

## VOS OBSTACLES À UN BON SOMMEIL

Écrivez Oui ou Non et décrivez encore plus, c'est pour vous !

**Avez-vous besoin de beaucoup de sommeil pour être en forme ?**

---

---

---

---

---

**Est-ce que vous résistez bien au manque de sommeil ?**

---

---

---

---

---

**Trouvez-vous que vous êtes naturellement un oiseau de nuit ?**

---

---

---

---

---

**Avec l'âge, avez-vous observé des changements dans l'adaptation de votre sommeil au travail de nuit ?**

---

---

---

---

---

**Pouvez-vous identifier des éléments de votre environnement qui nuisent à votre sommeil lorsque vous dormez le jour, après votre quart de nuit ?**

---

---

---

---

---

---

**Avez-vous déjà vécu un décalage horaire après un voyage en avion ? Si oui, avez-vous ressenti des effets semblables à ceux que le travail de nuit a sur vous ?**

---

---

---

---

---

---

**Avez-vous des activités et des obligations qui réduisent le temps que vous consacrez au sommeil lorsque vous travaillez de nuit ?**

---

---

---

---

---

---

**Le travail de nuit génère-t-il des sources de stress pour vous ?**

---

---

---

---

---

---

**Avez-vous des symptômes de troubles du sommeil, comme l'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos ou l'insomnie chronique ?**

---

---

---

---

---

---