

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS
PHQ-9**

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► **À quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils dérangé?**

- Répondez aux items en fonction des deux dernières semaines ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Jamais 0	Plusieurs jours 1	Plus de la moitié du temps 2	Presque tous les jours 3
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

Section réservée à l'intervenant	
Score total	<input type="text"/>
Nombre total d'items x	<input type="text" value="9"/>
Nombre d'items remplis (≥ 7)* /	<input type="text"/>
Score ajusté =	<input type="text"/>
Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 10?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour