

# Mes objectifs S.M.A.R.T. en matière d’habitudes de vie

DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS, INSCRIVEZ VOS OBJECTIFS S.M.A.R.T.  
LIÉS À L’ADOPTION DE VOTRE PLAN DE TRAITEMENT.

| Soyez S.M.A.R.T.                     | Objectif n° 1 | Objectif n° 2 | Objectif n° 3 | Objectif n° 4 | Objectif n° 5 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Spécifique                           |               |               |               |               |               |
| Qui                                  |               |               |               |               |               |
| Quoi                                 |               |               |               |               |               |
| Où                                   |               |               |               |               |               |
| Quand                                |               |               |               |               |               |
| Quel/Quelle<br>(lequel/laquelle)     |               |               |               |               |               |
| Pourquoi                             |               |               |               |               |               |
| Mesurable                            |               |               |               |               |               |
| Quelle quantité                      |               |               |               |               |               |
| À quelle fréquence                   |               |               |               |               |               |
| Comment saurai-je<br>que j’ai réussi |               |               |               |               |               |
| Atteignable                          |               |               |               |               |               |
| Compétences                          |               |               |               |               |               |
| Capacité                             |               |               |               |               |               |
| Aspect financier                     |               |               |               |               |               |
| Réaliste                             |               |               |               |               |               |
| Volonté                              | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    |
| Pouvoir                              | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    | OUI ou NON    |
| Temporel                             |               |               |               |               |               |
| Date de début                        |               |               |               |               |               |
| Date de fin                          |               |               |               |               |               |

En réfléchissant à l’objectif qui vient en première position dans la liste ci-dessus, répondez aux questions suivantes :

a. Pourquoi est-ce important pour vous?

b. Qu’en tirerez-vous de positif?