

## QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 ITEMS (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants?

(Veuillez cocher « ✓ » votre réponse.)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Trouver peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez beaucoup plus de mal que d'habitude à tenir en place	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

Codage du bureau 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

= Score total : \_\_\_\_\_

Si vous avez coché au moins un problème, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres.

Pas du tout difficile(s)

Assez difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement difficile(s)