

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

**Version pour les répondants (parents ou proches)
d'enfants et d'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	

Répondant	Nom	Prénom
Années d'étude *		

* 3e année du primaire à la 1ère année de Cégep

► À quelle fréquence chacune de ces situations arrive à votre enfant?

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

Items	Jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Mon enfant s'inquiète au sujet de différentes choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Mon enfant se sent triste ou vide.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Lorsque mon enfant a un problème, il (elle) ressent une drôle de sensation dans	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Mon enfant s'inquiète quand il (elle) croit avoir mal réussi quelque chose.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Mon enfant a 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 n'amuse beaucoup mon enfant maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Mon enfant ressent de la peur lorsqu'il (elle) passe un examen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Mon enfant s'inquiète lorsqu'il (elle) pense que quelqu'un est fâché contre lui (elle).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Mon enfant s'inquiète à l'idée d'être loin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Mon enfant se tracasse au sujet de pensées ou d'images mauvaises ou	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Mon enfant a 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. Mon enfant s'inquiète de mal faire ses travaux scolaires.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Mon enfant s'inquiète que quelque chose d'affreux arrive à un membre de la famille.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Mon enfant a soudainement l'impression qu'il (elle) ne peut plus respirer quand il n'y	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Mon enfant a des problèmes d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Mon enfant doit constamment vérifier s'il (elle) a fait quelque chose correctement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Mon enfant se sent effrayé s'il (si elle) doit dormir tout(e) seul(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Mon enfant a du mal à aller à l'école le matin car il (elle) se sent nerveux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Mon enfant n'a aucune énergie pour les choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Mon enfant s'inquiète d'avoir l'air ridicule.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Mon enfant est très fatigué(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Mon enfant s'inquiète que de mauvaises choses lui arrivent.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Mon enfant semble ne pas pouvoir chasser les pensées mauvaises ou ridicules de sa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Lorsque mon enfant a un problème, son cœur bat très rapidement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Mon enfant ne peut pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26. Mon enfant se met soudainement à trembler, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Mon enfant s'inquiète que quelque chose de mal lui arrive.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28. Lorsque mon enfant a un problème, il (elle) tremble.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) n'a aucune valeur.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30. Mon enfant s'inquiète de faire des erreurs.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31. Mon enfant doit réfléchir à des pensées particulières (comme des nombres ou des	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32. Mon enfant s'inquiète de ce que les autres pensent de lui (d'elle).	<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
33. Mon enfant a peur de se trouver dans des endroits bondés (comme les centres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
34. Mon enfant ressent 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. Mon enfant s'inquiète de ce qui va se passer.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
36. Mon enfant devient soudainement étourdi ou faible, et ce, sans raison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
37. Mon enfant pense à la mort.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
38. Mon enfant a peur s'il (si elle) doit parler devant la classe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
39. Le cœur de mon enfant se met soudainement à battre trop rapidement pour	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
40. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) ne veut pas bouger.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41. Mon enfant s'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. Mon enfant doit faire certaines choses encore et encore (comme se laver les	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
43. Mon enfant se sent effrayé 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. Mon enfant doit faire certaines choses d'une façon précise pour empêcher que des	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
45. Mon enfant s'inquiète lorsqu'il (elle) est au lit la nuit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
46. Mon enfant aurait peur s'il devait passer la nuit loin de la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47. Mon enfant se sent agité.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Revised Children's Anxiety and Depression Scale - Parent version – 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)		<input type="text"/>
FF. Nombre d'items de symptômes dépressifs	x	<input type="text" value="10"/>
GG. Nombre d'items de symptômes dépressifs remplis (≥ 8)*	/	<input type="text"/>
HH. Score ajusté des symptômes dépressifs	=	<input type="text"/>
II. Score T des symptômes dépressifs **	=	<input type="text"/>
JJ. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
KK. Score brut total des symptômes d'anxiété (items: A, G, M, S et Y)		<input type="text"/>
LL. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété	x	<input type="text" value="37"/>
MM. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété remplis (items: C, I, O, U et AA) (≥ 27) [†]	/	<input type="text"/>
NN. Score total ajusté des symptômes d'anxiété	=	<input type="text"/>
OO. Score T total des symptômes d'anxiété **	=	<input type="text"/>
PP. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
QQ. Score brut total des symptômes dépressifs et anxieux (items: EE et KK)		<input type="text"/>
RR. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux	x	<input type="text" value="47"/>
SS. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux remplis (items: GG et MM) (≥ 35) ^{††}	/	<input type="text"/>
TT. Score total ajusté des symptômes dépressifs et anxieux	=	<input type="text"/>
UU. Score T total des symptômes dépressifs et anxieux **	=	<input type="text"/>
VV. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 66?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

