



Service public fédéral  
**Emploi, Travail  
et Concertation sociale**

Direction générale Humanisation du travail  
Direction de la recherche sur  
l'amélioration des conditions de travail

rue Ernest Blerot 1  
1070 BRUXELLES  
tél. 02 233 41 11 - fax 02 233 42 56  
e-mail [hut@emploi.belgique.be](mailto:hut@emploi.belgique.be)

**Direction Générale Humanisation du Travail:**

Fonds de l'expérience professionnelle

Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (DIRACT)

# Questionnaire sur les Facultés de Travail (VOW/QFT)

Version 2010

ENTREPRISE : .....

N° questionnaire : ..... Langue : .....

*Cadre réservé à la Médecine du Travail*

**Cochez la case correspondante**

- <sup>1</sup> Homme  
<sup>2</sup> Femme

**Quel âge avez-vous ?**

ans

**Dans quelle région travaillez-vous ?**

- <sup>1</sup> Région flamande  
<sup>2</sup> Région de Bruxelles-Capitale  
<sup>3</sup> Région wallonne

**Quelle est la plus haute formation que vous avez achevée ?**

- <sup>1</sup> Enseignement primaire  
<sup>2</sup> Enseignement secondaire inférieur  
<sup>3</sup> Enseignement secondaire supérieur  
<sup>4</sup> Enseignement supérieur de type court (2-3 ans)  
<sup>5</sup> Enseignement supérieur de type long (4-5 ans)  
<sup>6</sup> Enseignement universitaire

**Sous quel type de statut travaillez-vous ?**

- <sup>1</sup> Ouvrier  
<sup>2</sup> Employé  
<sup>3</sup> Indépendant / profession libérale

**Quelle est votre profession actuelle ?**

- <sup>1</sup> Ouvrier  
<sup>2</sup> Contremaître, agent de maîtrise  
<sup>3</sup> Commerçant et assimilé  
<sup>4</sup> Instituteur et assimilé  
<sup>5</sup> Profession de la santé et du travail social  
<sup>6</sup> Policier, militaire  
<sup>7</sup> Professeur, profession scientifique  
<sup>8</sup> Profession libérale  
<sup>9</sup> Employé administratif  
<sup>10</sup> Profession intermédiaire administrative  
<sup>11</sup> Profession intermédiaire technique  
<sup>12</sup> Cadre administratif ou commercial  
<sup>13</sup> Cadre technique/ingénieur  
<sup>14</sup> Directeur/chef d'entreprise  
<sup>15</sup> Autre

**Quelle description convient le mieux à votre activité professionnelle ?**

- <sup>1</sup> Activité essentiellement manuelle  
<sup>2</sup> Activité avec autant d'aspects manuels que d'aspects intellectuels  
<sup>3</sup> Activité essentiellement intellectuelle

**Depuis combien d'années travaillez-vous en tout ?**

Année(s)

**Depuis combien d'années travaillez-vous chez votre employeur actuel ?**

Année(s)

**Etes-vous responsable de collaborateurs ?**

- <sup>1</sup> Non                      <sup>2</sup> Oui

**Cochez le secteur dans lequel vous travaillez :**

***Services***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Commerce de gros et de détail | <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Poste et télécommunication                             |
| <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Horeca                        | <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Banques et assurances                                  |
| <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Garage                        | <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> Soins de santé et bien-être                            |
| <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Enseignement                  | <input type="checkbox"/> <sup>10</sup> Services aux entreprises (nettoyage, consultance,...) |
| <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Transport                     | <input type="checkbox"/> <sup>11</sup> Administration publique                               |
| <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> Société de transport public   | <input type="checkbox"/> <sup>12</sup> Autres services                                       |

***Industrie***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Production de textile, confection | <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> Bois et papier        |
| <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Métallurgie                       | <input type="checkbox"/> <sup>7</sup> Gaz, eau, électricité |
| <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Construction                      | <input type="checkbox"/> <sup>8</sup> Imprimerie, édition   |
| <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Industrie produits alimentaires   | <input type="checkbox"/> <sup>9</sup> Autre industrie       |
| <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Chimie                            |   |

***Agriculture***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Agriculture et horticulture | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Sylviculture et pêche |
|---|---|

**Quel type de contrat avez-vous ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Statutaire                   | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Intérimaire           |
| <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Contrat à durée indéterminée | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Indépendant           |
| <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Contrat à durée déterminée   | <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> Autre type de contrat |

**Quel est votre temps de travail ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Temps plein                   | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Mi-temps            |
| <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Entre temps plein et mi-temps | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Moins d'un mi-temps |

**Quel type d'horaire suivez-vous ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Travail de jour        | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Service irrégulier   |
| <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Travail posté fixe     | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Travail de nuit      |
| <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Travail posté variable | <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> Autre type d'horaire |

**Combien d'heures travaillez-vous effectivement en moyenne par semaine ?**

Heures

**Vous ressentez du stress dans votre travail :**

- <sup>1</sup> jamais            <sup>2</sup> rarement            <sup>3</sup> parfois            <sup>4</sup> la plupart du temps            <sup>5</sup> toujours

## Module 1 : Facteurs psychosociaux

	jamais	parfois	souvent	toujours
1. Devez-vous fournir un effort supplémentaire pour terminer un travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2. Travaillez-vous sous la contrainte du temps ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3. Devez-vous vous dépêcher dans votre travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
4. Votre travail fait-il suffisamment appel à toutes vos aptitudes et capacités?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
5. Apprenez-vous de nouvelles choses dans votre travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
6. Votre travail vous donne-t-il le sentiment de pouvoir réaliser quelque chose ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
7. Pouvez-vous, si nécessaire, demander de l'aide à vos collègues?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
8. Vous sentez-vous apprécié(e) au travail par vos collègues ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
9. Pouvez-vous, si nécessaire, demander de l'aide à votre chef direct ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
10. Vous sentez-vous apprécié(e) au travail par votre chef direct ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
11. Avez-vous votre mot à dire sur ce qui se passe sur le lieu de travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
12. Pouvez-vous participer à des décisions qui concernent votre travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
13. Avez-vous suffisamment de possibilités de concertation sur votre travail avec votre chef direct ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
14. Avez-vous du mal à vous adapter à des changements dans vos tâches ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
15. Les changements dans vos tâches vous causent-ils des problèmes ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
16. Les changements dans vos tâches ont-ils des conséquences négatives pour vous ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
17. La probabilité existe que je perde bientôt mon emploi.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
18. Je me sens dans l'incertitude quant à l'avenir de mon emploi.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
19. Je pense perdre mon emploi prochainement.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
20. Je suis certain(e) de pouvoir conserver mon emploi.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
			<b>non</b>	<b>oui</b>
21. Je fais ce travail parce qu'il le faut bien, cela veut tout dire.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
22. En général, j'aime entamer la journée de travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
23. Je trouve mon travail chaque jour aussi passionnant.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
24. J'ai du plaisir au travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
25. Je dois à chaque fois vaincre ma propre résistance au travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
26. J'ai des difficultés à me détendre à la fin de la journée de travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
27. A cause de mon travail je me sens épuisé(e) à la fin de la journée.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
28. J'ai des difficultés à me concentrer pendant mes heures de loisirs après le travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
29. En général, il me faut plus d'une heure pour récupérer complètement après le travail.			<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>

## Module 2 : Aspects physiques des conditions de travail

Dans votre travail, à quelle fréquence êtes-vous confronté(e) :	jamais	parfois	souvent	toujours
1. ... à des vibrations d'outils ou de machines ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2. ... à des nuisances sonores ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3. ... à des températures extrêmes ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
4. ... à des substances dangereuses ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
5. ... à des situations dangereuses, à des risques d'accident grave ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
6. ... à des tâches physiquement lourdes ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
7. ... à des positions inconfortables ou fatigantes ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
8. ... à devoir faire des gestes répétitifs (toujours les mêmes) des mains/des bras ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
9. ... à du travail sur écran ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

## Module 3: Sécurité

	non	oui
1. Au cours de l'année écoulée, avez-vous été témoin d'un accident du travail?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
2. Au cours de l'année écoulée, avez-vous été impliqué(e) dans un accident du travail ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>

Que pensez-vous des affirmations suivantes ?	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	En partie oui, en partie non	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
3. Dans notre entreprise ou organisation, la sécurité et la santé des travailleurs sont suffisamment protégées.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
4. La direction s'occupe activement de la prévention des risques au travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
5. Dans notre entreprise, productivité et sécurité ont la même importance.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
6. Notre entreprise ou organisation investit dans la prévention des risques au travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
7. La hiérarchie directe encourage à travailler de manière sûre.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
8. La hiérarchie directe tient compte de mon opinion et de mes suggestions en matière de santé et de sécurité au travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
9. Il y a chez nous des personnes qui s'occupent de la santé et de la sécurité des travailleurs.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
10. Les personnes qui s'occupent chez nous de la santé et de la sécurité des travailleurs sont compétentes dans leur domaine.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
11. Il y a des règles explicites afin de travailler en sécurité.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
12. J'ai reçu une bonne formation en santé et sécurité au travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
13. J'ai reçu un bon équipement de protection individuelle.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

## Module 4 : Santé

Dans quelle mesure, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	En partie non, en partie oui	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Il me semble que je tombe plus facilement malade que les autres.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
2. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade rapidement.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
3. Mon travail a une influence négative sur ma santé.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
4. Ma vie de tous les jours est incommodée par mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
5. Dans mon travail, je suis incommodé par mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu...

	non	oui
6. des difficultés à trouver le sommeil ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
7. des douleurs musculaires au niveau des membres ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
8. de la fatigue persistante ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
9. des douleurs dans la nuque ou dans les épaules ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
10. des douleurs à l'estomac ou aux intestins ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
11. des maux de tête ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
12. des douleurs dans la poitrine ou dans la région du cœur ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
13. des douleurs lombaires ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
14. des picotements dans les membres ou un engourdissement des membres ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
15. des troubles du sommeil ou le sommeil agité	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>

16. Comment qualifieriez-vous votre état de santé général ces deux dernières semaines ?

<sup>1</sup> mauvais      <sup>2</sup> moyen      <sup>3</sup> bon      <sup>4</sup> très bon      <sup>5</sup> excellent

17. Ces 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous resté à la maison suite à une maladie ou un accident ?  
*Le congé de maternité n'est pas considéré comme une maladie.*

<sup>1</sup> pas une fois      <sup>2</sup> 1 fois      <sup>3</sup> 2 fois      <sup>4</sup> 3 ou 4 fois      <sup>5</sup> 5 fois ou plus

18. Ces 12 derniers mois, combien de jours êtes-vous resté à la maison suite à une maladie ou accident ?

jours

19. Ces 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous allé(e) travailler alors que vous auriez dû rester à la maison pour raisons de santé ?

<sup>1</sup> pas une fois      <sup>2</sup> 1 fois      <sup>3</sup> 2 fois      <sup>4</sup> 3 ou 4 fois      <sup>5</sup> 5 fois ou plus

## Module 5: Capacité à travailler

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	En partie non/en partie oui	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. L'expérience que j'ai accumulée m'a bien préparé(e) aux évolutions de mon travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
2. Je réalise les objectifs que je m'impose dans mon travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
3. Je suis suffisamment armé(e) pour faire face aux exigences imposées par mon travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
4. Quoi qu'il arrive dans mon travail, je suis en général à la hauteur.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
5. Quand je suis confronté(e) à un problème dans mon travail, je trouve généralement différentes solutions.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
6. Je peux rester calme quand je suis confronté(e) à des difficultés dans mon travail parce que je peux m'appuyer sur mon expérience.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

Ces 5 dernières années, comment ont évolué...	Fortement diminué	Diminué	Inchangé	Augmenté	Fortement augmenté
7. Ma vitesse de travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
8. Mes ambitions d'atteindre quelque chose.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
9. Ma motivation à me rendre au travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
10. La quantité de travail que je peux accomplir.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
11. Mes capacités à faire face aux changements dans le travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
12. Mon état de santé.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
13. L'énergie que je suis capable de déployer pour mon travail.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

## Module 6 : Intention de rester

	Non, vraiment pas	Plutôt non	En partie oui, en partie non	Oui, certainement	Oui, très certainement
1. Pensez-vous <i>pouvoir encore</i> accomplir votre travail actuel dans deux ans ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
2. Pensez-vous <i>vouloir</i> encore accomplir votre travail actuel dans deux ans ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
3. L'idée de devoir travailler jusqu'à l'âge légal de la pension vous angoisse-t-elle ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
4. Envisagez-vous parfois d'anticiper votre pension ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
5. Préférez-vous continuer à travailler aussi longtemps que possible ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
6. Avez-vous l'intention d'anticiper votre pension ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
7. Souhaitez-vous travailler jusqu'à l'âge légal de votre pension ?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>