

## Document d'objectifs pour les cliniciens

Veillez consigner la définition des objectifs de votre patient et l'atteinte de ceux-ci dans ce formulaire.

Initiales du patient : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

---

**RENDEZ-VOUS N° 1 : évaluer la situation de départ et définir un objectif :**

Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Veillez consigner la note du pré-questionnaire sur la santé et la résilience du patient : \_\_\_\_\_/50

Consignez l'objectif **S.M.A.R.T.** du patient (activité physique, activité sociale, défi intellectuel **ou** autre)

Objectif : \_\_\_\_\_

Avez-vous invité ce patient à utiliser l'Appli Bien-Etre? ([applibienetre.ca](http://applibienetre.ca))

Oui  Non

Selon vous, quelle est la probabilité que le patient utilise l'Appli Bien-Etre?

Probablement  Peu probable  Incertain

---

**RENDEZ-VOUS N° 2 : évaluer la progression de l'objectif :**

Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Objectif atteint : dans quelle mesure ce patient a-t-il atteint son objectif? (Cochez une réponse)

Aucun changement

Objectif partiellement atteint

Objectif pleinement atteint

Objectif dépassé

Bien-être : dans quelle mesure le patient a-t-il le sentiment que le fait de travailler pour atteindre cet objectif a eu un impact sur son bien-être? (Cochez une réponse)

Aucun changement

Légèrement amélioré

Modérément amélioré

Grandement amélioré

Veillez consigner la note du post-questionnaire sur la santé et la résilience du patient : \_\_\_\_\_/50

Votre patient a-t-il utilisé l'Appli Bien-Etre? Oui  Non  Incertain

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

## Document d'objectifs à emporter à la maison

Saviez-vous que les gènes de votre famille ne comptent que pour 25 % de votre longévité?  
Les changements de mode de vie peuvent avoir un impact beaucoup plus important!

Vous êtes invités à relancer votre santé dès aujourd'hui en vous fixant un petit objectif dans un domaine clé :



**Activité physique : Le simple fait de bouger et d'être actif sera bénéfique pour votre santé. Une activité physique légère pour une durée de 15 minutes par jour peut augmenter l'espérance de vie de 3 ans.**

**Discutez avec votre fournisseur de soins de santé pour vous assurer que l'activité que vous choisissez ne pose pas de danger pour vous.**

Exemples : Marcher à l'intérieur/à l'extérieur, emprunter les escaliers, utiliser des poids ou des bandes de résistance, jardiner, faire une randonnée, courir ou essayer de participer à un cours de conditionnement physique

OU



**Lien social : Être socialement actif améliore la santé et le bien-être; la solitude peut être aussi mauvaise pour la santé que le tabagisme.**

Exemples : Appeler un membre de votre famille, rencontrer un ami pour boire un café, aller à l'église, assister à une conférence ou à un concert, vous joindre à un groupe ou faire du bénévolat

OU



**Défi intellectuel : La combinaison de facteurs liés au mode de vie, notamment la mise à l'épreuve de votre cerveau grâce à un nouvel apprentissage, réduit le risque de démence de 35 %**

Exemples : Visiter la bibliothèque, écouter de la musique, assister à une conférence ou assister à un cours, apprendre une nouvelle langue ou un nouvel instrument de musique, jouer aux cartes

OU



**Autres activités : Penser positivement et prendre soin de votre santé mentale à l'aide du yoga, adopter une pleine conscience ou une alimentation saine peut améliorer le bien-être général.**



Exemples : Méditer, participer à un cours de yoga, commencer un journal de gratitude, se reposer davantage

Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

MON OBJECTIF : Définir un objectif S.M.A.R.T. (p. ex., marcher 15 min, 2x/semaine pendant 4 semaines) :

Objectif :

---

*Qu'arrive-t-il si je n'atteins pas l'objectif que je m'étais fixé?* C'est tout à fait normal.

Vous voudrez peut-être le changer complètement ou vous fixer un objectif plus modeste.

**Aucun objectif n'est trop modeste. De petits changements peuvent apporter d'importants avantages pour la santé au fil du temps.**

Si vous souhaitez inscrire-vous pour utiliser l'Appli Bien-Être ([applibienetre.ca](http://applibienetre.ca)) gratuitement sur tout appareil.

App : [applibienetre.ca](http://applibienetre.ca) Courriel : [info@fountainofhealth.ca](mailto:info@fountainofhealth.ca)

Les cliniciens sont invités à photocopier les formulaires, mais ne peuvent pas les modifier sans autorisation.

Copyright © 2019 Fountain of Health Association for Optimal Aging [www.lafontainedelasante.ca](http://www.lafontainedelasante.ca)

L'UTILISATION DE CE DOCUMENT ET DES RENSEIGNEMENTS Y FIGURANT EST ASSUJETTIE AUX MODALITÉS, AUX CONDITIONS ET AUX RESTRICTIONS ÉNONCÉES DANS LE CONTRAT DE LICENCE D'UTILISATEUR FINAL QUE L'ON RETROUVE À

L'ADRESSE <https://lafontainedelasante.ca/contrat-de-licence-dutilisateur-final>

## Si vous souhaitez participer, vous pouvez vous inscrire pour utiliser l'Application Bien-Être

L'un des meilleurs moyens de prendre soin de votre santé consiste à vous fixer des objectifs de santé modestes et réalisables qui comptent pour vous. L'**Appli Bien-Être** vous aidera et vous encouragera en cours de route!

Suivez les étapes suivantes pour vous inscrire à l'**Appli Bien-Être**

1. **RENDEZ-VOUS À L'ADRESSE** [applibienetre.ca](http://applibienetre.ca)
2. Cliquez sur **S'INSCRIRE** et fournissez les renseignements demandés pour créer un nouveau compte.
3. Choisissez **COMMENCER ICI**.
4. Remplissez le **Pré-questionnaire sur la santé et la résilience**, puis appuyez sur **SOUMETTRE**.

La section **MON OBJECTIF** fournit des indications sur la définition d'un objectif **S.M.A.R.T.** Choisissez le domaine qui vous intéresse le plus (activité physique, activité sociale, défi intellectuel ou autre). *Parlez à votre clinicien pour vous assurer que l'activité que vous choisissez est sécuritaire pour vous.*

5. Choisissez UNE icône de domaine et inscrivez votre propre **objectif S.M.A.R.T.**, puis appuyez sur **ENREGISTRER**.
6. Chaque jour où vous remplissez votre **objectif S.M.A.R.T.**, connectez-vous au site Web [applibienetre.ca](http://applibienetre.ca), accédez au **Calendrier de consignation quotidienne** et cliquez sur le calendrier fourni pour consigner vos progrès.
7. À la fin des 4 semaines, vous serez invité à remplir le **Post-questionnaire sur la santé et la résilience**.  
Remarque : l'**Appli Bien-Être** fourni régulièrement des encouragements si vous le souhaitez.

**Les objectifs S.M.A.R.T. sont :**

**Spécifiques :** comment pouvez-vous atteindre cet objectif? Quelles mesures concrètes devrez-vous prendre?





**Mesurables :** comment pouvez-vous en mesurer la progression? À quelle fréquence? Pendant combien de temps?

**Axés sur l'action :** l'objectif dépend-il d'actions? Quelles seront ces actions?

**Réalistes :** cet objectif est-il réaliste? Peut-il être réalisé dans les prochaines semaines ou les prochains mois?

**Temps délimité :** quels sont les meilleurs moments de la journée ou jours de la semaine pour atteindre cet objectif ce mois-ci?

### Exemples d'objectifs S.M.A.R.T.

-  Je marcherai jusqu'à la boîte aux lettres 3 fois par semaine, et ce, pendant un mois
-  J'appellerai un ami ou un membre de ma famille une fois par semaine, et ce, pendant un mois
-  Je lirai le journal 3 matins par semaine, et ce, pendant 4 semaines
-  Je participerai à un cours de yoga une fois par semaine, et ce, pendant un mois

App : [applibienetre.ca](http://applibienetre.ca) Courriel : [info@fountainofhealth.ca](mailto:info@fountainofhealth.ca)

Les cliniciens sont invités à photocopier les formulaires, mais ne peuvent pas les modifier sans autorisation.

Copyright © 2019 Fountain of Health Association for Optimal Aging [www.lafontainedelasante.ca](http://www.lafontainedelasante.ca)

L'UTILISATION DE CE DOCUMENT ET DES RENSEIGNEMENTS Y FIGURANT EST ASSUJETTIE AUX MODALITÉS, AUX CONDITIONS ET AUX RESTRICTIONS ÉNONCÉES DANS LE CONTRAT DE LICENCE D'UTILISATEUR FINAL QUE L'ON RETROUVE À

L'ADRESSE <https://lafontainedelasante.ca/contrat-de-licence-dutilisateur-final>

## Pré-questionnaire sur la santé et la résilience

Découvrez comment vous vous en tirez dans certains domaines clés ayant un impact sur votre santé à long terme : (encerclez **un** numéro pour chaque question ci-dessous)

1. Comment évalueriez-vous les liens sociaux que vous tissez avec les autres?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout de liens sociaux Neutre Beaucoup de liens sociaux

2. Comment évalueriez-vous votre intérêt envers l'apprentissage de nouvelles choses?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas intéressé du tout Neutre Très intéressé

3. En utilisant votre propre définition, comment évalueriez-vous la réussite de votre vieillissement?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas bien réussi Neutre Très bien réussi

4. Comment évalueriez-vous vos chances d'obtenir de l'aide en santé mentale si vous en aviez besoin?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout probable Neutre Très probable

5. Comment évalueriez-vous votre condition physique, vous qualifieriez-vous de personne active physiquement?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout actif Neutre Très actif

Initiales du patient : \_\_\_\_\_ Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ Note finale : \_\_\_\_\_ /50

App : applibienetre.ca Courriel : info@fountainofhealth.ca

Les cliniciens sont invités à photocopier les formulaires, mais ne peuvent pas les modifier sans autorisation.

Copyright © 2019 Fountain of Health Association for Optimal Aging [www.lafontainedelasante.ca](http://www.lafontainedelasante.ca)

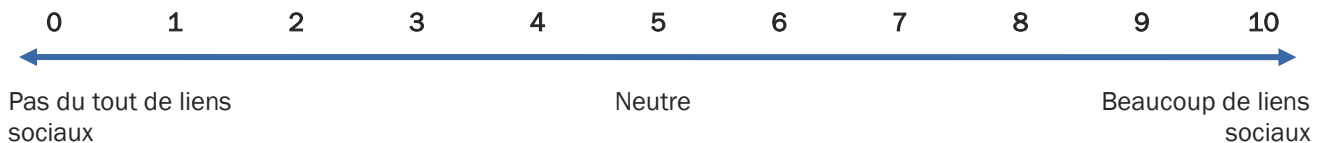
L'UTILISATION DE CE DOCUMENT ET DES RENSEIGNEMENTS Y FIGURANT EST ASSUJETTE AUX MODALITÉS, AUX CONDITIONS ET AUX RESTRICTIONS ÉNONCÉES DANS LE CONTRAT DE LICENCE D'UTILISATEUR FINAL QUE L'ON RETROUVE À

L'ADRESSE <https://lafontainedelasante.ca/contrat-de-licence-dutilisateur-final>

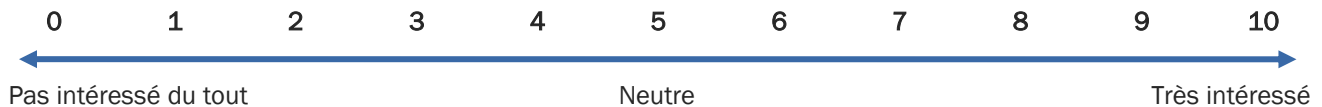
## Post-questionnaire sur la santé et la résilience

Découvrez comment vous vous en tirez dans certains domaines clés ayant un impact sur votre santé à long terme : (encerclez **un** numéro pour chaque question ci-dessous)

1. Comment évalueriez-vous les liens sociaux que vous tissez avec les autres?



2. Comment évalueriez-vous votre intérêt envers l'apprentissage de nouvelles choses?



3. En utilisant votre propre définition, comment évalueriez-vous la réussite de votre vieillissement?



4. Comment évalueriez-vous vos chances d'obtenir de l'aide en santé mentale si vous en aviez besoin?



5. Comment évalueriez-vous votre condition physique, vous qualifieriez-vous de personne active physiquement?



Initiales du patient : \_\_\_\_\_ Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ Note finale : \_\_\_\_\_/50