Santé et Services sociaux Québec

Nom de l'usager	N° de dossier
Prénom de l'usager	
N° d'assurance maladie	Exp. Année Mois
Date de naissance Année Mois Jour	Sexe ☐ M ☐ F ☐ X
Adresse (nº, rue)	
Ville	Code postal

Répondant(e)	Nom	Prénom
Années d'étude *		

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

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX – RCADS-P-47

Version pour les répondants (parents ou proches) d'enfants et d'adolescents de 3 à 17 ans

À quelle fréquence chacune de ces situations arrive 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	Quelquefois 1	Souvent 2	Toujours 3
1. Mon enfant s'inquiète au sujet de différentes choses.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Mon enfant se sent triste ou vide.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Lorsque mon enfant a un problème, il (elle) ressent une drôle de sensation dans l'estomac.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Mon enfant s'inquiète quand il (elle) croit avoir mal réussi quelque chose.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Mon enfant a peur d'être seul(e) à la maison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Plus rien n'amuse mon enfant maintenant.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Mon enfant ressent de la peur lorsqu'il (elle) passe un examen.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
8. Mon enfant s'inquiète lorsqu'il (elle) pense que quelqu'un est fâché contre lui (elle).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Mon enfant s'inquiète à l'idée d'être loin de moi.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
10. Mon enfant se tracasse par des pensées ou des images mauvaises ou ridicules dans son esprit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11. Mon enfant a de la difficulté à dormir.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier

Items	Jamais 0	Quelquefois 1	Souvent 2	Toujours 3
12. Mon enfant s'inquiète de mal faire ses travaux scolaires.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
13. Mon enfant s'inquiète que quelque chose d'affreux arrive à un membre de la famille.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
14. Mon enfant a soudainement l'impression qu'il (elle) ne peut plus respirer quand il n'y a aucune raison pour ça.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
15. Mon enfant a des problèmes d'appétit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16. Mon enfant doit tout le temps vérifier s'il (elle) a fait les choses correctement (comme vérifier si la lumière est éteinte ou si la porte est fermée à clé).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
17. Mon enfant se sent effrayé(e) s'il (si elle) doit dormir tout(e) seul(e).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
18. Mon enfant a du mal à aller à l'école le matin car il (elle) se sent nerveux (nerveuse) ou a peur.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
19. Mon enfant n'a aucune énergie pour les choses.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
20. Mon enfant s'inquiète d'avoir l'air ridicule.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
21. Mon enfant est très fatigué(e).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
22. Mon enfant s'inquiète que de mauvaises choses lui arrivent.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
23. Mon enfant semble ne pas pouvoir chasser les pensées mauvaises ou ridicules de sa tête.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
24. Lorsque mon enfant a un problème, son cœur bat très rapidement.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
25. Mon enfant ne peut pas penser clairement.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
26. Mon enfant se mets soudainement à trembler, et ce, sans raison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
27. Mon enfant s'inquiète que quelque chose de mal lui arrive.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
28. Lorsque mon enfant a un problème, il (elle) tremble.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
29. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) n'a aucune valeur.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
30. Mon enfant s'inquiète de faire des erreurs.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
31. Mon enfant doit réfléchir à des pensées particulières (comme des nombres ou des mots) pour empêcher que des malheurs arrivent.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier

Items	Jamais 0	Quelquefois 1	Souvent 2	Toujours 3
32. Mon enfant s'inquiète de ce que les autres pensent de lui (d'elle).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
33. 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).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
34. Mon enfant ressent soudainement une peur intense, et ce, sans aucune raison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
35. Mon enfant s'inquiète de ce qui va se passer.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
36. Mon enfant devient soudainement étourdi(e) ou faible, et ce, sans raison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
37. Mon enfant pense à la mort.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
38. Mon enfant a peur s'il (si elle) doit parler devant la classe.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
39. Le cœur de mon enfant se met soudainement à battre trop rapidement pour aucune raison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
40. Mon enfant a l'impression qu'il (elle) ne veut pas bouger.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
41. Mon enfant s'inquiète de ressentir une peur soudaine alors qu'il n'y a rien à craindre.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
42. Mon enfant doit faire certaines choses encore et encore (comme se laver les mains, nettoyer ou mettre les choses dans un certain ordre).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
43. Mon enfant se sent effrayé(e) à l'idée d'avoir l'air ridicule devant les gens.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
44. Mon enfant doit faire certaines choses d'une façon précise pour empêcher que des malheurs arrivent.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
45. Mon enfant s'inquiète lorsqu'il (elle) va au lit la nuit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
46. Mon enfant aurait peur s'il devait passer la nuit loin de la maison.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
47. Mon enfant se sent agité(e).	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Revised Children's Anxiety and Depression Scale - Parent version – RCADS-47 © 2003 Bruce F. Chorpita

Questionnaire rempli par :	**Date :**		
Signature	Année	Mois	Jour

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier

Section réservée à l'intervenant(e)

A. Score brut des symptômes d'anxiété de séparation (items: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46) ☐

B. Nombre d'items de symptômes d'anxiété de séparation …… **x** **7**

C. Nombre d'items de symptômes d'anxiété de séparation remplis (≥ 5)* …….…. **/** ☐

D. Score ajusté des symptômes d'anxiété de séparation ……..… **=** ☐

E. Score T des symptômes d'anxiété de séparation ** …… **=** ☐

F. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? …….. ☐ Oui ☐ Non

G. Score brut des symptômes d'anxiété généralisée (items: 1, 13, 22, 27, 35 et 37).. ☐

H. Nombre d'items de symptômes d'anxiété généralisée ……. **x** **6**

I. Nombre d'items de symptômes d'anxiété généralisée remplis (≥ 4)* ……..….. **/** ☐

J. Score ajusté des symptômes d'anxiété généralisée ……. **=** ☐

K. Score T des symptômes d'anxiété généralisée ** ……. **=** ☐

L. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? …….. ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier

Section réservée à l'intervenant(e)

M. Score brut des symptômes du trouble panique (items: 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39) …… [ ]

N. Nombre d'items de symptômes du trouble panique …… **x** [**9**]

O. Nombre d'items de symptômes du trouble panique remplis (≥ 7)* …… ***/*** [ ]

P. Score ajusté des symptômes du trouble panique …… **=** [ ]

Q. Score T des symptômes du trouble panique ** …… **=** [ ]

R. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? …….. ☐ Oui ☐ Non

S. Score brut des symptômes d'anxiété sociale (items: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43) [ ]

T. Nombre d'items de symptômes d'anxiété sociale …… **x** [**9**]

U. Nombre d'items de symptômes d'anxiété sociale remplis (≥ 7)* …… ***/*** [ ]

V. Score ajusté des symptômes d'anxiété sociale …… **=** [ ]

W. Score T des symptômes d'anxiété sociale ** …… **=** [ ]

X. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? ……. ☐ Oui ☐ Non

Y. Score brut des symptômes obsessionnels et compulsifs (items: 10,16, 23, 31, 42, 44) …… [ ]

Z. Nombre d'items de symptômes obsessionnels et compulsifs …… **x** [**6**]

AA. Nombre d'items de symptômes obsessionnels et compulsifs remplis (≥ 4)* ….. ***/*** [ ]

BB. Score ajusté des symptômes obsessionnels et compulsifs …… **=** [ ]

CC. Score T des symptômes obsessionnels et compulsifs ** …… **=** [ ]

DD. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? …….. ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier

Section réservée à l'intervenant(e)

EE. Score brut des symptômes dépressifs (items: 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47) [ ]

FF. Nombre d'items de symptômes dépressifs …….. **x** **10**

GG. Nombre d'items de symptômes dépressifs remplis (≥ 8)* …….…. **/** [ ]

HH. Score ajusté des symptômes dépressifs ……. **=** [ ]

II. Score T des symptômes dépressifs ** ……..... **=** [ ]

JJ. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? ……..… ☐ Oui ☐ Non

KK. Score brut total des symptômes d'anxiété (lignes: A, G, M, S et Y) ……..…....… [ ]

LL. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété ……... **x** **37**

MM. Nombre total d'items de symptômes d'anxiété remplis (lignes: C, I, O, U et AA) (≥ 27) † …….……... **/** [ ]

NN. Score total ajusté des symptômes d'anxiété …….….. **=** [ ]

OO. Score T total des symptômes d'anxiété ** ……..... **=** [ ]

PP. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? …… ☐ Oui ☐ Non

QQ. Score brut total des symptômes dépressifs et anxieux (lignes: EE et KK) …..... [ ]

RR. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux ……..…. **x** **47**

SS. Nombre total d'items de symptômes dépressifs et anxieux remplis (lignes: GG et MM) (≥ 35) †† …….…... **/** [ ]

TT. Score total ajusté des symptômes dépressifs et anxieux ……..…. **=** [ ]

UU. Score T total des symptômes dépressifs et anxieux ** …….…… **=** [ ]

VV. Est-ce que le score T est plus grand que le seuil clinique de 65? ……... ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	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'usagers, 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 11 réponses ou plus sont manquantes ou lorsque 3 réponses au plus sont manquantes à l'une des sous-échelles, le score total de symptômes anxieux ne peut pas être utilisé.

†† Lorsque 13 réponses ou plus sont manquantes ou lorsque 3 réponses au plus sont manquantes à l'une des 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