ HOURS OF HELP NECESSARY DURING TYPICAL DAY**

|| Au cours d'un jour ordinaire, environ combien d'heures d'aide étaient-elles nécessaires?

|| _____ (0..24)

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT026_ THE DECEASED HAD A WILL

Les questions suivantes concernent les biens que possédait le défunt/la défunte lorsqu' [il/elle] est décédé(e). Avait-il/elle fait un testament?

- 1. Oui
- 5. Non

XT027_ THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE

Qui a été bénéficiaire de la succession (y compris vous)?

ENQUETEUR :COCHER TOUT CE QUI CONVIENT ENTRER LA RELATION AVEC

LA PERSONNE DÉCÉDÉE!

1. Vous-même
2. Epoux, épouse, compagnon, compagne
3. Enfants
4. Petits-enfants
5. Frères et soeurs
6. Autres parents
7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille
8. Eglise, fondation ou organisation caritative
9. Il/elle n'a rien laissé du tout (REPONSE SPONTANEE)

IF 6. Autres parents IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

| ENQUETEUR :PRECISER QUELS AUTRES PARENTS

| _____

| *ENDIF*

IF 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

| **XT029_ OTHER NON-RELATIVE BENEFICIARY**

| ENQUETEUR :PRECISER QUELLE(S) AUTRE(S) PERSONNE(S) NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE

| _____

| *ENDIF*

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

Le défunt/ la défunte était-il/elle propriétaire de [sa/sa] maison ou de son appartement- en totalité ou en partie?

1. Oui
5. Non

IF XT030_ (THE DECEASED OWNED HOME) = 1. Oui

| **XT031_ VALUE HOME AFTER MORTGAGES**

| Après déduction des emprunts en cours, quelle était la valeur du logement dont il/elle était propriétaire (ou de la part qui lui revenait) ?

| ENQUETEUR :ENTRER LE MONTANT EN [EUROS]

| _____ (1000..50000000)

| **XT032_ WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED**

| Qui a hérité de ce logement, y compris vous-même?

| ENQUETEUR :LIEN DE PARENTE AVEC LA PERSONNE DECEDEE. CODER TOUT CE QUI CONVIENT

| 1. Vous-même

- | 2. Epoux, épouse, compagnon, compagne
- | 3. Fils ou filles (ON DEMANDERA LES PRENOMS)
- | 4. Petits-enfants
- | 5. Frères et soeurs
- | 6. Autres parents
- | 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille

| *IF 6. Autres parents IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT051_ OTHER RELATIVE**

|| ENQUETEUR :PRECISER QUELS AUTRES PARENTS

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT052_ OTHER NO-RELATIVE**

|| ENQUETEUR :PRECISER QUELLE(S) AUTRE(S) PERSONNE(S) NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE

|| _____

| *ENDIF*

| *IF 3. Fils ou filles (ON DEMANDERA LES PRENOMS) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

|| **XT053_ FIRST NAMES CHILDREN**

|| ENQUETEUR :PRENOMS DES ENFANTS AYANT HERITE DE L'HABITATION

|| _____

| *ENDIF*

| *ENDIF*

XT033_ THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES

Le défunt/la défunte possédait-il/elle des polices d'assurance-vie ou assurance décès?

- 1. Oui
- 5. Non

IF XT033_ (THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES) = 1. Oui

| **XT034_ VALUE OF ALL LIFE INSURANCE POLICIES**

| Au total, quelle était la valeur approximative de toutes les assurances-vie ou assurances décès qu'il/elle possédait?

| ENQUETEUR :ENTRER LE MONTANT EN [EUROS]

| _____ (1000..50000000)

| **XT035_ BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES**

| Quels étaient les bénéficiaires des polices d'assurance-vie ou assurance-décès, y compris vous-même?

| ENQUETEUR :LIEN DE PARENTE AVEC LA PERSONNE DECEDEE. CODER TOUT CE QUI CONVIENT.

- | 1. Vous-même
- | 2. Epoux, épouse, compagnon, compagne
- | 3. Fils ou filles (DEMANDER LEURS PRENOMS)
- | 4. Petits-enfants
- | 5. Frères et soeurs
- | 6. Autres parents
- | 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille

| *IF 6. Autres parents IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

| | **XT054_ OTHER RELATIVE**

| | ENQUETEUR :PRECISER QUEL AUTRE PARENT

| | _____

| | *ENDIF*

| *IF 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

| | **XT055_ OTHER NO-RELATIVE**

| | ENQUETEUR :PRECISER QUELLE AUTRE PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE

| | _____

| | *ENDIF*

| *IF 3. Fils ou filles (DEMANDER LEURS PRENOMS) IN XT035_(BENEFICIARIES OF THE LIFE INSURANCE POLICIES)*

| | **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**

| | ENQUETEUR :PRENOMS DES ENFANTS BENEFICIAIRES D'ASSURANCE VIE

| | _____

| | *ENDIF*

| *ENDIF*

XT036_ INTRODUCTION TYPES OF ASSETS

Je vais maintenant lire une liste de certains biens que les gens peuvent posséder. Pour chacun, veuillez indiquer si le défunt/la défunte en

était propriétaire au moment de [son/son] décès, et si oui, me donner la meilleure estimation possible de leur valeur après déduction des dettes.

1. Continuer

LOOP cnt:= 1 TO 5

|

| **XT037_ THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS**

| Est-ce qu' [il/elle] possédait [des entreprises, y compris terrains ou locaux/d'autres biens immobiliers/des automobiles/des actifs financiers

| (argent liquide, actions, obligations, livrets...)/des bijoux ou des antiquités] ?

| 1. Oui

| 5. Non

|

| *IF XT037_ (THE DECEASED OWNED TYPE OF ASSETS) = 1. Oui*

||

|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Quelle était à peu près la valeur des [entreprises, y compris terrains ou locaux/autres biens immobiliers/automobiles/actifs financiers (argent

|| liquide, actions, obligations, livrets, etc.)/bijoux ou antiquités] possédés par [Nom de la personne décédée] au moment de [son/son] décès?

|| ENQUETEUR :ENTRER LE MONTANT EN [EUROS]

|| _____ (100..50000000)

||

| *ENDIF*

|

ENDLOOP

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Combien [Nom de la personne décédée] avait d'enfants (en vie) au moment de [son/son] décès? Veuillez compter aussi les enfants adoptés.

IF XT039_ (NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END) > 1 AND NOT 9. Il/elle n'a rien laissé du tout (REPONSE SPONTANEE) IN XT027_(THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE)

|

| **XT040_ TOTAL ESTATE DIVIDED AMONG THE CHILDREN**

| Selon vous, comment les biens ont-ils été divisés entre les enfants (du défunt/de la défunte)?

| ENQUETEUR :LIRE A HAUTE VOIX

| 1. Les biens ont été divisés à peu près équitablement

| 2. Certains ont reçu plus que les autres pour compenser des dons ou donations antérieures

| 3. Certains ont reçu plus que les autres pour leur apporter un soutien financier

| 4. Certains ont reçu plus que les autres car ils ont aidé ou soigné le défunt/la défunte vers la fin de sa vie

| 5. Certains ont reçu plus que les autres pour d'autres raisons

| 6. Les enfants n'ont rien reçu du tout

|

|

ENDIF

XT041_ THE FUNERAL WAS ACCOMPANIED BY A RELIGIOUS CEREMONY

Finalemnt, nous souhaiterions en savoir plus sur les funérailles. Ont-elles été accompagnées d'une cérémonie religieuse?

1. Oui
5. Non

XT042_ THANKS FOR THE INFORMATION

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 se déroule la fin de la vie.

1. Continuer

XT043_ INTERVIEW MODE

ENQUETEUR :MERCİ D'INDIQUER LE MODE D'ENTRETIEN

1. En face à face
2. Par téléphone

XT044_ INTERVIEWER ID

ENQUETEUR :VEUILLEZ ENTRER VOTRE IDENTIFIANT D'ENQUETEUR
