

## Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9

Questions	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié du temps (2)	Presque tous les jours (3)
<b>Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</b>				
<b>Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</b>				
<b>Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)</b>				
<b>Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop</b>				
<b>Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie</b>				
<b>Avoir peu d'appétit ou manger trop</b>				
<b>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</b>				
<b>Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision</b>				
<b>Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude</b>				
<b>Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre</b>				

Score	Sévérité de la	dépression	Commentaires
0-4		Minimale ou pas présente	Surveillance
5-9		Légère	Jugement clinique pour évaluer besoin de traitement
10-14		Modérée	
15-19		Modérément sévère	Besoin de traitement (psychothérapie ou médicamenteux)
20-27		Sévère	