

Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)

Nom du patient :

Date :

1. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de sept jours (2)	Presque tous les jours (3)
A. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
B. Vous sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
C. Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e) ou trop dormir				
D. Vous sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie				
E. Peu d'appétit ou trop d'appétit				
F. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille				
G. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision				
H. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.				
I. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.				

Score total :

2. Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s)

Plutôt difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement difficile(s)

Référence :

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9):606-13.

PRMCDA/CA//1275-F