



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

Version pour les parents d'enfants et d'adolescents de 3 à 18 ans

Parent	Nom	Prénom

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

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

À quelle fréquence chacune de ces situations arrive-t-elle 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 0	Quelques fois 1	Souvent 2	Toujours 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. Plus rien n'amuse beaucoup mon enfant maintenant.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Mon enfant a de la difficulté à dormir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Mon enfant a des problèmes d'appétit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 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
6. Mon enfant est très fatigué(e).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Mon enfant ne peut pas penser clairement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. 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
9. 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
10. Mon enfant se sent 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 – Parent version - 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