



QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS – RCADS-MDD

Version pour les enfants et les adolescents de 8 à 18 ans

Années d'étude * :	
--------------------	--

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

À quelle fréquence chacune de ces situations t'arrive-t-elle?

1. Réponds aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis ta dernière rencontre.
2. Utilise l'échelle située en haut du tableau.
3. Réponds à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à ta situation.

Items	Jamais 0	Quelques fois 1	Souvent 2	Toujours 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

Chorpita BF. (2003). *Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Major Depression Disorder Subscale* –

Nom :

Prénom :

Dossier :

Questionnaire rempli par :

Nom

Signature

aaaa/mm/jj

Section réservée à l'intervenant

Score brut total

Nombre total d'items

x

10

Nombre d'items remplis (supérieur ou égal à 8)*

/

Score brut ajusté

=

Score T **

=

Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65?

☐ Oui ☐ Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

*Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

**Utilisez la table de conversion pour identifier le score T pour les symptômes dépressifs (MDD) correspondant à l'âge, aux années d'étude et au score brut ajusté de l'utilisateur. Un score T ne peut pas être déterminé pour les enfants avant la 3^e année du primaire. Utilisez le score brut ajusté.

Questionnaire révisé par :

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj