

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS –
RCADS-MDD**

**Version pour les enfants et
les adolescents de 8 à 17 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
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		<input type="checkbox"/> X	
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	Quelquefois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Je me sens triste ou vide.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Plus rien ne m'amuse maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. J'ai de la difficulté à dormir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. J'ai des problèmes d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Je n'ai aucune énergie pour les choses.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Je suis très fatigué(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Je ne peux pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. 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
9. 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
10. 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 – Major Depression Disorder Subscale - RCADS-MDD © 2003
Bruce F. Chorpita

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

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

Section réservée à l'intervenant(e)	
Score brut total	<input type="text"/>
Nombre total d'items x	<input type="text" value="10"/>
Nombre d'items remplis (≥ 8)* /	<input type="text"/>
Score ajusté	= <input type="text"/>
Score T **	= <input type="text"/>
Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :	
<input type="text"/>	

* Lorsque 3 réponses ou plus sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

** Pour les enfants et les adolescents âgés de 8 à 17 ans, utilisez la table de conversion pour identifier le score T de la sous-échelle correspondant au sexe, aux années d'étude et au score brut ajusté de l'utilisateur. Seul le score brut peut être utilisé pour les usagers de 18 ans et plus.

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