



**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?

1. Répondez aux items en fonction du dernier mois ou du temps écoulé depuis la dernière rencontre de votre enfant.
2. Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
3. 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'usager. 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