

Les crises raccourcissent : un pattern réel sur quatre poussées

Récit clinique intra-sujet (N = 1) — la durée de récupération s'effondre, le dispositif tenu hors de toute attribution

Niveau de preuve : Récit clinique intra-sujet (N = 1, 4 poussées sévères de rectocolite hémorragique, 2020 → 2026) — documentation honnête d'un pattern (durée de récupération décroissante) ; AUCUNE donnée ne relie le dispositif à l'évolution de la maladie (firewall) ; aucune allégation ni conseil médical ; conflit d'intérêts déclaré

Type d'étude	Récit clinique intra-sujet (N = 1), 4 poussées sévères — descriptif
Sujet	L'auteur lui-même — inventeur de la technologie (conflit d'intérêts déclaré)
Observation	Durée de récupération : ~2 mois → 5 semaines → 9 jours → quelques jours (2020 → 2026)
Maladie	Rectocolite hémorragique (poussées sévères) — récit personnel du sujet
Mécanisme étayé	Réserve musculaire (masse maigre, tampon métabolique) — issue de l'entraînement, pas du dispositif
Dispositif	AUCUNE donnée ne le relie à l'évolution de la maladie (firewall)
Statut	Pattern réel ; explications multiples ; aucune allégation ni conseil médical

Avertissement. Ce document relate quatre épisodes où le sujet a frôlé la mort. Il n'a aucune visée diagnostique ni thérapeutique, et ne donne aucun conseil médical. Il documente honnêtement un pattern — la durée des crises décroît avec le temps — et en discute les causes possibles, sans trancher. Toute personne vivant avec une maladie inflammatoire a son propre parcours ; ce récit ne prescrit rien.

Résumé

Volet de la série longitudinale d'auto-suivi, et le plus grave : quatre poussées sévères de rectocolite hémorragique, de 2020 à 2026, et un pattern frappant — la durée de récupération s'effondre : environ deux mois, puis cinq semaines, puis neuf jours, puis quelques jours (la dernière gérée seul, sans hôpital). Le pattern est réel. La question honnête n'est pas « est-ce vrai ? » mais « pourquoi ? ». Plusieurs explications y suffisent sans le moindre recours au dispositif : l'expérience (le sujet agit plus tôt), la sévérité variable du déclencheur, l'historique médical (diagnostic, biothérapies, accès aux soins), la gestion de l'hydratation, et le biais du survivant. Une seule est mesurable : la réserve musculaire — une masse maigre élevée qui sert de tampon métabolique face à un choc catabolique — et elle vient de l'entraînement, pas du dispositif. Point capital : aucune donnée ne relie le dispositif à l'évolution de la maladie (firewall). Le sujet est convaincu que la technologie le rend plus résilient ; il l'assume comme une conviction personnelle, non démontrable et non exclue — distincte de tout ce qui est étayé ici. Conflit d'intérêts déclaré ; aucune allégation ni conseil médical.

1. Transparence — conflit d'intérêts, périmètre et firewall

Conflit d'intérêts déclaré, et cadre. L'auteur est le sujet, l'inventeur et le fabricant de la technologie. Récit personnel, données de santé publiées volontairement par le sujet. Aucune allégation médicale, aucun conseil médical ; ce document ne constitue pas un avis médical.

Le dispositif est tenu hors de toute attribution (firewall). Règle absolue de toute la série : aucune donnée ne relie le dispositif à l'évolution de la rectocolite. Les crises existaient avant le port continu (le nadir de 2022 en témoigne). Le dispositif n'est ni accusé des crises, ni crédité des

rémissions. Ce qui est décrit ici est une résilience comportementale et physiologique, pas un effet thérapeutique.

2. Les quatre crises

Les quatre poussées sévères, par ordre chronologique :

Crise	Perte	Prise en charge	Durée récup.
Crise 1 — Canada, 2020	114 → 80 kg	2 mois d'hôpital	~60 j
Crise 2 — Suisse (~2022)	~-34 kg	soins en Europe de l'Est puis 5 sem d'hôpital (soins intensifs)	~35 j
Crise 3 — Suisse	déshydratation sévère	9 jours ; diagnostic erroné écarté	9 j
Crise 4 — Égypte, 2026	-10 kg	gérée seul, en restant actif, sans hôpital	quelques j

La trajectoire des prises en charge va d'une longue hospitalisation initiale à un épisode bref géré sans hôpital. La durée de récupération décroît à chaque crise.

3. Le pattern

La pente est nette : la durée de récupération décroît, crise après crise. Le sujet est, de fait, devenu plus apte à traverser ces poussées — c'est une trajectoire, pas une impression. Reste la vraie question : pourquoi ?

4. Pourquoi — les explications qui n'ont pas besoin du dispositif

Plusieurs explications suffisent à rendre compte du pattern sans aucun recours au dispositif :

- L'expérience et l'action précoce. À la première crise, le sujet découvrait ; aux suivantes, il reconnaît les signaux et intervient tôt. Agir plus vite raccourcit mécaniquement une crise.
- La sévérité variable du déclencheur. La dernière crise part d'une infection digestive de voyage — une irritation, pas forcément le même cataclysme auto-immun qu'un crash à -34 kg. Plus courte peut signifier moins sévère au départ.
- L'historique médical. Entre la première et la dernière : un diagnostic posé, des biothérapies, des années de connaissance de la maladie, un meilleur accès aux soins. Facteur majeur.
- La gestion de l'hydratation. Une des crises a été reliée par le sujet à une déshydratation ; mieux gérer l'eau change l'issue.
- Le biais du survivant. Seules les crises surmontées sont analysées ; la lecture « je m'en sors mieux » est en partie rétrospective.

5. Le seul mécanisme étayé : la réserve musculaire

La seule explication que la série documente réellement est la réserve musculaire. Le sujet entre aujourd'hui en crise avec une masse maigre élevée, non sarcopénique — là où un patient peut entrer déjà fondu. Cette réserve (masse maigre, capital métabolique) est un tampon réel face à un choc catabolique : elle donne au corps de quoi puiser pendant que l'apport est à zéro. Elle est documentée dans les autres volets de la série (masse, force, reconstruction post-crash). Mais elle vient de l'entraînement, pas du dispositif.

6. Le point d'équilibre — conviction vs preuve

Deux phrases à ne pas confondre. « Le sujet est plus résilient » : vrai, et la meilleure explication mesurable est la réserve musculaire + l'expérience. « Grâce au dispositif » : conviction personnelle, sincère, mais non démontrable — et non exclue. Le sujet tient les deux ensemble sans les fusionner : on peut être convaincu et rester honnête sur les limites de la preuve. C'est même la seule façon de rester crédible là où ça compte le plus.

7. Limites

- Récit rétrospectif, 4 épisodes, N = 1 ; la durée d'hospitalisation est un proxy grossier de « sévérité ».
- Déclencheurs hétérogènes (auto-immun vs infection de voyage) → crises non strictement comparables.
- Confusion majeure et irréductible : expérience, diagnostic, traitements, hydratation et réserve évoluent tous ensemble dans le temps.
- Biais du survivant ; N = 1 ; conflit d'intérêts intégral (sujet = inventeur).

8. Conclusion

Quatre poussées sévères, et une récupération de plus en plus rapide : le pattern est réel et il a du sens. La lecture la plus solide en est la réserve musculaire et l'expérience — l'une mesurée, l'autre évidente. Que la technologie y contribue relève d'une conviction personnelle assumée comme telle, ni démontrée, ni exclue, et tenue strictement à l'écart de toute donnée sur la maladie. Être à la fois convaincu et honnête sur les limites de la preuve n'est pas une contradiction : c'est la condition de la crédibilité. Cadrage : récit clinique exploratoire N = 1, sans allégation ni conseil médical ; aucun effet du dispositif sur la maladie n'est testé ni revendiqué.

Nicolas Desjardins · DBA(c) · PhD(c) IMD · Master en Neurosciences (en cours) — Q-Technology OÜ, Narva mnt 5, 10117 Tallinn, Estonie

Source : récit clinique rétrospectif du sujet (quatre poussées sévères de rectocolite hémorragique, 2020 → 2026) ; durée de récupération / hospitalisation comme proxy de sévérité. N = 1 ; conflit d'intérêts déclaré ; données de santé publiées par le sujet. Aucune donnée ne relie le dispositif à l'évolution de la maladie ; aucune allégation ni conseil médical. Données internes non auditées. Ne constitue pas un avis médical.