

Guérir le diabète génétique immun

Yann River, yann.river@proton.me

2022

1 Résumé 250 mots

J'ai été traité pour du diabète 2 : 60 ans, 1,74 m, moins de 62 kg, non fumeur. Diamicon, insuline, Metformine. En 1 semaine, Diamicon manque me tuer 2 fois : 2 hypoglycémies nocturnes. 2 rétinopathies.

Oups! Ah oui, c'est du diabète 1, génétique immun, insulino-dépendant, irréversible, incurable... Pronostic : dans 2 ou 3 ans, j'aurai une pompe à insuline. J'ai guéri. Comment? Je comprends que :

- plus je m'injecte de l'insuline, moins mon pancréas en produit.
- mon pancréas n'en produit pas assez car je mange du "poison" (par concision).
- pour moi, et peut-être pour les autres diabétiques, le "poison", c'est les glucides et les lectines.

Donc j'arrête le "poison". Presque chaque jour, ma glycémie est assez basse pour réduire de 2 unités ma dose d'insuline. J'endure les douleurs du manque : le "poison" est addictif. Après quelques jours, je n'ai plus besoin d'insuline. Youpi!

Je continue ma diète. Je ne l'ai jamais arrêtée. Les douleurs du manque se dissipent en quelques jours. Plus tard, je fais de même pour arrêter de prendre la metformine. J'ai toujours suivi les prescriptions du diabétologue.

Aujourd'hui, je suis guéri : je n'ai plus de diabète, je ne prends aucun médicament. Diabétiques 1, diabétiques 2, faites comme moi : à part les douleurs, provisoires, du sevrage et vous priver de vos plats favoris, cette diète ne vous fait courir aucun risque supplémentaire et ne vous cause aucun dommage supplémentaire.

Parents, si vous avez des enfants diabétiques, ne les laissez pas tomber dans le piège.

2 Message aux diabétiques

Diabétiques : une diète sans sucre et sans lectine m'a guéri du diabète génétique immun, théoriquement incurable ; pourquoi pas vous ? Je suis un diabétique ordinaire. Cette diète est compatible avec les prescriptions de votre diabétologue. Elle ne vous fera courir aucun risque supplémentaire, et ne vous occasionnera aucun dommage supplémentaire, à part des douleurs dues au manque de glucides et lectines car elles sont addictives. Au pire, cette diète échouera, je vous aurai privé pour rien de quelques uns de vos plats favoris, et je vous aurai donné de faux espoirs.

Ci-dessous je présente ma diète sans glucide et sans lectine, comment j'ai guéri, ma théorie sur le diabète, les bogues (ou bugs) du "logiciel" du diabète.

3 Ma diète sans glucide et sans lectine

Quelques liens : [1] [2] [3] [4]

Voici des aliments sans ou avec peu de lectine. Si vous pensez que j'ai injustement écarté votre légume feuille ou votre légume fleur favori, c'est bien possible : cherchez sur internet son taux de lectines.

Je donne cette liste à titre indicatif : consultez un diabétologue ou un nutritionniste pour être sûr.

J'ai combiné la diète sans sucre et sans lectine avec la chrono-nutrition du Dr Alain Delabos. C'est en le lisant que j'ai compris que malgré mon intolérance au lait et au yaourt, je pouvais manger des fromages. Merci à lui.

Végétaux autorisés : champignons comestibles ; légumes feuilles, légumes fleurs : artichaut, asperge, avocat, betterave, céleri, tous les choux (pas les choux à la crème), endive, épinard, fenouil, laitue, poireau, radis (peut-être faut-il enlever la peau ? je ne mange pas de radis). Personnellement, je mange surtout des endives, de la laitue, et des choux. Les légumes qui ne sont ni des légumes feuilles ni des légumes fleurs (pommes de terre, haricots, petits pois, etc) contiennent trop de lectines.

Assaisonnement : huile de coco (d'autres huiles peuvent convenir : demandez à un médecin nutritionniste), oignon, ail ; épices : curcuma (mais pas de curry, car il contient de la purée de pois chiche), badiane, etc. Méfiez vous des épices industrielles, il y a beaucoup de sucre ou de lectine caché. Pas de moutarde, pas de mayonnaise, pas de ketchup, pas de sauce.

Boissons autorisées : eau, thé, café, infusion. Pas de sucre, pas d'édulcorant, pas d'alcool, pas de vin.

Fruits autorisés : quelques baies rouges ou noires (cassis, groseille, mûre, framboise, airelle ; mais pas de raisin, trop sucré), avocat, quelques fruits à coque, 1 clémentine, 1 mandarine, 1/2 pamplemousse, selon la saison. Soyez prudent avec

dattes, raisins, cerises, très sucrés, même pour les repas jokers. Je n'ai mangé aucun fruit tant que j'étais sous insuline.

Oeufs : je prends parfois un oeuf au petit déjeuner, ou au déjeuner.

Matin, petit déjeuner : fromages (pas de yaourts, pas de fromage frais, pas de fromages blanc ; pas de lait) jusqu'à satiété + boissons autorisées. Le Dr Delabos autorise une baguette sans gluten. Personnellement, je ne mange plus de pain.

Midi, déjeuner : viandes rouge ou blanches + végétaux + assaisonnement + boissons. Pas de pain, même sans gluten.

Après midi, goûter : 1 fruit + boisson. Pas de pain. Je me suis passé de fruits tant que j'étais sous insuline.

Soir, dîner : poissons ou fruits de mer + boisson. Pas de pain.

Adaptez en fonction de vos allergies et intolérances connues, de votre diabète, de votre glycémie.

Après le succès de votre diète (vous n'avez plus besoin d'insuline), le Dr Delabos autorise 2 repas joker par semaine, mais pas le même jour.

Je dîne de moins en moins souvent, si bien que je jeûne entre 15 à 16 heures par jour : c'est le jeûne intermittent.

Bénéfice collatéral de cette diète : je n'ai plus aucune carie dentaire, et je suis en forme.

4 Ma théorie

Voici ma théorie du diabète. Vraie ou fausse, elle m'a permis de guérir du diabète, c'est à dire de ne plus avoir besoin d'aucun médicament : insuline, metformine, etc.

L'Humain n'a besoin ni de glucides ni de leurs amies les lectines. C'est prouvé par exemple par les Inuits avant 1960 : ils mangeaient quelques rares baies poussant sur les buissons en été.

Les lectines les plus connues sont les glutens.

Le diabète est un excès de sucre dans le sang. Ce sucre vient des glucides et des lectines dans la nourriture. Donc une alimentation sans sucre et sans lectine s'impose :

A : ne consommer ni glucide, ni lectine, ni aucun aliment auquel on est intolérant ou allergique (huiles, pour moi) est la première diète à tenter. Cette diète ne peut que réduire la glycémie du diabétique.

Si cette diète ne suffit pas (j'ignore la fréquence de ces cas), les diètes B et C sont envisageables.

B : Manger un aliment unique, sûr, tous les jours, deux ou trois fois par jour. Un aliment est sûr s'il est sans glucide et sans lectine, et qu'on n'y est ni allergique ni intolérant. Pour moi, cet aliment unique peut être des sardines au naturel ou aux aromates ; ce peut être du poulet ; ce peut être du fromage, malgré mon intolérance au lait et au yaourt.

C : jeûner ne peut que réduire la glycémie. Mais le jeûne n'est pas pérenne car on ne peut jeûner indéfiniment, et une personne très affaiblie comme je l'étais (je pesais 55 kg pour 1,74 m) ne peut le supporter longtemps, peut-être pas assez longtemps pour ne plus avoir besoin de médicaments. D'après mes lectures, trois jours consécutifs de jeûne activent les cellules souches. Une personne en surpoids peut tenter de jeûner, mais en étant encadré, par prudence. Nota bene : le jeûne ne guérit certes pas tout : fractures, anorexie...

J'hésite entre B et C si A échoue. Mais je n'aurai pas à choisir, car la diète sans glucide et sans lectine va réussir en une semaine.

Je conjecture que ces diètes fonctionnent aussi bien pour le diabète 1 que pour le diabète 2. Cette conjecture est testable.

Si un diabétologue me lit, sait-on jamais, je préconise ce qui suit. Les doses de médicament (insuline, metformine) ne doivent pas être fixes ; elles doivent varier avec la glycémie, pour responsabiliser le patient, et l'encourager à réduire sa glycémie et ses doses, et l'encourager à réactiver son pancréas. Le patient doit être informé de l'existence de ces diètes. Le patient doit être encouragé à chercher la diète qui lui convient.

Pour éviter l'emballement du diabète par rétroaction, la diète doit commencer le plus tôt possible : d'une part, la durée en jours de la diète est la moitié de la dose quotidienne d'insuline : par exemple, pour une dose initiale d'insuline de 24 unités par jour, il faut une diète d'au minimum $24/2=12$ jours. D'autre part, il est envisageable qu'à la longue les injections d'insuline finissent par inactiver définitivement, irréversiblement le pancréas. L'expérience le dira. Personnellement, j'ai commencé la diète le lendemain du jour où j'ai compris cette rétroaction.

D'autres remèdes contre l'intolérance alimentaire sont envisageables et pourraient réussir, NAET par exemple.

D'autres intolérances alimentaires autres qu'aux sucres et aux lectines existent (aux huiles, pour moi). Il n'est pas toujours évident de trouver l'aliment à la source de l'intolérance. Par exemple, manger par inadvertance une seule et unique olive perversement dissimulée dans un fromage m'a rendu malade pendant deux semaines. Si je n'avais pas connu mon intolérance aux olives, aurais-je su que mes troubles intestinaux étaient dus à cette olive ? C'est pourquoi j'ai mentionné la diète B, de l'aliment unique.

5 Mon diabète

Je ne connais strictement rien en médecine. Pourtant, j'ai guéri de mon diabète génétique immun (de type 1), théoriquement irréversible et incurable. Je présente ici mon raisonnement.

5.1 J'ai du diabète 2

Initialement, c'est du diabète de type 2 (insulino-résistant) qui m'est diagnostiqué, à 60 ans ; mon hémoglobine glyquée vaut 11,5 pour cent, je pèse moins de 62 kilogrammes pour 1 mètre 74. Sous metformine, mon hémoglobine glyquée empire et atteint 13,3 pour cent. Le diabétologue me prescrit metformine, Diamicron et insuline. En une semaine, deux hypoglycémies nocturnes manquent de me tuer et me causent deux rétinopathies qui nécessiteront deux opérations (laser argon). Cette réaction de mon corps au Diamicron (cétirizine Mylan 10mg) montre qu'en fait je souffre de diabète de type 1. Le diamicron est formellement contre-indiqué en cas de diabète de type 1.

5.2 J'ai du diabète 1

Le diabétologue m'explique : «Votre réaction au diamicron montre que vous souffrez de diabète génétique immun (type 1 : le système immunitaire détruit ou a détruit le pancréas, qui sécrète l'insuline, l'hormone régulant la glycémie). Vous êtes donc insulino-dépendant. C'est irréversible et incurable. Vous prenez actuellement une dose quotidienne de 12 unités d'insuline. Dans un an, il vous faudra deux injections par jour, peut-être trois. Quand il vous en faudra cinq, on vous mettra une pompe à insuline. Je vous dis cela pour que vous puissiez vous préparer à l'inéluctable. Pour adapter votre dose d'insuline, vous mesurerez chaque jour votre glycémie. En dessous du seuil bas (0,8 gramme par litre de sang), diminuez votre dose de 2 unités ; au dessus du seuil haut (1,1 gramme par litre), augmentez votre dose de 2 unités ; entre les deux seuils, gardez la dose de la veille. »

Ce pronostic me déplaît. Je réfléchis pendant une semaine.

Les doses d'insuline ne sont plus fixes. Pour la première fois, je peux agir. Mais que faire ?

Le diabétologue s'est trompé plusieurs fois. 1 : le diabétologue s'est trompé sur le type de mon diabète. 2 : c'est la réaction au médicament qui détermine le type du diabète, pas les résultats des analyses médicales. 3 : cela a failli me tuer. Selon moi, chacune de ces trois erreurs invalide (disqualifie) la médecine du diabète ; elle est fautive et dangereuse.

Je décide de considérer la diabétologie comme un logiciel ; les trois bogues précédents sont des conséquences visibles de bogues cachés, plus profonds. Quels sont ces bogues cachés ?

Mon diabétologue est très sûr de son pronostic. Manifestement cette aggravation du diabète se produit pour beaucoup de ses patients. Je le crois, mais je soupçonne une prophétie autoréalisatrice et une rétroaction négative : si c'était le traitement qui aggravait le diabète ? Je m'explique :

A chaque fois qu'un phénomène s'emballé, un scientifique ou un ingénieur soupçonne une rétroaction ("feedback"). Un exemple de rétroaction bien connu est l'effet Larsen en acoustique. Une rétroaction négative est une rétroaction bo-guée. Un exemple classique de rétroaction négative est le suivant. A et B ont chacun leur couverture chauffante. Ils ont échangé leur boîtier de commande, qui se trouvait sur la table de nuit. A a froid et monte la température de la couverture de B, qui a trop chaud et baisse la température de la couverture de A. Etc. C'est un cercle vicieux : A a de plus en plus froid, et B de plus en plus chaud.

5.3 Si c'était une intolérance aux lectines ?

Je suspecte que mon diabète est dû à une intolérance aux glucides et aux lectines. Depuis une douzaine d'années, je ne mange ni produit laitier ni gluten pour éviter diarrhées et douleurs intestinales. Depuis peu, mes diarrhées ont recommencé, je suis devenu intolérant ou allergique à d'autres aliments : pommes de terre, tomates, huiles, olives, radis, miel et à d'autres que je n'ai pas identifiés. Mon diabète est-il une aggravation de mon intolérance au gluten ? Je lis que les glutens sont les lectines les plus connues, que les lectines et donc les glutens sont des protéines "amies" des sucres ; or le diabète est un excès de sucre dans le sang. D'où ma théorie. Elle paraît vraisemblable. Si elle est vraie, une diète sans glucide et sans lectine peut réduire ma glycémie, peut-être aussi mes doses d'insuline. En une semaine, je n'aurais plus besoin d'insuline. De toutes façons, cette diète ne me fera courir aucun risque supplémentaire et ne me causera aucun dommage supplémentaire (enfin si, il y aura les "douleurs du manque", mais elles sont provisoires). Les Inuits avant 1950 ne consommaient ni glucide ni lectine : elles ne sont pas nécessaires pour le corps humain.

5.4 Pourquoi le diabète 1 s'emballé

Ma théorie donne aussi deux causes principales qui expliquent l'aggravation du diabète 1 chez les autres patients.

Premièrement, ces patients ne suivent pas de diète et continuent à manger sucres et lectines, addictives et consolatrices, ce qui aggrave leur diabète : leur pancréas ne produit pas assez d'insuline.

Deuxièmement, les injections d'insuline inactivent le pancréas par une rétroaction négative (cercle vicieux) évidente, que j'illustre par ce dialogue imaginaire entre Pancréas et le reste du corps : Corps. Le pancréas a pour rôle de produire de l'insuline, pour qu'il y en ait la bonne quantité dans Corps.

Pancréas, piteux : « Corps, je voulais faire 60 unités d'insuline, mais je n'ai pu en faire que 56. »

Pancréas n'a pu produire que 56 unités au lieu de 60 car le patient n'a pas fait de diète et a consommé du poison : glucide et lectine. Le patient a compensé : il s'est injecté (il a injecté dans Corps) 4 unités d'insuline de plus. Mais Pancréas et Corps l'ignorent ; cela est impossible dans la nature. Pour Corps, tout va bien :

Corps : « Pancréas, le niveau d'insuline me convient. »

Pancréas : « Puisque 56 unités suffisent, demain j'en ferais 56, au lieu de 60. »

Après 15 incidents similaires, le pancréas est inactivé, mais pas forcément détruit.

Ma théorie donne aussi des causes secondaires qui contribuent à l'aggravation du diabète 1 chez les autres patients. Il y a le sentiment d'impuissance du patient qui le rend vraiment impuissant. Les doses fixes de médicament (metformine, insuline) contribuent aussi au sentiment d'impuissance du patient, car il ne peut pas tenter de les diminuer. C'est de l'"impuissance apprise", et le mot même de "patient" y participe : un patient patiente, il n'agit pas. Pour le diabétique scientifique ou ingénieur qui connaît les rétroactions négatives, sa situation (son implication personnelle, son stress, sa détresse, son rôle de patient, etc) l'inhibe et l'empêche de réfléchir posément. Les experts humains du diabète (médecins, diabétologues) sont eux aussi victimes de cette impuissance apprise. En passant, l'ingénierie sociale (la gestion du bétail humain) instrumentalise le phénomène d'"impuissance apprise" en provoquant chez un acteur social ciblé un sentiment d'impuissance, donc de découragement, ce qui rend cet acteur réellement impuissant.

Autre cause secondaire, le patient est déresponsabilisé puisqu'il ignore que l'aggravation de son diabète est causée par ce qu'il mange.

Selon moi, cette non prise en compte de la rétroaction est une erreur absolument énorme, rédhibitoire, un bogue dans le "logiciel" du diabète ; ne connaissant absolument rien en médecine, je ne peux détecter que des erreurs absolument énormes.

Selon moi, les conséquences sociales de ce bogue énorme sont monstrueuses : le "logiciel" enfonce les diabétiques de type 1 dans le diabète, au lieu de les en sortir. Ces patients sont souvent des enfants, des adolescents, ou des personnes jeunes.

Selon moi, ce bogue fait de la science du diabète une science autoréalisatrice (par analogie avec les "prophéties autoréalisatrices"). Ce bogue lui aussi disqualifie la technoscience du diabète, et cela même si mon cas est unique.

Selon moi, ces bogues énormes dans le "logiciel" n'ont pas été détectés, tout simplement parce que le "logiciel" aboutit à des résultats (tels l'aggravation du diabète 1 chez de nombreux patients) confirmant et renforçant les croyances et

les prévisions des acteurs ; cette confirmation accrédite et renforce le "logiciel", i.e. elle renforce la confiance que les acteurs lui font. Encore une boucle de rétroaction négative qui fait que le "logiciel", bien que complètement bogué, est confirmé par l'expérience, et que la théorie, bien que complètement fausse, est confirmée par les faits.

5.5 Ma diète réussit

Je viens de résumer le raisonnement qui m'a amené à tenter cette diète. Par simplicité, j'ai écarté des éléments non utilisés ou non essentiels pour ma théorie, et qui ne font qu'embrouiller la situation ; bien sûr, ces éléments écartés sont compatibles avec (ne contredisent pas) ma théorie.

Il me faut commencer la diète le plus tôt possible pour éviter le piège de la rétroaction négative : peut-être qu'à la longue, les injections d'insuline inactivent irréversiblement le pancréas ?

Je commence donc la diète sans glucide ni lectine le lendemain, une semaine après le pronostic du diabétologue.

En une semaine, je n'ai plus besoin d'insuline : chaque jour, j'abaisse ma glycémie en dessous du seuil me permettant de réduire de 2 unités ma dose quotidienne d'insuline, initialement 12 ; je fais 20 à 30 minutes de vélo d'appartement par jour. J'endure quelques « douleurs du manque » (souvenir de vieilles blessures : fractures, entorses, qui ont été réveillés par la diète ; démangeaisons), ce que je n'avais pas prévu : j'en déduis que les glucides et les lectines sont addictives. Les diarrhées cessent après 4 jours de diète ; les douleurs dues au manque et celles dues au diabète (crampes, violents électrochocs¹, courbatures, soifs, céphalées) se dissipent au bout de quelques semaines.

Je suis sûr et certain que, sans cette diète, le pronostic du diabétologue se serait réalisé.

Cette diète m'a guéri : ma guérison accrédite ma théorie, sans la prouver. Mais ma guérison prouve que le "logiciel" est faux : le diabète de type 1 n'est pas incurable. Rappel : pour invalider une théorie, un contre-exemple suffit.

Un an et demi plus tard, j'utilise la même méthode pour ne plus avoir besoin de metformine, cette fois sans éprouver aucune douleur. J'aurais pu le faire plus tôt. Je ne prends plus aucun médicament contre le diabète. Je continue cette diète, qui est pérenne.

1. Un électrochoc est une électrisation ; une électrisation fatale est une électrocution ; un électrochoc n'a rien à voir avec une décharge d'électricité statique.

6 Le "logiciel" du diabète contient des bogues

6.1 Qu'est ce qu'un bogue ?

Je me comporte ici comme un informaticien qui tente de déceler les bogues d'un logiciel, à partir des traces du logiciel, sans avoir accès aux sources (car je ne connais strictement rien en médecine). Il est plus facile de détecter les bogues d'un logiciel que les failles d'une technoscience, ou les erreurs d'experts humains qui exécutent ce "logiciel" et avec lesquels vous avez sympathisé.

En informatique, un bogue est une erreur rédhibitoire qui invalide, discrédite, disqualifie, détruit tout le logiciel : le logiciel et ses résultats ne sont pas fiables ; les utiliser est dangereux. Dès qu'un bogue est détecté, la toute première chose à faire est de le corriger. Dans le meilleur des cas, la présence d'un bogue est détectée, parce que le bogue rend le logiciel inutilisable : soit le logiciel termine prématurément avant de donner un résultat, soit le logiciel termine mais il donne des résultats clairement faux dans la majorité des cas. Dans le pire des cas, le bogue ne rend pas le logiciel inutilisable ; le bogue n'est pas détecté, parce que le logiciel rend des résultats qui semblent corrects, parce qu'ils confirment et donc renforcent des convictions erronées basées sur des théories fausses (utilisées par le logiciel) ; pire, les résultats du logiciel bogué ont l'aura de la rigueur scientifique.

Résumons : si les résultats d'un logiciel bogué mais utilisable confirment vos croyances et vos prédictions, ou sont dans votre intérêt, pourquoi chercheriez-vous des bogues ? Nous allons illustrer cela avec le "logiciel" du diabète.

6.2 Les bogues du "logiciel" du diabète

– Le "logiciel" ne tient pas compte de la rétroaction, si bien que le traitement du diabète l'aggrave et le rend, apparemment ou réellement, incurable. Ce bogue est monstrueux. Soit mon diabète 1 est unique (je n'y crois pas un instant), soit mon diabète 1 est typique et alors ce bogue crée des diabétiques. Scientifiquement, que mon cas soit unique ou non, ce bogue disqualifie, anéantit la technoscience du diabète : elle n'est pas fiable, elle est dangereuse, elle est nuisible.

– Le "logiciel" propose un remède pire que le mal. En une semaine, le traitement m'a occasionné deux hypoglycémies nocturnes qui ont failli me tuer et deux rétinopathies. Le "logiciel" innocente le médicament, et fait porter la responsabilité sur le médecin prescripteur.

– Le bogue du diagnostic : à partir des résultats des analyses médicales, le "logiciel" s'est trompé sur le type de mon diabète. Le type du diabète dépend de la réaction du patient au médicament. Cela m'évoque la façon (apocryphe ?) dont, selon les Monty Pythons, l'Inquisition prouvait qu'une femme était ou non une sorcière au Moyen-Âge : la femme innocentée par l'épreuve mourrait ; la sorcière survivait à l'épreuve et était exécutée.

– Le bogue allopathique : le remède est forcément médicamenteux. C'est le réflexe conditionné allopathique. Or, si un malade mange un poison insidieux

(très lent, addictif), le remède est d'arrêter le poison et de se détoxifier. Le "logiciel" ne propose pas de diète, à part les cas évidents (obésité, alcoolisme, tabagisme).

– Le "logiciel" a faussement conclu que mon diabète ne venait pas de mon alimentation. Il ne m'a proposé aucune diète qui abaisse ma glycémie. Il m'a affirmé faussement qu'il n'y en avait pas.

– Le "logiciel" prescrit des doses fixes de médicament en début de traitement, ce qui décourage et déresponsabilise le patient, qui se sent impuissant, et devient impuissant. Quand les doses doivent être adaptées à la glycémie, le patient n'est plus en état de saisir l'opportunité.

– Si la diète sans glucides et sans lectines fonctionne aussi bien pour le diabète 1 que pour le diabète 2, alors la distinction entre diabète 1 et diabète 2 n'a pas lieu d'être. C'est une complication (une verrue, une rustine, une bidouille, dirait un informaticien) du logiciel. Elle conserve les bogues ; elle permet de gérer les mauvaises réactions des patients aux médicaments, d'en reporter la responsabilité sur le médecin prescripteur et d'innocenter le médicament ; elle permet de continuer à vendre les médicaments ; elle permet de segmenter la patientèle diabétique. Les complications ont plusieurs avantages : elles semblent scientifiques ; elles dissuadent, elles sidèrent comme les injonctions contradictoires du feuilleton Covid et de sa suite ; elles sèment la confusion. Charles Pasqua : « Quand on est emmerdé par une affaire, on crée une affaire à l'intérieur de l'affaire, une affaire à l'intérieur de l'affaire à l'intérieur de l'affaire, etc, jusqu'à ce que plus personne n'y comprenne rien ».

Tous ces bogues nuisent systématiquement aux uns : les patients, et profitent systématiquement aux autres, l'industrie pharmaceutique, et la technoscience du diabète (diabétologue, laboratoire, etc). Pourquoi n'ont-ils pas été détectés ? Parce que le "logiciel" satisfait tous les joueurs (pour utiliser le terme de la théorie des jeux), en les confirmant dans leurs prévisions et leurs fausses croyances, ou en allant dans le sens de leurs intérêts (je parie que si les bogues avaient nui aux entreprises pharmaceutiques, les bogues auraient été recherchés, détectés, et corrigés ... ou compliqués et améliorés) : le "logiciel" fournit de l'insuline de synthèse aux diabétiques, sans laquelle ils mourraient ; il fournit à l'industrie pharmaceutique une parentèle captive dépendante à vie de l'insuline synthétique.

6.3 Les bogues du patient

Le patient est bogué lui aussi (certains pourraient dire que le patient est conforme, ou conformiste). Sans cela, le "logiciel" ne pourrait pas fonctionner. Le premier bogue du patient est de croire que l'industrie pharmaceutique a les mêmes intérêts et les mêmes buts que lui.

D'un côté, le patient (sain d'esprit) veut guérir et ne plus avoir besoin de médicaments. De l'autre côté, l'industrie pharmaceutique, avec ses actionnaires et ses

investisseurs, a intérêt à vendre un maximum de médicaments à un maximum de monde. L'idéal pour elle est d'avoir un maximum de patients dépendants à vie de médicaments.

Pour le comprendre, il suffirait que le patient se pose une question simple telle que : un porte-parole d'une industrie pharmaceutique va-t-il annoncer triomphalement que « Nos chercheurs ont enfin trouvé un remède extrêmement simple et gratuit contre le diabète ! Ce n'est pas médicamenteux. Vous n'aurez plus besoin de nos médicaments. » ? Mais le patient ne se pose pas de questions ; il n'en a pas le temps, ou il en est dissuadé, comme nous tous ; de plus sa détresse et son impuissance devant le diabète "incurable" le rendent complètement dépendant de la technoscience qui vient à son secours.

Le second bogue du patient est une conséquence du premier. Le patient fait naïvement confiance au logiciel, à la Science, etc. J'insiste sur le fait que les experts humains qui affirment des choses fausses au patient ne lui mentent pas intentionnellement ; les experts humains (diabétologues, médecins) sont de bonne foi. Le patient est trompé par des gens qui sont dans l'erreur. Personnellement, c'est uniquement parce que le "logiciel" du diabète ne m'était pas favorable que j'ai cherché ses bogues.

7 Conclusion

En conclusion, chacun des bogues disqualifie (rend non fiable voire dangereux, nuisible) le "logiciel" du diabète, i.e. la médecine ou la technoscience du diabète. J'espère qu'une fois explicités, ces bogues sont évidents. Ils transforment le traitement du diabète en piège : le traitement du diabète l'aggrave. Ceci fait de la technoscience du diabète une science autoréalisatrice.

Le "logiciel" du diabète est complètement faux mais son fonctionnement confirme les croyances et les prévisions des acteurs (prévisions fort sinistres pour les patients), et tous les acteurs croient y gagner. Le logiciel fournit l'insuline de synthèse aux diabétiques, sans laquelle ils mourraient ; il fournit à l'industrie pharmaceutique une parentèle captive dépendante à vie de l'insuline de synthèse. Le "logiciel" du diabète est complètement bogué, mais grâce à ses bogues, il fonctionne à la satisfaction de tous.

Résumons : si les résultats d'un logiciel ou d'un "logiciel" confirment les croyances et les prédictions de tous les acteurs, et que tous les acteurs croient, à tort ou à raison, en bénéficier, pourquoi chercheraient-ils des bogues ?

Y a-t-il d'autres sciences qui sont dans le même cas que le "logiciel" du diabète ?

L'épistémologue Karl Popper a fort étrangement écrit qu'une théorie scientifique doit être "falsifiable". Pourquoi utiliser ce mot, alors que "réfutable", "invalidable", "testable", "expérimentable" existent et sont sans ambiguïté ?

Karl Popper pensait-il à la technoscience du diabète ? Philip K. Dick pensait-il

à l'insuline synthétique dans son roman "Substance Mort" ?

8 Sur la sécurité sociale Française

Avec la sécurité sociale Française :

– soit le patient a l'impression que le médicament est gratuit, et l'utilise; qui refuse un cadeau? Mais le cadeau peut-être un piège (cheval de Troie), ou empoisonné (pomme de Blanche-Neige), ou être la première dose d'une drogue addictive.

– soit le patient est conscient qu'il paie le médicament, via ses impôts, ses taxes, ses cotisations, ses contributions..., même s'il n'utilise pas le médicament; donc, autant l'utiliser; le patient a ainsi l'impression d'en avoir pour son argent.

Ces deux patients mordent à l'hameçon et tombent dans le piège. Ils utilisent le médicament. Si ce médicament est l'insuline synthétique, elle aggrave leur diabète, le rend de plus en plus difficilement réversible et peut-être irréversible; l'insuline synthétique les rend dépendants à vie de l'insuline synthétique, qui se comporte comme une drogue addictive.

Références

- [1] A. Auffret, "Lectines : liste des aliments et méthodes pour les éliminer." <https://toutpourmasante.fr/lectines-aliments/>, 2020.
- [2] C. Huppé, "Le secret d'une perte de poids facile." <https://carolinenaturopathe.ca/2019/06/21/secret-perde-poids-facile/>, 2019.
- [3] L. Ternisien, "Reconnaître les aliments riches en lectines." <https://www.nyam.fr/article-nyam-v2-copie/reconnaitre-les-aliments-riches-en-lectines/>, 2019.
- [4] M. Kaplan, "Comment neutraliser les lectines?." <https://vitaliseurdemarion.fr/fr/officiel/article/slug/se-trouvent-les-lectines>, 2019.