

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS - RCADS-MDD**

Version pour les enfants et
les adolescents de 8 à 18 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 Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Adresse (n°, rue) | | | |
| 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?**

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 | Quelque 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 |

Revised Children's Anxiety and Depression Scale – Major Depression Disorder Subscale - RCADS-MDD

© 2003 Bruce F. Chorpita

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

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

| | |
|---|---|
| Section réservée à l'intervenant | |
| Score brut total | <input type="text"/> |
| Nombre total d'items x | <input type="text" value="10"/> |
| Nombre d'items remplis (≥ 8)* / | <input type="text"/> |
| Score brut ajusté = | <input type="text"/> |
| Score T ** = | <input type="text"/> |
| Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant : | |
| <input type="text"/> | |

* 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 3e année du primaire. Utilisez le score brut ajusté.

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|---------------|------|------|
| Questionnaire révisé par : | | | | Date : | | |
| Nom de l'intervenant | Prénom de l'intervenant | N° de permis | Signature | Année | Mois | Jour |