



**Ministère de l'emploi
et de la solidarité**

Direction de l'Animation
de la Recherche,
des Etudes et des Statistiques



INSEE
DIRECTION GÉNÉRALE
INSTITUT NATIONAL
DE LA STATISTIQUE
ET DES ÉTUDES
ÉCONOMIQUES

Enquête sur l'emploi 1984
Questionnaire complémentaire sur les conditions de travail

Journée de référence :

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

1	Votre lieu de travail est-il uniquement à votre domicile ?	
	Oui	<input type="checkbox"/> ① ⇒ Q.6
	Non.....	<input type="checkbox"/> ② ⇒ Q.2 DOM
	<i>Les questions 2 à 4 sont relatives au trajet domicile-lieu de travail (aller) de la journée (ou nuit) de référence</i>	
2	Heure de départ de votre domicile.....	_ _ h _ _ mn DEPARH DEPARM
3	Heure d'arrivée au lieu de travail.....	_ _ h _ _ mn ARRIVH ARRIVM
4	Avez-vous effectué un détour ?	
	Oui	<input type="checkbox"/> ①
	Non.....	<input type="checkbox"/> ② ⇒ Q.5 DETOUR
	Si oui, durée du retard occasionné	_ _ h _ _ mn RETARH RETARM
5	Quelle est la taille de l'établissement qui vous emploie?	
	1 à 9 salariés.....	<input type="checkbox"/> ①
	10 à 49 salariés.....	<input type="checkbox"/> ②
	50 à 499 salariés.....	<input type="checkbox"/> ③
	500 à 1 999 salariés.....	<input type="checkbox"/> ④
	2 000 salariés ou plus.....	<input type="checkbox"/> ⑤
	Ne sait pas.....	<input type="checkbox"/> ⑨ TAILLE

6 Vos horaires de travail sont-ils?
 ● *une seule réponse*
 Les mêmes tous les jours..... ①
 Alternants : 2x8 (2 équipes, 2 brigades, etc.)..... ②
 Alternants : 3x8 (3 équipes, 3 brigades, etc.) ou plus..... ③
 Différents d'un jour à l'autre, mais fixés par l'entreprise..... ④
 Modifiables par vous-même, d'un jour à l'autre, dans un système du type « horaires à la carte »..... ⑤
 Variables d'un jour à l'autre, déterminés par vous même..... 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..... ①
 Horloge pointeuse (et assimilé)..... ②
 Signature, fiche horaire (et assimilé)..... ③
 Contrôle par l'encadrement..... ④
 CONTROL

9 En principe, travaillez-vous chaque semaine le même nombre de jours ?
 Oui ①
 Non..... ②
 JOURID
 Si OUI, nombre de jours travaillés
 NBJOUR
 Si NON, depuis le début de l'année, quels ont été ...
(lors de semaines normalement travaillées)
 1 - le nombre minimum de jours travaillés ?
 JOURMIN
 2 - le nombre maximum de jours travaillés ?
 JOURMAX

10 Disposez-vous d'au moins 48 heures consécutives de repos, au cours d'une semaine ?
 Oui ①
 Non..... ②
 REPOS

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

Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③

Combien de dimanches par an ?.....
DIMA
NBDIMA

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

Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③

Combien de samedis par an ?.....
SAM
NBSAM

Travaillez-vous le mercredi (entre 0 et 24 heures)

Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③

Combien de mercredis par an ?.....
MER
NBMER

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

Toujours..... ①
Parfois..... ②
Jamais..... ③

Combien de nuits par an ?.....
NUIT
NBNUIT

12 Quelle est la durée de la pause dont vous bénéficiez pour votre repas ?

h mn
REPASH REPASM

Eventuellement deuxième pause repas

h mn
REPAS2H REPAS2M

13 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..... ⑤

LIEUBOUF

14 Combien de temps vous reste-t-il effectivement pour prendre votre repas ?

h mn
TANBOUFH
TANBOUFM

15	En général, est-ce un repas chaud ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			BOUFCHO
16	De combien de pauses, en dehors de la (ou des pause(s) – repas bénéficiez-vous chaque jour ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Durée total de ces pauses.....		NBPOZ
	Pouvez- vous choisir le moment où vous prenez ces pauses ?		<input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mn
		Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
		Sans objet pas de pause.....	<input type="checkbox"/> ③
			CHOIPOZ
17	En dehors des pauses prévues(ou s(il n’y en pas), pouvez-vous interrompre votre travail ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			INTERUP
	Si OUI, cette interruption nécessite-t-elle que vous vous fassiez remplacer ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			REMPLAS
	Y a-t-il des interruptions dues à l’absence de travail à faire ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			PASTRAV
18	Avez-vous d’autres salariés sous vos ordres ou votre autorité ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			CHEF
	Si OUI, l’augmentation de salaires, les primes ou la promotion de ces salariés dépendent-elles étroitement de vous ?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			CHEFPROMO
19	Au cours d’une semaine de travail, êtes-vous amené à occuper plusieurs postes différents?	Oui	<input type="checkbox"/> ①
		Non.....	<input type="checkbox"/> ②
			POSTES

20 Quel type de travail effectuez-vous principalement ?

(une seule réponse possible)

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

TACHE



21 En général, travaillez-vous avec(ou sur) ?

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|---|
| Une machine industrielle (ou une installation, un véhicule, etc.), <i>entièrement</i> automatisée..... | <input type="checkbox"/> ①
TRAVAUTO |
| Une machine industrielle (ou une installation, un véhicule, etc.), <i>non entièrement</i> automatisée..... | <input type="checkbox"/> ②
TRAVMACHI |
| Des outils à main..... | <input type="checkbox"/> ③
TRAVOUTIL |
| Une machine à écran..... | <input type="checkbox"/> ④
TRAVECRAN |
| Une caisse, une machine à écrire, à calculer, une autre machine de bureau..... | <input type="checkbox"/> ⑤
TRAVBUR |

22 Travaillez-vous à la chaîne ?

Oui ①

Non..... ②
CHAINE

23 Votre rythme de travail vous est-il imposé par :

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce..... | <input type="checkbox"/> ①
RWDEP |
| La cadence automatique d'une machine..... | <input type="checkbox"/> ②
RWCAD |
| D'autres contraintes techniques..... | <input type="checkbox"/> ③
RWTECH |
| La dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues..... | <input type="checkbox"/> ④
RWCOLEG |

Des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus.....	<input type="checkbox"/> ⑤ RWNORMEH
Des normes de production, ou des délais, à respecter en une journée au plus.....	<input type="checkbox"/> ⑥ RWNORMEJ
Une demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate.....	<input type="checkbox"/> ⑦ RWDEM
Une demande extérieure (clients, public) n'obligeant pas à une réponse immédiate.....	<input type="checkbox"/> ⑧ RWDEMAND
Les contrôles ou surveillances permanents (ou au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie.....	<input type="checkbox"/> ⑨ RWSURV
Autres (préciser).....	<input type="checkbox"/> ⑩ RWAUTR

24 **Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations ?**

- Oui ①
Non..... ②
REPETE

Si oui, chaque série dure-t-elle moins d'une minute ?

- Oui ①
Non..... ②
CYCLE

25 **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 à pied, longs ou fréquents..... ③
CWDEPLA
- De porter ou déplacer des charges lourdes..... ④
CWLLOURD
- D'effectuer d'autres efforts physiques importants..... ⑤
CWAUTR
- De subir des secousses ou vibrations..... ⑥
CWVIB
- De ne pas quitter votre travail des yeux..... ⑦
CWVUE

26 **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..... ①
- Vous l'entendez, à condition qu'elle élève la voix..... ②
- Vous ne pouvez pas l'entendre..... ③
ENTENDR

27 **Par ailleurs, subissez-vous de temps en temps des bruits très forts ou très aigus ?**

- Oui ①
- Non..... ②
POINTES

- 28 Y a-t-il, en dehors du bruit, des raisons qui vous empêchent de parler avec vos collègues de travail ?**
(plusieurs réponses possibles)
- Non..... ①
EPNON
- Oui, poste isolé..... ②
EPISOL
- Oui, interdiction..... ③
EPVETO
- Oui, port de protections..... ④
EPCASQ
- Oui, exigences du travail (cadence, attention, etc ...)..... ⑤
EPTRAV
- Oui, autres raisons(préciser)..... ⑥
EPAUTR
- 29 Travaillez-vous à l'air libre ?**
- Oui ①
- Non..... ②
AIRLIB
- 30 Travaillez- vous dans une atmosphère à air conditionné ?**
- Oui ①
- Non..... ②
AIRCOND
- 31 La température à votre travail est – elle :**
- Très élevée ?**
- Toujours..... ①
- Souvent..... ②
- Rarement..... ③
- Jamais..... ④
CHAUD
- Très basse ?**
- Toujours..... ①
- Souvent..... ②
- Rarement..... ③
- Jamais..... ④
FROID
- 32 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
- Risques infectieux (microbes, virus, etc.), parasites..... ④
HYGINFEC
- Absence ou mauvais, état des locaux sanitaires..... ⑤
HYGSANI

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

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| Respirer des fumées..... | <input type="checkbox"/> ①
SECFUM |
| Respirer des poussières..... | <input type="checkbox"/> ②
SECPOUS |
| Respirer des toxiques..... | <input type="checkbox"/> 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 d'être atteint par la projection ou la chute de matériaux ou d'objets..... | <input type="checkbox"/> ⑥
SECPROJ |
| Risquer de faire une chute grave..... | <input type="checkbox"/> ⑦
SECCHUT |
| Risquer d'être électrocuté(e)..... | <input type="checkbox"/> ⑧
SECELEC |
| Risquer d'être brûlé(e)..... | <input type="checkbox"/> ⑨
SECBRUL |
| Risquer des blessures sur machine..... | <input type="checkbox"/> ⑩
SECMACH |
| Risquer des accidents de la circulation (en cours de travail)..... | <input type="checkbox"/> ①①
SECROUT |

34 Votre salaire, ou vos primes, dépendent-ils sensiblement :

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| De votre rythme de travail personnel..... | <input type="checkbox"/> ①
REMUNPERS |
| Du rythme de l'équipe, ou du groupe, dont vous faites partie... | <input type="checkbox"/> ②
REMUNEQUI |
| Des résultats de l'activité de votre entreprise, ou de votre établissement..... | <input type="checkbox"/> ③
REMUNENTR |

35 Percevez-vous des primes, ou des compléments de salaire, pour : *(plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|---|--|
| Travail de nuit..... | <input type="checkbox"/> ①
PRIMNUIT |
| Travail le dimanche..... | <input type="checkbox"/> ②
PRIMDIMA |
| Travaux pénibles..... | <input type="checkbox"/> ③
PRIMPENI |
| Nuisances (bruit, température, ect)..... | <input type="checkbox"/> ④
PRIMNUISAN |
| Exposition à un risque..... | <input type="checkbox"/> ⑤
PRIMRISQ |
| Autre prime liée à vos conditions de travail (hors prime de rendement)..... | <input type="checkbox"/> ⑥
PRIMAUTR |