

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT (PHQ)

Ce questionnaire joue un rôle important dans nos efforts visant à vous offrir les meilleurs soins de santé possible. Vos réponses nous aideront à comprendre les problèmes que vous pouvez avoir. Veuillez répondre à chaque question du mieux que vous pouvez, à moins que l'on vous demande de sauter une question..

Nom _____ Âge _____ Sexe : Femme Homme Date d'aujourd'hui _____

1. Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , à quel point avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Pas dérangé(e)	Un peu dérangé(e)	Très dérangé(e)
a. Douleurs à l'estomac et au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Douleurs au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Douleurs aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Crampes menstruelles ou autres problèmes menstruels (pour les femmes seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Douleurs ou problèmes pendant les rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Douleurs à la poitrine (thorax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sentir que votre cœur bat fort ou vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Constipation, selles molles ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausées, gaz, ballonnements ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Peu d'appétit ou trop manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mauvaise perception de vous-même — ou 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vous bougez ou 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Questions sur l'anxiété.

- | | | |
|--|--|--|
| a. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu une crise d'anxiété — ressentant soudainement de la peur ou de la panique? | NON
<input type="checkbox"/> | OUI
<input type="checkbox"/> |
|--|--|--|

Si vous cochez « non », allez à la question 5.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b. Cela vous est-il déjà arrivé avant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Certaines de ces crises arrivent-elles subitement, de façon inattendue — c'est-à-dire dans des situations où vous ne vous attendez pas à être nerveux(se) ou mal à l'aise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ces crises vous dérangent-elles beaucoup ou craignez-vous d'avoir une autre crise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Pensez à votre dernière grave crise d'anxiété.**NON** **OUI**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Étiez-vous essoufflé(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Votre cœur a-t-il battu vite, fort ou sauté des battements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Avez-vous eu une douleur ou une pression à la poitrine (au thorax)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Avez-vous transpiré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Avez-vous eu l'impression de vous étouffer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Avez-vous eu des nausées ou des maux d'estomac, ou le sentiment que vous alliez avoir la diarrhée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Vous êtes-vous senti(e) étourdi(e), instable ou sur le point de perdre connaissance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Avez-vous eu des tremblements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Avez-vous eu peur d'être en train de mourir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?**Jamais** **Plusieurs jours** **Plus de deux semaines**

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Se sentir nerveux(se), anxieux(e), tendu(e) ou être très inquiet(ète) par rapport à différentes choses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Si vous cochez « jamais », allez à la question 6.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Se sentir agité(e) au point d'avoir du mal à se tenir tranquille. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Se fatiguer très facilement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tensions, douleurs ou courbatures musculaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire un livre ou regarder la télévision. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Être facilement contrarié(e) ou irritable. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Questions sur l'alimentation.

- | | | |
|---|--|--|
| a. Avez-vous souvent le sentiment que vous ne pouvez pas contrôler <u>ce que</u> vous mangez ou la <u>quantité</u> de nourriture que vous mangez? | NON
<input type="checkbox"/> | OUI
<input type="checkbox"/> |
| b. Mangez-vous souvent, <u>sur une période de deux heures</u> , ce que la plupart des gens considèrent comme une quantité anormalement <u>grande</u> de nourriture? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous cochez « non » à « a » ou à « b », allez à la question 9.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| c. En moyenne, cela s'est-il produit deux fois par semaine au cours des trois derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

7. Au cours des trois derniers mois, avez-vous souvent agi de la façon suivante afin d'éviter de prendre du poids?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Vous vous êtes fait vomir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vous avez pris plus de deux fois la dose recommandée de laxatifs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vous avez jeûné — vous n'avez rien mangé du tout pendant au moins 24 heures? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vous avez fait de l'exercice pendant plus d'une heure précisément pour éviter de prendre du poids après avoir beaucoup trop mangé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Si vous avez coché « Oui » à l'un de ces moyens d'éviter de prendre du poids, est-ce que l'un d'entre eux s'est produit, en moyenne, deux fois par semaine?

NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
--	--

9. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool (y compris de la bière ou du vin)?

NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
--	--

Si vous avez coché « non », allez à la question 11.

10. Vous êtes-vous trouvé(e) dans l'une des situations suivantes plus d'une fois au cours des six derniers mois?

NON	OUI
------------	------------

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vous avez bu de l'alcool bien qu'un médecin vous avait suggéré d'arrêter d'en boire à cause d'un problème de santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vous avez bu de l'alcool, étiez légèrement ivre ou avez eu la gueule de bois pendant que vous travailliez, que vous étiez à l'école ou que vous vous occupiez des enfants, ou d'autres responsabilités. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vous n'êtes pas allé(e) au travail, à l'école ou à d'autres activités, ou vous êtes arrivé(e) en retard, parce que vous buviez ou aviez la gueule de bois. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vous avez eu des problèmes à vous entendre avec d'autres personnes lorsque que vous buviez. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Vous avez conduit une voiture après avoir pris plusieurs verres ou après avoir trop bu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. 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)

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Mis au point par les D^{rs} Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, grâce à une bourse de Pfizer Inc.
Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.