

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

**Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?**  
(Marquez « ✓ » pour indiquer votre réponse)

|  | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. 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. 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), de s'être déçu(e) soi-même ou d'avoir déçu sa famille                                   | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple en lisant le journal ou en regardant 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 eu 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                      |

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Si vous êtes concerné(e) par n'importe lequel des problèmes évoqués, à quel point ce problème a-t-il rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre entente avec les autres?**

**Pas du tout  
difficile(s)**

**Assez  
difficile(s)**

**Très  
difficile(s)**

**Extrêmement  
difficile(s)**