

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) |
|---|---------------|------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ? | | | | |
| Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses | | | | |
| Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | | | | |
| Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop | | | | |
| Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie | | | | |
| Avoir peu d'appétit ou manger trop | | | | |
| 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 | | | | |
| Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision | | | | |
| 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 | | | | |
| Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre | | | | |

| 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 | |