



Questionnaire de symptômes en 8 catégories

Bonjour ! Entourez les chiffres correspondant à vos symptômes et ensuite faites le total pour chaque tableau.

Catégorie de symptômes 1

Êtes-vous sensible à la douleur émotionnelle (ou physique), pleurez-vous facilement ?	4
Compensez-vous par la nourriture (pour le plaisir, pour vous récompenser ou pour atténuer les douleurs mentales) ?	4
Vous inquiétez-vous facilement, souffrez-vous de phobies, d'angoisses ou de paniques ?	4
Avez-vous des difficultés à vous endormir ou des réveils nocturnes ?	4
Avez-vous vous des difficultés à vous concentrer ?	3
Êtes-vous peu énergique au lever ? Le lever est-il difficile même après une nuit de sommeil ?	2
Avez-vous des pensées ou des comportements obsessionnels (si pas des TOCs) ?	4
Avez-vous du mal à vous détendre après un moment de stress ou de tension ?	4
Êtes-vous pour l'instant en dépression ? Sinon, avez-vous vous souvent des idées noires ?	3
Avez-vous peu d'estime de vous-même ?	4
Vos problèmes d'humeur et d'appétit s'aggravent-ils en hiver ou à la fin du jour ?	4
Êtes-vous facilement irritable ou colérique ?	3
Compensez-vous le stress par de l'alcool ou des drogues ?	4
Utilisez-vous du Prozac ou d'autres aides médicales (sérotonine) ?	2
TOTAL	

Catégorie de symptômes 2

Êtes-vous obnubilé par la nourriture depuis que vous avez commencé les régimes ? ou êtes-vous un outre mangeur (vous avez des rages de manger) ?	4
Reprenez-vous du poids après un régime (parfois plus que les kilos perdus) ?	4
Avez-vous des sursauts de mélancolie, d'irritabilité, d'angoisse, de dépression que vous ne connaissiez pas avant les régimes ?	3
Vous sentez-vous moins énergique, moins endurant qu'avant les régimes ?	3
Consommez-vous moins de 2.100 calories par jour (c'est-à-dire moins que ce que l'on consomme en alimentation classique)	3
Sautez-vous des repas, en particulier le petit déjeuner ?	3
Mangez-vous de préférence des produits allégés (pauvres en calories)	3
Pensez-vous constamment à votre poids ?	2
Utilisez-vous du faux sucre au quotidien (aspartame, Canderel, produits allégés) ?	2
Votre confiance en vous-même a diminué depuis le début des régimes ?	3
Êtes-vous devenu (ou avez-vous été) boulimique ou anorexique ?	4
TOTAL	

Catégorie de symptômes 3

Les repas vous rendent-ils somnolents ?	3
Êtes-vous nerveux ou irritable par moments au cours de la journée et vous sentez-vous plus calme après les repas ?	3
Si vous sautez un repas ou s'il est retardé, si vous ne pouvez petit déjeuner, ressentez-vous des vertiges ou des maux de tête, vous sentez-vous fatigué, irritable ou angoissé(e) ?	3
Avez-vous des rages de salé ou un désir fréquent de sucre ? option : à quelles heures ?	4
Votre pouls est-il rapide (>80) ? Avez-vous des palpitations cardiaques ?	3
Lorsque vous vous donnez un coup de pouce avec du café, des sucreries ou de l'alcool, connaissez-vous des baisses d'énergie ou d'humeur après cette consommation (une heure ou plus après) ?	4
Lorsque vous prenez du poids, se concentre-t-il autour des hanches et de la taille ?	2
Hors ménopause, avez-vous des sueurs nocturnes ?	3
Avez-vous souvent soif (une réelle soif, pas une habitude prise après les régimes) ?	4
Avez-vous parfois des envies de pleurer subites sans raison ?	3
Y va-t-il une histoire de diabète, d'hypoglycémie, d'alcoolisme dans votre famille ?	3
Vivez-vous des périodes de confusion mentale, avez-vous l'impression que votre mémoire s'affaiblit ? Avez-vous des pertes d'énergie, des épuisements nerveux périodiques ?	3
Avez-vous des marques sur les jambes qui mettent longtemps à cicatriser ?	5
Vous sentez-vous souvent stressé, submergé ?	4
Avez-vous des cernes sous les yeux, même avec des nuits normales de sommeil ?	4
TOTAL	

Catégorie de symptômes 4

Vous sentez-vous peu énergique ? Fatigué même au réveil ?	4
Êtes-vous facilement frileux (surtout des mains et des pieds) ?	4
Historique familial de troubles de la thyroïde	4
Pensez-vous du poids même sans manger trop ?	4
Perdez-vous difficilement du poids ?	
Devez-vous vous forcer pour faire de l'exercice, même doux ?	3
Avez-vous de la peine à vous mettre en route le matin ?	4
Vos récents examens sanguins indiquent-ils un taux de cholestérol total élevé ou bas ? (notez le rapport cholestérol total/Hdl)	3
Votre tension artérielle est-elle faible en permanence ?	3
Votre prise de poids, le cas échéant, a commencé lors de vos premières règles, lors d'une grossesse ou lors du passage vers la ménopause ?	4
Souffrez-vous de maux de tête chroniques (pas nécessairement de migraines) ?	3
Vous mettez-vous en route avec du café, du tabac, certains aliments ou d'autres stimulants ?	3
TOTAL	

Catégorie de symptômes 5

Avez-vous des fringales de lait, de crème glacée, de yaourt, de fromage ou du trio pâtes/pains/biscuits ? En mangez-vous très régulièrement ?	3
Êtes-vous facilement ballonné après les repas ?	3
Souffrez-vous de migraines (réelles, pas de maux de tête) ?	2
Souffrez-vous de gaz et/ou d'éruclations fréquentes ?	4
Souffrez-vous d'inconforts digestifs (tout type, acidité d'estomac, nausées faciles, bouche pâteuse au réveil, reflux gastrique, etc.) ? Soulignez lesquels	3
Souffrez-vous de constipation et/ou de selles molles de manière chronique ?	3
Souffrez-vous d'asthme ou de troubles respiratoires chroniques ?	4
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du trio nez/gorge/oreilles (comme des rhumes, des sinusites) ?	3
Vous sentez-vous un peu léthargique après les repas (ou après certains repas) ?	3
Êtes-vous allergique à certains aliments (aux laitages ou à d'autres aliments courants) Option : sont-ce des allergies réelles ? ou des réactions à IgG, appelées « intolérances » ? diagnostiquées comment ?	4
Mangez-vous peu à cause de l'inconfort digestif ?	3
Vous privez-vous de manger ou vous faites-vous vomir à cause des ballonnements, des inconforts digestifs, du sentiment d'être gros ou de la fatigue après les repas ?	3
Vous ne pouvez prendre du poids ?	4
Avez-vous été diagnostiqué victime d'hyperactivité ou de trouble bipolaire (maniaco-dépression) ?	3
Historique familial d'allergies alimentaires ?	4
TOTAL	

Classe de symptômes 6 – pour les femmes uniquement

(répondez aussi après la ménopause, tâchez de vous rappeler le passé)

Avant les règles (3 à 10 jours), connaissez-vous des sautes d'humeur ou des maux de tête ?	4
Avant les règles, vivez-vous des épisodes de fringales alimentaires ?	4
Avant ou pendant les règles, avez-vous des boutons ? de la rétention d'eau ? des prises de poids ?	3
Vos règles sont-elles irrégulières ?	4
Avez-vous fait une ou des fausses couches, ou êtes-vous stérile ?	3
Avez-vous utilisé ou utilisez-vous encore la pilule contraceptive ou tout autre traitement hormonal ?	4
Êtes-vous sujette aux crampes prémenstruelles désagréables, à des saignements longs ou volumineux, avez-vous alors des seins douloureux ou tendus ?	3
Êtes-vous ou avez-vous été sujette aux troubles de la péri- ou post ménopause (bouffées de chaleur, sueurs, insomnie, confusion mentale) ?	3
TOTAL	

Classe de symptômes 7

Vous sentez-vous souvent gonflé, gêné par des tensions abdominales ?	4
Êtes-vous victime de confusion mentale ?	3
Êtes-vous sujet à la déprime ?	2
Vous a-t-on diagnostiqué victime de « candida » ?	4
Femmes : êtes-vous sujette à des pertes blanches, des brûlures ou démangeaisons vaginales, à des infections génitales ?	3
Avez-vous pris un traitement antibiotique plus d'un mois d'affilée, ou pendant quelques jours mais plusieurs fois dans la même année (à quelque période de la vie que ce soit) ?	4
Avez-vous utilisé de la cortisone ou la pilule contraceptive pendant plus d'un an ?	4
Avez-vous des champignons sur la peau ou les ongles, ou le pied d'athlète (champignons sur les pieds) ?	4
Souffrez-vous de pathologies fréquentes du nez, gorge, oreilles (rhumes, sinusites, otites) ? Ou était-ce le cas lorsque vous étiez enfant ?	3
Avez-vous des douleurs articulaires ou musculaires qui ne sont pas reconnus comme arthrose ?	3
Avez-vous des troubles cutanés chroniques ou fréquents (eczéma, psoriasis, dermatite atopique, herpes..) ?	3
Vous sentez-vous victime d'épuisement chronique ?	3
Avez-vous des dartres ou des rougeurs de peau chroniques ? des démangeaisons ?	4
Question selles : sont-elles curieuses en couleur, forme ou consistance ?	3
TOTAL	

Classe de symptômes 8

Avez-vous des fringales d'aliments gras comme des chips, des fromages et d'autres aliments riches en calories (plus que les sucreries ou les amidons, ou autant que ces derniers) ?	4
Historique familial d'alcoolisme et dépression	3
Aux derniers examens sanguins, les résultats indiquaient-ils un taux de cholestérol total élevé et un taux de Hdl bas ?	3
Dès que vous consommez des repas contenant des aliments gras, vous sentez-vous lourd, inconfortable, congestionné ?	4
Avez-vous un historique personnel d'hépatite ou d'autres troubles du foie ou de la vésicule ?	4
Vos selles sont-elles régulièrement claires ?	3
Vos selles sont-elles très dures ou malodorantes ?	3
Avez-vous parfois des douleurs au côté droit sous les dernières côtes ?	3
Vous sentez-vous ridée pour votre âge, la peau est-elle peu élastique ?	2
Avez-vous une peau sèche ou rugueuse, spécialement sur les jambes ou les bras ?	3
TOTAL	

¹ Adaptation du questionnaire d'évaluation de vos faiblesses organiques Ce questionnaire fait partie du livre de Julia Ross : The Diet Cure, désormais traduit en français sous le titre « Libérez-vous des Fringales » chez Thierry Souccar éditions. <https://www.juliarosscures.com/diet-cure-questionnaire/>