

Déboguer le «logiciel» du diabète 1 : la diabétologie est-elle une science autoréalisatrice ?

Résumé

Je ne connais rien en médecine. Je suis informaticien. A 60 ans, du diabète 2 (insulinorésistant), puis, après que le Diamicon ait failli me tuer, du diabète 1 (génétique immun, insulinodépendant, incurable) m'ont été diagnostiqués. Le diabétologue pronostiquait une aggravation inéluctable de mon diabète 1. Après le «bogue» du diagnostic, j'ai soupçonné que le pronostic était une prédiction autoréalisatrice, ou plus précisément que le traitement, en particulier les injections d'insuline, inactivaient le pancréas par rétroaction négative (boguée), aggravait le diabète 1 et réalisait le pronostic. J'ai considéré la diabétologie comme un «logiciel» dont j'ai traqué les bogues, à partir des traces du logiciel. En une semaine, j'ai élaboré une théorie, qui aussi folle qu'elle soit, et qu'elle soit vraie ou fausse, explique cette rétroaction négative, explique comment échapper à cette spirale infernale, fournit une diète qui m'a guéri en une semaine de mon diabète 1 (je ne prends plus aucun médicament), et explique pourquoi ces bogues de la diabétologie n'ont pas été détectés plus tôt : la diabétologie est une science autoréalisatrice (par analogie aux prophéties autoréalisatrices).

Comment j'ai guéri mon diabète 1 incurable

A 61 ans (1 mètre 74 pour moins de 60 kg, jusqu'à 13,3 % d'hémoglobine glyquée ; pourtant je n'aime pas le sucré), on m'a diagnostiqué du diabète de type un : génétique immun, insulinodépendant, incurable.

Le pronostic était que mon diabète allait s'aggraver inéluctablement, et que dans 2 ou 3 ans, je porterai une pompe à insuline.

Le diabétologue était si sûr de son pronostic que j'ai suspecté une prophétie autoréalisatrice et une rétroaction négative, ou un cercle vicieux : si c'était le traitement qui aggravait le diabète ?

Je m'explique. A chaque fois qu'un phénomène s'emballe, un scientifique ou un ingénieur comme moi soupçonne une rétroaction («feedback»). Une rétroaction bien connue est l'effet Larsen en acoustique. Une rétroaction négative est une

rétroaction boguée. En voici un exemple classique : A et B ont chacun leur couverture chauffante. Ils ont échangé leur boîtier de commande. 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.

En une semaine, j'ai considéré la diabétologie comme un «logiciel», je l'ai débogué à partir de ses traces, et j'ai mis au point ma théorie, ci-dessous. Elle explique l'aggravation quasi systématique du diabète un, et elle donne une diète pour sortir de l'engrenage fatal. Pour moi, il s'agit d'une diète sans glucide et sans lectine. Je conjecture qu'il en est de même pour tous les diabétiques, type 1 ou type 2.

La semaine suivante, j'ai suivi cette diète. Chaque jour ou presque, j'ai abaissé ma glycémie en dessous du seuil qui me permettait de diminuer de 2 unités ma dose quotidienne d'insuline, initialement 12 unités par jour. J'ai dû endurer quelques douleurs, dues au manque, c'est à dire au sevrage de glucides et de lectines : elles sont addictives. J'ai aussi pédalé 20 à 30 minutes par jour sur un vélo d'appartement. Après une semaine de diète, je n'avais plus besoin de m'injecter d'insuline. Mon médecin a été choqué par «mon alimentation complètement déséquilibrée», et m'a admonesté, mais j'ai tenu bon.

Un peu plus tard, j'ai procédé de même pour ne plus avoir besoin de Metformine : il faut demander des doses fractionnables de Metformine à son diabétologue. Aujourd'hui, je ne prends plus aucun médicament contre le diabète. Je n'ai jamais arrêté cette diète. Elle est pérenne, comme le montre le régime alimentaire du peuple Inuit, vivant sur la banquise, avant les années 1960. Bénéfice collatéral de cette diète : je suis en forme, je n'ai plus aucune carie dentaire.

Ma théorie : le traitement du diabète 1 l'aggrave

Selon ma théorie, les injections d'insuline inactivent le pancréas et aggravent le diabète 1. Ma guérison accrédite ma théorie, sans la prouver bien sûr. Mais, vraie ou fausse, cette théorie m'a permis de guérir du diabète 1, et elle explique bien la spirale infernale du diabète 1. Voici ma théorie :

Le patient mange du poison, à son insu bien sûr. Ce poison est insidieux, lent, réconfortant, addictif. Le patient croit son diabète incurable, il se sent impuissant, il est découragé. Le patient est aussi déresponsabilisé, car il pense que ce n'est pas de sa faute si son diabète s'aggrave. En conséquence, découragé et déresponsabilisé, le patient mange du poison pour se réconforter.

Comme le corps du patient est empoisonné, le pancréas ne produit pas assez d'insuline. Par exemple, un jour où le pancréas doit produire 60 unités d'insuline, il n'en produit que 56. Le patient compense et injecte 4 unités d'insuline de plus dans son Corps. Donc le Corps a la quantité d'insuline qu'il lui faut. Corps ignore que cette insuline ne vient pas du Pancréas, mais du patient.

Pancréas, piteux, dit à Corps (j'utilise cette métaphore parlante pour illustrer les communications et les flux d'informations) : «Je devais produire 60 unités aujourd'hui, mais je n'ai pu en produire que 56.»

Corps répond à Pancréas : «Pancréas, j'ai exactement ce qu'il me faut en insuline! Ne change rien!»

Pancréas dit à Corps : «C'est bizarre. Mais puisque 56 unités d'insuline suffisent, demain j'en ferai 56 au lieu de 60. Cela m'arrange, car j'ai de plus en plus de mal à en fabriquer.»

Chaque fois que cet incident se produit, Pancréas produit 4 unités de moins. Donc après 15 incidents, Pancréas est désactivé et ne produit plus aucune insuline. Le patient porte dorénavant une pompe à insuline. Les chiffres que je donne ici sont fantaisistes mais expliquent le mécanisme.

La seule façon pour le patient de sortir de cette spirale infernale, où les injections d'insuline inactivent le pancréas et donc aggravent le diabète, est de cesser de manger le poison. Ainsi, chaque jour ou presque, le patient abaisse sa glycémie en dessous du seuil qui lui permet de réduire de 2 unités sa dose quotidienne d'insuline. Si le patient prend initialement U unités d'insuline, pour annuler sa dose quotidienne d'insuline, il lui faut $U/2$ réductions de 2 unités, donc $U/2$ jours de diète au minimum.

Si chaque palier de réduction dure j jours en moyenne, pendant lesquels la glycémie est entre le seuil bas (qui permet de réduire l'insuline de 2 unités) et le seuil haut (qui nécessite d'augmenter l'insuline de 2 unités), alors la diète doit durer $jU/2$ jours. Dans mon cas, je me suis injecté : 12, 10, 10, 8, 6, 4, 2, 0 unités d'insuline. Mon premier palier de réduction a duré 2 jours (à 10), tous les autres 1 jour. Le patient peut donc gérer sa diète et prévoir sa durée.

Dans mon cas, les glucides et les lectines sont le poison : les lectines ne sont pas des glucides, mais des protéines amies des glucides. J'ai soupçonné les lectines, car les lectines les plus connues sont les glutens, et que je suis intolérant aux glutens depuis mes 50 ans. J'ai donc suspecté que mon diabète était une aggravation de mon intolérance aux glutens. Pour les autres diabétiques, je conjecture que c'est la même chose : en effet le diabète est un excès de sucre dans le sang. Donc une diète sans glucides et sans leurs amies les lectines semble logique : elle ne peut pas augmenter la glycémie.

Cette diète respecte scrupuleusement les prescriptions du diabétologue. Cette diète ne fait encourir aucun dommage supplémentaire au patient diabétique, à part les douleurs du manque, qui sont temporaires.

Une suffisamment longue période sous insuline peut-elle désactiver définitivement et irréversiblement le pancréas du patient diabétique, et donc faire échouer cette diète? Je l'ignore. Seule l'expérience peut le dire.

Remarque : à raison ou à tort, ma théorie ne distingue pas diabète 1 et diabète 2. Cette distinction est inutile si la diète marche aussi bien pour les diabétiques

1 que pour les diabétiques 2. Je conjecture que oui. Cette conjecture est testable. J'avais envisagé d'autres diètes, si celle ci échouait, mais je n'en ai pas eu besoin.

Les bogues dans le «logiciel» du diabète

Ce bogue de la rétroaction négative dans le « logiciel » du diabète n'a pas été détecté. Il est monstrueux car il aggrave le diabète.

Ce n'est pas le seul bogue dans le «logiciel» de la diabétologie.

2 ème bogue : Initialement, c'est du diabète de type 2 qui m'a été diagnostiqué.

3 ème bogue : Le diabétologue m'a prescrit Diamicron, Metformine, insuline contre mon diabète 2. En une semaine, le Diamicron (contre-indiqué en cas de diabète 1) a failli me tuer deux fois lors de deux hypoglycémies nocturnes (la sonnerie du réveil qui m'a réveillé, heureusement) et m'a occasionné deux rétinopathies. Les hypoglycémies sont plus dangereuses que le diabète, i.e. les hyperglycémies ; le traitement du diabète est plus dangereux que le diabète.

4 ème bogue. C'est seulement la réaction de mon corps au Diamicron qui a permis de diagnostiquer mon type de diabète (et pas les analyses médicales). Ceci 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 innocente par l'épreuve mourrait ; la sorcière survivait à l'épreuve et était exécutée.

5 ème bogue. Le diabétologue ne m'a proposé aucune diète (je n'étais pas du tout obèse, je ne fumais pas, je ne buvais pas d'alcool, je détestais le sucre, etc).

6 ème bogue. Les doses de médicament (Metformine, insuline) sont fixes en début de traitement, ce qui provoque chez le patient un sentiment d'impuissance (il ne peut rien faire pour diminuer ses doses), qui le décourage et le rend réellement impuissant ; quand les doses deviennent variables, le patient n'est plus en état de saisir l'opportunité.

7 ième bogue. Dans la médecine allopathique, tout remède doit forcément être un médicament, et pas une diète ou un jeûne ou un changement de mode de vie. Je suis bien conscient des limitations du jeûne, en cas d'anorexie ou de fracture.

8 ième bogue. Mon médecin a été choqué par «mon alimentation complètement déséquilibrée», comme si manger sainement, c'était manger équilibré, i.e. varier les poisons. Selon moi, manger sainement, c'est manger pour guérir ou pour rester en bonne santé.

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 ces bogues n'ont-ils pas été détectés? Parce que le «logiciel» de la diabétologie fournit des résultats qui confirment les croyances (fausses) et les prévisions (autoréalisatrices) des

joueurs (pour utiliser le terme de la théorie des jeux), et que tous les joueurs croient gagner : le «logiciel» fournit aux diabétiques de l'insuline, sans laquelle ils mourraient ; le «logiciel» fournit à l'industrie pharmaceutique des patients captifs, dépendants à vie de l'insuline.

Si ces bogues avaient nui à l'industrie pharmaceutique, je parie qu'ils auraient été recherchés, détectés, corrigés... ou améliorés. Par exemple, un vaccin contre le diabète serait obligatoire pour un passeport.

Mentionnons les bogues du patient. Le patient compte sur la médecine, la Science, le «logiciel» pour le sauver.

Il croit que l'industrie pharmaceutique a les mêmes buts et les mêmes intérêts que lui. C'est faux bien sûr : le patient sain d'esprit veut guérir et ne plus avoir besoin de médicament, alors que l'intérêt de l'industrie pharmaceutique est d'avoir une clientèle la plus grande possible de patients dépendants à vie des médicaments.

Ainsi le «logiciel» du diabète est autoréalisateur, complètement bogué, mais fonctionne grâce à ces bogues à la satisfaction de tous ; ce bon fonctionnement du «logiciel» renforce la confiance qu'ont les acteurs dans le «logiciel», c'est à dire renforce les convictions justes ou fausses des acteurs. Il s'agit là encore d'une rétroaction, négative pour le patient, positive pour l'industrie pharmaceutique et la technoscience du diabète. Elle fait de la diabétologie une technoscience autoréalisatrice, autovalidatrice et autorenforçante.

Diabète 1 et diabète 2 conservent les bogues

Comme c'est la réaction de mon corps à un médicament (le Diamicron) qui a déterminé le type exact de mon diabète, et pas les analyses médicales, je soupçonne, peut-être à tort, que la seule justification de la distinction entre diabète 1 et diabète 2 est que le Diamicron peut tuer les diabétiques 1, et que la distinction permet de continuer à vendre du Diamicron aux diabétiques 2.

Cette distinction n'est fondée et pertinente que si, par exemple, la diète sans glutine et sans lectine fonctionne pour les diabétiques 1 mais pas pour les diabétiques 2. Cela est testable.

Que cette distinction soit fondée ou non, je constate que :

Cette distinction entre diabète 1 et diabète 2 conserve les bogues cités précédemment ; de plus, 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. Cette distinction est favorable à l'industrie pharmaceutique. Elle n'est pas favorable au patient, puisqu'elle conserve les bogues, qui sont tous défavorables au patient.

Si cette distinction est non fondée, alors elle est une complication (un informaticien dirait : une rustine, une bidouille) du «logiciel», qui permet d'en conserver les bogues. Les complications ont leur utilité : elles apportent une aura de complexité, de scientificité, qui contribue au sentiment d'«impuissance apprise» des patients, mais aussi des professionnels du diabète. Cette complication contribue donc à faire de la diabétologie une science autoréalisatrice.

D'autres diètes envisageables, NAET

Pour le cas où la diète sans glucides et sans lectines aurait échoué, j'avais envisagé deux autres diètes :

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 que je n'y suis 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.

Pendant, il n'est pas facile de savoir à quel aliment on est intolérant. Par exemple, avaler une unique olive odieusement tapie dans un fromage m'a rendu malade pendant deux semaines ; si je n'avais pas su à l'avance mon intolérance aux olives, aurais-je pu déduire que mes troubles intestinaux venaient de cette olive ? J'en doute.

En passant, NAET (techniques d'élimination des allergies du Dr. Nambudripad) m'a désensibilisé avec succès aux olives en 24 heures. Je n'ai pu tester NAET sur les lectines, car je ne connaissais pas encore NAET à ce moment là. NAET n'a que partiellement réussi à me désensibiliser au lait.

D'où l'autre diète envisagée :

– 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 suffisamment pour ne plus avoir besoin de médicaments. D'après mes lectures, trois jours consécutifs de jeûne activent les cellules souches. Jeûner est une solution envisageable pour une personne en surpoids, mais elle nécessite un encadrement médical.