

VOS PARENTS, ENCORE EN VIE OU NON (père, mère, personnes que vous considérez comme tels)

| | | |
|---|---|---|
| 18a Quel est son prénom ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18b Quelle est son année de naissance (environ) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| 18c Quel est son sexe ? | Une femme <input type="checkbox"/> 1 Un homme <input type="checkbox"/> 2 | Une femme <input type="checkbox"/> 1 Un homme <input type="checkbox"/> 2 |
| 18d Était-il/elle français(e) à la naissance ? | Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 | Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 |
| 18e Quelle est/était sa (dernière) profession principale ? (n'écrivez pas « chômeur(se) », « retraité(e) » ou « décédé(e) ») | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18f Quel est/était son (dernier) statut professionnel ? | <ul style="list-style-type: none"> Salarié(e) du public <input type="checkbox"/> 1 Salarié(e) du privé <input type="checkbox"/> 2 À son compte <input type="checkbox"/> 3 Aide familial(e) non rémunéré(e) <input type="checkbox"/> 4 Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 5 | <ul style="list-style-type: none"> Salarié(e) du public <input type="checkbox"/> 1 Salarié(e) du privé <input type="checkbox"/> 2 À son compte <input type="checkbox"/> 3 Aide familial(e) non rémunéré(e) <input type="checkbox"/> 4 Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 5 |
| 18g En quelles langues, dialectes ou patois (kabyle, peul, breton, ch'ti, LSF, français, italien...) vous parlait-il/elle quand vous étiez enfant ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18h Est-il/elle encore en vie ? | <ul style="list-style-type: none"> Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 → Année du décès (environ) <input type="text"/> | <ul style="list-style-type: none"> Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 → Année du décès (environ) <input type="text"/> |
| 18i Où vit-il/elle ? | <p>S'il/elle est encore en vie</p> <ul style="list-style-type: none"> Avec vous dans ce logement <input type="checkbox"/> 1 → allez à la question 19 Ailleurs <input type="checkbox"/> 2 → Précisez : <input type="text"/> | <p>S'elle est encore en vie</p> <ul style="list-style-type: none"> Avec vous dans ce logement <input type="checkbox"/> 1 → allez à la question 19 Avec votre autre parent <input type="checkbox"/> 2 Ailleurs <input type="checkbox"/> 3 → Précisez : <input type="text"/> |
| 18j Vit-il/elle dans un établissement pour personnes âgées (EHPAD...)? | Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 | Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2 |
| 18k À quelle fréquence le/la voyez-vous ? (en face à face) | <ul style="list-style-type: none"> Une ou plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 Une ou plusieurs fois par mois <input type="checkbox"/> 2 Une ou plusieurs fois par an <input type="checkbox"/> 3 Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 | <ul style="list-style-type: none"> Une ou plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 Une ou plusieurs fois par mois <input type="checkbox"/> 2 Une ou plusieurs fois par an <input type="checkbox"/> 3 Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 |

VOTRE PARCOURS DE VIE

19 Combien de frère(s) ou sœur(s) avez-vous eu(s) (encore en vie ou non, y compris demi-frère(s) ou demi-sœur(s)) ? (si aucun, notez 0)

frère(s) ou demi-frère(s) dont encore en vie sœur(s) ou demi-sœur(s) dont encore en vie

20 À quel âge êtes-vous parti de chez vos parents pour la première fois ? (ne comptez pas la pension ou l'internat comme un départ)

ans Si vous n'êtes jamais parti, cochez cette case

21 Durant votre jeunesse, jusqu'à vos 18 ans, avec qui avez-vous vécu ? Décrivez toutes les situations que vous avez connues

• Vos deux parents en couple 1 • Votre mère et son/sa conjoint(e) 2 • Votre père et son/sa conjoint(e) 3
 • Votre mère seule 4 • Votre père seul 5 • Une autre personne de votre famille 6 • En dehors de votre famille 7

22 Avez-vous vécu sans vos parents à la suite d'une décision du juge, de l'ASE ou de la DDASS (placement en foyer, en famille d'accueil, chez une personne de la famille ou autre) ?

Oui 1 Non 2

23 Au cours de votre vie, avez-vous été hébergé dans un centre d'hébergement, un hôtel social, un centre d'accueil pour demandeurs d'asile ou réfugiés, ou avez-vous vécu à la rue ?

Oui 1 Non 2

VOS ÉTUDES ET VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

24 Avez-vous terminé vos études ? (ne comptez ni les années de césure ni les interruptions d'études de moins d'un an comme un arrêt)

Oui 1 → En quelle année les avez-vous terminées ? Non 2

25 Avez-vous déjà travaillé pendant au moins trois mois de suite, y compris en apprentissage ?

Oui 1 Non 2 → Fin du questionnaire

26 En quelle année avez-vous commencé à travailler (au moins trois mois de suite, y compris en apprentissage) ?

27 En quelle année avez-vous travaillé pour la dernière fois ?

28 Depuis votre premier emploi, avez-vous...

... toujours travaillé sans interruption ? 1 2

... eu une ou des périodes de chômage d'au moins six mois ? 1 2

... eu d'autres interruptions d'au moins six mois ? 1 2

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Ce questionnaire est destiné à l'Insee

Cadre à remplir par l'agent recenseur : Dpt Commune

Sexe M Iris ou district Rang A Rang L



À remplir par tout homme âgé de 18 ans ou plus au 1^{er} janvier 2025 (né avant 2007).
Si plusieurs hommes de 18 ans ou plus vivent dans le logement, merci de remplir un questionnaire chacun.

1 1a Quel est votre prénom ?

1b Quelle est votre date de naissance ? Jour Mois Année

2 Êtes-vous actuellement en couple ?

• OUI, avec quelqu'un qui vit avec vous dans ce logement 1

• OUI, avec quelqu'un qui vit dans un autre logement 2

• NON, mais vous avez déjà été en couple par le passé 3

• NON, vous n'avez jamais été en couple 4 → allez à la question 10

VOTRE CONJOINT(E) ACTUEL(LE) OU VOTRE DERNIER(ÈRE) CONJOINT(E) si vous n'êtes plus en couple

3 3a Sa date de naissance : Jour Mois Année

3b Son sexe : Une femme 1 Un homme 2

3c Son département ou son pays de naissance : Département n° DOM Pays pour l'étranger

3d Sa profession principale (actuelle ou dernière profession connue) : (n'écrivez pas « chômeur(se) », « retraité(e) » ou « décédé(e) »)

N'a jamais travaillé → allez à la question 4 Je ne sais pas

3e Son statut (actuel ou dernier) : Salarié(e) du public 1 Salarié(e) du privé 2 À son compte 3 Aide familial(e) non rémunéré(e) 4

4

| Quand vous êtes-vous mis en couple avec votre conjoint(e) actuel(le) (ou votre dernier(ère) conjoint(e)) ? | Vous êtes/étiez-vous pacsés (même si vous vous êtes mariés) ? | Vous êtes/étiez-vous mariés ? | Si vous n'êtes plus en couple, est-ce parce que... | |
|--|--|--|--|--|
| En <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | ... vous vous êtes séparés ? | ... votre conjoint(e) est décédé(e) ? |
| | | | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non |

5 Avant d'être en couple avec vous, votre conjoint(e) actuel(le) ou votre dernier(ère) conjoint(e) avait-il/elle déjà des enfants ?

• Oui 1 → Combien ? → Combien vivent ou ont vécu avec vous ? (si aucun, notez 0)

• Non 2 → allez à la question 7

6 Votre conjoint(e) ACTUEL(LE) a-t-il/elle des enfants de moins de 21 ans qui vivent avec leur autre parent ?

Plusieurs réponses possibles s'il y a plusieurs enfants

Non 1 Oui, tout le temps 2 Oui, au moins la moitié du temps 3 Oui, moins de la moitié du temps 4

7 Avez-vous eu d'autres périodes de vie en couple auparavant, pendant au moins six mois sous le même toit, avec ou sans mariage ?

• Oui 1 → Combien ?

• Non 2 → allez à la question 10

VOTRE PREMIÈRE PÉRIODE DE VIE EN COUPLE pendant au moins six mois sous le même toit, avec ou sans mariage

8

| Quand vous étiez-vous mis en couple avec votre premier(ère) conjoint(e) ? | Vous étiez-vous pacsés (même si vous vous êtes mariés) ? | Vous étiez-vous mariés ? | Cette période de vie en couple s'est-elle achevée parce que... | |
|--|--|--|--|--|
| En <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | ... vous vous êtes séparés ? | ... votre conjoint(e) est décédé(e) ? |
| | | | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui, en <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="checkbox"/> Non |

9 Avant d'être en couple avec vous, votre PREMIER(ÈRE) conjoint(e) avait-il/elle déjà des enfants ?

• Oui 1 → Combien ? → Combien ont vécu avec vous ? (si aucun, notez 0)

• Non 2

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête reconnue d'intérêt général et de qualité statistique est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Visa n° 2025X002EC du Ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, valable pour l'année 2025 - Arrêté en cours de parution.

Les réponses à ce questionnaire ainsi que les données obtenues par appariement avec des sources administratives sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Insee. Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes peuvent être exercés auprès de l'Insee (contact-rgpd@insee.fr) ou de son délégué de la protection des données (le-délegue-a-la-protection-des-donnees-personnelles@finances.gouv.fr). Les personnes enquêtées peuvent, si elles l'estiment nécessaire, adresser une réclamation à la Cnil (www.cnil.fr).

24-2-12345
CODE BARRE

10 Avez-vous eu des enfants (y compris ceux adoptés ou décédés) ?

• Oui 1 → Combien en tout ? →

10a Parmi eux, combien ont été adoptés (adoption simple ou plénière) ? (si aucun, notez 0)

• Non 2 → allez à la question **15**

10b En quelles langues, dialectes ou patois (kabyle, peul, breton, ch'ti, LSF, français, italien...) parlez-vous avec vos enfants lorsqu'ils étaient jeunes ou leur parlez-vous aujourd'hui s'ils sont encore mineurs ?

VOS ENFANTS QUI VIVENT AVEC VOUS OU NON (y compris ceux adoptés ou décédés)

11 VOS ENFANTS QUI VIVENT AVEC VOUS, MÊME UNE PETITE PARTIE DU TEMPS SEULEMENT (s'ils sont plus de 5, merci d'utiliser un deuxième questionnaire)

| Prénom | Sexe Masculin ou Féminin | Année de naissance | Est-il/elle né(e) en France ? | Son autre parent... | | | Si l'autre parent vit ailleurs | | | | | | | | | | | | Cet(te) enfant vit-il/elle aussi ailleurs... | | |
|--------|---|--------------------|---|--|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| | | | | ... vit avec vous | ... vit ailleurs | ... est décédé | Où vit son autre parent ? | | À quelle fréquence cet(te) enfant est-il/elle en contact avec son autre parent ? (en face à face, téléphone, mail, SMS, appel vidéo...) | | | | Lui arrive-t-il de dormir chez son autre parent ? | | Avez-vous déjà vécu avec son autre parent ? | | Si vous êtes séparé de son autre parent, quel a été le mode de résidence fixé par décision de justice ? | | | | ... pour des raisons de santé ? |
| | M F | | Oui Non | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | Une ou plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Une ou plusieurs fois par mois <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 | | | | Oui Non | Oui Non | Pas de décision de justice <input type="checkbox"/> 1 | La moitié du temps chez chaque parent <input type="checkbox"/> 2 | Principalement chez vous <input type="checkbox"/> 3 | Principalement chez son autre parent <input type="checkbox"/> 4 | Oui Non | Oui Non | |
| 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

12 VOS ENFANTS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS OU QUI SONT DÉCÉDÉS (s'ils sont plus de 5, merci d'utiliser un deuxième questionnaire)

| Prénom | Sexe Masculin ou Féminin | Année de naissance | Est-il/elle né(e) en France ? | Son autre parent... | | | Si cet(te) enfant est décédé(e), à quel âge est-il/elle décédé(e) ? (si à moins d'un an, notez 0) | Si cet(te) enfant est encore en vie | | | | Où vit-il/elle actuellement ? | Si cet(te) enfant a moins de 21 ans | | | | Cet(te) enfant vit-il/elle aussi ailleurs... | | | | | | | |
|--------|---|--------------------|---|--|----------------------------|----------------------------|---|---|--|-----|---|-------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | | ... vit avec vous | ... vit ailleurs | ... est décédé | | À quel âge environ a-t-il/elle cessé de vivre avec vous ? | À quelle fréquence êtes-vous en contact avec lui/elle (en face à face, téléphone, mail, SMS, appel vidéo...) | | | | Vit-il/elle dans son propre logement ? | Vit-il/elle chez son autre parent ? | Lui arrive-t-il de dormir chez vous ? | Si vous êtes séparé de son autre parent, quel a été le mode de résidence fixé par décision de justice ? | | | ... pour des raisons de santé ? | ... à la suite d'une décision de l'aide sociale à l'enfance ou du juge des enfants ? | | | | |
| | M F | | Oui Non | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | ans | ans | ans | ans | Une ou plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Une ou plusieurs fois par mois <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 | | | | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Pas de décision de justice <input type="checkbox"/> 1 | La moitié du temps chez chaque parent <input type="checkbox"/> 2 | Principalement chez vous <input type="checkbox"/> 3 | Principalement chez son autre parent <input type="checkbox"/> 4 | Oui Non | Oui Non | |
| 1 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ans | | | ans | ans | ans | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ans | | | ans | ans | ans | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ans | | | ans | ans | ans | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ans | | | ans | ans | ans | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | ans | | | ans | ans | ans | Département n° DOM Commune / Pays pour l'étranger | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

VOS PETITS-ENFANTS

13 Avez-vous des petits-enfants (enfants de vos enfants) ?

• Oui 1 → Combien en tout ? → Quel âge a l'aîné(e) ? ans (s'il/elle a moins d'un an, notez 0)

• Non 2 → allez à la question **15**

14 En moyenne, à quelle fréquence...

Plusieurs réponses possibles si vous avez plusieurs petits-enfants

| ... voyez-vous vos petits-enfants ? (en face à face) | ... communiquez-vous à distance avec vos petits-enfants ? (téléphone, mail, SMS, appel vidéo...) |
|--|---|
| • Une ou plusieurs fois par semaine ... <input type="checkbox"/> 1 | • Une ou plusieurs fois par semaine ... <input type="checkbox"/> 1 |
| • Une ou plusieurs fois par mois ... <input type="checkbox"/> 2 | • Une ou plusieurs fois par mois ... <input type="checkbox"/> 2 |
| • Une ou plusieurs fois par an <input type="checkbox"/> 3 | • Une ou plusieurs fois par an <input type="checkbox"/> 3 |
| • Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 | • Plus rarement ou jamais <input type="checkbox"/> 4 |

VOTRE FAMILLE (vivant ou non avec vous) ET VOTRE ENTOURAGE

15 En raison de leur état de santé, d'un handicap ou d'une difficulté liée à un âge avancé, APPORTEZ-VOUS régulièrement une aide à une ou plusieurs personnes de votre famille (parents, conjoint(e), enfant(s)...) ? Plusieurs réponses possibles

- Oui, une aide pour les tâches quotidiennes ... 1
- Oui, un soutien moral 2
- Oui, une aide financière ou matérielle 3
- Oui, vous êtes tuteur ou curateur 4
- Non 5

16 En raison de votre état de santé, d'un handicap ou d'une difficulté liée à un âge avancé, RECEVEZ-VOUS régulièrement de l'aide d'une ou plusieurs personnes de votre famille (parents, conjoint(e), enfant(s)...) ? Plusieurs réponses possibles

- Oui, une aide pour les tâches quotidiennes ... 1
- Oui, un soutien moral 2
- Oui, une aide financière ou matérielle 3
- Non 4

17 En dehors du français, en quelles langues, dialectes ou patois (kabyle, peul, breton, ch'ti, LSF, italien...) vous arrive-t-il de parler avec votre famille ou votre entourage (amis, voisins, collègues, commerçants...) ?