

Normand Mousseau

Comment
j'ai vaincu le
DIABÈTE

sans
médicament

**LE
PROTOCOLE
ORIGINAL**
de l'Université
de Newcastle

THIERRY
SOUCAR


ÉDITIONS

Normand Mousseau

**Comment j'ai vaincu
le diabète
sans médicament**

préface du D^r François Reeves

Thierry Souccar Éditions

DU MÊME AUTEUR

Au bout du pétrole. Tout ce que vous devez savoir sur la crise énergétique, Éditions MultiMondes, 2008.

L'avenir du Québec passe par l'indépendance énergétique, Éditions MultiMondes, 2009.

La Révolution des gaz de schiste, Éditions MultiMondes, 2010.

Le Défi des ressources minières, Éditions MultiMondes, 2012.

Maîtriser notre avenir énergétique. Pour le bénéfice économique, environnemental et social de tous (avec Roger Lanoué), Rapport de la Commission sur les enjeux énergétiques du Québec, Gouvernement du Québec, 2014.

Conception graphique et mise en page :
Éditions Boréal

Couverture : Atelier Didier Thimonier

Édition originale : Comment se débarrasser du diabète de type 2
sans chirurgie ni médicament

© Les Éditions du Boréal 2016 pour la publication au Canada

Imprimé par France Quercy à Mercuès France

N° d'impression :

Dépôt légal : 4^e trimestre 2016

ISBN : 978-2-36549-206-5

Pour l'édition française, belge et suisse :

©Thierry Souccar Éditions, 2016, Vergèze

www.thierrysouccar.com

Tous droits réservés

**Comment j'ai vaincu
le diabète
sans médicament**

Table des matières

Se débarrasser du diabète	11
<i>Préface du Dr François Reeves, cardiologue</i>	
Avant-propos	13
CHAPITRE 1 • Je suis diabétique	23
Diabète de type 1, de type 2, gestationnel ou autre ?	24
Comment reconnaître la maladie ?	28
Le diagnostic	32
Dois-je m'en faire ?	36
À qui dois-je en parler ?	37
Passer du « je suis diabétique » au « j'ai le diabète », puis au « je suis guéri »	39
 PREMIÈRE PARTIE QU'EST-CE QUE LE DIABÈTE ?	
 CHAPITRE 2 • Les bases physiologiques	43
Le rôle du pancréas	43

La production et le rôle de l'insuline	45
La résistance à l'insuline	49
L'hyperglycémie	51
Un corps qui s'adapte	52
Une vue à 600 kilomètres à l'heure	57
CHAPITRE 3 • Le rôle crucial de l'obésité et de la vie sédentaire sur le diabète	59
Le rôle de l'obésité	59
Les effets de l'activité physique et de la sédentarité	64
Agir dès aujourd'hui	67
CHAPITRE 4 • Les effets du diabète sur la santé	68
Les complications microvasculaires	69
L'insuffisance rénale	72
Les maladies cardiovasculaires et l'hypertension	73
Les effets cognitifs et la maladie d'Alzheimer	75
Une maladie systémique complexe	78
CHAPITRE 5 • La mesure du diabète	80
Les bases : la tolérance au glucose et la glycémie à jeun	81
L'hémoglobine A _{1c}	83
La détermination des bonnes cibles	86
Les autres indicateurs	89
Conclusion	90
CHAPITRE 6 • L'évolution de la maladie	92
Les débuts de la maladie	93

Après le diagnostic	96
Une évolution inévitable ?	101

DEUXIÈME PARTIE LA MAÎTRISE DE LA MALADIE

CHAPITRE 7 • Les directives générales	105
L'alimentation	106
L'exercice physique	109
Abandonnez vos mauvaises habitudes	111
La perte de poids	113
Pour une bonne cause	113
CHAPITRE 8 • Les médicaments	115
Le traitement traditionnel	116
Les sulfonylurées	119
Les nouveaux médicaments	125
Viser le meilleur traitement possible	135
Conclusion	138
CHAPITRE 9 • L'autosurveillance	140
Une brève histoire du glucomètre	141
L'utilisation des tests personnels	144
L'optimisation de la prise de mesure	145
La compréhension des tests personnels	148
Les limites des tests personnels	150
Ce qu'il faut retenir des tests de glucose personnels	153

TROISIÈME PARTIE L'ÉCHEC PATENT DE LA PRÉVENTION ET DE LA GESTION DU DIABÈTE DE TYPE 2

CHAPITRE 10 • Pourquoi les directives actuelles ne parviennent-elles pas à contrer la progression du diabète ?	157
Un protocole insuffisant	159
Le difficile équilibre à trouver dans la lutte contre le diabète	160
Des modalités incomprises	163
Que faire, alors ?	166
CHAPITRE 11 • Arrêter l'épidémie ?	168
Qui cibler ?	169
Définir les bons seuils	173
Arrêter l'épidémie	176

QUATRIÈME PARTIE VAINCRE LE DIABÈTE DE TYPE 2, C'EST POSSIBLE !

CHAPITRE 12 • Le constat	181
Un espoir réel ?	183
Ce n'était pas du tout la vie que je voulais	183
CHAPITRE 13 • La régénérescence possible des cellules bêta	185
Régénérer les cellules bêta du pancréas	186
Que faire, alors ?	191

CHAPITRE 14 • La chirurgie bariatrique	192
Le lien entre chirurgie bariatrique et perte de poids	194
Les retombées de la chirurgie bariatrique	196
Les effets de la chirurgie bariatrique sur le diabète	197
Et si ce n'était qu'une question de poids ?	200
Pas pour tout le monde	205
Tous sous le bistouri ?	205
CHAPITRE 15 • Pourquoi est-ce que personne n'en parle ?	207
Guérir en évitant la chirurgie	209
CHAPITRE 16 • En route vers la guérison : la diète pseudo-chirurgicale	211
Un régime pour guérir	211
Les effets secondaires de la diète pseudo-chirurgicale	217
Quelques questions sur la diète pseudo-chirurgicale	218
Mais je ne suis pas gros !	221
Une révolution	222
CHAPITRE 17 • Ma guérison	224
Encore un peu d'efforts	228
CHAPITRE 18 • La mise en pratique de la diète pseudo-chirurgicale	230
La diète au quotidien	231
À quoi s'attendre ?	232
Combien de poids dois-je vraiment perdre ?	233
Est-ce dangereux ?	234

Que faire de ma médication ?	235
Un peu d'aide ?	236
Et après ?	236
Adopter de nouvelles habitudes alimentaires	238
Réapprendre à bouger	240
Guérir une fois pour toutes	242
CHAPITRE 19 • Choisir la voie de la guérison	243
ANNEXE 1 • Ressources en ligne	249
ANNEXE 2 • Quelques recettes	251
ANNEXE 3 • Idées de menus à moins de 200 calories	257
ANNEXE 4 • Table de conversion de la glycémie	261
Bibliographie	263

Se débarrasser du diabète

Préface du Dr François Reeves, cardiologue

Je connais Normand Mousseau depuis quelques années. Nous avons fait connaissance lors d'une discussion sur la cause environnementale, le physicien et le cardiologue échangeant leurs vues sur le fléau des combustibles fossiles. Un cerveau exceptionnel, un scientifique aux multiples tâches et activités, mais surtout une brillante intelligence qui sait prendre des problèmes complexes et les rendre parfaitement clairs, tant et si bien que les solutions s'imposent d'elles-mêmes.

Un personnage imposant, non seulement par son acuité mentale mais aussi par sa masse corporelle. Ensemble, nous avons l'air d'Astérix et Obélix.

Plus maintenant... Aujourd'hui, c'est plutôt Astérix et Tragicomix.

En effet, lors du Sommet des Amériques sur le climat, qui a eu lieu à Toronto en juillet 2015, j'ai eu de la difficulté à reconnaître Normand tant il s'était aminci et métamorphosé. J'ai attendu un bon quart d'heure avant de me décider à le saluer. Comme nous sommes assez proches, j'ai fini par le féliciter chaudement de sa réussite. En effet, seulement 5 % des obèses adultes retrouvent un poids normal, quelle que soit la

méthode employée. Seule exception : la chirurgie bariatrique, dont le taux de succès dépasse les 50 %. Cette solution dracoenne est peu répandue et non sans risques de complications.

À force de côtoyer Normand au cours de ce colloque, je lui ai demandé, animé par une curiosité toute médicale, quelle était sa recette. À vrai dire, je pensais qu'il avait eu une chirurgie de l'estomac. Que nenni.

Le diagnostic de diabète qu'il avait reçu deux ans plus tôt l'avait complètement terrorisé, car sa vaste culture lui avait rapidement permis de comprendre les effets terribles que cette maladie aurait sur sa vie. Il avait tout lu sur le sujet. Et comme il sait faire des synthèses impressionnantes, même dans des domaines complexes en dehors de son champ d'expertise, il avait décidé de ne pas se fier uniquement aux conseils et aux prescriptions de son médecin. Et de ne pas croire ce dernier quand il disait que son état de santé était irrémédiable, au propre comme au figuré.

Cet ouvrage explique sa démarche et bien plus encore. Tout diabétique apprendra beaucoup sur les causes du diabète, le contrôle de la glycémie, les médicaments ainsi que les complications, l'évolution et surtout la prévention de cette maladie.

Nous sommes dans l'ère du patient partenaire. Fini le docteur souverain et la toute-puissance du complexe médico-industriel, qui propose de nouvelles pilules pour tout problème. Normand Mousseau a démontré qu'il est possible de faire équipe, de se traiter soi-même, de prendre part activement à l'amélioration de son état de santé. Plus encore, qu'il est possible de se passer d'un médecin.

Aujourd'hui, son diabète a disparu.

Cet ouvrage est un espoir lumineux pour les millions de diabétiques. Rappelons-nous : les diabétiques étaient six fois moins nombreux il y a trente ans. Alors pourquoi ne pas remonter le temps ?

Avant-propos

— Il n’y a pas d’urgence, mais j’aimerais vous rencontrer le plus tôt possible.

Même dite d’une voix calme et posée, cette demande, faite par téléphone, n’avait rien de rassurant. J’étais passé par la clinique quelques jours plus tôt pour une infection qui refusait de guérir. Le médecin m’avait alors fait une ordonnance pour un onguent et un bain, me demandant également de passer quelques tests de laboratoire. J’avais quarante-six ans, et ce n’était que mon deuxième examen médical complet depuis que j’avais atteint l’âge adulte. Le premier avait eu lieu six ans plus tôt en réponse à une exigence du gouvernement français pour m’accorder un visa de travail comme professeur et chercheur invité. Tout allait bien alors, même si le médecin attiré à l’immigration m’avait recommandé de perdre du poids, considérant que ma glycémie, bien que dans les limites de la normale, était un peu élevée.

Malgré tout, l’appel de mon médecin ne m’avait pas inquiété outre mesure. J’avais l’impression d’avoir adopté un mode de vie santé, marchant régulièrement de mon travail à la maison, un trajet d’un peu plus de trois kilomètres, faisant de la bicyclette à l’occasion et évitant, autant que

possible, l'utilisation de ma voiture. Je ne pouvais m'empêcher, tout de même, de me dire qu'il était rare, aujourd'hui, de recevoir un appel personnel de son médecin et qu'il devait y avoir quelque chose de grave. J'ai donc accepté l'offre de le revoir rapidement, m'insérant entre deux rendez-vous le lendemain.

— Vous êtes diabétique. Votre glycémie est de 2,6¹.

Ce chiffre ne signifiait rien pour moi. Il a fallu que mon médecin, un homme approchant de la soixantaine, mince, faisant un mètre soixante quinze, aux cheveux blancs et à la voix emphatique, m'explique que la valeur normale à jeun se situait entre 0,72 et 1,1 g/l.

Cela voulait donc dire que j'étais malade, vraiment malade. Et je ne le savais même pas ! Comment était-ce possible ?

Comme j'allais le découvrir au fil de mes lectures, cette discrétion est une des particularités du diabète ; les symptômes de ce désordre du pancréas peuvent prendre de nombreuses années avant de se faire sentir.

Pourtant, l'annonce de ma maladie n'aurait pas dû être un choc. J'ai pesé de 90 à 112 kg pendant près de vingt ans. C'est beaucoup quand on a peu de muscles et qu'on ne mesure que un mètre quatre-vingts. De plus, le diabète est très présent dans ma famille : ma grand-mère, ma mère, ma tante, ma sœur et mon frère sont tous diabétiques et sous traitement médicamenteux.

1. En g/l. Comme plusieurs unités sont utilisées pour mesurer la glycémie, une table de conversion figure à l'annexe 4 (page 201).

Mais moi, j'étais différent, non? Durant la dernière décennie, j'avais fait des efforts pour perdre du poids, faire de l'exercice et demeurer actif. Jusqu'à un certain point, bien sûr...

— Commencez par 500 milligrammes de metformine deux fois par jour. Vous devriez aussi vous procurer un glucomètre; votre pharmacien vous montrera comment l'utiliser. Cet appareil vous permettra de suivre votre glycémie et de mieux la maîtriser. Il vous faudrait également commencer à faire de l'exercice, trois heures par semaine, et adopter une meilleure alimentation. Pour vous aider, vous pouvez rencontrer la nutritionniste de la clinique. Entre-temps, suivez le *Guide alimentaire canadien*. Pour le reste, je vous conseille de jeter un coup d'œil à Internet, vous y trouverez pas mal d'information. Une fois votre glycémie réduite, votre infection devrait disparaître. Revenez dans deux mois, on ajustera alors votre médication et on décidera si on vous donne également des statines pour votre cœur.

Toutes ces informations résonnaient dans ma tête. Je pouvais comprendre la plupart des mots, mais je n'étais pas vraiment certain de ce que tout cela signifiait.

— Et si je change mon train de vie, si je fais de l'exercice, si je mange mieux, je pourrai guérir?

Cette histoire de diabète n'était peut-être qu'un avertissement me poussant à me prendre en charge. Avec un peu d'effort, je pourrais certainement revenir à mon état normal.

— Grâce aux médicaments et à ces changements, vous pourrez maîtriser votre maladie. Cependant, on ne guérit pas du diabète; c'est une maladie chronique dont vous souffrirez pour le restant de vos jours.

Le restant de mes jours. Voilà qui n'était guère rassurant. Étonnamment, je n'avais jamais compris que le diabète est une maladie chronique pour laquelle il n'existe aucun traitement. Diabétique un jour, diabétique toujours, à tout le moins selon la position officielle du monde médical.

Pourquoi est-ce que je n'avais pas compris ça, alors que tant de gens que j'aime, de gens de ma famille, sont atteints de cette maladie? Je n'avais jamais été intrigué par celle-ci. Pour moi, il suffisait de faire un peu attention à son poids et à ce qu'on mange pour ne pas être affecté.

La réalité est bien plus dure. Le diabète est une maladie dégénérative dont les conséquences peuvent être mortelles. Il doit être pris très au sérieux.

En ce matin du mardi 7 mai 2013, je rejoignais le groupe grandissant des diabétiques du monde entier, ajoutant mon nom à une liste qui compte 2,5 millions de Canadiens, 22 millions d'Américains, 2,9 millions de Français et 3,2 millions de Britanniques qui ont reçu le diagnostic et qui, chacun à leur façon, doivent apprendre à vivre avec cette terrible maladie responsable d'un nombre important de cas de cécité, d'amputation, de maladie du rein et d'arrêt cardiaque. De ce nombre, environ 10 % souffrent du diabète de type 1, qui frappe généralement tôt dans la vie et qui est caractérisé par une incapacité à produire de l'insuline; l'essentiel des autres malades sont atteints du diabète de type 2, le sujet de ce livre.

Ce jour a aussi été celui où j'ai dû faire face à la réalité de la mort : à quarante-six ans, celle-ci s'approchait de moi de manière inexorable. Jusqu'alors, bien que j'aie été conscient d'approcher de la cinquantaine, je comptais vivre bien au-delà de quatre-vingts ans, et j'organisais ma vie en

conséquence. La découverte de mon diabète changeait la donne. Mon plan de vie n'était peut-être plus réaliste : après tout, l'espérance de vie d'un diabétique est inférieure de neuf ans à celle du citoyen moyen. Près du quart des années qu'il aurait dû me rester à vivre partaient ainsi en fumée. Et je devais m'attendre à ne pas aussi bien profiter de celles qui me restaient, car le diabète diminue aussi grandement la qualité de vie.

Lorsque je suis rentré à la maison, après ma journée de travail, j'étais complètement bouleversé. Tout changeait soudainement : mon avenir, ma vie, mes plans. Que me restait-il à faire ?

Les mêmes questions tournaient sans cesse dans mon esprit. Comment réagir ? Comment continuer ? Comment traiter avec cette maladie ? Devrais-je l'accepter ? La combattre ? L'ignorer ? Est-ce que ça changerait quelque chose ?

Le diabète n'est tout de même pas un diagnostic de mort rapide. On peut le maîtriser et composer avec lui tout en conservant une vie normale. J'ai donc décidé d'appliquer le programme suggéré par mon nouveau médecin de famille : faire attention à ce que je mange et à quand je mange, perdre du poids et faire de l'exercice – dans mon cas, m'adonner à la course trois ou quatre fois par semaine, durant quarante-cinq minutes. Malgré ces efforts, chaque prise de glycémie était une surprise : mes résultats dépendaient fortement de ce que j'avais fait la veille. Grâce à ma médication, qui avait été portée à 850 milligrammes de metformine deux fois par jour à la fin de juin 2013, je pouvais toutefois me maintenir à une valeur oscillant entre 0,9 et 1,08 g/l le matin et avant les repas, et autour de 1,44 g/l après, à l'intérieur de paramètres dits normaux.

Cela dit, il me suffisait de ne pas bouger durant quelques jours ou d'oublier une pilule pour que mon niveau de sucre bondisse.

En avril 2014, onze mois après mon diagnostic, j'avais perdu un peu plus de 15 kg et me maintenais autour de 90 kg, un poids qui me ramenait vingt ans en arrière. Ce n'était pas trop mal, considérant que j'avais passé les trois derniers mois à Paris, soumis à de nombreuses tentations!

Pourtant, le pronostic fatal de mon médecin continuait de me hanter. Peu importe ce que je ferais, ma maladie continuerait de progresser, sans appel. J'étais condamné à passer le reste de ma vie à surveiller les aliments que je mangeais et à prendre des médicaments tout en sachant qu'un jour ou l'autre je perdrais la maîtrise de ma maladie. J'avais consacré ma première année de diabétique à m'habituer à mon mal et à me reprendre en main. À l'approche du premier anniversaire de mon diagnostic, il était temps de passer à l'étape suivante : trouver une voie de guérison!

Est-ce à cause de la frustration d'avoir dû refuser toute cette nourriture alors que je m'apprêtais à quitter la Ville lumière ou tout simplement parce que j'avais eu le temps d'absorber et d'accepter mon état? Je n'en suis pas certain, mais c'est durant cette période que j'ai senti l'envie de retourner sur Internet et de me remettre à la recherche de pistes m'indiquant comment vaincre mon diabète.

Si vous l'avez fait vous-même, vous savez ce que j'ai trouvé : un grand nombre de sites promettant la guérison à condition de se limiter à une alimentation bien précise, biologique, végétarienne ou *vegan*, ou de s'empiffrer d'une vitamine particulière ou de thé vert ! Malheureusement, ces approches ne sont étayées par aucune étude médicale, et la

plupart semblent plutôt viser le portefeuille du malade que son pancréas. Les vidéos et les suppléments alimentaires proposés sont-ils essentiels à la guérison... ou à la fortune de ceux qui en font la promotion ?

Je pourrais bien sûr passer en revue les dizaines de régimes, de vitamines et de traitements bidon que j'ai examinés durant ma première année de diabète, mais ça ne servirait à rien. Dans bien des cas, heureusement, ces traitements ne semblent pas nocifs. On peut donc les suivre sans risque pour la santé. Par contre, la vaste majorité réussit, au mieux, à faciliter la maîtrise de la glycémie, en poussant un peu plus loin les recommandations standard des associations de diabète. Pour les autres, l'effet est complètement nul et ne sert, selon moi, qu'à nous rassurer.

En tant que physicien et chercheur, j'ai rapidement abandonné ces sites, puisque la plupart d'entre eux n'avaient pas de fondements scientifiques, ne pouvaient améliorer ma santé de manière significative et n'apportaient aucune garantie quant à leur innocuité. Rien de tout cela ne semblait particulièrement tentant ou raisonnable. À l'évidence, aucune de ces approches ne s'appuyait sur les règles de l'art de la recherche médicale ou n'avait été testée correctement. Il n'était pas question que je risque de détériorer ma santé pour des promesses en l'air !

Toute cette frime me déprimait mais, malgré des pistes qui ne semblaient mener à rien, je continuais de m'accrocher, poursuivant mes recherches chaque fois que j'avais un moment. Il devait bien y avoir quelque part, au milieu de ces offres de charlatans, une voie crédible vers la guérison. J'avoue toutefois que je commençais à perdre espoir.

C'est alors que je suis tombé sur un article de Richard

Doughty paru dans le quotidien britannique *The Guardian*. Ce texte présentait le cas du journaliste lui-même. On avait diagnostiqué le diabète de type 2 chez lui, en dépit d'un poids tout à fait normal de 67 kg pour une taille de un mètre soixante-dix. Après avoir perdu 6 kg, il a décidé de suivre le programme élaboré par Roy Taylor. Au bout de onze jours d'un régime très pauvre en calories, grâce à laquelle il comptait atteindre son objectif de 57 kg, il a réussi à ramener sa glycémie à 0,92 g/l, la valeur normale à jeun, signe d'une rémission complète.

Cet article a éveillé un certain espoir en moi. Tout d'abord, *The Guardian* est un quotidien d'excellente réputation que je connais bien; ensuite, le Roy Taylor mentionné dans l'article existe vraiment. C'est un chercheur comptant plusieurs années d'expérience sur le sujet et ayant publié de nombreux articles dans des revues crédibles et de qualité. Sans perdre un instant, j'ai donc récupéré directement les textes de Taylor, remontant à la source de l'information. Il m'était ainsi facile d'évaluer la validité des déclarations de Taylor. J'ai fouillé la littérature pour vérifier ses affirmations au sujet, notamment, des retombées de la chirurgie bariatrique.

À ma grande surprise, tout semblait parfaitement raisonnable et défendable : les résultats de Taylor sur un petit groupe de diabétiques étaient compatibles avec les nombreuses études décrivant les effets de la chirurgie bariatrique, études qui ne se concentrent pas spécifiquement sur cette maladie, comme je l'ai dit plus tôt, mais qui présentent de nombreuses données pertinentes. Si l'ensemble des hypothèses de Taylor n'était pas confirmé par la littérature, son travail semblait tout à fait crédible.

Mieux encore, l'hypothèse du professeur Taylor est d'une simplicité désarmante : il est possible, en suivant un régime hypocalorique très strict, de ramener sa glycémie à la normale en quelques jours seulement, à tout le moins pour les patients récemment diagnostiqués. Il est même possible d'éliminer toute trace de diabète de type 2 chez une portion importante des personnes touchées si le régime est maintenu suffisamment longtemps et si le poids diminue, menant à la rémission ou à la guérison, selon le point de vue.

Voilà. Vous avez ici toute l'information nécessaire pour reprendre votre vie en main. Vous pouvez arrêter ici votre lecture, remettre ce livre sur son étagère et appliquer dès maintenant le régime prescrit. C'est aussi simple que ça.

Bien sûr, il se peut aussi que vous souhaitiez comprendre un peu mieux l'origine de ce traitement et comment il est compatible avec nos connaissances les plus récentes sur le diabète. Vous voulez peut-être savoir si ce régime a fonctionné pour moi avant de le suivre vous-même (la réponse est oui!).

Les chapitres qui suivent présentent notre compréhension actuelle du diabète, ses symptômes, ses effets, les traitements traditionnels ainsi que les avancées chirurgicales à l'origine de la révolution conceptuelle proposée par un physiologiste britannique il y a quelques années. Alors qu'une première étude à grande échelle est en cours actuellement au Royaume-Uni afin d'établir la validité de cette hypothèse, de nombreux résultats et évidences anecdotiques soutiennent déjà ses principes fondamentaux. Comme c'est souvent le cas en science, cette révolution a l'air presque évidente une fois qu'on en connaît la base. Ne

vous y trompez pas. Il est très difficile de s'opposer à des décennies de tradition, et la cure du professeur Taylor n'est pas encore acceptée par l'ensemble de l'industrie du diabète, pour qui la situation actuelle comporte de nombreux avantages.

Si vous ne voulez pas attendre avant de commencer la cure, passez directement au chapitre 16, qui présente en détail les étapes à suivre. N'oubliez pas, toutefois, de revenir aux premiers chapitres une fois que vous aurez commencé votre régime et que vous en serez à votre troisième verre d'eau, afin de couper un peu votre faim temporaire. Rien ne vaut une bonne compréhension pour garder la motivation dans les moments difficiles !

CHAPITRE 1

Je suis diabétique

La découverte de mon diabète a été un double choc. Bien sûr, je savais que j'étais plutôt enveloppé, mais j'avais l'impression que je mangeais relativement bien tout en menant une vie assez active, marchant une douzaine de kilomètres par semaine et faisant du vélo à Montréal pendant l'été. Comment avais-je pu devenir diabétique? Cette maladie était réservée aux autres, à ceux qui se préoccupent peu de leur corps, pas à moi!

J'étais aussi troublé par ma faible connaissance du diabète. J'ai un doctorat en physique, je travaille sur les maladies amyloïdes, qu'on associe souvent à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson, mais qui affectent également directement les diabétiques de type 2, et je suis un passionné de la vulgarisation scientifique, m'intéressant aux sujets les plus divers, allant du libre arbitre dans le monde moderne au boson de Higgs. Pourtant, hormis le fait que le sucre est mauvais pour le diabète, j'ignorais tout des éléments les plus fondamentaux de cette maladie.

Si on vient tout juste de diagnostiquer cette maladie chez vous, vous êtes peut-être aussi ignorant que je l'étais. Peut-être, tout comme moi, penserez-vous, dans un pre-

mier temps à tout le moins, qu'il est mieux de ne pas en apprendre davantage, en espérant que ce sera suffisant pour que la maladie disparaisse, comme par magie, enrobée dans un nuage d'ignorance. Vous pouvez également vous dire, au contraire, que si vous apprenez tout ce qu'il y a à savoir, vous serez en mesure de reprendre les rênes de votre vie.

Toutefois, ce n'est pas tout de comprendre : il faut agir sur cette connaissance et être prêt à changer notre mode de vie et nos habitudes aussi rapidement que possible. En effet, plus vite on change, plus il est facile de maîtriser le diabète et même, comme nous le verrons, de le vaincre.

C'est pourquoi je commence ce livre par une revue rapide de ce qu'est le diabète, reprenant certaines données qui vous sont probablement familières, mais qui vous prépareront pour l'examen plus détaillé de cette maladie, de son origine et de ses effets à long terme présenté à la section suivante.

Diabète de type 1, de type 2, gestationnel ou autre ?

Le mot *diabète* s'applique à plusieurs maladies fondamentalement différentes qui touchent le même organe, le pancréas. Ces maladies se traduisent par des effets similaires sur le reste du corps et commandent, généralement, des traitements qui se recoupent.

Le diabète de type 1, ou, comme on l'a longtemps appelé, le diabète sucré insulino-dépendant, est souvent le résultat d'une réaction auto-immune qui détruit spécifiquement les cellules bêta, qui sont directement respon-

sables de la production d'insuline. Cette réaction a généralement lieu chez les jeunes, même si elle peut se produire à tout moment de la vie. Alors que les cellules bêta sont attaquées et détruites, la production d'insuline diminue progressivement et de manière irréversible. Or, l'insuline est essentielle à notre corps pour lui permettre d'absorber l'énergie nécessaire à sa survie. Les diabétiques de type 1 doivent donc remplacer la production interne d'insuline par un apport extérieur.

L'origine du diabète de type 1 ainsi que les facteurs qui déclenchent la réaction auto-immune sont encore très mal connus. Cette maladie peut être causée par des facteurs externes tels que l'infection virale. Elle peut aussi être associée à des facteurs héréditaires touchant, par exemple, des antigènes des leucocytes humains, associés au système immunitaire. Ce n'est pas systématique, toutefois, et dans certains cas, qu'on regroupe sous le vocable *diabète idiopathique de type 1*, on ne trouve aucun signe d'anticorps spécifiques associés avec la mort des cellules bêta. Cela laisse les chercheurs sans indice quant à la nature du mécanisme qui est à l'origine de cette dégénérescence. Sans surprise vu la diversité des causes, la vitesse à laquelle la maladie se développe varie largement en fonction de sa nature, et va de très lente à foudroyante. Malgré l'évidence d'une origine au moins partiellement génétique, un jumeau identique, par exemple, n'a qu'une probabilité de 50 % d'avoir la maladie si sa sœur ou son frère en souffre, ce qui explique en partie pourquoi on n'a toujours pas identifié de marqueur génétique spécifique à cette maladie.

Le diabète de type 2 est une maladie dont l'origine est très différente. Il est vraisemblablement causé par une résis-

tance à l'insuline qui conduit à l'hyperglycémie et qui provoque des effets similaires au diabète de type 1. Parce que l'insuline est moins facilement absorbée par l'organisme, les cellules bêta compensent d'abord en augmentant leur production dans le but de maîtriser la glycémie. Au fil du temps, elles deviennent de moins en moins en mesure de soutenir cette hyperactivité, et la glycémie augmente, menant à diverses complications pouvant être fatales.

Contrairement au diabète de type 1, cette maladie est due à un mélange de facteurs génétiques prédominants et de mauvaises habitudes de vie. L'histoire familiale permet donc de prédire assez précisément son apparition. Ainsi, le risque d'être atteint du diabète de type 2 est de presque 100 % chez les jumeaux monozygotes et d'environ 25 % chez un membre d'une famille ayant une histoire de diabète de type 2 (Olokoba *et al.*, 2012).

Les facteurs génétiques sont le plus souvent associés à une sensibilité à l'insuline qui est inférieure à la moyenne et qui conduit au surmenage des cellules bêta. Dans des conditions normales, cette sensibilité réduite peut être compensée par l'organisme durant la vie entière sans risque particulier pour la santé. Lorsqu'elle est couplée à une vie sédentaire et à l'obésité, deux conditions qui contribuent à diminuer encore plus la sensibilité à l'insuline, cependant, la prédisposition génétique est presque une assurance de graves problèmes à venir. Les cellules bêta, déjà surchargées par une sensibilité à l'insuline naturellement faible, ne peuvent alors répondre à la demande. Au fil du temps, sous la pression, elles meurent lentement, ce qui mène à l'hyperglycémie et au diabète de type 2. C'est pourquoi, historiquement, les premiers symptômes du diabète

de type 2 avaient tendance à apparaître relativement tard dans la vie, généralement après quarante ans. Aujourd'hui, toutefois, vu la diminution constante de l'activité physique et l'augmentation de l'obésité chez les enfants, on observe régulièrement cette maladie chez des individus dans la vingtaine et la trentaine. Cette évolution laisse entrevoir une augmentation considérable du poids du diabète sur le système de santé au cours des prochaines décennies.

Le diabète gestationnel, quant à lui, est lié au diabète de type 2. Il touche les femmes non diabétiques qui présentent une hyperglycémie et une résistance à l'insuline supérieure à la normale pendant la grossesse. Puisque l'hyperglycémie peut affecter le fœtus et la mère pendant la grossesse, il est important de la traiter rapidement. Heureusement, le diabète de grossesse disparaît généralement après la naissance de l'enfant. Le risque de voir le diabète de type 2 se déclarer, en revanche, est nettement plus élevé chez les femmes qui ont souffert de diabète gestationnel. Cela suggère que celui-ci est un indicateur d'une certaine prédisposition au diabète de type 2. Pourtant, en raison de son caractère temporaire, il y a peu d'études qui visent directement cette affection, particulièrement en regard de l'immense quantité de données et de publications relatives aux diabètes de type 1 et de type 2.

Pris ensemble, le diabète de type 1, le diabète gestationnel et divers diabètes dits monogéniques (dont je n'ai pas parlé) représentent de 5 à 10 % des cas de diabète. Plus de 90 % des diabétiques sont donc touchés par le diabète de type 2. Cette proportion est encore plus grande lorsqu'on inclut les personnes prédiabétiques, qui ont déjà des niveaux de sucre dans le sang suffisamment élevés pour

accroître de manière notable certains risques associés au diabète. Voilà pourquoi le diabète de type 2 fait l'objet de tant d'attention depuis les deux dernières décennies.

Comment reconnaître la maladie ?

Si on a diagnostiqué le diabète chez vous, vous connaissez vraisemblablement les symptômes classiques de cette maladie. Cette liste est accessible un peu partout sur Internet, ainsi que dans des brochures et des dépliants distribués par diverses associations de diabète. Les sites de l'Association canadienne du diabète et de l'American Diabetes Association¹, par exemple, fournissent la liste des symptômes les plus courants du diabète adulte.

- Soif inhabituelle
- Mictions fréquentes
- Changement de poids (gain ou perte)
- Fatigue extrême ou manque d'énergie
- Vision floue
- Infections fréquentes ou récurrentes
- Coupures et ecchymoses qui prennent du temps à guérir
- Picotements ou engourdissements dans les mains ou les pieds
- Difficulté à obtenir ou à maintenir une érection

1. Une liste plus complète des ressources en ligne est présentée à l'annexe 1. La plupart de ces sites présentent à peu près les mêmes renseignements. Vous pouvez donc vous en tenir à un ou deux sites que vous aimez particulièrement.

Plusieurs de ces symptômes sont connus depuis des siècles, car le diabète est apparu il y a très longtemps. Le mot *diabète* lui-même vient du terme grec qui signifie « siphon » et a été utilisé, au moins depuis le xv^e siècle, pour toute affection associée à des mictions hors de l'ordinaire. Le nom complet de la maladie, *diabète sucré*, a été introduit vers 1860². Il décrit un état associé à la présence d'un taux anormalement élevé de sucre dans l'urine et le sang. Le diabète sucré et ses symptômes caractérisent les diabètes de type 1 et de type 2, même si, comme on l'a vu, les causes de ces maladies sont différentes.

Le problème avec les symptômes énumérés plus haut, comme vous le savez sans doute déjà, est qu'ils peuvent facilement être négligés dans leur forme bénigne. Après tout, qu'est-ce qu'une soif inhabituelle ? J'avais pris l'habitude, par exemple, d'avoir toujours de l'eau sur ma table de chevet et de boire plusieurs fois pendant la nuit. Cependant, je n'avais jamais pensé que ce comportement était inhabituel ou symptomatique. Et puis, je n'avais pas besoin de me lever régulièrement la nuit pour uriner.

A posteriori, il est probable que cette habitude était déjà une indication de la présence du diabète et un signal que quelque chose ne tournait pas rond. Si j'avais été plus alerte, ça aurait pu me pousser à consulter un médecin beaucoup plus tôt, mais nous avons tous nos bizarreries et nous avons

2. Afin de ne pas alourdir le texte, je laisserai tomber l'adjectif *sucré* dans le reste du livre, ainsi que la précision *type 2* lorsqu'il n'y aura pas de risque de confusion. En général, donc, le mot *diabète* employé seul renverra au diabète sucré de type 2.

tendance à négliger les changements dans nos habitudes parce qu'ils ne semblent pas importants ou parce que nous craignons qu'ils le soient.

Ma situation n'est pas unique. La plupart des personnes souffrant de diabète de type 2 manifestent certains de ces symptômes, mais ont tendance à les ignorer en raison de leur apparence bénigne. En moyenne, la maladie est présente depuis cinq à sept ans au moment du diagnostic et a déjà causé des dommages importants aux vaisseaux sanguins et à plusieurs organes. Si un traitement avait été appliqué durant cette période, on aurait pu soutenir le pancréas et soulager les cellules bêta à un stade où les effets n'auraient pas encore eu le temps de devenir permanents.

Le long délai entre l'éclosion de la maladie et l'apparition des symptômes ne constitue pas vraiment une excuse pour expliquer mon inaction. Après tout, un certain nombre de facteurs externes auraient dû déclencher un signal d'alarme et me pousser à vérifier mon niveau de sucre dans le sang.

En effet, s'il n'existe pas de signaux d'avertissement pour le diabète de type 1, ce n'est pas le cas pour le diabète de type 2, qui a une origine complexe mêlant des facteurs génétiques et héréditaires avec des composantes environnementales et comportementales. Le diabète de type 2 est donc une maladie à la fois physiologique et sociale qui peut être prédite avec un bon degré de certitude.

C'est pourquoi nous n'avons pas toujours besoin d'un médecin pour estimer notre risque de souffrir de cette maladie. Pour plusieurs d'entre nous, il suffit d'examiner notre environnement. Y a-t-il des gens de notre famille – parents, grands-parents, tantes, oncles, frères et sœurs,

etc. – qui sont touchés ? Si tel est le cas, la probabilité que nous souffrions d'une résistance à l'insuline nous rendant sujets au diabète est élevée.

Il ne suffit pas de regarder autour de nous ; il est également nécessaire de jeter un coup d'œil à notre mode de vie. Souffrons-nous d'obésité ou d'embonpoint ? Sommes-nous physiquement inactifs ? Ces deux facteurs contribuent de manière importante à l'apparition du diabète. Les probabilités d'être atteints de cette maladie augmentent rapidement si nous avons un mode de vie sédentaire ainsi qu'un excès de graisse, particulièrement dans la région de l'abdomen. Cela dit, les personnes minces ou maigres peuvent aussi avoir le diabète, possiblement en raison d'une hypersensibilité à la graisse couplée à une très faible capacité des muscles à absorber l'insuline. Je reviendrai sur ce point important un peu plus loin.

Enfin, à quel groupe d'âge appartenons-nous ? Le diabète tend à apparaître après quarante ans, même si, comme on l'a dit, il frappe de plus en plus tôt, puisque les enfants d'aujourd'hui sont moins actifs et beaucoup plus susceptibles d'afficher un surpoids et d'acquérir une résistance à l'insuline.

L'importance de notre environnement ne peut être sous-estimée en ce qui touche le diabète. Bien que les facteurs héréditaires et sociaux soient formellement indépendants, nous sommes des animaux grégaires, et notre prédisposition à souffrir de cette maladie est en grande partie déterminée par notre entourage familial et social. En effet, si nos parents biologiques sont responsables de nos gènes, notre environnement détermine largement notre mode de vie, nos habitudes alimentaires et notre relation avec l'acti-

tivité physique et le sport. Bref, si les membres de notre famille ont une propension à souffrir du diabète, il est probable qu'outre les diverses prédispositions génétiques, les traditions et les coutumes familiales favorisent l'embonpoint et l'oisiveté. Cette influence multiforme explique pourquoi une maladie non transmissible comme le diabète de type 2 peut se développer sur un mode épidémique.

Cette influence explique également pourquoi il est important d'examiner votre famille ainsi que vos amis et vos cercles sociaux. Si le diabète est présent autour de vous, n'attendez pas l'arrivée des symptômes pour consulter, surtout si vous avez plus de quarante ans et même si vous pensez, comme je le faisais, que vous êtes plus maigre et plus actif que le reste de votre famille. C'est aussi simple que cela.

Le diagnostic

Le diabète est généralement diagnostiqué à la suite de mesures anormales de la glycémie (concentration de sucre ou de glucose dans le sang). Vous pouvez évaluer vous-même votre glycémie instantanée avec un glucomètre. Toutefois, parce que la quantité de sucre dans le sang varie énormément pendant la journée, en fonction des repas, de l'exercice, de l'alcool, etc., une mesure prise à un moment quelconque n'est pas toujours très utile. Voilà pourquoi les médecins utilisent des protocoles bien précis pour obtenir des données significatives pouvant être comparées à des valeurs de référence.

Ainsi, la glycémie à jeun, définie comme la proportion

de sucre dans le sang mesurée au moins douze heures après avoir mangé quelque chose, représente la valeur de base pour définir l'état de la maladie. Bien que ce test demande un peu de planification, il est simple à administrer, et les résultats sont obtenus rapidement. Au quotidien, on simplifie un peu la procédure : on se contente de prendre des mesures au lever ou avant les repas.

Un indicateur plus traditionnel est le niveau de tolérance au glucose, qui mesure essentiellement la capacité de l'organisme à réagir au moment de l'absorption rapide d'une grande quantité de sucre. Cette mesure est typiquement obtenue en suivant l'évolution du niveau de sucre dans le sang durant les deux heures qui suivent l'ingestion d'une solution contenant 75 grammes de glucose.

Le troisième indicateur standard est la mesure de l'hémoglobine glyquée, souvent abrégée : HbA_{1c} ou A_{1c}. Cette forme d'hémoglobine fournit des renseignements sur la glycémie moyenne de l'organisme, intégrée sur une période de deux ou trois mois.

Selon le *Guide des pratiques cliniques* de l'Association canadienne du diabète, qui s'aligne avec la plupart des associations nationales de diabétiques, le diabète de type 2 est diagnostiqué quand au moins une des conditions suivantes est remplie.

- Glycémie à jeun de 1,86 g/l ou plus
- Glycémie deux heures après un test de tolérance au glucose de 2 g/l ou plus
- Valeur de l'hémoglobine glyquée de 6,5 % ou plus
- Niveau de glucose dans le sang au-dessus de 2 g/l à tout moment de la journée

En principe, si votre glycémie à jeun est près de la limite inférieure, votre médecin a besoin d'un deuxième test pour confirmer le diagnostic de diabète de type 2. Pour la plupart des gens, cependant, au moment où le diabète est diagnostiqué, la glycémie est bien au-dessus de 1,26 g/l, atteignant 1,8, 2,7 ou même 5,5 g/l. Dans ces cas, le diagnostic est immédiat, surtout en présence de certains des symptômes décrits plus haut, et il n'est pas nécessaire de faire un deuxième test.

Le prédiabète

Malgré ce qu'on pourrait croire, les risques pour la santé n'apparaissent pas soudainement lorsqu'on franchit les seuils adoptés par la communauté médicale. Ceux-ci ont été introduits pour permettre des diagnostics clairs. Néanmoins, s'il n'y a aucune ligne magique qui sépare la santé de la maladie, on sait toutefois que certaines glycémies sont caractéristiques d'organismes ayant beaucoup de difficulté à maîtriser leur glucose. Les personnes qui sont dans cette situation sont presque assurées de voir leur état se détériorer rapidement si aucune action n'est prise. Ainsi, les individus qui présentent un taux d'HbA_{1c} se situant entre 6 et 6,4 % affichent une résistance presque totale à l'insuline, et leurs cellules bêta ne fonctionnent déjà plus qu'à environ 20 %, ce qui n'est pas loin du diabète, même si, formellement, ces personnes n'en souffrent pas encore (Daniele *et al.*, 2014).

Voilà pourquoi les diverses associations nationales de diabète ont introduit le concept de *prédiabète*, qui est associé à un taux de glucose à jeun mal maîtrisé ou à une tolé-

rance limitée au glucose. Ici, toutefois, le consensus sur les divers seuils n'est pas parfait. L'Association canadienne du diabète, par exemple, propose les seuils suivants, basés sur les mêmes tests que pour le diabète.

- Glycémie à jeun de 1,10 g/l ou plus
- Glycémie à deux heures entre 1,40 et 1,99 g/l
- Valeur de l'hémoglobine glyquée entre 6,0 et 6,4 %

L'American Diabetes Association, de son côté, utilise des valeurs légèrement plus basses : glycémie à jeun de 1,00 à 1,25 g/l, glycémie à un test de tolérance au glucose de 1,40 à 1,99 g/l et HbA_{1c} de 5,7 à 6,4 %.

Les personnes qui répondent à ces critères ne présentent pas de risque accru de maladies microvasculaires. Cependant, elles ont une probabilité plus élevée de souffrir de troubles cardiovasculaires ainsi que de diabète. Elles n'auront pas automatiquement le diabète, particulièrement si elles ne répondent qu'à un critère, et une certaine proportion d'entre elles retrouveront même un jour une glycémie normale.

Ce n'est pas une raison pour ne rien faire. Si vous faites partie des gens prédiabétiques, vous devriez plutôt recevoir cette nouvelle comme un avertissement. Il est temps d'agir et de changer vos habitudes, mais il n'est pas trop tard pour éviter les divers risques associés au diabète. L'approche présentée dans ce livre s'applique tout à fait à votre cas. Alors, poursuivez votre lecture.

Dois-je m'en faire ?

La plupart des gens qui souffrent de diabète vivent une vie normale. Le diabète est indolore, et plusieurs de ses effets les plus importants ne nous affectent que sur le long terme. Cette discrétion explique pourquoi de nombreux patients et médecins considèrent que cette maladie n'est pas si grave, après tout. Or, les conséquences directes et indirectes du diabète sont majeures, et cette maladie doit être prise au sérieux. Il faut y faire face avec vigueur pour notre propre bénéfice et notre qualité de vie, mais aussi en raison de sa prévalence et de son impact sur le système de santé dans son ensemble.

Une forte concentration de glucose dans le sang cause des dommages considérables à notre corps. Cela affecte la vision, bien sûr, mais pas seulement : près des trois quarts des personnes atteintes de cette maladie silencieuse souffrent de dégradation du système nerveux, particulièrement aux extrémités – pieds, mains –, d'un ralentissement de la digestion, du syndrome du canal carpien, de dysfonction érectile. Et ça ne s'arrête pas là : le système nerveux central est lui aussi généralement affecté, ce qui accroît le risque d'accident vasculaire cérébral et de troubles cognitifs. En termes simples, le diabète est associé directement à une augmentation du risque de cécité, d'amputation, de problèmes cardiaques et de démence.

N'est-ce pas suffisant pour agir ?

À qui dois-je en parler ?

Après avoir reçu un diagnostic de diabète, ne gardez pas cette mauvaise nouvelle pour vous. Vous pouvez agir pour ralentir la progression de la maladie en mettant votre famille et vos proches au courant de votre état. Ce n'est pas nécessairement facile. Personne ne veut être défini par une maladie. Ça a certainement été le cas pour moi. J'ai hésité pendant plusieurs mois avant de parler de ma maladie à mon entourage. Je percevais ce diagnostic comme un échec personnel, démontrant une incapacité à prendre soin de moi. Après tout, j'étais le seul responsable de mon poids et de mon inactivité physique. Le diabète, pour plusieurs d'entre nous, est une projection publique de la personnalité la plus profonde. Et l'image qu'il renvoie n'est souvent pas celle que nous aimerions voir.

Pourtant, parce que le diabète est en grande partie évitable, nous avons la responsabilité d'en parler autour de nous. En annonçant notre état et en discutant des risques associés au diabète, nous pouvons aider un frère, une fille, une nièce ou un ami à agir de manière préventive en perdant du poids ou en commençant à bouger, avant qu'il soit trop tard. Les conversations franches et ouvertes sont probablement l'un des meilleurs moyens d'enrayer cette épidémie planétaire.

Le fait de parler de votre état pourrait également vous permettre de soutenir des membres de votre famille ou de votre entourage qui souffrent du diabète et qui n'ont pas encore la volonté ou la force d'en discuter. Les échanges avec d'autres personnes touchées constituent un excellent moyen de mieux maîtriser votre maladie, de tolérer les

rechutes et de faire les changements qui s'imposent sur le plan de votre mode de vie.

Cet appui est important. En effet, ce n'est pas du jour au lendemain que vous êtes devenu inactif ou que vous avez pris du poids. Tout comme moi, vous avez probablement suivi de nombreux régimes et commencé, à plusieurs reprises, à faire de l'activité physique. Cependant, pour toutes sortes de raisons, cela n'a pas duré. Quoi que vous puissiez entendre des gens minces et actifs, il n'est pas facile de changer nos habitudes, et plus les échecs s'accumulent, plus ça devient difficile.

Le fait de parler de votre maladie peut vous aider à changer votre mode de vie. Dites aux gens de votre entourage de ne pas vous donner de grosses portions de nourriture ni de bonbons à votre anniversaire. Rappelez-leur d'attendre que vous ayez atteint votre poids cible avant de vous offrir des vêtements et dites-leur que vous souhaitez faire de l'exercice, tout en les invitant à se joindre à vous.

Il y a de nombreuses bonnes raisons de faire connaître votre état autour de vous. Cela dit, que vous décidiez ou non de parler ouvertement de votre diabète, rappelez-vous que vous n'êtes pas défini par cette maladie, pas plus que par la longueur de votre nez ou la couleur de vos yeux. Pour le moment, le diabète fait partie de vous, il affecte une partie de votre vie, mais il n'est pas vous. Vous êtes beaucoup plus que ça, pour le meilleur et pour le pire!

Passer du « je suis diabétique » au « j'ai le diabète », puis au « je suis guéri »

Nous ne devrions pas laisser une maladie, ou toute autre condition, nous définir. Cela veut dire qu'il faut, dans un premier temps, passer du « je suis diabétique » au « j'ai le diabète ». Ce déplacement de sens facilite la prise en charge de la maladie et donne la possibilité de considérer des avenues permettant de la maîtriser et même d'en guérir.

Une fois que j'ai eu reçu mon diagnostic, il m'a fallu quelques semaines pour vraiment commencer à agir. Bien sûr, j'ai accepté les médicaments dès le premier jour, en plus d'apprendre à utiliser mon glucomètre. Cela restait tout de même bien superficiel; mon changement d'attitude devait avoir lieu à un niveau beaucoup plus profond. Pour ce faire, j'avais besoin d'être convaincu de l'importance d'un tel changement. Dans mon cas, l'acceptation et l'intégration sont passées, tout d'abord, par une recherche presque boulimique d'information sur le diabète, sur la façon dont il évolue et affecte la santé. Je voulais comprendre en détail ce que je devais faire pour maîtriser la situation.

Ça n'a pas été facile. J'ai découvert que les données se répètent beaucoup, mais qu'elles ne vont généralement pas en profondeur. Surtout, l'approche proposée par presque tous vise à limiter les dégâts plutôt qu'à vraiment s'attaquer à la maladie. Pour approfondir la question, il m'a fallu aller au-delà de l'information accessible au grand public et me plonger dans la documentation scientifique. Décortiquer les études et les expériences a été un travail considérable pour lequel ma formation de scientifique m'a été fort utile.

Je vous propose donc de vous épargner quelques efforts en vous offrant le produit de mes lectures et de mes analyses dans un langage compréhensible. Dans la première partie du livre, je présente ce qui est connu sur le diabète : ses bases physiologiques, ses effets sur la santé, son évolution. Dans la deuxième partie, je parle de l'approche standard concernant le diabète, des directives habituelles, des recommandations alimentaires, des médicaments. Je montre que cette approche échoue lamentablement à inverser le cours de la maladie ou même à arrêter sa progression.

Ces deux parties, qui répéteront parfois ce que vous savez déjà, vous convaincront de l'importance de vous détacher de l'approche dominante et d'adopter la voie de la guérison proposée par Roy Taylor. Je présente cette voie dans la dernière partie du livre, en commençant par les progrès récents dans la compréhension du diabète, qui sont venus en grande partie de la recherche sur les effets de la chirurgie bariatrique. Ensuite, je traite du régime à très faible teneur en calories qui pourrait vous guérir complètement. Mon but est de m'assurer que vous en saurez assez, à la fin de cet ouvrage, pour être convaincu que les directives actuelles sont insuffisantes et que la solution que je vous propose, si simple à mettre en place, est la meilleure façon de vous attaquer directement au diabète.



ACHETER CE LIVRE

Comment
j'ai vaincu le
DIABÈTE

272 pages
Format 14 x 21
17.00 €

Le livre qui peut changer la vie de tous les diabétiques de type 2

Le diabète de type 2, maladie incurable. Vraiment ? Ce n'est pas ce que dit la science ni ce que montre l'expérience vécue par Normand Mousseau.

Quand ce physicien reçoit son diagnostic, il s'en remet d'abord à son médecin qui lui conseille de mieux manger, perdre un peu de poids, faire du sport, et lui prescrit des médicaments pour faire baisser sa glycémie.

Devant des résultats bien maigres, inquiet du risque élevé de complications (maladies rénales et cardio-vasculaires, troubles oculaires, atteintes nerveuses...), Normand Mousseau part à la recherche **d'une alternative crédible, basée sur la science.**

Il découvre **le protocole de l'Université de Newcastle (Royaume-Uni)** : un régime de quelques semaines très pauvre en calories qui a guéri de nombreux patients du diabète. C'est ce protocole qu'il choisit de suivre. Aujourd'hui il n'est plus diabétique.

Dans ce récit autobiographique passionnant, Normand Mousseau livre une excellente vulgarisation scientifique des causes de la maladie et des moyens de la guérir. C'est la première fois qu'un livre grand public présente le protocole de l'Université de Newcastle et les étapes à suivre pour l'appliquer avec succès, recettes comprises.

***Normand Mousseau** est professeur de physique à l'Université de Montréal. Il anime une émission scientifique hebdomadaire sur radio VM au Canada.*

www.thierrysouccar.com

Prix : 17 € TTC France

ISBN 978-2-36549-206-5



9 782365 1492065