

DR RÉGINALD
ALLOUCHE

LA **NOUVELLE**
MÉTHODE
ANTI
DIABÈTE

Comment
limiter ou
stopper
les risques



Mon programme complet
pour modifier vos habitudes
en 8 semaines



La nouvelle méthode antidiabète

DR RÉGINALD
ALLOUCHE

La nouvelle méthode
antidiabète



À mes petits-enfants

AVERTISSEMENT

Ce livre s'adresse aux adultes à l'exception des femmes en période de grossesse ou d'allaitement et hors situations particulières.

Il ne vise en aucun cas à se substituer à un médecin traitant.

Cet ouvrage se propose uniquement de fournir des informations pour aider le lecteur à modifier ses habitudes alimentaires et son activité physique.

Crédits iconographiques : 14 : Sebastian Kaulitzki/123 RF ; 31, 68 : designua/123 RF ; 69 : Ewelina Kowalska/ Shutterstock ; 81 : Ivana Van Keulen/123 RF ; 91 : Roberto Biasini/ Shutterstock ; 104-105 : Alila Medical Media.

SOMMAIRE

Avant-propos	7
Le diabète : Pourquoi ? Comment ?	11
Qu'est-ce que le diabète	13
Qu'est-ce que le prédiabète ?	28
Comment sait-on si on est prédiabétique ou diabétique ?	37
Le sucre : ami ou ennemi ?	61
Le diabète de type 2, fléau du XXI ^e siècle	80
Les traitements et le suivi du diabète de type 2	94
La méthode antidiabète	109
Quelques conseils préalables	111
L'alimentation	117
L'activité physique	125
Les quatre phases de la Méthode antidiabète	134
Comment utiliser ce programme ?	144
Le programme en 8 semaines	145
Les recettes	309
Conclusion	371
Table des index glycémiques	377
Index des recettes	381

AVANT-PROPOS

Vous ne lisez sans doute pas ce livre par hasard. Si vous l'avez entre les mains, c'est peut-être que le diabète vous fait peur ou que l'un de vos proches est touché par la maladie. Vous avez peut-être reçu vos analyses sanguines qui révèlent une récente augmentation dans vos glycémies (mesures du taux de sucre dans le sang). Peut-être avez-vous également été diagnostiqué diabétique de type 2.

Nel mezzo del cammin di nostra vita
mi ritrovai per una selva oscura,
ché la diritta via era smarrita.

À la moitié du chemin de ma vie,
Je me retrouvai dans une forêt obscure
Car la voie droite était perdue.

Le premier chant de la *Divine Comédie* de Dante Alighieri commence par ces vers sublimes. Ces vers écrits en l'an 1320 sont applicables aux destructions du diabète de type 2. Un jour, un matin après un dosage de glycémie, vous apprenez que vous avez un risque

certain de devenir diabétique et c'est un peu comme si le chemin droit était perdu. Votre vie va changer et vous risquez à terme de subir les complications si redoutables du diabète de type 2 installé. Il faut alors vous guider à nouveau sur le chemin droit de votre vie.

Si vous êtes soucieux de votre santé à long terme, si vous êtes à risque prédiabétique ou « jeune » diabétique, ce livre est pour vous. Il vous permettra d'éviter cette épidémie sans germe qui progresse dans le sillon de notre mauvaise hygiène de vie. Il vous donnera les clés pour vous maintenir le plus longtemps en bonne santé, notamment en évitant d'entrer dans le diabète de type 2, ou si vous en souffrez déjà, de mieux le contrôler. La santé est un bien précieux qu'il faut impérativement protéger.

Ce livre est construit en deux grandes parties. Vous trouverez au début toutes les réponses aux questions que vous vous posez (qu'est-ce que le diabète, quels sont les traitements...) et un test (voir p. 40) vous permettra de faire le point sur votre propre situation.

Dans un second temps, vous entrerez dans la méthode proprement dite avec des conseils sur l'alimentation, l'activité physique, un programme de 8 semaines au jour le jour, des menus et des recettes.

Des études à grande échelle ont prouvé que perdre 5 à 10 % de son poids corporel et pratiquer 150 minutes d'exercice physique par semaine réduisent de 58 % le risque de devenir diabétique. Fondamentale, la table des index glycémiques vous aidera à faire les bons choix dans votre alimentation.

Quel que soit votre profil (à risque, déjà en prédiabète ou diabétique de type 2), le programme proposé dans

ce livre est adapté. Il sera bénéfique pour diminuer vos risques de devenir diabétique ou réduire le niveau de votre diabète dans tous les cas.

Le moment est venu d'agir !

Partie I
LE DIABÈTE

Pourquoi ? Comment ?

QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?

Le diabète est une maladie liée au sucre. Les diabétiques souffrent d'un problème d'assimilation, d'utilisation et de stockage des sucres apportés par l'alimentation. Ce trouble se traduit par un taux élevé de glucose dans le sang : on parle alors d'hyperglycémie. Cette hyperglycémie est la conséquence du manque de sécrétion par le pancréas d'une hormone fondamentale qu'est l'insuline, nous y reviendrons.

TOUT COMMENCE DANS NOTRE ASSIETTE

Les aliments sont composés de lipides (graisses), protides (comme la viande) et glucides (sucres, féculents). Ces éléments fournissent à notre corps l'énergie dont il a besoin pour fonctionner. Une fois les aliments décomposés, ces nutriments passent dans l'intestin, puis rejoignent la circulation sanguine. Quand on mange, le taux de sucre dans le sang augmente car les glucides se transforment essentiellement en glucose. Le pancréas détecte cette augmentation de la glycémie (taux de sucre dans le sang). Il sécrète alors de l'insuline pour permettre au glucose de pénétrer dans les cellules de

l'organisme : les muscles, les tissus adipeux, et le foie où il va pouvoir être transformé et stocké.

Ainsi la glycémie peut augmenter légèrement, puis revenir à un taux normal, et le glucose peut être converti en réserves et en énergie. Chez les personnes atteintes de diabète, ce système de régulation de la glycémie ne fonctionne pas bien. Il existe cinq types de diabète : celui de type 1, celui de type 2, le MODY, le LADA et le diabète gestationnel.



Où se situe le pancréas ?

Le diabète de type 1

C'est le diabète de l'enfant, voire du nourrisson et du jeune adulte. Il s'agit d'une maladie auto-immune qui se déclenche à la suite d'une banale infection. Pour des raisons encore inconnues, l'organisme ne reconnaît plus les cellules bêta du pancréas. Il sécrète alors des

anticorps contre son propre pancréas et détruit la partie de l'organe qui sécrète l'insuline.

Nous l'avons vu, l'insuline, sécrétée par le pancréas, est une hormone fondamentale de la régulation du sucre dans le sang. Elle permet au glucose de pénétrer dans les muscles, le tissu adipeux et le foie. En l'absence d'insuline, le sucre ne peut pas entrer dans les cellules et il reste dans le sang. Le taux de glucose dans le sang augmente alors. Pour compenser l'incapacité de l'organisme à produire de l'insuline, le seul traitement possible est de s'injecter deux à quatre fois par jour en sous-cutané des doses d'insuline. Les doses doivent être adaptées en tenant compte de la glycémie (taux de sucre dans le sang) et de la consistance des repas. Le diabète de type 1 est une maladie qui demande de l'attention et de la rigueur. Mais le traitement est efficace et, si le patient le respecte scrupuleusement, sa qualité de vie et son espérance de vie sont équivalentes, à peu de choses près, à celles d'un individu normal.

Le diabète de type 1 est bien souvent confirmé par la présence dans le sang d'anticorps appelés anti-GAD et anti-IA2. Ces anticorps sont détectés par une simple prise de sang.

Les symptômes du diabète de type 1

- une soif intense ;
- des urines abondantes ;
- un amaigrissement rapide.

En chiffres

Diabète de type 1 = 150 000 personnes en France
= 10 % des diabétiques

Le diabète de type 2

C'est traditionnellement la maladie de l'âge mûr. Il se déclare le plus souvent après 40 ans et touche hommes et femmes de façon à peu près égale. C'est le type de diabète qui concerne le plus de diabétiques (environ 85 %).

Contrairement au diabète de type 1 qui survient brutalement, le diabète de type 2 s'installe progressivement.

Une mauvaise hygiène de vie

Le diabète de type 2 est une maladie liée à une mauvaise hygiène de vie : « trop d'alimentation » – peu ou mal équilibrée – et peu d'activité physique.

Mal manger et peu bouger sont des mauvaises habitudes contemporaines qui ont des conséquences sur notre santé. Ce régime favorise une augmentation des graisses circulantes, du surpoids et de l'obésité. L'accumulation de gras autour de la taille est aussi un signal d'alerte de l'augmentation du taux de sucre dans le sang appelée « hyperglycémie ».

Dès que nous mangeons du sucre, notre organisme se mobilise pour métaboliser correctement le glucose grâce à l'insuline. Peu à peu, avec l'âge ou à force de trop les solliciter, les cellules montrent une résistance à l'action de l'insuline. Pour y répondre, le pancréas doit produire davantage d'insuline. Il s'épuise et ne peut donc plus produire d'insuline en quantité et en qualité suffisantes pour réguler le taux de sucre dans le sang. S'installe alors l'hyperglycémie chronique : le diabète de type 2.

La maladie du XXI^e siècle

Le diabète de type 2 est une véritable épidémie non infectieuse. Elle est en progression constante depuis vingt ans. Si rien n'est fait d'ici à 2050, un tiers sur cinq sera diabétique !

Plus grave, cette maladie qui touchait les individus d'âge mûr concerne maintenant des patients plus jeunes. Aux États-Unis, les cas de diabète de type 2 chez les moins de 20 ans sont de plus en plus nombreux. La maladie n'épargne aucun continent. Tous les pays, des plus riches aux plus défavorisés, sont concernés : l'Afrique, la Chine, l'Inde sont les plus touchées. Le diabète de type 2 est une maladie silencieuse qui progresse à bas bruit. Les personnes qui en souffrent peuvent ne présenter aucun symptôme pendant des années. Il est d'ailleurs souvent diagnostiqué à la faveur d'un contrôle de routine ou à l'apparition des premières complications.

L'équation imparable

« Trop d'alimentation » (peu ou mal équilibrée)
+ peu d'activité physique
+ prédisposition génétique
= diabète de type 2 (sur la durée)

On ne guérit pas du diabète de type 2

Une fois la maladie installée, depuis plus de 2 ans, on ne peut plus revenir en arrière. En revanche, il est possible d'en traiter les conséquences, à savoir le taux de sucre élevé dans le sang (hyperglycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l).

Le traitement du diabète de type 2 combine des mesures diététiques et des médicaments (de type Metformine pour lutter contre l'insulino-résistance et des hypoglycémiantes pour réduire le taux de glucose dans le sang). Au bout de quelques années, l'effet des médicaments s'émousse. Par ailleurs, on constate très souvent à la longue un relâchement des mesures hygiéno-diététiques.

Il est alors nécessaire de compléter la panoplie thérapeutique avec de l'insuline. La prise d'insuline régulière n'est pas sans inconvénient et provoque souvent une prise de poids s'opposant à l'effet recherché.

Aujourd'hui, les diabétologues recommandent d'intervenir très tôt et très fort d'emblée avec parfois plusieurs médicaments efficaces plutôt que d'attendre une nouvelle dégradation pour ajouter un, puis deux, puis trois médicaments. C'est ce qu'on appelle l'intensification thérapeutique à l'opposé de l'inertie thérapeutique qui est encore trop souvent la règle.

Réagissons !

Il est triste de penser que tous les diabétiques de type 2 passent par une période silencieuse de prédiabète pendant 5 à 15 ans. Durant cette période, tout est encore réversible. C'est tout le propos de ce livre, dont le but est de proposer un véritable traitement préventif. Ne pas agir alors qu'on est informé des risques revient à s'infliger une autopunition aux conséquences destructrices. La prévention est possible et il faut tout tenter au stade de prédiabète pour éviter l'apparition d'un diabète de type 2. L'espérance de vie s'allonge : un bébé qui vient de naître à une espérance de vie de 100 ans. Quelle sera la qualité de sa vie si à partir de 45 ans il souffre de diabète de type 2 ? Il passera la seconde partie de sa vie à combattre une maladie insidieuse et destructrice !

L'hérédité

La génétique est parfois favorable au développement du diabète :

- Lorsque l'un des deux parents est diabétique de type 2, le risque de transmission à la descendance est de l'ordre de 40 % et si les deux parents sont atteints, le risque grimpe à 70 %.
- Il n'est que de 5 % dans le diabète de type 1, plus précisément 6 % si le père est diabétique, 2-3 % si c'est la mère (mais 30 % si les deux parents le sont).

- Il est donc utile de se construire un arbre généalogique pour repérer les personnes de sa famille qui sont diabétiques et connaître son patrimoine génétique. Vous trouverez p. 40 un test pour déterminer vos risques de devenir diabétique en fonction notamment de votre hérédité et de vos paramètres personnels.

Le diabète MODY (maturity-onset diabetes of the young)

C'est un diabète de l'enfant, de l'adolescent ou de la personne jeune (classiquement avant 25 ans). À la différence du diabète de type 1, ce n'est pas une maladie auto-immune. C'est un diabète héréditaire qui touche la moitié des membres d'une famille. Cette maladie rare représente moins de 2 % des diabètes sucrés. Les médicaments pour la traiter sont les mêmes que pour le diabète de type 1 et le diabète de type 2 (voir p. 94).

Le diabète LADA (late autoimmune diabetes in adults)

C'est un diabète qui apparaît chez des personnes entre 40 et 50 ans. C'est aussi une maladie auto-immune comme le diabète de type 1. Les patients atteints de LADA ont bien souvent un poids normal et un tour de taille dans les normes.

Le diagnostic s'effectue par une prise de sang à la recherche des anticorps anti-GAD et anti-IA2 tout comme le diabète de type 1. Le traitement est le même que celui du diabète de type 2, mais avec un passage à l'insulinothérapie plus précoce. Deux à quatre pour cent des diabétiques de type 2 sont en fait des patients atteints de LADA.

Le diabète de grossesse, un cas particulier

Il touche la femme non diabétique au moment de sa grossesse. Cette maladie ne met pas en danger le fœtus.

Le seul risque concerne l'accouchement car le diabète de la mère fait de « gros bébés » et peut poser des problèmes à la délivrance, notamment pour les femmes dont c'est le premier enfant. Ce diabète, qui apparaît généralement vers le sixième mois de grossesse, touche en moyenne 6 femmes sur 100. Il est en constante augmentation, en raison de l'âge de plus en plus tardif des grossesses.

Le diabète gestationnel est provoqué par une difficulté d'action de l'insuline, perturbée par certaines hormones sécrétées par le placenta. Comme nous l'avons vu, l'insuline régule le taux de sucre dans le sang. Si elle a du mal à agir, la glycémie augmente chez la mère. Le fœtus reçoit du sang riche en sucre par le cordon. En réponse, même si son métabolisme est normal, il va sécréter de l'insuline pour aider sa maman. Le diabète gestationnel est un bel exemple de l'amour filial qui s'exprime par sécrétion d'insuline interposée !

Pour cette raison, le fœtus se met à grossir car l'insuline n'est pas seulement l'hormone de la régulation. Elle est aussi l'hormone qui contrôle le stockage des sucres non consommés sous forme de graisses dans les cellules spécialisées pour ce stockage : les adipocytes.

Si une femme enceinte accouche d'un enfant de plus de 4 kg, c'est un signe quasi-constant de diabète gestationnel pendant sa grossesse.

Enfin, la glycémie à jeun d'une femme enceinte ne doit pas dépasser 0,92 g/l. Si tel est le cas, il faut en parler avec son médecin traitant.

Quels sont les facteurs de risque ?

Avant la grossesse

- un âge tardif : 35 ans et plus ;
- des antécédents de diabète dans la famille ;
- un diabète gestationnel au cours d'une précédente grossesse ;

- une obésité ou un surpoids non contrôlés ;
- un manque d'activité physique régulière.

Au cours de la grossesse

- une prise de poids excessive dès le début de la grossesse ;
- une augmentation de poids brutale autour du 6^e mois de grossesse ;
- des mensurations du bébé à la 24^e semaine inférieures ou supérieures à la normale ;
- un liquide amniotique en quantité importante ;
- un autre facteur de risque a été mis en évidence récemment : le tabac, avec une génération d'intervalle. Si la grand-mère maternelle (maman de la maman) fumait pendant sa grossesse, le risque de diabète gestationnel chez sa fille est fortement augmenté. Le tabac a donc un véritable impact sur la survenue d'un diabète gestationnel à la deuxième génération.

Les effets du diabète gestationnel

- des infections urinaires à répétition ;
- une augmentation de la tension artérielle ;
- une menace d'accouchement prématuré.

Comment le diagnostiquer ?

Le diagnostic de diabète gestationnel se constitue à partir d'une prise de sang qui détermine le taux de sucre dans le sang. On parle de diabète gestationnel en cas de glycémie à jeun supérieure à 0,92 g/l ou encore quand la glycémie postprandiale (2 heures après le repas) est supérieure à 1,53 g/l.

Le test officiellement retenu par l'Assurance maladie pour le diagnostic de « diabète gestationnel » est l'hyperglycémie provoquée per os, par voie orale

(HGPO). En termes clairs, il s'agit d'aller au laboratoire d'analyses et de mesurer une glycémie à jeun puis d'avalier 75 g de glucose. On fait une glycémie 1 heure, puis 2 heures après la prise de sucre pour mesurer ainsi la réactivité du pancréas à la prise de sucre alimentaire.

Quel traitement ?

Tout d'abord, je répète une bonne nouvelle : ce diabète gestationnel n'a pas d'impact négatif pour le bébé en dehors de la difficulté qu'il a à sortir du ventre de sa maman car il est déjà très « costaud ». Parfois, il est nécessaire de pratiquer une césarienne afin d'éviter, par exemple, un traumatisme de l'épaule du bébé lorsque la délivrance se complique.

Par sécurité, après la naissance, il est cependant recommandé de surveiller la glycémie du bébé. Il a fabriqué de l'insuline pour aider sa maman et il faut donc s'assurer qu'il est revenu à des niveaux normaux de sécrétion dans les premières semaines de sa vie.

Pour la maman, le diabète gestationnel disparaît après l'accouchement dans la grande majorité des cas. Pendant la grossesse, il se soigne comme un prédiabète avec des règles moins strictes concernant certains aliments comme les féculents. Mais certaines femmes ont un diabète gestationnel qui va imposer la prescription d'insuline.

Quelles conséquences ?

Une femme ayant eu un diabète gestationnel a, à terme, beaucoup plus de risques de développer un diabète de type 2 vers la cinquantaine. Le diabète gestationnel est un peu comme un facteur de préparation du futur diabète de type 2. Il est donc important que les femmes ayant eu un diabète gestationnel lors d'une ou

plusieurs grossesses soient régulièrement suivies après leur grossesse. Une glycémie à jeun par an suffit. Mais j'insiste sur ce point.

Pour résumer

	À quel moment ?	Facteurs génétiques	Traitements (voir p. 94)	Réversibilité
Prédiabète	5 à 15 ans avant l'apparition du diabète	Oui	Mesures hygiéno-diététiques	Oui, avec mesures hygiéno-diététiques
Diabète de type 1	Enfance, jeunesse	Oui 2 à 30 %	Insuline (piqûres ou pompe)	Non
Diabète de type 2	Âge « mûr » (+/- 40 ans)	Oui 40 à 70 %	Mesures hygiéno-diététiques Médicaments Insuline (piqûres ou pompe)	Non, mais stabilisation possible
Diabète gestationnel	Autour du 6 ^e mois de grossesse	Oui 40 à 70 %	Mesures hygiéno-diététiques Insuline (piqûres ou pompe)	Oui, en fin de grossesse, mais risque de revenir si des mesures hygiéno-diététiques ne sont pas prises
Diabète MODY	Diabète de la personne jeune	Oui 40 à 70 %	Mesures hygiéno-diététiques Médicaments Insuline (piqûres ou pompe)	Non, mais stabilisation possible
Diabète LADA	Âge « mur » entre 40 et 50 ans	Oui à 70 %	Mesures hygiéno-diététiques Médicaments Insuline (piqûres ou pompe)	Non

La flore bactérienne intestinale

Quel rôle joue la flore bactérienne intestinale dans l'apparition du diabète de type 2 ?

Vous êtes sans doute étonné de lire un passage sur la flore bactérienne intestinale dans un livre consacré au diabète. Pourtant, cela ne doit rien au hasard : cette flore joue un rôle crucial dans notre métabolisme. Sans elle, nous serions probablement une espèce déjà éteinte.

Le paysage

→ Aussi étonnant que cela puisse paraître, nous hébergeons dix fois plus de bactéries que nous ne possédons de cellules. Notre tube digestif accueille 100 000 milliards de bactéries, sans compter les virus et les bactériophages. Cela représente 2 kg de bactéries ! Pour mémoire, nous avons 10 000 milliards de cellules dans la totalité de notre corps. Cela pose une question philosophique car on peut raisonnablement se demander qui est l'« alien » de l'autre.

→ Cette flore est constituée de plus de 1 000 espèces différentes de bactéries. La flore présente dans l'intestin grêle n'est pas la même que celle du gros intestin, le côlon.

- La flore de l'intestin grêle sécrète pour nous des vitamines et digère les sucres et les graisses. Imaginez un long tuyau de 6 mètres replié et enroulé avec une espèce bactérienne différente tous les centimètres. Chacune de ces espèces travaille pour vous.
- La flore du côlon est différente et joue un autre rôle : elle aide notre corps à réabsorber les aliments qui n'ont pas été captés par l'intestin grêle. Pour cela, elle fermentent les aliments grâce à des bactéries spécialisées.

→ Les pouvoirs de votre intestin ne se limitent pas à la digestion. Un chiffre assez incroyable peut vous laisser imaginer l'ampleur de son rôle : 85 % de la sérotonine (hormone du plaisir de vivre) est sécrétée par la flore contenue dans votre intestin. Cette sérotonine est destinée au cerveau. La flore est donc votre premier traitement antidépresseur et il est probable que la dépression sera traitée dans quelques années par des fibres spécifiques à destination de certains germes.

D'où nous vient notre flore bactérienne intestinale ?

→ Nous héritons de notre flore intestinale à la naissance. La mère la transmet au bébé en accouchant. Lorsque le bébé passe le détroit inférieur du bassin de la mère, il est en contact avec la flore maternelle qui commence à coloniser son intestin. C'est un héritage précieux, qui nous vient en droite ligne de nos aïeux et de leurs aïeux.

→ Des études ont montré qu'un enfant né par césarienne sort de clinique avec la flore du personnel soignant qui l'a manipulé. De retour à la maison, du fait des contacts répétés avec ses parents, sa fratrie et les germes du foyer, il retrouvera la flore familiale. Si tel n'est pas le cas, il pourrait à terme développer des troubles digestifs qui peuvent parfois devenir très invalidants, comme par exemple, la maladie de Crohn (maladie inflammatoire chronique intestinale).

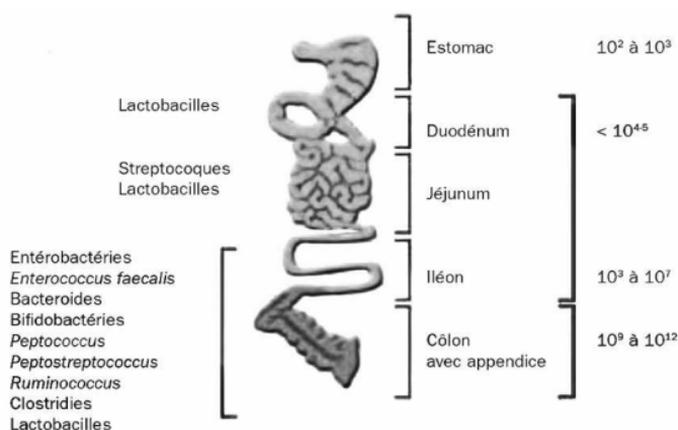
→ Il est aujourd'hui démontré qu'un patient atteint d'une maladie de Crohn possède une flore bactérienne moins riche en type d'espèces bactériennes. C'est pour cette raison que de nombreux centres pratiquent désormais des greffes fécales.

→ Les bactéries étaient présentes avant nous sur la Terre. Nous avons passé un contrat de « symbiose » avec elles : nous les hébergeons, nous les protégeons,

nous les nourrissons. En échange, elles fabriquent des vitamines et des hormones, elles nous aident à digérer et à nous protéger des germes agressifs tueurs.

→ La flore bactérienne intestinale fait partie des biens précieux de la famille et je dis souvent à mes patients qu'ils doivent la respecter.

→ Que se passe-t-il si la flore n'est pas bien nourrie ? Mal se nourrir, c'est mal nourrir sa flore. Ce n'est pas sans conséquences car cette dernière amplifie toutes les déviances alimentaires.



Répartition et types de bactéries de notre système digestif

→ Un régime trop riche en graisses saturées modifie l'écologie bactérienne. Il perturbe la relation symbiotique de notre corps avec les micro-organismes qui peuplent nos voies digestives. Les germes vont augmenter l'inflammation (ensemble de réactions générées par l'organisme en réponse à une agression subie) qui va se développer et être véhiculée jusqu'au cerveau. Et comme nous le verrons plus loin, l'inflammation est un facteur déclenchant et promoteur du diabète de type 2. De la même façon un régime trop riche en sucres va favoriser certains germes mais aussi des levures au détriment d'autres espèces bienfaitrices.

Une expérience passionnante

→ Lors d'une étude sur des souris diabétiques, les chercheurs ont transplanté la flore bactérienne intestinale des souris diabétiques à des souris non diabétiques. Après quelques jours, les souris non diabétiques sont également devenues diabétiques sans avoir modifié leur régime alimentaire. Il y a donc bien une flore « diabétique ».

→ La même expérience a été pratiquée avec les souris obèses et a donné les mêmes résultats.

→ De nombreuses équipes explorent la piste des transplantations fécales pour faire perdre du poids à des patients obèses. C'est une piste qui a un très grand avenir à la fois pour l'obésité, mais aussi pour le diabète de type 2. Cependant, tous les traitements seront à terme inefficaces si le patient ne change pas son comportement alimentaire et revient à ses mauvaises habitudes.

→ Les recommandations de cette méthode anti-diabète respectent votre flore bactérienne intestinale en évitant certaines graisses et certains sucres qui favorisent l'inflammation de votre allié bactérien.

→ Des études tentent actuellement de comprendre l'impact de cette richesse en sucres sur la flore bactérienne intestinale. Ces sucres peuvent augmenter les populations de levures (champignons de type *Candida albicans*) et générer un déséquilibre durable de la flore bactérienne intestinale. À partir d'un certain nombre d'individus, ces levures deviennent un parasite pour notre organisme. Dans les années à venir, la cartographie et le recensement de notre flore intestinale seront des examens de routine. La régulation des populations de certains types de levures fera aussi partie du traitement d'accompagnement du diabète de type 2.

QU'EST-CE QUE LE PRÉDIABÈTE ?

Nous utiliserons beaucoup ce terme dans ce livre car il s'agit d'un moment où la maladie n'est pas encore installée et où tout est encore possible pour l'éviter. On parlait auparavant de « syndrome de résistance à l'insuline » ou parfois aussi d'« intolérance au glucose ». Le prédiabète se traduit par une glycémie à jeun supérieure à la normale (1,05 g/l), mais qui reste inférieure à 1,26 g/l, la valeur qui signe un diabète de type 2 installé. Pour cette raison, il ne faut pas le traiter à la légère. Cette augmentation de glycémie marque une vraie déformation du système de régulation du sucre dans le sang et doit donc être prise très au sérieux. Et ce, le plus tôt possible.

En chiffres

Glycémie à jeun entre 0,75 g/l et 1,05 g/l = normale

Glycémie à jeun > 1,05 g/l et < 1,26 g/l = prédiabète

Glycémie à jeun > 1,26 g/l = diabète

LA RÉGULATION DE LA GLYCÉMIE

La mesure du métabolisme du sucre dans le sang appelé « glycémie » est complexe. Il utilise des récepteurs au niveau des membranes des cellules, ainsi qu'au niveau du cerveau. C'est l'insuline, la reine des hormones, qui agit sur la glycémie. Lorsque vous ingérez du sucre, il est absorbé au bout de 20 minutes (nous verrons p. 222 que cela dépend de l'index glycémique de l'aliment ou du repas). Dès que le sucre est « repéré » dans le sang, le pancréas sécrète de l'insuline qui va permettre l'entrée du sucre dans les cellules. L'insuline est ensuite acheminée vers le foie où elle va permettre à celui-ci de stocker les sucres sous forme de glycogène. Il libérera ce glycogène à la fin de la nuit lorsque vous êtes à jeun depuis plus de 8 heures ou bien lorsque vous pratiquez une activité physique. En cas de prédiabète, le système « insuline, récepteurs et régulation hépatique » commence à se gripper.

LE FOIE, LE GRAND RÉGULATEUR DE LA GLYCÉMIE

Le foie stocke dans sa matrice des réserves de glycogène pour l'organisme. Il les libère en fonction des besoins et c'est lui qui fournit au cerveau en priorité les sucres dont il a besoin.

En cas de consommation importante de sucre (même sous forme d'amidon des céréales) et de graisse, le foie devient gras (aussi appelé stéatose hépatique). Il aura de plus en plus de mal à réguler la glycémie à jeun, il devient insulino-résistant (voir mon livre *La méthode hépato-détox* chez Albin Michel, 2019). Lorsque le foie est gras, bien souvent le pancréas l'est aussi, perturbant ainsi la sécrétion d'insuline en l'obligeant à en produire davantage pour

compenser cette résistance. C'est ce qui explique parfois une augmentation isolée de la glycémie à jeun le matin sans aucun autre trouble et sans lien avec le repas de la veille au soir.

Un foie gras diagnostiqué « stéatose » lors d'une échographie hépatique doit vous alerter car elle peut évoluer vers une NASH (steato-hépatite non alcoolique), voire même vers une cirrhose si rien n'est fait. Il faut donc vous demander ce qui, dans votre régime alimentaire, doit être évité ou tout au moins diminué.

Notez que le premier traitement à suivre est l'exercice physique car lorsque le débit cardiaque s'accélère la détoxification naturelle du foie augmente dans les mêmes proportions. Les capacités du foie à se détoxifier sont immenses.

LE RÔLE DE L'INSULINE

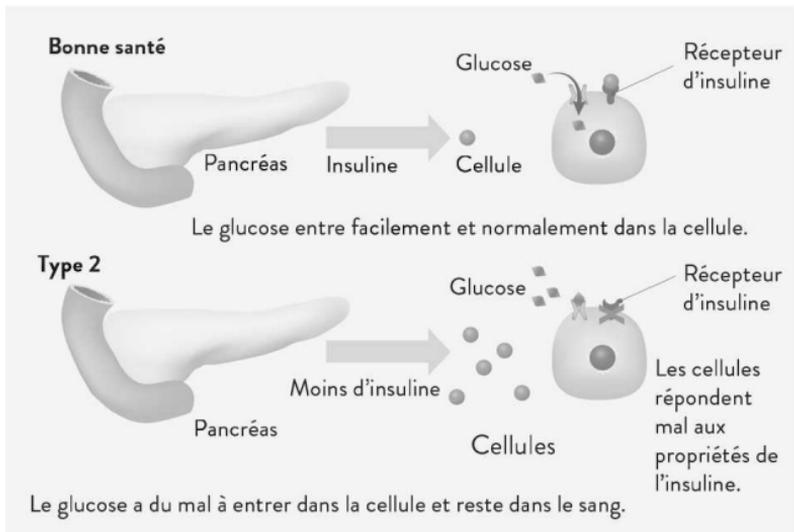
L'insuline est sécrétée à chaque fois que vous consommez des produits contenant du sucre et ce de façon rigoureusement proportionnelle. Plus vous avez de sucre, plus votre pancréas sécrète d'insuline. Ce mécanisme est important à comprendre et à retenir pour bien intégrer ce qui va se passer ensuite.

L'insuline est une hormone très puissante qui a deux fonctions principales : faire entrer le sucre dans les cellules et contrôler le stockage des sucres non brûlés dans les cellules graisseuses : la « lipogenèse ».

Le prédiabète dans le monde

(en nombre de personnes touchées) :

- États-Unis ; 86 millions ;
- Europe : 57 millions ;
- Chine : 493 millions ;
- Afrique et Inde : chiffres encore inconnus à ce jour !



Le mécanisme d'entrée du glucose dans la cellule

Faire entrer le sucre dans les cellules

Les cellules ont à leur surface des récepteurs spécifiques à l'insuline. Lorsque cette dernière se présente devant eux, ils la fixent et ouvrent les portes de la cellule aux sucres qui entrent ainsi dans le cytoplasme de la cellule afin de la nourrir.

Sans insuline, il n'y a pas d'entrée du sucre et la cellule peut mourir. C'est pourquoi les diabétiques de type 1 ont besoin de s'en injecter au moins 3 à 4 fois par jour car ils n'ont plus de cycles de sécrétion naturelle d'insuline.

Contrôler la lipogenèse

Elle permet de stocker les sucres non brûlés ainsi que les graisses ingérées dans des cellules spécialisées appelées « adipocytes ». Ces adipocytes obéissent aveuglément à l'insuline. Lorsque cette dernière apparaît, ces cellules ouvrent leur réservoir et stockent ce qui n'a pas été consommé par vos muscles.

QUAND LE PANCRÉAS FATIGUE...

Imaginez que votre corps ingère des sucres et des graisses sans bouger suffisamment pour brûler ces apports. Votre organisme va alors sécréter de plus en plus d'insuline et donc stocker de plus en plus. Votre poids augmente et votre aptitude à stocker (lipogénèse) s'optimise.

Le pancréas qui sécrète l'insuline commence à se « fatiguer », les récepteurs sur les membranes des cellules sont également fatigués et leur sensibilité s'émousse comme les vieilles poignées qu'il faut forcer pour ouvrir une porte. De son côté, le foie aussi se « fatigue » à fabriquer du glycogène, stocker des graisses et des sucres.

Prenons l'exemple du sel

Notre organisme est très résistant. Il peut supporter des contraintes très fortes sur de courtes (voire même de longues) périodes. Le corps peut supporter une consommation de sel trop importante. En s'adaptant. En compensant. Les reins gèrent la quantité de sodium dans l'organisme. Si elle est trop grande et que les reins ne peuvent pas l'éliminer, le sodium s'accumule dans le sang. Pour revenir à un niveau normal, l'organisme augmente son volume sanguin afin de diluer le sodium. Avec un corollaire : ce système de compensation fait monter la tension artérielle. Un jour, l'organisme bascule dans l'hypertension artérielle permanente. Il ne pourra alors plus revenir en arrière. C'en est alors fini d'une tension normale pour le patient qui a trop abusé du sel avec des conséquences sur les vaisseaux sanguins, les veines et les artères. Ce qui est vrai pour le sel et la tension artérielle l'est aussi évidemment pour le sucre et le diabète. Notre corps absorbe le sucre et l'utilise comme carburant. Ensuite, il stocke le sucre qu'il n'a pas brûlé par l'activité physique.

L'INFLAMMATION INTERNE OU LE PRÉDIABÈTE

À terme, les adipocytes de stockage se remplissent progressivement jusqu'à l'étouffement et sont si pleins qu'ils manquent littéralement d'oxygène. Ils envoient alors des messages de détresse qui se traduisent par une inflammation interne de plus en plus importante.

Après plusieurs années de ce « régime », le cerveau et le foie n'ont plus qu'une solution : laisser flotter le sucre dans les artères au risque de l'hyperglycémie plutôt que de maintenir ce cercle vicieux qui met en danger tout l'organisme. Bien entendu, ils n'ont fait que gagner du temps car les sucres qui restent et circulent dans les vaisseaux sanguins vont provoquer des dégâts à terme irréparables (voir complications p. 88).

LE RISQUE : MINIMISER CETTE PHASE

Le piège est qu'à ce stade – et dans la plupart des cas – les personnes ne ressentent aucune gêne. Comme le patient se sent bien, il pense qu'il n'y a rien à améliorer. La motivation lui manque donc pour changer radicalement d'attitude et mettre en place une bonne hygiène de vie.

La médecine a parfois la mauvaise habitude de ne pas nommer la maladie pour éviter d'inquiéter les patients ou leur famille. Cette attitude a prévalu dans le cas de l'asthme chez l'enfant. Pour ne pas affoler les parents, on parlait alors de « bronchite asthmatiforme ». Cela retardait la mise en place de traitements de fond efficaces.

Dans le cas du prédiabète, cette attitude est contre-productive. Au contraire, il faut appeler un chat un

chat, nommer la maladie et évoquer son évolution et ses risques. Informer et parfois inquiéter le patient et son entourage est essentiel pour qu'ils prennent bien conscience que si rien n'est fait le glissement vers la maladie sera inéluctable.

Un grand ami de mon père, qui a eu une belle réussite dans le négoce de vêtements, avait l'habitude de dire : « Les affaires dont on ne s'occupe pas finissent toujours par s'occuper de vous. » Ce vieil adage s'accorde tout à fait avec le prédiabète : si vous ne vous en occupez pas, il finira par mettre en danger votre santé.

DES MILLIONS DE PRÉDIABÉTIQUES QUI S'IGNORENT

Aujourd'hui, il existe en France et de par le monde des millions de prédiabétiques. Ils ignorent leur état et ne font donc rien pour l'améliorer. La conséquence en est une terrible statistique : 70 % des prédiabétiques deviendront diabétiques de type 2 au bout de 10 ans !

Leur vie changera définitivement ce jour-là sans qu'aucun retour ne soit possible. Cela est dû à une caractéristique très particulière de notre organisme et de son pilote unique qu'est le cerveau. C'est l'effet « cliquet ». Lorsqu'un trouble survient et si celui-ci n'est pas corrigé et dure trop longtemps, le cerveau va changer de stratégie et ne reviendra jamais sur ce changement. Cela se produit pour le diabète de type 2, mais aussi pour l'hypertension, l'arthrose, etc.

LE PRÉDIABÈTE EST RÉVERSIBLE...

Si les bonnes mesures sont prises à temps !

La méthode antidiabète vous permettra d'éviter de passer du côté sans retour. Et si vous êtes déjà diabétique de type 2, appliquer ce nouvel équilibre alimentaire et mes conseils de prévention aidera aussi votre organisme. Respecter cette bonne hygiène de vie est une chance pour les personnes diabétiques. Si elle ne permet pas de guérir, elle offre la possibilité de diminuer le risque de voir apparaître les complications si invalidantes du diabète, notamment la rétinopathie diabétique, l'insuffisance rénale et les neuropathies. Les complications du diabète de type 2 sont responsables de la cécité et des amputations qui assombrissent la vie d'une partie des diabétiques de type 2.

Cette méthode aidera donc aussi les diabétiques installés à se battre tous les jours contre la maladie pour en éviter les conséquences les plus dévastatrices.

Un système de protection sociale favorisant peu la prévention des maladies chroniques

Nous avons un système de santé remarquable sur de nombreux points. Mais il a aussi des limites qui apparaissent aujourd'hui de plus en plus criantes avec le développement des maladies chroniques. Notre système de soins est centré sur la thérapeutique, mais très peu sur la prévention. C'est un système qui guérit, mais qui ne permet pas d'éviter les pathologies.

Pour rappel, le financement de notre système de santé est assuré par les prélèvements sociaux sur les revenus du travail. Il est inspiré en partie du système « bismarckien » mis en place en Prusse à la fin du XIX^e siècle.

Sa philosophie visait à prendre en charge les soins des soldats prussiens blessés et les pensions des veuves. C'est un système de solidarité dont la logique privilégie les revenus de remplacement et le recours aux soins. Notre système de protection sociale rembourse donc la maladie, mais peu ou mal la prévention.

Par opposition, les Anglo-Saxons privilégient le système « Beveridgien » qui s'inscrit dans une logique d'assureurs. Il s'agit davantage d'un modèle de prévoyance. En résumé, les assureurs préfèrent que les patients évitent de tomber malades, le coût de la prévention étant moindre que celui du soin. Un effort à court et moyen terme permet de faire de substantielles économies à long terme. Ils récompensent même les plus prudents en les faisant bénéficier de bonus qui divisent par deux les primes annuelles. Ainsi, ils jouent un rôle préventif dans le développement des maladies chroniques évitables. Un exemple en Europe mérite notre attention. Selon *Le Monde*, en avril 2012, afin de réduire les dépenses de santé, le gouvernement hongrois a décidé de punir les diabétiques qui ne suivraient pas scrupuleusement leur régime en les privant d'accès aux meilleurs traitements subventionnés. Nous n'en sommes pas là, bien sûr, mais la crise économique implique de réduire les dépenses de la Sécurité sociale. La France mettra-t-elle un jour en place des sanctions pour les patients peu respectueux de leur régime et du suivi de leur santé ?

Avant que des mesures ne touchent votre portefeuille en vous obligeant à payer votre traitement, prenez dès maintenant les choses en main pour vous et pour vos proches !

Salade de crabe aux poivrons rouges (Phase Intensive) 342
Salade de penne au sarrasin, aux légumes et à la feta (Phase Progressive) 362
Salade de poivrons grillés 3 couleurs à la feta allégée (Phase Intensive) 324
Salade de poulet à la thaïe (Phase Intensive) 318
Salade de poulet mariné citron-feta (Phase Intensive) 338
Salade de quinoa aux cœurs de palmier et aux crevettes (Phase Progressive) 369
Salade de quinoa, asperges et poivrons à la feta allégée (Phase Progressive) 364
Salade de riz sauvage aux crevettes, marinade cajun (Phase Progressive) 363
Salade épicée au bœuf façon thaïe (Phase Intensive) 340
Salade grecque (Phase Intensive) 320
Smoothie détox dîner 1 (Phase Détox) 312
Smoothie détox dîner 2 (Phase Détox) 316

Smoothie détox good morning 1 (Phase Détox) 311
Smoothie détox good morning 2 (Phase Détox) 312
Smoothie détox goûter fruité 1 (Phase Détox) 312
Smoothie détox goûter fruité 2 (Phase Détox) 313
Smoothie détox tomato basilic (Phase Détox) 313

T

Thon mi-cuit aux graines de lin (Phase Intensive) 349
Tian de légumes de Provence (Phase Intensive) 337
Tortilla à la coriandre et sa salade de jeunes pousses (Phase Intensive) 346
Tortilla courgettes-échalotes (Phase Intensive) 332

V

Veau aux tomates confites (Phase Intensive) 347
Velouté de cresson, courgette et lait de coco allégé (Phase Détox) 311



13948

Composition
NORD COMPO

*Achévé d'imprimer en Slovaquie
par NOVOPRINT
le 18 septembre 2023*

Dépôt légal octobre 2023
EAN 9782290384466
OTP L2 | EBN000642-554044

ÉDITIONS J'AI LU
82, rue Saint-Lazare, 75009 Paris

Diffusion France et étranger : Flammarion