

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION  
DES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS –  
COMPULSIFS – RCADS-OCD**

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<sup>e</sup> année du primaire à la 1<sup>re</sup> 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 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
2. Je dois tout le temps vérifier si j'ai fait les choses correctement (comme vérifier si la lumière est éteinte ou si la porte est fermée à clé).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 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
4. 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
5. Je dois faire certaines choses encore et encore (comme me 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
6. 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

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Obsessive-Compulsive Disorder Subscale RCADS-OCD © 2003  
Bruce F. Chorpita

<b>Questionnaire rempli par :</b>	<b>Date :</b>
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="6"/>
Nombre d'items remplis (≥ 4)* ..... /	<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"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<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