



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

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

- ¹ Homme
² Femme

Quel âge avez-vous ?

ans

Dans quelle région travaillez-vous ?

- ¹ Région flamande
² Région de Bruxelles-Capitale
³ Région wallonne

Quelle est la plus haute formation que vous avez achevée ?

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

Sous quel type de statut travaillez-vous ?

- ¹ Ouvrier
² Employé
³ Indépendant / profession libérale

Quelle est votre profession actuelle ?

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

Quelle description convient le mieux à votre activité professionnelle ?

- ¹ Activité essentiellement manuelle
² Activité avec autant d'aspects manuels que d'aspects intellectuels
³ 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 ?

- ¹ Non ² Oui

Cochez le secteur dans lequel vous travaillez :

Services

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

Industrie

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

Agriculture

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

Quel type de contrat avez-vous ?

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

Quel est votre temps de travail ?

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

Quel type d'horaire suivez-vous ?

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

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

Heures

Vous ressentez du stress dans votre travail :

- ¹ jamais ² rarement ³ parfois ⁴ la plupart du temps ⁵ toujours

Module 1 : Facteurs psychosociaux

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

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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. ... à des nuisances sonores ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. ... à des températures extrêmes ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. ... à des substances dangereuses ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. ... à des situations dangereuses, à des risques d'accident grave ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. ... à des tâches physiquement lourdes ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. ... à des positions inconfortables ou fatigantes ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. ... à devoir faire des gestes répétitifs (toujours les mêmes) des mains/des bras ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. ... à du travail sur écran ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Module 3: Sécurité

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

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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4. La direction s'occupe activement de la prévention des risques au travail.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Dans notre entreprise, productivité et sécurité ont la même importance.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
6. Notre entreprise ou organisation investit dans la prévention des risques au travail.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
7. La hiérarchie directe encourage à travailler de manière sûre.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
9. Il y a chez nous des personnes qui s'occupent de la santé et de la sécurité des travailleurs.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
11. Il y a des règles explicites afin de travailler en sécurité.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
12. J'ai reçu une bonne formation en santé et sécurité au travail.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
13. J'ai reçu un bon équipement de protection individuelle.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
2. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade rapidement.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
3. Mon travail a une influence négative sur ma santé.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4. Ma vie de tous les jours est incommodée par mon état de santé.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Dans mon travail, je suis incommodé par mon état de santé.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

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

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

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

¹ mauvais ² moyen ³ bon ⁴ très bon ⁵ 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.

¹ pas une fois ² 1 fois ³ 2 fois ⁴ 3 ou 4 fois ⁵ 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 ?

¹ pas une fois ² 1 fois ³ 2 fois ⁴ 3 ou 4 fois ⁵ 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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
2. Je réalise les objectifs que je m'impose dans mon travail.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
3. Je suis suffisamment armé(e) pour faire face aux exigences imposées par mon travail.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4. Quoi qu'il arrive dans mon travail, je suis en général à la hauteur.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Quand je suis confronté(e) à un problème dans mon travail, je trouve généralement différentes solutions.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

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

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"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
2. Pensez-vous <i>vouloir</i> encore accomplir votre travail actuel dans deux ans ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
3. L'idée de devoir travailler jusqu'à l'âge légal de la pension vous angoisse-t-elle ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4. Envisagez-vous parfois d'anticiper votre pension ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Préférez-vous continuer à travailler aussi longtemps que possible ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
6. Avez-vous l'intention d'anticiper votre pension ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
7. Souhaitez-vous travailler jusqu'à l'âge légal de votre pension ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵