

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

Version pour les répondants (parents ou proches)
d'enfants et d'adolescents de 3 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	

Répondant(e)	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	Quelquefois	Souvent	Toujours
	0	1	2	3
1. Mon enfant se sent triste ou vide.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 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
3. 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
4. Plus rien n'amuse mon enfant maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 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
6. Mon enfant a peur de se 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. 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
8. Mon enfant a de la difficulté à dormir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Mon enfant se sent effrayé(e) 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
10. Mon enfant a des problèmes d'appétit.	<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
11. Mon enfant devient 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
12. Mon enfant doit 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
13. 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
14. 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
15. Mon enfant ne peut pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. 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
17. Mon enfant doit 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. Mon enfant pense à la mort.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. 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
20. 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
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 se sent 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. Mon enfant doit 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. Mon enfant se sent agité(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. 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

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Short parent version – RCADS-P-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

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

Section réservée à l'intervenant(e)

Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :

- * Lorsque 3 réponses ou plus sont manquantes, le score de la sous-échelle ne peut pas être utilisé.
- ** Pour les parents d'enfants et d'adolescents âgés de 8 à 17 ans, utilisez la table de conversion pour identifier les scores T correspondant au sexe et aux années d'étude de l'utilisateur, ainsi qu'aux scores bruts ajustés du parent. Seuls les scores bruts peuvent être utilisés pour les enfants de 3 à 7 ans et les usagers de 18 ans et plus.
- † Lorsque 5 réponses ou plus sont manquantes au questionnaire ou lorsque 3 réponses ou plus sont manquantes à l'une des deux sous-échelles, le score total de symptômes dépressifs et anxieux ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :**Date :**

Nom de l'intervenant(e)	Prénom de l'intervenant(e)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour
-------------------------	----------------------------	--------------	-----------	-------	------	------