

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire

Ce questionnaire est anonyme

1 - Quel âge avez vous ? _____ Vous êtes - **une femme – un homme**

2 - Depuis combien d'années exercez-vous le métier de PNC ? _____

3 - Quel est votre grade ? _____ Inst CCP CC Hot

4 - Quel est votre rythme de travail ? 100% 80% 75% 66% 50%

5 – Avez-vous au cours de votre carrière, été atteint d'une affection :

Diabète - Thyroïde - Cardiaque - Musculaire - Troubles sévères du sommeil - Dermatologique

- **Psychologique** : dépression burn out

- **Articulaire** : hernie Discale lumbago torticolis Autres :.....

- **Tropicale** : paludisme dengue Autres :.....

- **Orl** : otites barotraumatiques (nombre :.....) Autres :.....

- **Circulatoire** mal de jambe varices Autres :.....

- **Gynécologique** : fausse couche dysovulation stérilité Autres :.....

- **Autre(s) affection(s)** :.....

Pensez-vous que ces « **Autre(s) affection(s)** » soient en rapport avec votre activité ? **OUI** **NON**

6 – Suivez-vous un traitement régulier en rapport avec votre activité ? **OUI** **NON**

7 – Avez-vous été victime d'un ou de plusieurs accidents du travail ? **OUI** **NON**

Si OUI combien ? _____

8 - Avez-vous déjà été en arrêt maladie pour des raisons de fatigue? **OUI** **NON**

9 – Avez-vous été plus de 21 jours en arrêt maladie ? **OUI** **NON**

10 – Avez-vous été ou êtes-vous en mi-temps thérapeutique ? ☐ OUI ☐ NON

11 - Quels effets les décalages horaires ou les levers tôt ont-ils sur votre organisme ?

Troubles du sommeil - Insomnie - Nervosité - Irritabilité - Perte d'appétit - Fatigue - Perte de mémoire
Perte d'attention - Perte de concentration - Troubles psychologiques - Autres :.....

12 – Avez-vous été suspendu de licence temporairement ? ☐ OUI ☐ NON

13 - Avez-vous déjà pris des médicaments pour dormir ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui en prenez-vous toujours ? ☐ OUI ☐ NON A raison de combien de jours par mois?

14 - Ressentez-vous les vibrations à bord de l'avion ? ☐ OUI ☐ NON

15 - Souffrez-vous du bruit des moteurs à bord ? ☐ OUI ☐ NON

16 - Le travail en équipes successives, alternantes vous incommode t-il ? ☐ OUI ☐ NON

17 - Trouvez-vous les commodités à bord lourds? ☐ OUI ☐ NON

18 - Vous êtes-vous déjà endormi au volant sur le trajet du retour à la suite d'un vol ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui Combien de fois

19 - Avez-vous déjà eu un accident de voiture avant ou après un vol ? ☐ OUI ☐ NON

20 - Avez-vous été conduit à prendre du temps partiel pour palier la fatigue ? ☐ OUI ☐ NON

21 - Rencontrez-vous des difficultés pour faire garder vos enfants ? ☐ OUI ☐ NON

22 - Votre métier vous a-t-il causé des problèmes familiaux tels que séparation-divorce ? ☐ OUI ☐ NON

23 - Suite à une séparation ou un divorce, avez-vous eu des difficultés pour la garde de vos enfants (garde alternée), en raison de votre métier de PNC? ☐ OUI ☐ NON

24 - Diriez-vous que votre métier est :

très facile - facile - plutôt facile - pénible - très pénible

25 - Diriez-vous qu'avec les années il devient :

plus facile - plus difficile - ne change pas

26 - Diriez-vous que vos charges de travail à bord sont :

normales plutôt normales plutôt difficiles difficiles très difficiles

27 - Considérez-vous que votre travail est une source de stress ? **OUI** **NON**

28 - Avez-vous déjà eu peur pendant votre travail ? **OUI** **NON**

29 - Etes-vous angoissé ? **OUI** **NON**

30 - Avez-vous des problèmes de mémoire ? **OUI** **NON**

31 - Avez-vous eu un cancer ? **OUI** **NON**

Commentaires :

Nous vous remercions d'avoir répondu à toutes ces questions. Le SNPNC s'engage à la confidentialité de vos réponses. Nous souhaitons avancer sur la reconnaissance de la pénibilité de notre profession, vos réponses seront précieuses.



Adhérez
directement
depuis votre
téléphone

Nom :

Grade :

Prénom :

@:

Adresse :

SNPNC 1 Rue de la Haye, BP 18939 Tremblay en France, 95732 Roissy CDG
CEDEX -snpnc@snpnc.org- 0149195818