

Share w2 Exit Questionnaire version 2.7 2006-10-24

XT001_ INTRODUCTION TO EXIT INTERVIEW

[(Nom du défunt)] a participé à l'enquête SHARE avant son décès. Sa contribution a été très précieuse. Nous pensons qu'il serait extrêmement utile de prolonger cette contribution par des informations sur la dernière année de la vie de [(Nom du défunt)]. Tous les renseignements recueillis seront traités comme auparavant de façon strictement confidentielle et anonyme.

1. Continuer

XT006_ PROXY RESPONDENT'S SEX

IWER:CODER LE SEXE DU REpondant "PROXY"

1. Masculin
2. Féminin

XT002_ RELATIONSHIP TO THE DECEASED

Avant de commencer à poser des questions sur la dernière année de vie de [Nom du défunt], 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 (beau-fils ou belle-fille)
4. Fils ou fille du conjoint, du partenaire
5. Petit-enfant
6. Frère ou sœur
7. Autre parent (préciser)
8. Autre personne ne faisant pas partie de la famille (préciser)

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

|

| **XT003_ OTHER RELATIVE**

|

| IWER:PRECISER AUTRE PARENT

| _____

|

ENDIF

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

|

| **XT004_ OTHER NO-RELATIVE**

|

| IWER:PRECISER 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 du défunt)], aussi bien en personne que par téléphone, courrier ou email ?

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 de la personne décédée. Quels sont le mois et l'année de son décès ?

MOIS: ANNEE:

IWER: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_ YEAR OF DECEASE

Quels sont le mois et l' ANNEE de son décès? MOIS: [mois du décès] ANNEE:

IWER:ANNEE

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

XT010_ AGE AT THE MOMENT OF DECEASE

Quel âge avait [(Nom du défunt)] lorsqu'[il/elle] est décédé(e) ?

IWER:AGE EN ANNEES

_____ (20..120)

XT011_ THE MAIN CAUSE OF DEATH

Quelle fut la cause principale de son décès?

IWER: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 (merci de préciser)

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

| **XT012_ OTHER CAUSE OF DEATH**

| IWER:PRECISER AUTRE CAUSE POUR LE DECES

| _____
|
ENDIF

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

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

| Combien de temps [(Nom du défunt)] a-t-[il/elle] été malade avant son décès ?

| IWER:LIRE A HAUTE VOIX

- | 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

| **XT014_ PLACE OF DYING**

| Est-[il/elle] décédé(e)...

| IWER:LIRE A HAUTE VOIX

- | 1. Chez [lui/elle]
- | 2. Chez quelqu'un d'autre
- | 3. A l'hôpital
- | 4. Dans un établissement médico-social, de retraite ou de convalescence
- | 5. Dans un centre de soins palliatifs
- | 6. Autre (merci de préciser)

| *IF XT014_ (PLACE OF DYING) = 6. Autre (merci de préciser)*

|| **XT045_ OTHER PLACE OF DYING**

|| IWER:PRECISER SI AUTRE ENDROIT

|| _____
||
ENDIF

|
| **XT015_ TIMES IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**
| Dans la dernière année de sa vie, combien de fois [(Nom du défunt)] a-t-[il/elle] été admis/e
à l'hôpital, dans un établissement
| médico-social ou un centre de soins palliatifs?
| IWER:NE PAS LIRE À HAUTE VOIX
| 1. Jamais
| 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. Jamais*

||
|| **XT016_ TOTAL TIME IN HOSPITAL LAST YEAR BEFORE DYING**
|| Pendant la dernière année de sa vie, combien de temps en tout [Nom du défunt] est-[il/elle]
resté(e) à l'hôpital, dans un établissement
|| médico-social ou un centre de soins palliatifs ?
|| IWER: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 plus, mais moins d'un an
|| 6. Une année entière

||
||
| *ENDIF*

|
ENDIF

XT017_ INTRODUCTION EXPENSES MEDICAL CARE

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions au sujet des dépenses occasionnées
par les soins médicaux que [(Nom du défunt)] a reçus
pendant les 12 mois qui ont précédé son décès. Pour chaque type de soins énumérés 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 pas été pris en
charge par l'assurance, l'aide sociale ou 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. Jamais

||
|| **XT018_ HAD TYPE OF MEDICAL CARE IN THE LAST TWELVE MONTHS**
|| Est-ce que [(Nom du défunt)] a eu besoin de [soins d'un médecin généraliste/soins d'un
spécialiste/séjours à l'hôpital/séjours dans un
|| établissement médico-social/séjours dans un centre de soins
palliatifs/médicaments/appareils et instruments/soins ou aides à domicile] (pendant

|| 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**

||| Et quel était le coût approximatif de ces [soins d'un médecin généraliste/soins d'un spécialiste/séjours à l'hôpital/séjours dans un

||| établissement médico-social/séjours dans un centre de soins

||| palliatifs/médicaments/appareils et instruments/soins ou aide à domicile] (pendant

||| les 12 derniers mois de sa vie)?

||| **IWER:SI UN TYPE DE SOINS A ÉTÉ RECU ET QUE TOUTES LES DÉPENSES ONT ÉTÉ REMBOURSÉES PAR UNE ASSURANCE, METTRE "0" POUR LE MONTANT, INDIQUER**

||| LE MONTANT EN [CHF]

||| _____ (0..980000)

|||

|| *ENDIF*

||

| *ENDIF*

|

ENDLOOP

XT020_ INTRODUCTION DIFFICULTIES DOING ACTIVITIES

En raison d'un problème physique, mental, émotionnel ou de mémoire, est-ce que [Nom du défunt] a eu des difficultés pour effectuer les

activités suivantes durant les douze derniers mois de sa vie? Ne signaler que les difficultés qui ont duré au moins trois mois.

IWER:LIRE A HAUTE VOIX. CODER TOUT CE QUI CONVIENT.

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, par exemple couper les aliments
5. Se mettre au lit ou se lever du lit
6. Utiliser les toilettes, y compris s'y lever et s'y asseoir
7. Préparer un repas chaud
8. Faire les courses
9. Passer des appels téléphoniques
10. Prendre des 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**

| En pensant aux activités qui posaient des problèmes à la personne décédée les douze derniers mois de sa vie, quelqu'un l'a-t-il aidé

| régulièrement avec ces activités?

| 1. Oui

| 5. Non

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

|| **XT023_ WHO HAS HELPED WITH ADL**

|| Qui, vous-même inclus, l'a principalement aidé pour ces activités? Nommez trois personnes au plus.

|| **IWER:AU MAXIMUM TROIS REPONSES!CODER LE TYPE RELATION AVEC DU DEFUNT!**

|| 1. Moi-même

|| 2. Conjoint ou compagnon/compagne

|| 3. Mère ou père

|| 4. Fils

|| 5. Gendre (beau-fils)

|| 6. Fille

|| 7. Bru (belle-fille)

|| 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 douze derniers mois de sa vie, pendant combien de temps a-t-[il/elle] reçu de l'aide ?

|| **IWER:LIRE À HAUTE VOIX**

|| 1. Moins d'un mois

|| 2. Un mois ou plus, mais moins de trois 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, combien d'heures d'aide environ étaient nécessaires ?

|| _____ (0..24)

| *ENDIF*

ENDIF

XT026_ THE DECEASED HAD A WILL

Les questions qui suivent concernent les biens et les assurances vie que possédait [le défunt/la défunte] au moment de son décès? La personne décédée avait-elle fait un testament ?

1. Oui

5. Non

XT027_ THE BENEFICIARIES OF THE ESTATE

Qui ont été les bénéficiaires de la succession, vous-même compris ?

IWER:CODER TOUT CE QUI CONVIENT CODER LA RELATION AVEC LE DEFUNT!

1. Vous-même
2. Conjoint ou compagnon/compagne
3. Enfants
4. Petits-enfants
5. Frères et sœurs
6. Autres parents (préciser)
7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille (préciser)
8. Eglise, fondation ou organisation caritative
9. [Le défunt/La défunte] n'a rien laissé du tout (REPONSE SPONTANEE)

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

|

| **XT028_ OTHER RELATIVE BENEFICIARY**

|

| IWER:PRECISER AUTRE PARENT

| _____

|

ENDIF

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

|

| **XT029_ OTHER NON-RELATIVE BENEFICIARY**

|

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

| _____

|

ENDIF

XT030_ THE DECEASED OWNED HOME

La personne décédée était-elle propriétaire de sa maison ou de son appartement - que ce soit 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 de la maison ou de l'appartement dont la personne décédée était propriétaire

| (ou de la part qui lui revenait) ?

| IWER:INDIQUER LE MONTANT EN [CHF]

| _____ (1000..50000000)

|

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

| Qui a hérité de cette maison ou de cet appartement (y compris vous-même) ?
| IWER:CODER LA RELATION AVEC LE DEFUNT, TOUT CE QUI CONVIENT

- | 1. Vous-même
- | 2. Conjoint ou compagnon/compagne
- | 3. Fils ou filles (DEMANDER LEURS PRÉNOMS)
- | 4. Petits-enfants
- | 5. Frères et sœurs
- | 6. Autres parents (préciser)
- | 7. Autres personnes ne faisant pas partie de la famille (préciser)

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

||
|| **XT051_ OTHER RELATIVE**

||
|| IWER:SPECIFIER AUTRE PARENT

|| _____

||
|| *ENDIF*

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

||
|| **XT052_ OTHER NO-RELATIVE**

||
|| IWER:SPECIFIER AUTRE PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE

|| _____

||
|| *ENDIF*

|
| *IF 3. Fils ou filles (DEMANDER LEURS PRÉNOMS) IN XT032_(WHO INHERITED THE HOME OF THE DECEASED)*

||
|| **XT053_ FIRST NAMES CHILDREN**

||
|| IWER:PRENOMS DES ENFANTS QUI ONT HERITE LA MAISON OU L'APPARTEMENT

|| _____

||
|| *ENDIF*

|
| *ENDIF*

XT033_ THE DECEASED OWNED ANY LIFE INSURANCE POLICIES

La personne décédée possédait-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?

| IWER:INDIQUER LE MONTANT EN [CHF]

| _____ (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 ?

| IWER:CODEZ LA RELATION AVEC LE DEFUNT/LA DEFUNTE, TOUT CE QUI CONVIENT.

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

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

||

|| **XT054_ OTHER RELATIVE**

||

|| IWER:SPECIFIER AUTRE PARENT

|| _____

||

| *ENDIF*

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

||

|| **XT055_ OTHER NO-RELATIVE**

||

|| IWER:SPECIFIER AUTRES PERSONNES NE FAISANT PAS PARTIE DE LA FAMILLE

|| _____

||

| *ENDIF*

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

||

|| **XT056_ FIRST NAMES CHILDREN**

||

|| IWER:PRENOMS DES ENFANTS QUI ONT ETE BENEFICIAIRES

|| _____

||

| *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 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 que [il/elle] possédait des [entreprises, y compris terrains ou locaux/autres biens immobiliers/voitures/actifs financiers, par ex. argent

| liquide, stocks, etc. /bijoux ou antiquités]?

| 1. Oui

| 5. Non

|

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

||

|| **XT038_ VALUE TYPE OF ASSETS**

|| Quelle était approximativement la valeur des [entreprises, y compris terrains ou locaux/autres biens immobiliers/voitures/actifs financiers, par ex.

|| argent liquide, stocks, etc./bijoux ou antiquités] que possédait [Nom du défunt/de la défunte] au moment de son décès?

|| **IWER:INDIQUER LE MONTANT EN [CHF]**

|| _____ (100..50000000)

||

| *ENDIF*

|

ENDLOOP

XT039_ NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END

Combien d'enfants encore en vie avait [{nom du défunt/ de la défunte}] au moment de son décès? Veuillez inclure les enfants adoptifs ou accueillis dans votre famille.

IF XT039_ (NUMBER OF CHILDREN THE DECEASED HAD AT THE END) > 1 AND NOT 9. ^FL_XT027_1 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 ?

| **IWER:LIRE À HAUTE VOIX**

| 1. Les biens ont été divisés à peu près équitablement entre tous les enfants

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

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

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

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

| 6. Les enfants n'ont rien reçu

|

|

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

Ceci 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

IWER:ENTRER S'IL VOUS PLAIT LE MODE D'INTERVIEW

1. Face à face

2. Téléphone

XT044_ INTERVIEWER ID

IWER:VOTRE IDENTIFIANT (ID) D'ENQUÊTEUR
