

ESTOMAC ET INTESTINS		OUI	NON
1	Avez-vous des problèmes d'estomac? (brûlures gastriques, éructations acides, ulcères...)		
2	Souffrez-vous de constipation?		
3	Souffrez-vous de diarrhée?		
4	Souffrez-vous de problèmes intestinaux?		
5	Est-ce que l'appétit vous manque?		
6	Prenez-vous des médicaments pour remédier à des troubles gastro-intestinaux?		
7	Rencontrez-vous de difficultés pour manger à intervalles réguliers?		
8	Buvez-vous plus de trois tasses de thé, de café, de coca ou d'autres boissons stimulantes pendant la nuit?		

PSYCHIQUE		OUI	NON
1	Est-ce que vous vous sentez parfois anxieux, triste ou dépressif?		
2	Est-ce que votre travail de nuit ou votre travail posté vous cause-t-il des problèmes organisationnels au niveau familial?		
3	Est-ce que votre travail de nuit ou votre travail posté vous cause-t-il des problèmes de couples?		
4	Est-ce que vous vous sentez tendu ou nerveux suite au travail?		

**Questionnaire à remettre à votre délégué Centrale Générale - FGTB
ou à renvoyer à l'adresse suivante :
Centrale Générale-FGTB - Rue Haute 26-28, 1000 Bruxelles**

QUESTIONNAIRE

EFFET DU TRAVAIL EN EQUIPES SUR LA SANTÉ

Les nuisances du travail de nuit ou en équipes, vous connaissez? Vous les subissez au quotidien? Alors remplissez ce questionnaire et remettez-le à votre délégué Centrale Générale-FGTB. Les résultats nous aideront à évaluer la situation sur le terrain et à mettre en avant des alternatives pour le futur.

Centrale syndicale

Secteur d'activité

Age

Taille

Poids

Traitement
médicamenteux régulier

Traitement
médicamenteux
occasionnels

SCHÉMA DE TRAVAIL

1. Travaillez-vous en équipes? OUI – NON
2. S'agit-il d'une rotation des équipes vers l'avant (matin, après-midi, nuit)? OUI – NON
3. S'agit-il d'une rotation des équipes vers l'arrière (nuit, après-midi, matin)? OUI – NON
4. Souhaitez-vous continuer votre travail de nuit ou travail posté?

OUI: raison?

NON: raison?

5. Quel genre de travail accomplissez-vous pendant la nuit?

6. Dans quel système de rotation travaillez-vous?

Marquez d'une croix la solution qui convient ou répondez à la question

Travail posté aux horaires alternants	
Travail posté en 2 équipes sans travail de nuit (discontinu)	
Avec travail de weekend	
Sans travail le weekend	
Travail posté en 3 équipes avec travail de nuit week-end inclus (continu)	
Sans travail le week-end (système semi-continu)	
Travail de weekend en équipes alternantes (matin, soir)	
Travail posté aux horaires fixes	
Equipe de matin fixe	
Equipe de l'après-midi fixe	
Equipe de nuit fixe	
Horaire interrompu à des heures fixes (par ex dans le secteur des soins, ...)	
Indiquez l'heure du début de l'équipe de matin	
5 h	
6 h	
7 h	
Après combien de jours changez-vous d'équipe?	
Combien de jours dure une équipe?	
Combien d'années travaillez-vous déjà dans ce schéma?	

CYCLE DU SOMMEIL		OUI	NON
1	Souffrez-vous de troubles de sommeil?		
2	Avez-vous du mal à vous endormir?		
3	Est-ce que vous vous réveillez souvent pendant votre sommeil?		
4	Prenez-vous des somnifères?		
5	Etes-vous incommodé par du bruit ou de la lumière pendant que vous dormez lors de la journée?		
6	Est-ce que vous vous sentez fatigué ou pas reposé quand vous avez dormi?		
7	Avez-vous tendance à vous endormir lorsque vous conduisez, mangez, ou lorsque vous parlez à quelqu'un?		
8	Combien d'heures de suite dormez-vous en moyenne par jour ou par nuit?		

CŒUR ET ARTÈRES		OUI	NON
1	Avez-vous une tension élevée?		
2	Prenez-vous des médicaments hypotensifs?		
3	Souffrez-vous de vertiges?		
4	Avez-vous des étranglements de poitrine ou des essoufflements?		
5	Avez-vous déjà eu un infarctus?		
6	Avez-vous déjà été opéré du cœur?		

DIMINUTION DE VIGILANCE		OUI	NON
1	Entrez-vous pendant votre travail en contact avec des produits chimiques volatiles?		
2	Est-ce que vous vous sentez parfois étourdi suite à l'exposition aux produits chimiques volatiles?		
3	Votre travail consiste-t-il à répéter constamment les mêmes actions?		
4	Est-ce que vous vous sentez parfois fatigué au travail?		
5	Ressentez-vous des difficultés à rester suffisamment attentif?		
6	Etes-vous souvent seul au travail?		
7	Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir incommodé par le manque d'éclairage au travail?		
8	Est-ce que vous vous sentez incommodé par du bruit monotone?		