

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX -
RCADS-47**

**Version pour les enfants et
les adolescents de 8 à 18 ans**

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

Années d'étude *	
------------------	--

* 3^e année du primaire à la 1^{re} année de Cégep

► **À quelle fréquence chacune de ces situations t'arrive?**

- Réponds aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis ta dernière rencontre.
- Utilise l'échelle située en haut du tableau.
- Réponds à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à ta situation.

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Je m'inquiète au sujet de différentes choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Je me sens triste ou vide.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Lorsque j'ai un problème, je ressens une drôle de sensation dans l'estomac.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Je m'inquiète quand je crois avoir mal réussi quelque chose.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. J'ai peur d'être seul (e) à la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Plus rien ne m'amuse maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Je ressens de la peur lorsque je passe un examen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Je m'inquiète lorsque je pense que quelqu'un est fâché contre moi.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Je m'inquiète à l'idée d'être loin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Je suis tracassé(e) par des pensées ou des images mauvaises ou ridicules dans mon esprit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. J'ai de la difficulté à dormir.	<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
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
12. Je m'inquiète de mal faire mes travaux scolaires.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Je m'inquiète que quelque chose d'affreux arrive à un membre de ma famille.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. J'ai soudainement l'impression que je ne peux plus respirer quand il n'y a aucune raison pour ça.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. J'ai des problèmes d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Je dois constamment vérifier si j'ai fait les choses correctement (comme vérifier si un appareil est éteint ou si la porte est fermée à clé).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Je sens effrayé si je dois dormir tout(e) seul(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. J'ai du mal à aller à l'école le matin, car je me sens nerveux (nerveuse) ou j'ai peur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Je n'ai aucune énergie pour les choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Je m'inquiète d'avoir l'air ridicule.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Je suis très fatigué(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Je m'inquiète que de mauvaises choses m'arrivent.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. J'ai l'impression de ne pas pouvoir chasser les pensées mauvaises ou ridicules de ma tête.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Lorsque j'ai un problème, mon cœur bat très rapidement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Je ne peux pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26. Je me mets soudainement à trembler, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Je m'inquiète que quelque chose de mal m'arrive.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28. Lorsque j'ai un problème, je tremble.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29. J'ai l'impression que je n'ai aucune valeur.	<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
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
30. Je m'inquiète de faire des erreurs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31. Je dois réfléchir à des pensées particulières (comme des nombres ou des mots) pour empêcher que des malheurs arrivent.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
33. J'ai peur de me trouver dans des endroits bondés (comme les centres commerciaux, les cinémas, les autobus ou les cours d'école bondés).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
34. Je ressens soudainement une peur intense, et ce, sans aucune raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
35. Je m'inquiète de ce qui va se passer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
36. Je deviens soudainement étourdi(e) ou faible, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
37. Je pense à la mort.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
38. J'ai peur si je dois parler devant la classe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
39. Mon cœur se met soudainement à battre trop rapidement pour aucune raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
40. J'ai l'impression que je ne veux pas bouger.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41. Je m'inquiète de ressentir une peur soudaine alors qu'il n'y a rien à craindre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
42. Je dois faire certaines choses encore et encore (comme se laver les mains, nettoyer ou mettre les choses dans un certain ordre).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
43. Je me sens effrayé(e) à l'idée d'avoir l'air ridicule devant les gens.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
44. Je dois faire certaines choses d'une façon précise pour empêcher que des malheurs arrivent.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
45. Je m'inquiète lorsque je vais au lit la nuit.	<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
----------------------	-------------------------	---------------

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
46. J'aurais peur si je devais passer la nuit loin de la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47. Je me sens agité(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – RCADS-47 © 2003 Bruce F. Chorpita

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

Section réservée à l'intervenant

- A. Score brut des symptômes d'anxiété de séparation (items: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46)
- B. Nombre d'items de symptômes d'anxiété de séparation x
- C. Nombre d'items de symptômes d'anxiété de séparation remplis (≥ 5)* /
- D. Score ajusté des symptômes d'anxiété de séparation =
- E. Score T des symptômes d'anxiété de séparation ** =
- F. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non
- G. Score brut des symptômes d'anxiété généralisée (items: 1, 13, 22, 27, 35 et 37)
- H. Nombre d'items de symptômes d'anxiété généralisée x
- I. Nombre d'items de symptômes d'anxiété généralisée remplis (≥ 4)* /
- J. Score ajusté des symptômes d'anxiété généralisée =
- K. Score T des symptômes d'anxiété généralisée ** =
- L. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

Section réservée à l'intervenant

M. Score brut des symptômes du trouble panique (items: 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41)

N. Nombre d'items de symptômes du trouble panique **x**

O. Nombre d'items de symptômes du trouble panique remplis (≥ 7)* /

P. Score ajusté des symptômes du trouble panique =

Q. Score T des symptômes du trouble panique ** =

R. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

S. Score brut des symptômes d'anxiété sociale (items: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43)

T. Nombre d'items de symptômes d'anxiété sociale **x**

U. Nombre d'items de symptômes d'anxiété sociale remplis (≥ 7)* /

V. Score ajusté des symptômes d'anxiété sociale =

W. Score T des symptômes d'anxiété sociale ** =

X. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

Y. Score brut des symptômes obsessionnels et compulsifs (items: 10,16, 23, 31, 42 et 44)

Z. Nombre d'items de symptômes obsessionnels et compulsifs **x**

AA. Nombre d'items de symptômes obsessionnels et compulsifs remplis (≥ 4)* /

BB. Score ajusté des symptômes obsessionnels et compulsifs =

CC. Score T des symptômes obsessionnels et compulsifs ** =

DD. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

Section réservée à l'intervenant

EE. Score brut des symptômes dépressifs (items: 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47)

FF. Nombre d'items de symptômes dépressifs x

GG. Nombre d'items de symptômes dépressifs remplis (≥ 8)* /

HH. Score ajusté des symptômes dépressifs =

II. Score T des symptômes dépressifs ** =

JJ. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

KK. Score brut total des symptômes d'anxiété (items: A, G, M, S et Y)

LL. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété x

MM. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété remplis (items: C, I, O, U et AA) (≥ 27)[†] /

NN. Score total ajusté des symptômes d'anxiété =

OO. Score T total des symptômes d'anxiété ** =

PP. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

QQ. Score brut total des symptômes dépressifs et anxieux (items: EE et KK)

RR. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux x

SS. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux remplis (items: GG et MM) (≥ 35)^{††} /

TT. Score total ajusté des symptômes dépressifs et anxieux =

UU. Score T total des symptômes dépressifs et anxieux ** =

VV. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66? Oui Non

