



Enquête sur l'emploi 1978
Questionnaire complémentaire sur les conditions de travail

Journée de référence :

le |_|_| |_|_| (ou *nuit du* |_|_| |_|_| *au* |_|_| |_|_|)
Jour Mois

La journée de référence est la dernière journée
- ou nuit – de travail :
- - qui ait été entièrement travaillée,
- - qui n'ait pas été perturbée pour des raisons particulières ou passagères.

| | | |
|----------|--|----------------------------------|
| 1 | 1 Votre lieu de travail est-il uniquement à votre domicile ? | |
| | 1 – oui..... | <input type="checkbox"/> ① ⇒ Q.6 |
| | 2 – non..... | <input type="checkbox"/> ② ⇒ Q.2 |
| | | DOM |
| | <i>Les questions 2 à 5 sont relatives au trajet domicile-lieu de travail (aller) de la journée (ou nuit) de référence</i> | |
| 2 | 2 Heure de départ de votre domicile..... | _ _ h _ _ mn DEPARH DEPARM |
| 3 | 3 Heure d'arrivée au lieu de travail..... | _ _ h _ _ mn ARRIVH ARRIVM |
| 4 | 4 Avez-vous effectué un détour ? | |
| | 1 – oui..... | <input type="checkbox"/> ① |
| | 2 – non..... | <input type="checkbox"/> ② ⇒ Q.5 |
| | | DETOUR |
| | Si oui, durée du retard occasionné..... | _ _ h _ _ mn RETARH RETARM |
| 5 | 5 Moyens de transports utilisés et durées correspondantes : | |
| | Marche à pied..... | _ _ h _ _ MARCHE |

| | | | | |
|--|--|----------|--|-------|
| Deux roues..... | | __ __ h | | __ __ |
| | | DEUROU | | |
| Voiture particulière..... | | __ __ h | | __ __ |
| | | AUTO | | |
| Transport en commun organisé par l'entreprise..... | | __ __ h | | __ __ |
| | | NAVET | | |
| Autres transports en commun..... | | __ __ h | | __ __ |
| | | TROTRE | | |
| Autres..... | | __ __ h | | __ __ |
| | | TRANSP | | |

6 Vos horaires de travail sont-ils ?

• une seule réponse

| | | |
|--|--------------------------|--------|
| Les mêmes tous les jours..... | <input type="checkbox"/> | ① |
| Alternants : 2x8..... | <input type="checkbox"/> | ② |
| Alternants : 3x8 ou plus..... | <input type="checkbox"/> | ③ |
| Différents d'un jour à l'autre, mais fixés par l'entreprise..... | <input type="checkbox"/> | ④ |
| Modifiables par vous-même, d'un jour à l'autre, dans un système du type « horaires à la carte »..... | <input type="checkbox"/> | ⑤ |
| Variables d'un jour à l'autre, déterminés par vous-même..... | <input type="checkbox"/> | ⑥ |
| | | HORAIR |

7 Quels ont été vos horaires de travail lors de la journée de référence ?

| | | | | |
|--|--|----------|--|-----------|
| Heure de début..... | | __ __ h | | __ __ mn |
| | | DEBUTH | | DEBUTM |
| Heure de fin | | __ __ h | | __ __ mn |
| | | FINH | | FINM |
| Eventuellement deuxième période : | | | | |
| De | | __ __ h | | __ __ mn |
| | | DEBUT2H | | DEBUT2M |
| A | | __ __ h | | __ __ mn |
| | | FIN2H | | FIN2M |

8 A quel type de contrôle d'horaires êtes-vous soumis ?

(une seule réponse)

| | | |
|---|--------------------------|---------|
| Aucun contrôle..... | <input type="checkbox"/> | ① |
| Horloge pointeuse (et assimilé)..... | <input type="checkbox"/> | ② |
| Signature, fiches d'horaires (et assimilé)..... | <input type="checkbox"/> | ③ |
| Contrôle par l'encadrement..... | <input type="checkbox"/> | ④ |
| | | CONTROL |

9 Travaillez-vous le dimanche ? (entre 0 et 24 heures)

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------|
| Toujours..... | <input type="checkbox"/> | ① |
| Parfois..... | <input type="checkbox"/> | ② |
| Jamais..... | <input type="checkbox"/> | ③ |
| | | DIMA |
| Combien de dimanches par an ?..... | | __ __ |
| | | NBDIMA |

Travaillez-vous le samedi ? (entre 0 et 24 heures)

- Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③
Combien de samedis par an ?.....
SAM
NBSAM

Vous travaillez-vous la nuit ? (entre 0 et 5 heures)

- Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③
Combien de nuits par an ?.....
NUIT
NBNUIT

10 **Quelle est la durée de la pause dont vous bénéficiez pour votre repas ?**..... h mn
REPASH REPASM

(éventuellement) deuxième pause repas..... h mn
REPAS2H REPAS2M

11 **En général, où prenez-vous votre repas durant votre journée de travail ?**

(une seule réponse)

- A domicile..... ①
Cantine ou restaurant d'entreprise..... ②
Restaurant extérieur..... ③
Sur le lieu de travail..... ④
Autres..... ⑨
LIEUBOUF

12 **Combien de temps vous reste-t-il effectivement pour prendre votre repas ?** h mn
TANBOUFH TANBOUFM

13 **De combien de pauses, en dehors de la ou des pause(s) – repas bénéficiez-vous chaque jour ?**.....
NBPOZ
Durée totale de ces pauses h mn
DURPOZH DURPORM

Pouvez- vous choisir le moment où vous prenez ces pauses ?

- Oui ①
Non..... ②
Sans objet (pas de pause)..... ⑨
CHOIPOZ

Disposez-vous d'un local spécial pour les temps de pause ?

- Oui ①
Non..... ②
Sans objet (pas de pause)..... ⑨
LOCPOZ

Vous arrive-t-il de travailler pendant les pauses ?

- Jamais..... ①
 - Rarement..... ②
 - Fréquemment..... ③
 - Sans objet (pas de pause)..... ⑨
- TRAVPOZ

14 En dehors des pauses prévues(ou s'il n'y en pas), pouvez-vous interrompre votre travail ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- INTERUP

Si OUI, cette interruption nécessite-t-elle que vous vous fassiez remplacer ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- REMPHAS

Y a-t-il des interruptions dues à l'absence de travail à faire ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- PASTRAV

15 Quel type de travail effectuez-vous principalement ?

- Fabrication..... ①
 - Manutention..... ②
 - Conditionnement, emballage..... ③
 - Entretien, réglage, réparation..... ④
 - Surveillance de machine en fonctionnement..... ⑤
 - Contrôles, essais..... ⑥
 - Transport (à l'intérieur de l'établissement)..... ⑦
 - Livraisons, service après-vente, démarchage, transport en dehors de l'entreprise..... ⑧
 - Gardiennage, balayage, nettoyage, aménagement de terrains ou de locaux..... ⑨
 - Etudes (dessin, prototypes)..... ⑩
 - Guichet, caisse, vente, tâches de type commercial..... ①①
 - Comptabilité, informatique, secrétariat, écritures et autres tâches de type administratif..... ①②
 - Services sociaux, sanitaires, éducatifs, culturels..... ①③
 - Organisation du travail, encadrement..... ①④
 - Autres..... ⑨⑨
- TACHE

- 16 Travaillez-vous à la chaîne ?**
- Oui ①
 Non..... ②
 CHAINE
- 17 Votre rythme de travail vous est-il imposé par :**
 (plusieurs réponses possibles)
- Le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce..... ①
 RWDEP
- La cadence automatique d'une machine..... ②
 RWCAD
-
 D'autres contraintes techniques..... ③
 RWTECH
- La dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs
 collègues..... ④
 RWCOLEG
- Des normes de production ou des délais, à respecter en (une heure
 ou une journée)..... ⑤
 RWNORME
- Une demande extérieure (clients, public)..... ⑥
 RWDEMAN
- Les contrôles ou surveillances exercés par la hiérarchie..... ⑦
 RWSURV
- Autres (préciser) ⑨
 RWAUTR
- 18 Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une
 même série de gestes ou d'opérations ?**
- Oui ①
 Non..... ②
 REPETE
- 19 Votre niveau de rémunération est-il indépendante de votre
 rythme de travail ?**
- Oui ①
 Non..... ②
 REMUN
- 20 L'exécution de votre travail vous impose-t-elle :**
 (plusieurs réponses possibles)
- De rester longtemps debout ①
 CWDEBOU
- De rester longtemps dans une autre posture
 pénible ou fatigante à la longue..... ②
 CWPOSTU
- D'effectuer des déplacements longs, fréquents ou rapides..... ③
 CWDEPLA
- De porter ou déplacer des charges lourdes..... ④
 CWLOURD
- D'effectuer d'autres efforts physiques importants..... ⑤
 CWAUTR

| | | |
|-----------|--|---------------------------------------|
| | De subir des secousses ou vibrations | <input type="checkbox"/> ⑥ CWVIB |
| 21 | Quand vous travaillez, si une personne placée à 2 ou 3 mètres de vous, vous adresse la parole : | |
| | Vous l'entendez, si elle parle normalement..... | <input type="checkbox"/> ① |
| | Vous l'entendez, à condition qu'elle élève la voix..... | <input type="checkbox"/> ② |
| | Vous ne pouvez pas l'entendre..... | <input type="checkbox"/> ③ ENTENDR |
| 22 | Par ailleurs, subissez-vous de temps en temps des bruits forts ou très aigus ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> ① |
| | Non..... | <input type="checkbox"/> ② POINTES |
| 23 | Y a-t-il, en dehors du bruit, des raisons qui vous empêchent de parler avec vos collègues de travail ? <i>(plusieurs réponses possibles)</i> | |
| | Non | <input type="checkbox"/> ① EPNON |
| | Oui, poste isolé..... | <input type="checkbox"/> ② EPISOL |
| | Oui, interdiction..... | <input type="checkbox"/> ③ EPVETO |
| | Oui, port de protections..... | <input type="checkbox"/> ④ EPCASQ |
| | Oui, exigences du travail (<i>cadence, attention, etc.</i>)..... | <input type="checkbox"/> ⑤ EPTRAV |
| | Oui, autres raisons (préciser) | <input type="checkbox"/> ⑥ EPAUTR |
| 24 | Travaillez-vous à l'air libre ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> ① |
| | Non..... | <input type="checkbox"/> ② AIRLIB |
| 25 | Travaillez-vous dans une atmosphère à air conditionné ? | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> ① |
| | Non..... | <input type="checkbox"/> ② AIRCOND |
| 26 | La température à votre travail? | |
| | Très élevée ? | |
| | Toujours..... | <input type="checkbox"/> ① |
| | Souvent..... | <input type="checkbox"/> ② |
| | Rarement..... | <input type="checkbox"/> ③ |
| | Jamais..... | <input type="checkbox"/> ④ CHAUD |

Très basse ?

- Toujours..... ①
 - Souvent..... ②
 - Rarement..... ③
 - Jamais..... ④
- FROID

27 Votre emplacement de travail est-il suffisamment éclairé ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- ECLSUFI

Est-il fréquemment trop éclairé ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- ECLTROP

Travaillez-vous constamment à la lumière artificielle ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- ECLARTI

Disposez-vous d'un éclairage personnel à votre poste de travail ?

- Oui ①
 - Non..... ②
- ECLPERS

28 Votre travail ou votre lieu de travail, présente -t-il les inconvénients suivants ?

(plusieurs réponses possibles)

- Saleté..... ①
HYGSAL
- Humidité..... ②
HYGHUMI
- Courants d'air ③
HYGCOUR
- Odeurs désagréables ④
HYGPUE

29 A votre emplacement de travail, êtes-vous amené(e) à :

- (plusieurs réponses possibles)*
- Respirer des fumées ①
SECFUM
- Respirer des poussières ②
SECPOUS
- Respirer des toxiques ③
SECTOX1

| | |
|---|--|
| Manipuler ou être en contact avec des produits toxiques ou nocifs | <input type="checkbox"/> ④ SECTOX2 |
| Manipuler ou être en contact avec des produits explosifs ? | <input type="checkbox"/> ⑤ SECBOUM |
| Risquer de faire une chute grave | <input type="checkbox"/> ⑥ SECCHUT |
| Risquer d'être électrocuté(e) | <input type="checkbox"/> ⑦ SECELEC |
| Risquer d'être brûlé(e) | <input type="checkbox"/> ⑧ SECBRUL |
| Risquer des blessures sur machine | <input type="checkbox"/> ⑨ SECMACH |
| Risquer des accidents de la circulation (en cours de travail) ... | <input type="checkbox"/> ⑩ SECROUT |
| Risquer d'autres accidents graves | <input type="checkbox"/> ⑨⑨ SECAUTR |