

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

Au cours des deux (2) dernières semaines, combien de fois avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? <i>(Veuillez entourer votre réponse par un cercle)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'envie ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés 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), d'avoir déçu sa famille ou de 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 nerveux (nerveuse) ou agité(e) que l'on a plus de mal à tenir en place que d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de se faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Si vous avez entouré par un cercle au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce ou ces problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?**

**Pas du tout difficile(s)**

**Assez difficile(s)**

**Très difficile(s)**

**Extrêmement difficile(s)**