

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX –
RCADS-25**

**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. 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 |
| 3. 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 |
| 4. Plus rien ne m'amuse maintenant. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. 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 |
| 6. J'ai peur de me trouver dans des endroits pleins de monde (comme les centres commerciaux, les cinémas, les autobus ou les cours d'école bondées). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. 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 |
| 8. J'ai de la difficulté à dormir. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Je me sens effrayé(e) si je dois dormir tout(e) seul(e). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. J'ai des problèmes d'appétit. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. 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 |

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

| Items | Jamais | Quelquefois | Souvent | Toujours |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. 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 |
| 13. Je n'ai aucune énergie pour les choses. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. 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 |
| 15. Je ne peux pas penser clairement. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. 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 |
| 17. 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 |
| 18. Je pense à la mort. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 19. 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 |
| 20. 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 |
| 21. Je suis très fatigué(e). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 22. 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 |
| 23. 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 |
| 24. Je me sens agité(e). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 25. 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 |

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Short version - RCADS-25 © 2003 Bruce F. Chorpita

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|------|------|
| Questionnaire rempli par : | Date : | | |
| Signature | Année | Mois | Jour |

Section réservée à l'intervenant(e)

| | | |
|--|---|---|
| A. Score brut des symptômes dépressifs (items: 1,4,8,10,13,15,16,19,21,24) | | |
| B. Nombre d'items de symptômes dépressifs | x | 10 |
| C. Nombre d'items de symptômes dépressifs remplis (≥ 8)* | / | |
| D. Score ajusté des symptômes dépressifs | = | |
| E. Score T des symptômes dépressifs ** | = | |
| F. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| G. Score brut total des symptômes anxieux (items: 2,3,5,6,7,9,11,12,14,17,18, 20,22,23,25) | | |
| H. Nombre total d'items de symptômes anxieux | x | 15 |
| I. Nombre total d'items de symptômes anxieux remplis (≥ 13) * | / | |
| J. Score total ajusté des symptômes anxieux | = | |
| K. Score T total des symptômes anxieux ** | = | |
| L. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| M. Score brut total des symptômes dépressifs et anxieux (lignes: A et G) | | |
| N. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux | x | 25 |
| O. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux remplis (lignes: C et I) (≥ 21) [†] | / | |
| P. Score total ajusté des symptômes dépressifs et anxieux | = | |
| Q. Score T total des symptômes dépressifs et anxieux ** | = | |
| R. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

