

Docteur Jean-Claude Meuriot
Médecin inspecteur général de Santé Publique honoraire

Docteur Jacques Lacaze
Diplômé en cancérologie

**POUR UNE POLITIQUE
PUBLIQUE DE
PREVENTION ACTIVE DES
CANCERS**

LES PROPOSITIONS DU DOCTEUR ANDRE GERNEZ

INTRODUCTION

Les cancers sont la première cause de mortalité en France. L'incidence des cancers a doublé en 30 ans et la mortalité a augmenté d'environ 13%. La maladie cancéreuse représente donc un problème majeur de santé publique. Le cancer concerne, a concerné ou concernera chacun d'entre nous. De nombreux plans de lutte contre ce fléau ont été mis en place. La faillite, des recherches et politiques entreprises pour prévenir et guérir les cancers, est régulièrement constatée. Les appels à la charité publique contre cette maladie sont tout aussi régulièrement organisés, et le message central reste le même : « la recherche avance. » Cette faillite est constatée par de nombreuses autorités scientifiques, médicales ou politiques.¹

Le but de ce travail est d'examiner le problème d'un point de vue de santé publique, puis de poser la question la plus fondamentale, est-il possible de prévenir le cancer ? Et si la réponse est oui, il faut s'y mettre sans tarder !

Il faut se mobiliser pour que soit mise en place une vraie et grande politique publique de prévention générale du cancer.

La découverte par le Docteur André Gernez (fin des années soixante) du mécanisme cellulaire de la cancérogenèse et de la cancérisation,² ouvre aujourd'hui une voie de prévention des cancers qu'il est urgent d'explorer. La théorie de Gernez sera exposée dans ses grandes lignes puis les principes d'une proposition de prévention active des cancers. La validation de cette prévention

¹ Du Congrès d'Houston (1970) « de la désespérance et du renoncement » à la déclaration du cancérologue Laurent Schwartz (La Recherche, novembre 2008) qui confirme la déclaration d'un magazine étatsunien selon lequel « on était en train de perdre la bataille contre le cancer » et déclare : « Plusieurs livres récemment parus aux Etats Unis, affirment les limites des thérapeutiques et démontrent l'absence de réelles avancées sur le front du cancer. »

Le professeur BÉLPOUME, cancérologue réputé, affirme de son côté : « On est en train de perdre la bataille et la guerre. »

² Ce mécanisme est aujourd'hui enseigné dans la plupart des Facultés de Médecine. Voir à la fin de la brochure quelques références qui le montrent.

et son éventuelle mise en œuvre est du domaine de la santé publique, donc de l'institution médico-scientifique et des autorités publiques de la santé.

Comme cette mise en œuvre est accessible à tout le monde, nous en proposerons les grandes lignes.

La prévention reste la voie royale dans la lutte contre les maladies qui ont l'incidence des cancers. Dans une première partie, nous allons examiner ce qu'est la prévention (et ce qu'elle n'est pas), comment ça fonctionne, ce qu'il faut en attendre, qui elle concerne, si les politiques mises en place actuellement répondent aux nécessités de la lutte contre les cancers, bref il sera question de santé publique au sens fort du terme.

Première partie

LES CANCERS : PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

I – Incidence et mortalité par cancers en France.

Dans les années 70, en France, 110.000 personnes décédaient d'un cancer tous les ans et 150.000 nouveaux cancers étaient diagnostiqués.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Voici les données officielles de l'Institut de veille sanitaire³ qui ont été publiées en décembre 2008 :

- en 1980, 170.000 nouveaux cancers, en 2005, 320.000 cas soit une augmentation de 89%,
- en 1980, il y a eu 130.000 décès enregistrés, en 2005, c'est 146.000 personnes qui décédaient, plus 13%.

Comment expliquer cette forte augmentation de l'incidence des cancers ?

- La première explication retenue est que le dépistage permet une augmentation du nombre de cas diagnostiqués. Cette explication est discutable : un des effets du dépistage est de diminuer le nombre de cancers diagnostiqués à un stade évolués et d'augmenter la proportion des cancers décelés à un stade localisés voire in situ (cancers au tout premier stade de détection possible). A conditions équivalentes, il n'y a pas d'augmentation du nombre total de cancers diagnostiqués.⁴

- L'augmentation de l'espérance de vie de la population est un autre facteur important et plus crédible. Comme il s'agit d'une moyenne incluant les décès du début à la fin de la vie et donc des personnes de tout âge, l'augmentation de l'incidence des cancers concerne l'ensemble de la population quel que soit son âge et pas seulement les personnes âgées chez qui cette incidence diminue après 85 ans tandis que la mortalité continue à augmenter.

³ Voir : « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. » Institut de veille sanitaire décembre 2008.

⁴ Jemal et al., « Breast Cancer Res Treat » 2007 ; 9 : R28.

- Majoration des déterminants – ou facteurs de risques – liés à l’environnement.⁵ C’est sans nul doute les facteurs les plus importants, tous les auteurs sont d’accord sur cette réalité. On découvre quasi quotidiennement de nouveaux facteurs.⁶

**Même si le nombre de décès est moindre,⁷ la croissance du nombre de cas de cancers est donc très importante.
Le problème de la prévention reste la vraie solution.**

II – Santé publique et prévention.⁸

Pour l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. » C’est la définition de 1946.

Et c’est depuis la Libération que la santé publique a connu un très grand essor. Notons que « l’absence de maladie » est aujourd’hui un problème complexe dans l’état actuel des connaissances scientifiques : on sait que beaucoup de maladies, comme les cancers, évoluent silencieusement durant des années sans être diagnosticables ni perçues par la personne qui en est victime. Nous reviendrons sur cette notion très importante.

⁵ Voir : André Cicoella « Le défi des épidémies modernes » (La Découverte, avril 2007) par un chercheur santé environnement.

Voir aussi le rapport INSERM sur « Cancers et Environnement. »

Voir encore « La société cancérogène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer » de Geneviève Barbier et Armand Farrachi. Editions de la Martinière 2004. (15€)

⁶ Il faut rester très prudent concernant les statistiques : voir l’ouvrage « La science aveugle » de Michel Schiff, éditions Sang de la terre.

⁷ Estimation pour 2009 (Institut national du cancer) 350.000 nouveaux cas de cancers, 147.500 décès. 958 nouveaux cas diagnostiqués chaque jour et plus de 410 décès chaque jour aussi.

⁸ L’histoire de la santé publique s’articule autour de quelques grandes dates :

- 1945 en France, programme du Conseil national de la Résistance avec la création de la sécurité sociale,
- 1948, création de l’Organisation Mondiale de la santé (OMS),
- 1978, déclaration d’Alma Ata, « la santé pour tous en l’an 2000 !!! »,
- 1986, Charte d’Ottawa, la santé communautaire,
- 1997, déclaration de Djakarta,
- Rapport de l’OMS d’octobre 2008.

Les spécialistes de santé publique distinguent trois niveaux de prévention :

a – La prévention primaire.

Elle consiste à faire en sorte que la santé n'entre pas dans un cycle d'altération, même bien sûr, si le processus en cours, n'est pas perçu par la personne. Classiquement, la prévention primaire consiste, à identifier la chaîne des risques (c'est en particulier, le rôle de l'épidémiologie), qui conduisent à la dégradation de la santé ou à la maladie.

Classiquement en matière de cancer, la prévention primaire s'attaque à une série de risques, de déterminants, dont voici la liste classique : le tabac, l'alcool, les expositions professionnelles, la pollution environnementale, les contaminants alimentaires, les médicaments, les rayonnements, les infections chroniques, l'alimentation et la nutrition, l'immunodépression, les prédispositions génétiques, les facteurs génésiques et les hormones.⁹

Il s'agit ensuite d'organiser la lutte contre l'ensemble des risques, individuels, collectifs, environnementaux, sociétaux, etc., **avant** l'apparition de problèmes de santé en général, de maladies et de cancers en particulier.

Les résultats à attendre de cette démarche sont à long terme. Ils ne concernent pas les personnes à risque aujourd'hui. Cette remarque est très importante, il faudra en reparler.

La mise en place d'une prévention primaire est un processus très actif qui fait intervenir des professionnels, les politiques ayant en charge la santé, l'objectif étant de sensibiliser la population, mais aussi les forces économiques, les décideurs, les professionnels de santé. Idéalement les différents volets du processus doivent se mettre en mouvement : techniques, économiques (la lutte pour la santé a un coût), sociétal, écologique... Il faut prendre en compte les conditions de vie : travail précaire, chômage, habitation, l'état d'esprit des populations concernées, les habitudes alimentaires d'hygiène, etc. D'où par exemple la participation de psychologues, de sociologues, d'anthropologues, d'urbanistes, etc., dans ces processus.

En matière de cancers, cette prévention primaire a démontré le rôle des produits cancérigènes utilisés dans l'industrie (amiante, plomb, goudrons, huiles minérales...) et donc la nécessité de mettre en place les moyens pour supprimer ces facteurs de risque. C'est en matière de prévention primaire une démarche

⁹ Liste du rapport de 2003 en français du CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) de Lyon, organisme dépendant de l'OMS, intitulé « Le cancer dans le monde. » Site : <http://www.iarc.fr/fr/about/index.php>

très importante.¹⁰ Prendre en compte pour le modifier notre environnement est tout aussi décisif, même si ces actions ne concernent pas les personnes actuellement en risque.

Un autre aspect, mais qui ne sera pas abordé dans cette brochure, est celui de l'impact des vaccins qualifiés de préventif de cancers : vaccin contre l'hépatite virale B et le cancer du foie, vaccin contre le papillomavirus et le cancer du col de l'utérus. L'intérêt de ces vaccins n'est pas établi à long terme. Leur danger est une réalité.

Soulignons que depuis l'abandon de l'utilisation systématique du traitement hormonal de la ménopause, le nombre de cancers du sein a diminué chez les femmes ménopausées.¹¹

Dans les pratiques, on constate que les politiques de prévention primaire mises en place, par les pouvoirs publics, s'articulent autour de trois axes :

- L'information, qui se résume aux grandes – et malheureusement rituelles – campagnes de santé publique (contre le tabac, l'alcool, les accidents de la route etc., etc.)

- La formation en santé publique, des professionnels et du public, incluant en particulier les campagnes de vaccinations ;

- L'éducation à la santé par la mise en place de projets de sensibilisations aux problèmes de sport, d'alimentation, de sommeil, etc., ceci au niveau des collectivités (écoles, entreprises, communes, départements, etc.)

Le but recherché est de modifier les comportements des citoyens, qu'ils soient individuels, au sein des familles, ou dans les collectivités, pour réduire les facteurs de risques de toutes sortes : alimentaires, environnementaux, au travail, durant les loisirs, à la maison... Il s'agit d'inciter à recourir à des comportements favorisant une bonne santé. L'ensemble des facteurs sociaux, politiques, sociétaux entre en jeu. En matière de cancers, il s'agit d'identifier les « causes » et de tenter de les supprimer.

Cette forme de prévention n'arrive cependant pas à empêcher le nombre de cancers diagnostiqués de progresser très fortement. Nous verrons pourquoi.

¹⁰ Sur la période 2004 – 2008, le nombre des maladies professionnelles, en particulier le nombre des cancers (liés à l'amiante, etc.,...) a explosé. Il a augmenté de 23,2% pour l'ensemble de la France et de 25% pour la région Nord-Pas-de-Calais. Dans la même période 13% des cancers étaient d'origine professionnelle.

¹¹ H. Rochefort, J. Rouesse. « Cancers du sein, incidence et prévention. » Rapport de l'Académie de médecine du 8 janvier 2008.

b – La prévention secondaire est synonyme de dépistage d'une maladie. Son but est l'intervention médicale la plus précoce possible dans un processus pathologique, non encore perçu par la personne, afin de donner les meilleures chances de guérison. La prévention secondaire des cancers c'est donc les campagnes de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, du colon, des poumons, etc.

Il ne faut donc pas confondre la prévention primaire avec le dépistage, ce qui est malheureusement le cas dans les campagnes officielles : on parle de prévention alors qu'il s'agit de dépistage qu'on souhaite précoce. Nous verrons que dépister un cancer à son début, c'est diagnostiquer la maladie cancéreuse à un stade déjà évolué. Nous verrons qu'au stade de dépistage même très précoce, la maladie est déjà là depuis 5 à 8 ans.

c – La prévention tertiaire. Elle intervient après le curatif. Il y a 3 possibilités : le décès, la guérison, le handicap. Trois attitudes sont possibles : poursuivre des soins curatifs sur le long cours (beaucoup de cancérologues traitent les cancers comme des maladies chroniques), des soins palliatifs et enfin, si la guérison est constatée, on se retrouve dans le contexte de prévention primaire.

III – La santé communautaire.¹²

L'idée de santé communautaire est née au Québec dans les années 70. Elle est à l'origine de toute une série de pratiques de santé très importante, en particulier dans les pays dépourvus d'un système de santé et de traitement des maladies d'Afrique par exemple. Elle a aujourd'hui acquis ses lettres de noblesse et est reconnue par les dirigeants politiques et les professionnels de santé. Dans le projet développé dans cette brochure, les méthodes et les expériences mises en œuvre par les pratiques de santé communautaire peuvent être d'une très grande utilité.

Au centre de la démarche communautaire,¹³ il y a la participation active de l'ensemble des acteurs et tout particulièrement des populations concernées.

Cette démarche individualise 3 groupes d'acteurs (et qui dit acteurs dit actifs !) :

¹² Voir le site : <http://www.maisonmedicale.org/-Susciter-la-sante-communautaire-.html>

¹³ Il est urgent de rétablir sa noblesse au mot communautaire. Certains lui attribuent une connotation péjorative.

- les citoyens d'une communauté, qui ont un intérêt commun : se prémunir du cancer par exemple,
- l'ensemble des professionnels intervenant dans l'action envisagée,
- les décideurs, c'est-à-dire les politiques qui détiennent le plus souvent les moyens de mener l'action.

Pour l'ensemble des acteurs, la démarche communautaire consiste à participer activement à toutes les étapes de l'action. Ces étapes vont de la définition des besoins, à l'élaboration des stratégies d'intervention, à la réalisation du projet, son contrôle et son évaluation. Il s'agit d'un processus de démocratie véritablement participative.

Le contrôle et l'évaluation impliquent une interrogation, sur le système de distribution des soins et de santé.¹⁴

Le point de départ d'une démarche communautaire est l'état des lieux. En matière de cancers, c'est d'une très grande simplicité : toute la population d'un pays est concernée car chacun est en droit de se considérer menacé par un cancer et de se poser la question : comment éviter cette éventualité ?

L'OMS dans la déclaration d'Alma Ata (1978) déclare que **tout être humain doit pouvoir être informé et participer aux programmes de santé qui lui sont destinés.**

Dans ce contexte, la réorientation des services et des institutions est posée. Osons l'affronter !

Cette lutte, cette mobilisation est tout simplement une lutte pour la Vie !

IV – La prévention active.

Les politiques de prévention sont toutes actives, en ce sens qu'elles nécessitent une participation et une mobilisation – plus ou moins – forte des usagers, des professionnels et des pouvoirs publics.

Le concept de prévention active (PA) qui est défendu dans cette brochure découle des travaux du Docteur André Gernez. La PA s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire, c'est-à-dire de l'intervention avant la survenue d'une maladie. La PA, ainsi entendue, complète ce qu'on pourrait appeler la prévention passive, qui consiste à supprimer les facteurs de risque et à

¹⁴ Il faut analyser le système de santé actuel – en profonde crise – dans son organisation (hospitalo-centrisme, mode de formation des acteurs, priorité absolue du curatif, non-partage du savoir qui est jalousement protégé par les professionnels au lieu d'être partagé), comme dans sa pratique réelle, basée sur la maladie et donc les traitements. Ce qui souligne le rôle déterminant de l'industrie pharmaceutique.

promouvoir les facteurs positifs, l'ensemble de ces deux catégories de facteurs diminuant l'incidence de certains cancers.

- La lutte contre les facteurs de risque. Elle ne se limite pas : « à renoncer au tabac, à éviter le tabagisme passif, à limiter la consommation d'alcool, à manger sainement, à maintenir un poids corporel santé, à faire régulièrement de l'exercice physique, à éviter de trop s'exposer au soleil (et aux UV artificiels), et enfin à se protéger contre les infections pouvant provoquer un cancer. »¹⁵ Elle implique une lutte contre tous les polluants, contre la dégradation de l'environnement, professionnels en particulier. Des chercheurs, des citoyens se mobilisent sur ces problèmes. Et par ailleurs, il ne suffit pas de donner des conseils, il faut prendre des mesures positives. C'est une partie de la lutte contre les cancers.

Même si l'ensemble de ces conditions étaient réalisées, elles ne concerneraient pas la situation des personnes qui entrent dans la période de vulnérabilité. Ces personnes ont besoin d'une prévention active et efficace sans délai.

- Les régimes anti-cancers. De très nombreux régimes anti-cancers sont proposés, comme celui du Docteur Servan-Schreiber.¹⁶ Des études montrent l'efficacité de certains de ces régimes. Mais le pourcentage de protection même s'il est intéressant tourne autour de 25%. Pour la plupart des personnes, il implique des conditions difficilement compatibles avec les conditions de vie et de travail. Ils ne sont pas à négliger, mais ne résolvent pas le problème posé. En effet, l'augmentation globale du nombre de cancers au fil des années et la progression de la mortalité – même si cette progression est ralentie – le démontrent clairement.

Cette situation impose d'examiner avec rigueur et honnêteté la solution proposée par le Docteur André Gernez, de mise en place d'une prévention active par la pratique d'une ou deux cures anti-cancer annuelles. Cette cure bien entendu, n'implique pas que l'ensemble des moyens de préventions soit ignoré, bien au contraire. Il faut que les mobilisations autour du cancer et de la santé en général associent toutes les luttes, potentialisent leurs actions à partir d'une large mobilisation des concernés, c'est-à-dire nous tous !

¹⁵ Recommandations de l'Institut National contre le Cancer.

¹⁶ Voir son ouvrage : « *Anti-cancer* » aux éditions Robert Laffont. Il existe de très nombreux ouvrages traitant de cette question. Celui du Professeur Henri Joyeux, cancérologue de notoriété internationale « *Changez d'alimentation – prévention des cancers* » éditions F. X. de Guibert.

La prévention active implique de connaître le mécanisme de survenue d'un cancer et la manière de contrecarrer l'éclosion de ce cancer.

A partir de la remise en question de postulats classiques de la biologie concernant la division cellulaire et de l'adoption de nouveaux postulats – que personne dans la communauté scientifique ne remet en question désormais – le Docteur André Gernez a démontré le mécanisme de la carcinogénèse et de la cancérisation, puis il a proposé les principes d'une prévention active.

La finalité du présent travail est :

- d'exposer simplement ces découvertes,
- de montrer qu'elles fondent une vraie politique de prévention générale des cancers qu'il appartient aux pouvoirs publics de mettre en œuvre,
- de donner les moyens aux personnes intéressées, de mettre en pratique une telle prévention.

Le souhait avoué est de faire éclore, dans la population, chez les professionnels et chez les décideurs un grand mouvement aboutissant à un profond changement dans les mentalités et l'approche du cancer, comme d'ailleurs de l'ensemble des maladies dégénératives.

V – Les politiques actuelles de lutte contre les cancers.

Qu'est-il proposé par les autorités politiques médicales et sanitaires, avec une constance qui ne se dément pas ?

a – de faire des diagnostics les plus précoces possibles et d'améliorer les traitements (prévention secondaire) ! Les deux derniers plans cancers en restent là.¹⁷ C'est inacceptable, s'il est tout à fait réalisable de prévenir la survenue d'un cancer.

b – de lutter contre les facteurs jouant un rôle dans la survenue des cancers. Si on considère l'ensemble de la population, le plus souvent il s'agit de vœux pieux. Prenons quelques faits. La consommation de fruits et légumes est valorisée par les autorités sanitaires et parallèlement la consommation diminue

¹⁷ Malheureusement l'objectif d'une détection la plus précoce et l'amélioration des thérapeutiques actuelles possibles est toujours l'ossature des plans anti-cancers. Les deux derniers plans en sont la preuve (Plan cancer 1 de Chirac 2003 – 2007 et Plan Cancer 2 de Sarkozy 2009 – 2013).

car beaucoup de ménages n'ont pas – ou plus – les moyens – ou le temps, quand les horaires de travail ne s'y prêtent pas – de suivre ces recommandations.

Ces recommandations se retrouvent sur le site de l'Institut National contre le Cancer (INCA).¹⁸

L'action contre le tabagisme repose sur l'augmentation du prix du tabac. Les couches populaires continuent à consommer autant sinon plus. Seules les couches moyennes sont touchées par cet aspect de la « prévention » et diminuent leur consommation.

On sait depuis un siècle que l'amiante est cancérigène, mais les mesures drastiques de protection des travailleurs et des populations n'ont pas été prises, et l'interdiction de ce produit n'est intervenue que cette dernière décennie. Pourtant le nombre de décès attendus est considérable.¹⁹ Que fait-on pour prévenir cette catastrophe ? Rien !

Par ailleurs le volet principal de ce type de « prévention » repose sur la peur ou la menace. Ces politiques visent à culpabiliser les personnes en faisant croire que si ça ne va pas c'est la faute à chacun d'entre nous, car « on ne prend pas sa santé en main. » L'actuelle propagande – au reste très manipulée par les grandes firmes industrielles qui y trouvent une source nouvelle de profits – sur les gestes pour la planète, est grotesque, malhonnête et inefficace.

Bien entendu la prévention des cancers nécessite aussi de lutter très activement contre tous les facteurs de risque répertoriés, en particulier dans l'industrie.

**Face à la carence des milieux officiels, décideurs politiques
et institutions médico-scientifiques, il est urgent
de décréter le salut commun et de prendre les choses en main.
C'est l'ambition de cette brochure que de contribuer
à en donner les moyens, en posant en tout premier lieu le problème.**

Cette brochure s'adresse à l'ensemble des citoyens, aux professionnels de santé, aux thérapeutes et médecins, mais aussi aux décideurs et responsables politiques.

¹⁸ Voir le site de l'INCA :

<http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/alimentation-activite-physique-et-cancers>

¹⁹ « Amiante : 100.000 morts à venir » par François Malye. Editions Le Cherche Midi, collection Documents. (17€)

Deuxième partie :

LE MECANISME DE LA CANCERISATION : BREF EXPOSE DE LA THEORIE DE GERNEZ

I – Révision d'un dogme.

Durant 20 ans, consacrés à un travail acharné, le Docteur Gernez vérifie que la révision du dogme admis à l'époque par tous, du double « cycle cellulaire » et la construction du concept de cellules génératrices permet de résoudre le problème du mécanisme de la cancérogénèse et de la cancérisation. C'est par une communication à l'Académie des Sciences (en 1966) qu'il annonce la nouvelle. Puis le texte édité à compte d'auteur sera expédié à la communauté scientifique française et mondiale.

Il développera sa théorie dans 3 ouvrages, édités aussi à compte d'auteur et diffusés à la communauté scientifique.²⁰

Chaque organisme est constitué d'un ensemble de colonies cellulaires. Ces colonies issues de la première cellule – la cellule maternelle fécondée par le spermatozoïde – s'arrêtent de croître lorsque la maturité adulte est atteinte : c'est ce qu'on observe depuis la nuit des temps. Comme aime à le dire André Gernez, on n'a jamais observé un individu doté d'un foie de plusieurs tonnes ou de membres de plusieurs mètres.

Pourquoi l'organisme s'arrête-t-il de croître ? Pourquoi, à partir de la première cellule, l'explosion des divisions cellulaires qui va porter l'ensemble des cellules qui compose chacun de nous à une masse de 5^{13} cellules (50.000.000.000.000) s'arrête-t-elle à un moment donné ? Est-ce parce que les cellules ne se divisent plus ? Nullement, et, au microscope, les divisions cellulaires se poursuivent et rien n'apparaît qui différencie les cellules d'un adulte dont la masse est stabilisée de celles d'un enfant en période de croissance. On continue à voir des cellules qui se divisent et remplacent celles

²⁰ L'ensemble des travaux du Docteur Gernez sera au fur et à mesure de leur élaboration transmis aux autorités scientifiques médicales et politiques en charge de ces questions. Elles ne peuvent pas dire qu'elles n'ont pas été au courant. Le retentissement a été considérable. Une intervention du Président de l'Ordre des médecins du Nord, le Professeur Paul Gellé, prévue à la télévision a été annulée en toute dernière minute, mais diffusée par la presse.

qui, usées, sont éliminées. Pourquoi donc la masse de l'organisme est-elle stable, stabilité résultant de ce qu'on appelle la constance des parenchymes, et donc des organes ?

L'ancienne théorie : la théorie du double cycle cellulaire.

La cellule est en même temps l'unité anatomique mais aussi l'unité physiologique de l'organisme. On admettait, depuis bientôt deux siècles, que chaque cellule, passait par deux phases : une phase fonctionnelle propre à chaque colonie cellulaire (pulmonaire, hépatique, musculaire, du système nerveux, etc.) et une phase reproductrice. À un certain moment, cette cellule, qui est ouvrière si on peut dire, se différencie, c'est ce qu'on appelait la différenciation pré-mitotique. Elle perd les caractères qui caractérisent sa fonction, elle se simplifie, puis la division se réalise puis elle recommence à reprendre ses inclusions et à redevenir une cellule fonctionnelle, et ainsi de suite.

Toujours selon cette conception, les cellules adaptaient la fréquence de leur division au nombre de cellules usées qu'il fallait remplacer. On admettait que les cellules se reproduisaient sous l'influence de substances stimulatrices ou inhibitrices qui agissant en alternance, maintenaient constant le nombre global des cellules de l'organisme. On a, bien entendu, cherché ces substances. On n'est jamais parvenu à les déceler. Comme en politique, on nomme une commission quand un problème ne trouve pas sa solution, on s'est borné, en désespoir de cause, à baptiser ces substances hypothétiques (cytopoïétines), avant de classer le problème pour n'y pas revenir.

C'est donc, ce qui était enseigné et admis par tous comme fondement même de la physiologie cellulaire. Autrement dit la cellule a un double cycle : elle est en même temps ouvrière c'est-à-dire fonctionnelle et en même temps génératrice d'autres cellules.

**C'est ce schéma que Gernez va remettre en question,
pour proposer un autre schéma et le concept fondamental
de cellules génératrices (ou souches).**

Pourquoi la théorie du double cycle cellulaire est-elle fautive ?

Pourquoi les hypothétiques cytopoïétines d'équilibration restèrent-elles indécélables ? Simplement parce qu'elles n'existent pas ! Sinon, quand on transfuse du sang d'un animal ou d'un adolescent en cours de croissance à un adulte, les substances véhiculées par le sang transfusé agirait sur les cellules

du receveur, et ces cellules se mettraient à se diviser et la masse s'accroîtrait nécessairement

Cette évidence, de bon sens, n'a pas été perçue, mais il en est une autre, encore plus stupéfiante, tellement ahurissante qu'elle accède à l'invraisemblance.

Depuis 1840, des milliers de savants ont examiné au microscope des milliards de coupes de cellules provenant de millions d'individus et aucun d'entre eux ne s'est rendu compte que les cellules qui se divisent ne sont pas les mêmes que celles qui travaillent, qui assurent une fonction.²¹

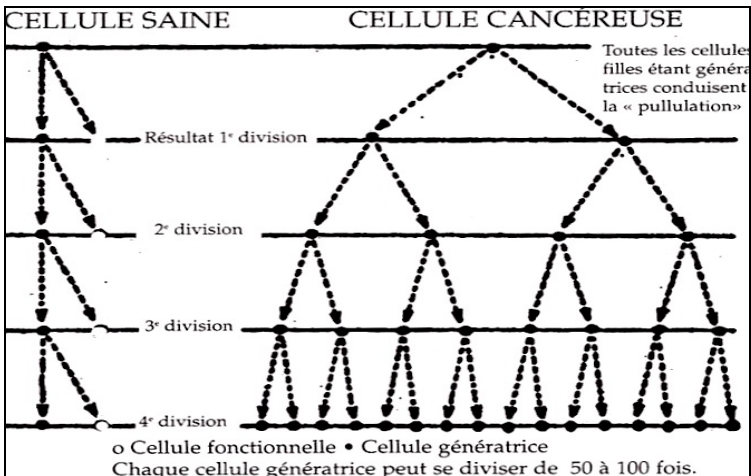
Note : Un observateur anonyme avait remarqué cette différence. Le Docteur Gernez le découvre dans les années 80 dans un ouvrage : « *Manuel Théorique et Pratique d'Histologie* » de 1932 où il est écrit à la page 70 : « **Mitoses nodales**. – Il existe des cellules qui se multiplient et se différencient dans un ordre déterminé et constituent des *lignées*. À l'origine de ces lignées existent des éléments dits *cellules souches*. Chaque cellule souche, en se divisant, donne une cellule semblable à la cellule mère, perpétuant la forme souche et une cellule qui, se différenciant, est le point de départ de la lignée. Ces mitoses qui donnent deux cellules-filles d'évolution différentes sont dites *mitoses nodales* ».

Gernez avait postulé, de son côté, cette nécessaire réalité sans avoir connaissance de cette publication. Cet auteur anonyme est donc le découvreur des cellules souches. Mais, il n'en tirera aucune conclusion. Le mérite de Gernez est d'avoir construit le concept et de l'avoir fait travailler pour expliquer de nombreux problèmes de pathologie dont celui du cancer, et surtout d'avoir proposé des solutions en matière de prévention et de traitement.

La différence, entre les cellules souches et les cellules fonctionnelles, est aujourd'hui universellement admise et vérifiée. Depuis le début du XXI^e siècle, les cellules souches sont devenues l'eldorado de la médecine. Grâce à elles, on va tout résoudre, mais en ignorant la voie ouverte par le Docteur André Gernez. Les travaux actuels visent à instrumentaliser les cellules souches. Il faudra y revenir longuement, car le débat est décisif.

²¹ Curieusement depuis que le concept de cellules souches circule, si on peut dire, dans la communauté scientifique, il ne passe pas un jour sans qu'une publication signale que ces cellules souches sont décelées dans tel ou tel organe... Une thèse est à écrire sur la guérison de la cécité de beaucoup de chercheurs, qui s'obstinent à ne voir que ce qu'il faut voir...

II – Dynamique des cellules cancéreuses.



À chaque instant, il se produit au sein de chacune des colonies cellulaires qui constituent nos organes, des altérations de la structure des chromosomes.

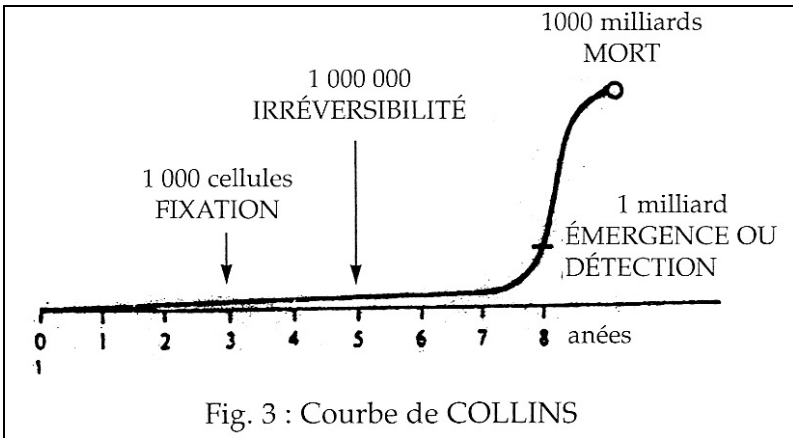
Les causes en sont multiples, des produits chimiques aux radiations ionisantes en passant par les carences alimentaires, etc.

La cellule agressée meurt, guérit ou subit une mutation, c'est-à-dire une lésion transmissible. Parmi les mutations ainsi induites, certaines peuvent altérer la régulation des mitoses (des divisions cellulaires). Dans l'immense majorité des cas, ces cellules mutantes – ou la lignée qu'elles engendrent – ne survivent pas.

La cellule mutée et potentiellement cancéreuse se particularise par le fait que les deux cellules filles sont génératrices et donnent à leur tour des cellules filles elles aussi génératrices et ainsi de suite. On voit ce qui différencie essentiellement le cancer du tissu sain : le cancer s'accroît suivant une progression géométrique (2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, etc.) ; le tissu sain reste stable. (Figure ci-dessus.)

Telle est, dans sa simplicité, la dynamique des cellules normales et celle des cellules cancéreuses expliquant la courbe de Collins que nous allons considérer brièvement car son examen est nécessaire pour comprendre les moyens d'agir.

III – Les étapes de la cancérisation.



Cette première cellule cancéreuse se divise dans l'année qui suit sa naissance quatre fois pour la majorité des cas. Cela veut dire que, à la fin de la première année de son évolution, la masse est de 16 cellules, 256 à la fin de la deuxième année et ainsi de suite.

Suivons la croissance du cancer au cours des années, en notant quatre chiffres dont nous verrons l'importance.

Quand on reporte ces chiffres sur un graphique, on obtient la courbe dite « Courbe de COLLINS » (du nom du chercheur Etatsunien qui constata en 1956 que l'accroissement du cancer s'effectuait suivant cette progression), qui traduit la dynamique de croissance du cancer.

Le cancer atteint une masse de 1 milliard de cellules (c'est-à-dire 1 gramme ou 1 cm de diamètre) vers la 8e année de son évolution. Cette taille de 1 cm est la taille à partir de laquelle un cancer est décelable. En dessous de cette taille, le diagnostic est très difficile – même avec les moyens d'imagerie médicale actuels – voire impossible. Pendant toutes ces années de début, d'évolution, il est ignoré, et ne se traduit par aucun trouble, ou par quelques signes peu évocateurs. Les examens biologiques et d'imagerie médicale classiques ne révèlent rien. Le porteur n'en est pas conscient et le médecin ne peut le déceler.

Quand il est décelé, donc décelable, le cancer a donc évolué, sans qu'on ait rien fait pour le détruire, pendant une très longue période (8 ans pour le cancer du sein, 11 ans pour le cancer du poumon, 15 ans pour les sarcomes, etc.) Que de temps perdu quand on considère que plus le cancer est attaqué précocement, plus grandes sont les chances de le détruire, et plus cette destruction est facile.

IV – Signification biologique des étapes essentielles de la croissance d'un cancer.

1 – La première étape, est celle où la tumeur au début de sa croissance compte un millier de cellules. Ce stade est atteint en moyenne en 3 ans. Jusqu'à cette masse, les cellules cancéreuses sont « récessives », c'est-à-dire qu'elles sont instables et disparaissent spontanément, dans des conditions normales, en raison de la concurrence darwinienne que leur font les cellules saines avec lesquelles elles sont en compétition (retenons bien cette idée de compétition entre les cellules saines – orthoplasiques – et les cellules cancéreuses – dysplasiques). Cette extinction naturelle résulte de la loi de la sélection qui veut que **dans la nature**,²² les animaux tarés sont inviablés lorsqu'ils sont en concurrence avec les animaux sains qui, normalement, sont « dominants. » Cette loi de la sélection naturelle explique que, jusqu'au stade de développement de 10^3 cellules, il ne s'agisse pas encore de vrai cancer, mais de micro-tumeurs spontanément réversibles. Cette micro-tumeur est instable et disparaît spontanément si les conditions ne lui restent pas favorables.

2 – Si les circonstances s'y prêtent, la croissance continue et le cancer atteint un million de cellules (10^6). Et ceci, après 2 à 3 ans supplémentaires. Plus l'organisme vieillit, plus les circonstances favorables au cancer s'accumulent parce que, non seulement l'organisme s'appauvrit avec l'âge en cellules souches normales saines et que, de ce fait, la sélection cellulaire joue moins systématiquement en leur faveur, mais encore parce que les cellules saines épuisent le potentiel de division qu'elles détiennent. Ce potentiel est limité à 70 divisions au total pour toute la vie depuis la première cellule et pour chaque cellule, 50 divisions sont nécessaires pour construire une personne de la conception à la naissance. Il en reste 20 pour assurer notre vie et notre longévité.

²² Note importante. Les lois de la sélection naturelle découvertes au XIXe siècle par le biologiste britannique Charles Darwin, sont des lois qui fonctionnent dans la nature, et en biologie. Dans les sociétés humaines, elles ne fonctionnent pas. C'est au contraire l'altruisme qui caractérise les sociétés humaines. La communauté porte aide et assistance aux malades, aux infirmes, etc., elle les protège. C'est pourquoi, un régime comme le régime nazi qui a exterminé les malades mentaux, les infirmes, puis pour des raisons raciales les juifs, les tziganes, etc., soulève la réprobation universelle. Cette pratique est une négation de la nature humaine, et est qualifiée de « crime contre l'humanité. »

Cette étape de 1 million de cellules est décisive. À partir de cette masse, le cancer devient en effet irréversible et cela pour une raison mécanique. Les cellules situées au sein de la tumeur ayant atteint cette taille n'ont plus la possibilité d'un contact avec les cellules saines et la compétition disparaît : la sélection naturelle ne joue plus et ne pourra plus jouer. En effet, la sélection naturelle, c'est-à-dire la compétition entre cellules ne joue que s'il y a contact, donc contiguïté entre ces cellules. De sorte que, au fur et à mesure de l'accroissement de la tumeur, la sélection s'effectue en fonction de la surface du cancer (c'est-à-dire suivant une fonction au carré) tandis que la masse du cancer progresse suivant le volume (suivant une fonction cubique) soit beaucoup plus vite. Donc, à partir du moment où des cellules cancéreuses échappent au contact avec les cellules saines, ce que permet un volume suffisant de la tumeur, aucune contrainte ne s'exerce et ne s'exercera plus à leur développement.

Ce stade de 10^6 correspond donc à la masse de « non-retour », à partir de laquelle le cancer devient irréversible et progresse inexorablement jusqu'à atteindre le stade suivant, qui est celui où il devient décelable.

Cette masse de un milligramme correspond à un volume d'un millimètre cube. Ce volume, pourtant très réduit, est suffisant pour isoler définitivement des cellules cancéreuses des cellules saines voisines.

3 – Le stade 10^9 , c'est-à-dire un milliard de cellules. Quand ce stade d'émergence clinique, c'est-à-dire de possibilité de détection est atteint (excepté pour les cancers de la peau et du col de l'utérus), trois années supplémentaires se sont encore passées et le cancer atteint alors la masse de 1 g et un volume de 1cm^3 . En 3 ans, son volume s'est multiplié par 1.000 et la tumeur compte alors 1 milliard de cellules (10^9) et végète en moyenne depuis 8 ans. C'est le moment où, dans l'état actuel des choses, il est détectable par les moyens d'imagerie médicale et il devient possible de s'en occuper pour tenter de le détruire. Malheureusement, souvent il est détecté à un stade beaucoup plus tardif.

4 – Enfin le dernier stade est celui de 1.000 milliards de cellules (10^{12}): la tumeur et ses diverses localisations (métastases) atteint alors 1 kg et le sujet qui en est porteur meurt. L'organisme ne peut en effet tolérer une tumeur d'une masse supérieure à 1 kg, quelle que soit sa localisation.

La détection précoce : une solution insuffisante.

L'analyse des étapes de la cancérisation explique l'échec des tentatives de prophylaxie du cancer par une « détection précoce. »

On sait depuis toujours que les chances de guérison d'un cancer sont d'autant plus grandes qu'il est attaqué plus précocement.

Jusqu'à présent, tous les efforts ont porté sur la détection précoce du cancer, dans le but d'accroître les chances de guérison. Or le stade de détection (10^9) n'a aucun intérêt biologique. Il est bien trop éloigné du stade d'irréversibilité (10^6) qui est le seul qui importe. Il est illusoire d'espérer, quelle que soit l'amélioration éventuelle des procédés d'investigation, qu'on puisse un jour parvenir à réduire de 1.000 fois ce stade de détection.

Fixer un objectif sans intérêt biologique aboutit nécessairement à l'échec. Et c'est ce qui est survenu.

Malheureusement l'objectif d'une détection la plus précoce possible est toujours l'ossature des plans anti-cancers. Les deux derniers plans en sont la preuve (Plan cancer 1 de Chirac 2003 – 2007 et Plan Cancer 2 de Sarkozy 2009 – 2013).

Résumons les stades de la courbe de végétation cancéreuse :

- Le stade de 1 cellule : c'est-à-dire la naissance de la cellule initiatrice ;
- Le stade de 10^3 (ou 1.000 cellules) : en dessous duquel le cancer n'a pas droit à ce nom et correspond à des cellules viciées que comporte à l'état permanent toute colonie cellulaire et dont le destin est de disparaître ;
- Le stade de 10^6 (ou 1 million de cellules) : stade d'irréversibilité, à partir duquel le cancer évoluera ;
- Le stade de 10^9 (ou 1 milliard de cellules) : stade où le cancer devient décelable ;
- Le stade de 10^{12} (ou 1.000 milliards de cellules) : stade auquel le porteur du cancer meurt.

V – La cancérisation athéromateuse.

VI – Fonction de l'hormone de croissance .

L'hormone de croissance²³ (*GH ou STH ou HGH pour Human Growth Hormon ou somatotrophine*) a un rôle central . Il détaille cette question dès son premier ouvrage : « Néopostulats biologiques et pathogéniques ».²⁴

²³ L'hormone de croissance est une substance naturellement produite par l'hypophyse, de l'enfance à la puberté. C'est elle qui préside à la croissance en taille des os et des tissus jusqu'à la fin de la puberté.

²⁴ Voir le site : [http:// biomedecine-theorique.com](http://biomedecine-theorique.com)

Note : après avoir publié ses cinq ouvrages sur le cancer, le Docteur Gernez s'est intéressé aux maladies dégénératives, comme la sclérose en plaque, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la schizophrénie, la myopathie de Duchenne, l'athéromatose etc. Il est parti de l'idée que la théorie des cellules souches et de la cinétique cellulaire, qu'il a forgé, permettait de comprendre le mécanisme physiologique de ces maladies, et partant de proposer des méthodes de prévention et de traitement.²⁵

Le point décisif des méthodes proposées est le contrôle de la sécrétion de l'hormone de croissance. Cette hormone intervient dans la division des cellules souches et joue un rôle central dans la croissance cellulaire et donc de celle de l'individu pour atteindre la taille adulte. À partir de cet âge, l'intérêt de l'hormone de croissance diminue fortement. Malheureusement cette hormone de croissance – comme beaucoup d'hormones – est présentée par des gens peu scrupuleux, comme un moyen de retrouver vitalité et jeunesse. C'est un contrat faustien car il faut une contrepartie ! Cette contrepartie est l'accélération du vieillissement qui se manifeste dès que l'utilisation de l'hormone est arrêtée, et plus grave, un raccourcissement de l'espérance de vie ou la flambée d'une maladie dégénérative. Pour vivre vieux et en meilleure santé possible, il faut ménager ses cellules souches, tout en favorisant le fonctionnement optimum de ses cellules fonctionnelles !

L'hormone de croissance provoque la prolifération cellulaire, y compris des cellules d'un cancer connu ou encore invisible. Tarir sa sécrétion présente en particulier, pour les personnes atteintes par un cancer, une mesure salvatrice, et pour les personnes à haut risque une mesure préventive très importante.

Il est démontré depuis longtemps, par de nombreux chercheurs, qu'une personne dont l'hypophyse ne sécrète plus cette hormone pour différentes raisons ne fait pas de cancer. Les animaux auxquels on a supprimé l'hypophyse

²⁵ L'institution médico-scientifique s'intéresse à cette notion de cellule souche à partir de 1993 et les travaux vont se multiplier à partir de la fin du siècle passé. Et brutalement alors que le docteur Gernez était critiqué de partout – après avoir été loué – on trouvait des cellules souches dans tous les tissus. Une différence essentielle doit être soulignée. Le point de vue du Docteur Gernez était de se servir de l'ensemble des mécanismes mis à jour dans ses travaux, pour proposer des solutions. Par exemple la notion d'évolution de l'individu de la conception à la mort est décisive dans ses propositions. La durée cachée de la maladie, le moment d'intervention est décisif. Pour les classiques, les cellules souches sont un eldorado, et ce qui est recherché est leur instrumentalisation, pour réparer, remplacer et pourquoi pas, donner une jeunesse éternelle. Et bien sûr, l'immense majorité des chercheurs oublie de citer le Docteur Gernez, qui avait publié ses travaux dès la fin des années 60, soit 30 ans avant eux.

ne se cancérisent pas. En une phrase : « la cancérisation est corrélée à la sécrétion de l'hormone de croissance » (André Gernez).

Le tarissement de cette sécrétion ne provoque pas de maladie, ni d'effets secondaires sensibles.

L'actualité de ces derniers mois a mis en évidence :

- **une communauté humaine qui ne connaît pas le cancer,**
- **une enquête capitale d'une équipe anglaise de biologistes,**
- **le rôle néfaste de l'utilisation intempestive de cette hormone.**

Une communauté de l'Equateur en Amérique du Sud, qui vit dans les Andes, issue d'immigrants juifs espagnols convertis au catholicisme au XVème siècle ne connaît ni cancer, ni diabète.²⁶ Leur taille est autour de 1,30m. La raison ? Il s'est produit une mutation du gène récepteur de l'hormone de croissance, qui l'empêche d'agir sur les organes concernés. « Nous avons un modèle clinique « pur » (qui) confirme pour la première fois chez l'homme, ce qu'indiquaient les modèles animaux », commente un universitaire parisien. Les scientifiques qui suivent cette population suggèrent que des médicaments, bloquant l'activité des récepteurs de l'hormone de croissance, pourraient être utilisés pour **prévenir les cancers et le diabète**, mais aussi d'autres maladies liées à l'âge comme « les accidents vasculaires cérébraux et les maladies neurodégénératives ».

C'est exactement ce qu'André Gernez propose depuis plus de 40 ans !

La vérification des propositions de Gernez était très facile à faire. Il suffisait d'une volonté politique.

Une étude anglaise. Cette étude anglaise qui vient de paraître démontre l'action décisive de l'hormone de croissance. Le quotidien gratuit « 20minutes »²⁷ a fait état de cette étude dans son numéro du 21 juillet 2011. L'article original est consultable²⁸ sur Internet. Elle a été réalisée par questionnaires envoyés à 1,3 millions de femmes suivies entre 1996 et 2001. Elle a établi l'existence d'une surmortalité en fonction de la taille. Les personnes de plus de 1,73 m ont un risque de 37% en plus de développer un

²⁶ Voir en particulier le quotidien « Le Monde » daté du 19 février 2011.

²⁷ Article visible à l'adresse Internet : <http://www.20minutes.fr/article/760866/femmes-grandes-plus-risques-developper-cancer>

²⁸ Voir le site (en anglais) de « The Lancet Oncology » : <http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045%2811%2970154-1/abstract>

cancer que les personnes de moins de 1,50 m. À partir de cette taille, le risque augmente de 16% tous les 10 cms. Bien entendu, ce fait d'observation est le même pour les hommes. Le Docteur Gernez explique la différence de mortalité entre les hommes et les femmes par la différence de taille.

Pour l'équipe anglaise, l'hormone de croissance, jouerait un rôle dans l'apparition des cancers. C'est exactement ce que Gernez avait prévu quand il a construit sa théorie sur la carcinogenèse et la cancérisation.

On a constaté une augmentation de taille dans notre espèce, autant pour les femmes que pour les hommes, au cours du XXème siècle. Ce phénomène joue donc un rôle essentiel dans l'augmentation du nombre de cancers, constaté depuis plus de 50 ans.²⁹ La « cause » des cancers n'est donc pas à rechercher uniquement dans les conditions environnementales, mais aussi dans des facteurs génétiques. C'est également ce qu'avait prédit le docteur Gernez – il y a plus de 40 ans rappelons le – en donnant le chiffre de 30 % pour l'origine génétique ! Chiffre vérifié par l'étude des populations. Et ça veut dire que prévenir le cancer par des modifications de l'environnement ou de l'alimentation est loin d'être suffisant et que **LA PREVENTION ACTIVE EST INCONTOURNABLE.**

L'étude Saghe.³⁰ Fin 2010, l'agence française des produits de santé (Afssaps) a diffusé les résultats d'une étude épidémiologique mise en route en octobre 2007 et ayant porté sur près de 10.000 patients ayant reçu pour « retard de croissance » une hormone synthétique. Il s'agissait de personnes traitées entre 1985 et 1996. Cette étude démontre un risque **de surmortalité** par rapport à la mortalité observée dans la population générale, avec **93 décès constatés** contre 70. Cette surmortalité correspond à un risque plus élevé d'accidents vasculaires cérébraux et de tumeurs osseuses.

Conclusions. La prévention active du cancer, comme de l'ensemble des maladies dégénératives est incontournable et est la voie principale que doit emprunter le système de santé en France comme partout dans le monde. La lutte pour un meilleur environnement, une meilleure alimentation, de meilleures conditions de travail, pour le sport au service de la santé, et tout simplement contre les maladies est nécessaire, mais pas suffisante. La prévention à un sens très large et incluant la prévention active des maladies dégénératives est vraiment l'axe essentiel de la santé de demain.

²⁹ Voir ci-dessus à la page 7.

³⁰ Voir le site : <http://www.prevention-cancer.net/article-infos-sur-l-hormone-de-croissance-81471143.html>

L'étude anglaise démontre qu'il est très facile de vérifier les conclusions que le Docteur André Gernez a soumises dès 1967 aux autorités sanitaires et politiques de France comme de la plupart des pays de la planète. C'est vrai pour le cancer, mais aussi pour l'ensemble des maladies dégénératives, athéromatose, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, schizophrénie, maladie de Parkinson, myopathie...³¹

Concrètement, nous devons continuer à exiger la publication des travaux sur la prévention active du cancer maintenus sous le boisseau depuis 40 ans.³²

³¹ L'association APAG et l'Institut International André Gernez qui vient d'être créé se fixent pour but essentiel d'agir pour que les travaux du Docteur André Gernez soient expérimentés. Nous commençons la publication, voir le site biomedecine-theorique.com. Il faut des bras et des bonnes volontés...

³² Voir dans le site l'article : <http://www.prevention-cancer.net/article-evenir-le-cancer-c-est-prouve-52665544.html>

Troisième partie :

PREVENTION ACTIVE DES CANCERS : PRINCIPES ET PRATIQUE

I – La prévention générale du cancer est possible et nécessaire.³³

1 – L'action contre le cancer doit s'effectuer à son stade initial.

L'examen de la « courbe de COLLINS » qui représente la végétation du cancer, montre qu'il faut attaquer le cancer à son stade initial, avant le stade d'irréversibilité (10^6 cellules).

En fixant l'objectif du traitement du cancer, comme on le fait toujours malheureusement,³⁴ à un préalable qui est l'émergence clinique, c'est-à-dire à 1 milliard de cellules, on agit sur le dernier stade de la végétation du cancer avec les résultats catastrophiques que l'on connaît, en ayant laissé végéter ce cancer, pendant les premiers 3/4 de la courbe de Collins sans intervenir. Or la période de début de la courbe est précisément celle où le cancer est le plus instable, le plus fragile, car sa masse est très réduite, et donc le plus vulnérable : l'action préventive intervient jusqu'au stade de 10^6 cellules. Attendre, déclare volontiers le Docteur Gernez, « *c'est laisser à un mutant « récessif » la possibilité de devenir « dominant. » Le sens commun veut qu'il soit plus facile d'écraser un gland qu'un chêne. »*

2 - Comment attaquer un cancer à une période où il est encore invisible ?

Les maladies infectieuses sont un bon exemple de la méthode à employer pour éradiquer les cellules mutées capables de se développer en un cancer. Quelle que soit la localisation de l'agent bactérien deux moyens peuvent être mis en œuvre : renforcer les défenses immunitaires et/ou détruire le microbe par un

³³ Cette question est longuement développée par le Docteur Gernez dans son livre : « *La carcinogénèse : mécanisme et prévention* ».

³⁴ Ceci, près de 40 ans après que le Docteur Gernez ait rendu publique ses propositions qui sont, nous le verrons, solidement étayées, et par ailleurs très facilement vérifiables, pourvu que les autorités politiques et scientifiques le décident.

anti-infectieux, un antibiotique par exemple. Cette façon de procéder est générale en prévention.

Elle peut être mise en œuvre en favorisant les cellules saines en compétition avec les cellules mutées et en utilisant des produits anti-mitotiques (anti-cancéreux).

La condition est de disposer d'un produit simple ou composé, dont la gamme d'action porte sur l'ensemble des divers cancers.

Une autre condition est que cette administration soit sans risque, ou comporte un risque négligeable en regard du résultat obtenu. Or, les produits médicamenteux, comportent des inconvénients et des dangers quand l'administration en est massive ou prolongée. Les anti-cancéreux n'échappent pas à la règle. Mais une loi de cancérologie veut que la destruction du cancer nécessite une dose de médicaments anticancéreux proportionnelle à la masse atteinte par le cancer. La dose nécessaire pour détruire un micro-cancer qui est composé de 1 million de cellules au maximum (de 16 cellules au tout début), est infime et négligeable par rapport à celle qui est nécessaire pour le détruire quand il devient décelable, c'est-à-dire quand il comporte au minimum 1 milliard de cellules. Le stade initial de 16 cellules est atteint au bout d'une année d'évolution.

Les produits anticancéreux agissent au niveau de la cellule comme les rayons X, dont on connaît le danger à fortes doses. Personne n'hésite néanmoins à utiliser ces rayons pour une radiographie d'organe, parce que la dose nécessaire est négligeable en regard de l'intérêt diagnostique de l'examen.

Autrement dit, si l'organisme est capable de supporter l'administration régulière et prolongée pendant des années de produits destinés à lutter contre un cancer dont on a attendu qu'il soit décelable (donc totalisant plus d'un milliard de cellules), il peut supporter la dose adaptée à la destruction d'un micro-cancer de 10^6 cellules ou moins, que compte ce micro-cancer à son début. Cette dose – très faible – est proposée une fois par an. Suivant la célèbre formule de Claude Bernard : « *Rien n'est poison, tout est poison ; c'est la dose qui fait le poison.* »

Il est clair aussi qu'en soumettant l'organisme, à partir de l'âge auquel chacun d'entre nous entre dans la période dangereuse de cancérisation (voir la figure de la page 19), à une purge des micro-cancers dont ils sont susceptibles d'être porteurs, on aboutit à une protection résultant de la destruction de ces micro-cancers. En renouvelant annuellement le nettoyage de l'organisme de ces micro-cancers, on n'affronte chaque année, que ceux qui auraient pu naître l'année précédente, c'est-à-dire des cancers dont la masse serait limitée à 16 cellules.

3 – A-t-on la confirmation de l'efficacité d'une telle méthode ?

La réponse est oui. Voici quelques faits qui le corroborent.

- Quand on donne des produits anticancéreux à un lot d'animaux de laboratoire que l'on cancérisé volontairement ensuite, le nombre de cancers observé s'effondre. C'est le cas par exemple de certaines races de souris dont la cancérisation de la mamelle survient spontanément, même sans être provoquée, chez plus de 95% des femelles. Si l'on soumet ces animaux, à des produits anticancéreux, plus de 80% d'entre eux échappent à une telle fatalité.

- Rudali, un chercheur de la Fondation Curie, a démontré en outre que, chez de telles souris, on pouvait interdire la cancérisation par des produits non-toxiques qui favorisent simplement la fraction saine des cellules mammaires, dans une proportion notable des cas. D'autre part, il a montré que si l'on utilisait des produits anticancéreux, la statistique d'apparition du cancer s'effondrait.

- En fait, dès le début des expérimentations de cancérisation provoquée de l'animal, on avait constaté ce phénomène. Dès 1930, l'expérimentation habituelle, pour savoir si une substance possède des propriétés anticancéreuses, consistait à provoquer le cancer de l'oreille du lapin par badigeonnage avec du goudron cancérigène. Si l'on adjoignait auparavant un anticancéreux (« moutarde à l'azote » par exemple) la cancérisation n'était pas obtenue. **Personne ne vit la portée de ces constatations.**

- Chez l'homme, la preuve de l'efficacité de cette méthode est fournie par une observation fortuite : celle des malades mentaux internés. Ces malades ont longtemps constitué la fraction de population la moins frappée par le cancer. Or, on leur administrait comme calmant de l'hydrate de chloral, qui se trouve être un produit anticancéreux mineur. Chez les schizophrènes, les plus soumis à cette médication, le taux de cancérisation était réduit à ce point qu'on ne décelait jamais de cancer chez eux. Depuis l'abandon de cette médication au profit des neuroleptiques (1950) cette fraction de population a peu à peu retrouvé l'incidence du cancer de la population générale.

Remarques.

- L'utilisation d'anti-cancéreux en prévention active ne peut évidemment être pratiquée que sous contrôle médical, car elle met en œuvre l'utilisation de substances qui, mal dosées ou mal administrées, ne seraient pas sans inconvénient.

- Ce nettoyage chimique de l'organisme des cancers naissants dont il peut être porteur, cette attaque directe des micro-cancers de l'organisme est optimum si elle intervient à la fin d'une cure préparatoire destinée à placer l'organisme dans

un état défavorable à la cancérisation et favorable aux cellules saines : c'est la phase orthoplasique de la cure.

- Cette phase est le premier élément de la prévention active des cancers. Elle suffit souvent, par elle-même, à éradiquer les micro-cancers les plus fragiles. D'une innocuité totale, elle est applicable par tous. Elle a été validée par de nombreux travaux, le plus célèbre étant l'étude SUVIMAX.³⁵

II – Agir contre les facteurs favorisant l'émergence d'un cancer.

1 – Les cellules mutées sont au départ très fragiles.

En matière de prévention, quand l'agresseur est faible, le simple renforcement des défenses de l'organisme suffit. Les cellules mutées, cancéreuses sont, quand leur nombre est réduit, très fragiles et disparaissent le plus souvent spontanément.

En chiffres : sur les 50.000 milliards de cellules qui forment chaque être humain, 3% meurent et sont remplacées à chaque instant. Sur ce nombre de naissances cellulaires, environ 1 pour 1.000 (c'est le « taux mutatif »), est composé de cellules mal venues, mutées, porteuses de tares. Ces cellules constituent un ensemble très fragile, inviabilisées, mais qui est constamment renouvelée. Au niveau de chaque espèce animale, on constate la naissance d'un certain pourcentage d'anormaux. Ce même pourcentage est retrouvé dans les colonies cellulaires, et pour strictement la même raison, à savoir l'acquisition d'une altération au niveau des chromosomes de la cellule. Chacun d'entre nous fabrique chaque jour plusieurs millions de cellules mutées.

³⁵ Le 21 juin 2003, les responsables de SU.VI.MAX ont dévoilé les premiers résultats de cette étude clinique française qui a consisté, entre 1994 et 2002 à administrer à 13.017 personnes soit un supplément de minéraux et de vitamines, soit un placebo. Le supplément quotidien utilisé était composé de bêta-carotène synthétique (6 mg), vitamine E synthétique (30 mg), vitamine C (120 mg), sélénium (100 mcg). Les résultats font apparaître une baisse des cancers de 31% chez les hommes qui avaient pris les suppléments, et un recul de la mortalité chez les mêmes hommes de l'ordre de 37%. Aucun bénéfice, qu'il s'agisse des cancers ou de la mortalité, n'a été retrouvé chez les femmes.

Pour plus d'information, se reporter au site : <http://fr.wikipedia.org/wiki/SU.VI.MAX>

2 – Les causes, les facteurs favorisants.

Ce pourcentage naturel d'éclosion de cellules mal venues, de mutants, peut être accru par l'effet de divers facteurs³⁶ comme les radiations, certains produits chimiques, les infections virales ou bactériennes, les poisons cellulaires, des anomalies constitutionnelles des chromosomes, etc., mais un pourcentage minimal est inévitable pour des raisons génétiques.³⁷ L'avenir naturel des mutants réside dans leur disparition. Dans la nature, pour qu'un animal taré réussisse à survivre, il faut qu'il trouve des conditions favorables qui permettent cette survie. La cellule cancéreuse étant un mutant ne peut comme telle survivre, que si des conditions particulières et prolongées lui permettent d'échapper à son destin naturel qui est l'extinction. Si elle y parvient assez longtemps pour que les cellules filles qui résultent de sa division atteignent le nombre de 10^6 cellules, le cancer devient irréversible parce qu'à partir de cette masse, ses cellules centrales quittent le contact des cellules saines voisines (voir supra). La compétition disparaît alors et la sélection naturelle ne joue donc plus, laissant le champ libre à un développement du cancer.

Les principales de ces conditions (de ces causes) sont connues depuis longtemps, et notamment depuis les travaux de Warbourg, Reding, Delbet, Oberling, et de tous les savants qui réussirent chacun à découvrir une de ces conditions (une de ces causes) et qui démontrèrent que chacune d'elles était responsable d'une fraction du taux de cancérisation. Ils en firent la démonstration expérimentale et prouvèrent qu'en corrigeant chacune de ces conditions favorables au cancer le taux de cancérisation diminuait.

³⁶ Ce sont l'ensemble des facteurs de risques, habituellement dénommés, causes des cancers. Les plus importantes sont liées à l'environnement. Et bien sûr, il est nécessaire de lutter pour leur suppression. Par opposition à la prévention active, la suppression des causes peut être qualifiée d'action passive. La lutte contre les causes des cancers est étroitement liée à la lutte pour la prévention active.

³⁷ L'ensemble de ces facteurs de risque relève d'actions à mener dans les différents secteurs où ils interviennent : milieu professionnel, habitations, environnement, pollution, etc. Bien que ces actions de prévention soient très importantes, elles ne font pas l'objet de cette étude.

Le Docteur Gernez souligne les deux erreurs communes à ces chercheurs :³⁸

- La première erreur fut que chacun de ces auteurs, ayant démontré la responsabilité d'un facteur de cancérisation, en généralisa la portée et tendit à l'admettre comme responsable exclusif, ce que controuvaient les expérimentations de l'expérimentateur suivant, qui démontrait, lui aussi, d'une manière tout aussi probante, la responsabilité d'un autre facteur.
- La seconde erreur fut de croire que la correction de ces facteurs responsables, qui entraînait l'échec de la cancérisation provoquée pouvait agir au stade du cancer devenu décelable, c'est-à-dire ayant dépassé le stade à partir duquel il devient irréversible. « Le souffle qui éteint l'allumette est incapable, quelque multiplié et renouvelé qu'il soit, d'avoir le même effet au stade de l'incendie. »

3 – Principe incontournable : agir avant la masse de non-retour.

Cette masse est atteinte, en moyenne en 5 ans pour l'ensemble des cancers. C'est un délai très long pendant lequel le micro-cancer (encore indétectable) doit trouver des conditions favorables à son maintien, sous peine de sa disparition. Cela explique que, alors que la naissance de cellules cancéreuses est permanente, le cancer soit comparativement exceptionnel. En fait, il n'est survenu que 320.000 fois en France en 2005, représentant la réussite de 320.000 cellules qui sont parvenues à atteindre cette masse de non-retour, alors que naissent chaque jour, dans un seul individu, bien plus de mutants capables d'aboutir à former des cancers si les conditions s'y prêtaient pendant une période suffisamment prolongée.

En fait, dès que le cancer a atteint la masse d'irréversibilité, le point de non-retour, il évolue inexorablement, **que les conditions qui lui ont été favorables au début subsistent ou non.**³⁹

Appliquer ces découvertes au traitement du cancer cliniquement décelé, donc devenu irréversible, ayant franchi depuis plusieurs années (2 à 3 en moyenne) le stade de non-retour, était voué à l'échec dans une proportion considérable de cas. Leur efficacité est démontrée, et donc exploitable au stade de début de la

³⁸ Voir « *La carcinogenèse : mécanisme et prévention* », paragraphe : - les étiopathogénies (page 131 à 164 de l'édition de la Vie Claire. Publié sur le site : www.biomedecine-theorique.com

³⁹ Le taux de guérison spontanée du cancer diagnostiqué est négligeable : 1 cas sur 90.000.

végétation cancéreuse. On retrouve la permanente méprise qui est de déceler le cancer, donc d'attendre qu'il soit décelable, comme préalable à son attaque.

Il convient d'associer tous ces facteurs antagonistes de la cancérisation dans une cure annuelle qui renforce leurs effets réciproques et qui permette d'alléger le nettoyage chimique que nous avons considéré et qui idéalement termine la cure de prévention active.

La prévention active consiste à rompre annuellement, les conditions favorisant le développement d'un micro-cancer, pour lui interdire d'atteindre la masse qui le transforme en cancer irréversible, et de restituer à ces cellules anormales leur destin normal qui est l'extinction.

III – Phase orthoplasique de la prévention des cancers.

Une compétition se produit entre les cellules normales (orthoplasiques) et les cellules mutées (dysplasiques). Comme déjà indiqué, dans l'immense majorité des cas, cette compétition se fait en faveur des cellules orthoplasiques. Il s'agit de favoriser dans la compétition cellulaire les cellules normales et de défavoriser les cellules anormales potentiellement cancéreuses.

Nous citerons les principaux moyens.

1 – Réduction alimentaire :

a) Réduction de la ration calorique globale.

« Tous les expérimentateurs ont remarqué depuis longtemps que la cancérisation, volontairement provoquée chez les animaux, est réduite lorsque leur régime est quantitativement allégé d'aliments, pourvu que ceux-ci restent équilibrés. Depuis un demi-siècle, tous les chercheurs ont constaté ce phénomène. » Docteur André Gernez.

Le Pr. Walford, Prix Nobel, constatait dans un travail de 1971 que lorsqu'on réduit d'un tiers la ration alimentaire des animaux d'expérience (en maintenant une ration complète de vitamines et aliments essentiels), ils contractent 10 à 60% de cancers en moins.⁴⁰ L'homme ne diffère pas des autres mammifères. On sait, depuis qu'existent les statistiques des compagnies d'assurance que les gens

⁴⁰ « La Presse Médicale » du 6 septembre 1971.

pléthoriques contractent plus fréquemment le cancer. Une étude récente le confirme.⁴¹

La réduction quantitative des aliments au cours de la cure annuelle de décancérisation est la première condition.

Un régime appauvri en calories, par le fait que cette réduction diminue la sollicitation métabolique des cellules de l'organisme, tend à maintenir ou à rétablir la relation anabolisme inférieur ou égal à réceptivité qui conditionne l'extinction des cellules mutées,⁴² dont des cellules cancéreuses. Elle constitue en outre le seul moyen – hors pathologie – de provoquer une acidose durable de l'organisme, par consommation de ses réserves, dont nous verrons l'influence.

b) Réduction de la ration glucidique.⁴³

Les cellules cancéreuses sont avides de sucres. Une observation intéressante de Warburg : « le fructose tout comme le glucose est transformé par scission en acide lactique. Toutefois, le sucre de canne n'est pas attaqué, d'où il appert que le cancer ne peut invertir le sucre de canne. »⁴⁴

Le tissu cancéreux est avide de sucre. Il faut réduire l'apport en sucre.

c) Diminution des aliments riches en cholestérol et de la viande rouge :

« *D'après les effets constatés chez les animaux, les viandes crues ou peu cuites et les aliments riches en cholestérol favorisent l'éclosion des cancers provoqués* » Docteur André Gernez.

Cette progression est observée dans l'espèce humaine chaque fois qu'une population accroît son niveau socio-économique, qui s'accompagne d'un accroissement parallèle de consommation de ces aliments.⁴⁵

⁴¹ Plus de 124.000 nouveaux cancers étaient liés au surpoids en Europe en 2008 : A. Renehan, congrès de l'European Cancer Organisation et de l'European Society for Medical Oncology, septembre 2009.

⁴² Docteur André Gernez : « *Lois et règles de la cancérisation* » publié sur le site : www.biomedecine-theorique.com

⁴³ Yun J et al. « Glucose deprivation contributes to the development of KRAS pathway mutations in tumor cells ». Science 2009 ; 325 : 1555-1559.

⁴⁴ L'oncologue Laurent Schwartz propose de reprendre ces observations de Warburg dans un article de la revue « La Recherche » de novembre 2008, page 424.

⁴⁵ Cette réalité a été constatée dès le début des années 70 : voir « La Nouvelle Presse Médicale » du 18-11-1972 qui signale l'alarmante progression du cancer chez les Noirs américains, en 18 ans avec augmentation du taux de 138 à 182 pour 100.000 (J. Amer. Med. Ass.t 1972, 221» 345-347), alors que dans la population blanche, cette mortalité n'a progressé que de 149 à 154 (Official Vital Statistics of the USA).

2 – Rôle de l'acidose métabolique.

« *L'acidose constitue un état défavorable au développement de la cellule cancéreuse, l'alcalose contribuant à son éclosion.* » Cette règle a été établie par le savant étatsunien Reding.

Warburg fut le premier à en faire l'observation et à l'expliquer. À partir d'un certain degré d'acidification, le cancer ne peut plus utiliser le sucre dont il est friand.

Les statistiques montrent que les records mondiaux de non-cancérisation sont détenus par les groupes humains qui se singularisent par un record de périodes d'acidose, quelle qu'en soit l'origine :

- conditions de vie (malnutrition),
- habitudes alimentaires (monastiques),
- maladies : urémie ; artériosclérose : chez les artérioscléreux (chez qui une hypermagnésinémie anormale est par ailleurs constante), le taux de cancérisation passe de 35,7% à 18,7%. Il en est de même dans la néphrite azotémique ; le diabète grave. Cette corrélation négative entre cancer et diabète, constatée anciennement lorsque le diabète n'était pas corrigé, est retrouvée de nos jours chez les Indiens d'Amérique du Nord, chez qui la grande fréquence du diabète est associée à un très faible taux de cancérisation (5897 décès de 1950 à 1967).
- habitudes sociales (certaines populations asiatiques).

Il en est de même pour les groupements cellulaires qui constituent l'organisme, et pour la même raison. Le taux le plus bas de cancérisation est détenu par le tissu le plus acidotique, le muscle ($\text{pH} < 7$) qui ne se cancérisé pratiquement jamais et qui est si peu favorable à la cancérisation que les métastases (extensions lointaines) des cancers des autres organes sont incapables de s'y greffer, alors que tous les autres tissus, même l'os, les hébergent.

Les rares cancers dont la guérison est spontanée (1 cas sur 90.000), guérissent toujours à la suite d'une fièvre intense et prolongée dont la traduction sur le milieu cellulaire de l'organisme est une acidose.

L'utilisation, depuis plus d'un demi-siècle, de médicaments anti-infectieux majeurs (antibiotiques) et l'utilisation quasi systématique de produits contre la fièvre a éliminé ces épisodes acidotiques provoqués par le banal cortège des infections fébriles banales (angines, abcès, etc.) qui sont combattues maintenant dès leur apparition. La disparition de ces périodes acidotiques spontanées participe à l'accroissement de la cancérisation, l'effet de ces phases

acidosantes⁴⁶ étant d'autant plus important que les cellules cancéreuses sont peu développées.

Remarque : une acidose sanguine entraîne une alcalose des tissus qui elle peut être toxique. La solution n'est pas d'acidifier notre sang en permanence mais par période pour concourir à éliminer les cellules mutées.

3 – Supplémenter en « substances vitales » : vitamines et oligo-éléments.

Au début du XXème siècle, le Pr. Pierre DELBET compara la fréquence du cancer et la teneur en magnésium du sol. Il apparut que les pays, comme la Belgique, dont le sol est pauvre en magnésium, détiennent des records de cancérisation.⁴⁷

L'antagonisme entre magnésium et cancer était tellement évident qu'on crut, à une certaine époque, que la carence en magnésium était la seule cause du cancer. En fait, il s'agissait d'une des carences dont l'existence défavorise la cellule saine dans la sélection cellulaire.

Depuis lors, on découvrit d'autres carences favorisant également la concurrence que les cellules anormales font aux cellules saines et favorisant donc la cancérisation. C'est ainsi qu'une carence en fer favorise une forme de cancer de la gorge en Suède, une carence en cuivre, le cancer de l'estomac en Angleterre, alors qu'au Japon, qui détient le record du cancer de l'estomac, la carence porte sur la vitamine B.

L'insuffisance de ces éléments nécessaires à la cellule saine pour soutenir victorieusement la concurrence des cellules anormales favorise la survie et l'implantation des cellules cancéreuses.

Mais le magnésium présente toutefois une importance particulière parce qu'il est indispensable à toutes les cellules de l'organisme pour que leurs divisions s'effectuent normalement, alors que les cellules cancéreuses se satisfont, pour leurs divisions, de catalyseurs de substitution. Une insuffisance de magnésium constitue donc un facteur spécialement favorable à l'ensemble des cellules cancéreuses de l'organisme dans la sélection cellulaire.

Pourquoi cette carence en magnésium a-t-elle une portée générale ?

⁴⁶ Grande importance de cette notion de phase acidosante. Ce n'est pas l'acidité constante du sang qui est défavorable aux cancers, mais le fait qu'il y ait des épisodes d'acidification, d'où la notion de cure annuelle.

⁴⁷ Voir l'ouvrage du Professeur Pierre Delbet : « Politique préventive du cancer » édition Denoël 1944, ré-édité par les Editions de La Vie Claire en 1963.

Quand on considère le schéma de la synthèse de l'ARN (acide ribonucléique, un des deux acides observés dans les noyaux de la cellule), une particularité frappe l'observateur. À presque toutes les étapes du schéma, on remarque les lettres Mg. C'est le magnésium. Il est nécessaire pour que s'organise l'ARN terminal. Or l'ARN est l'acide qui règle la division cellulaire. Le magnésium intervient directement pour que les cellules effectuent normalement leur division.

Vient-il à manquer ? La division s'effectue tout de même, mais moins bien. La cellule y procède en substituant à ce catalyseur naturel un ersatz : le potassium par exemple. Cette substitution ne gêne pas la cellule cancéreuse qui, au contraire de la cellule saine, est beaucoup moins difficile et utilise indifféremment d'autres catalyseurs de moindre qualité.

La carence magnésienne qui agit, dans un sens favorable à la cellule cancéreuse dans la sélection cellulaire, est un phénomène qui, autrefois limité à certaines régions qui en sont géologiquement démunies, tend à s'universaliser en raison d'apports surabondants, eux aussi substitutifs, comme les engrais potassiques, dans les habitudes culturelles modernes.

Les colloques, rapports, congrès études diverses sur cette question sont innombrables et attribuent au magnésium un rôle central dans la plupart des dysfonctionnements de nos cellules.

Un apport magnésien de principe doit donc être fourni à l'organisme pour en assurer la recharge de ses cellules. Cette recharge est particulièrement lente, surtout chez les gens qui constitutionnellement fixent difficilement cet élément, et cet apport doit être maintenu pendant la cure. **Cet apport devrait d'ailleurs être constant par cures périodiques, par exemple de 20 jours par mois,** sous surveillance médicale avec contrôle du magnésium sanguin et globulaire.

4 – L'oxygénation.

On sait depuis longtemps que « *s'il survient dans un tissu une cause quelconque qui le prive d'oxygène, les cellules capables de se nourrir par fermentation subsistent seules. De cette façon s'opère une sélection entre les cellules qui pourront non seulement continuer à vivre mais encore à se développer plus activement* » (Warburg). Or ces cellules qui peuvent se passer d'oxygène en lui substituant une fermentation, ce sont les cellules cancéreuses.

La correction d'une hypoxie (diminution de l'apport d'oxygène au sein des tissus) est donc un facteur favorisant les cellules saines qui sont plus tributaires d'une oxygénation suffisante que les cellules cancéreuses qui supportent sans inconvénient cet état.

Il faut favoriser cette oxygénation.

La suppression du tabac pendant la cure est nécessaire. L'oxyde de carbone inhalé par le fumeur se fixe sur les globules rouges du sang en prenant la place de l'oxygène. « Une cigarette dégage 20 à 30 cm³ d'oxyde de carbone et un fumeur a 12% d'oxygène dans le sang. » Si la consommation excède 20 cigarettes cette réduction d'oxygène fixé par le sang persiste même après l'abstention nocturne du tabac.

Aux procédés comme la gymnastique respiratoire s'ajoutent le recours à des substances naturelles, comme la vitamine C qui restitue de l'oxygène aux tissus au fur et à mesure de leurs besoins, et à des substances médicamenteuses, comme le cytochrome oxydase, les anticoagulants (qui liquéfient le sang) et les fibrinolytiques (qui dissolvent la sclérose). Expérimentalement, chez l'animal, ces substances défavorisent l'éclosion ou l'extension du cancer.

Conclusions. Telles sont les principales conditions connues qui défavorisent les cellules cancéreuses nouvellement formées dans la compétition avec les cellules saines environnantes pour survivre et se développer, et qui favorisent les cellules saines.

C'est le cas de l'organisme jeune qui dispose d'une plus grande abondance de cellules souches et d'une moindre usure des cellules fonctionnelles, ce qui aboutit à une dominance pratiquement obligatoire des cellules saines chez une personne jeune et qui rend inutile – sinon souhaitable – une cure annuelle de décancérisation. Cette cure de prévention des cancers s'imposera dès l'âge quadragénaire.

Notes : Avec l'âge se produit une réduction progressive du stock de cellules capables de se diviser (cellules génératrices ou souches) ; c'est ce qu'on appelle « la réduction des parenchymes. »⁴⁸

Nous avons vu que, dans une même population, les individus que les circonstances soumettent à une destruction chimique involontaire des micro-cancers, encore indécélables, sont ceux dont le taux de cancérisation est le plus bas.

On a recherché aussi qu'elle était, des diverses populations humaines, celles dont le taux de cancérisation était le plus bas. Ce taux est détenu par une

⁴⁸ La cellule ne peut se diviser que 70 fois, dont 50 avant l'âge adulte ; le nombre de divisions possibles, ce qu'on appelle « le potentiel cinétique intrinsèque », s'épuise donc avec l'âge.

population asiatique (les Hounzas⁴⁹) chez qui les missions médicales qui ont étudié cet étrange phénomène n'ont décelé aucun cancer. Cette population procède de temps immémoriaux à une cure annuelle qui correspond à l'essentiel des données qui viennent d'être exposées.

IV – Chasse terminale des micro-cancers.

Durant les derniers jours de la cure, il est souhaitable de procéder à la destruction des micro-cancers ayant pu survivre à la cure orthoplasante, par des produits anticancéreux.

Cette purge des micro-cancers résiduels comportant un faible nombre de cellules (16 en moyenne à la fin de la première année d'évolution, 1.000 cellules au bout de 3 ans), complète le nettoyage de l'organisme.

Nous avons vu qu'elle implique l'usage de médicaments anticancéreux, à très faible dose (la dose nécessaire à la destruction d'un cancer est proportionnelle au nombre des cellules qu'il contient et cette dose, au stade initial, est négligeable).⁵⁰

La procédure chimique terminale de la cure préventive ne se différencie pas essentiellement de la procédure curative du cancer évolué. La seule différence est qu'elle s'adresse à des formations constituées d'un nombre réduit de cellules au lieu d'au moins un milliard de cellules pour les cancers détectés au tout début de leur émergence clinique (ce qui mais malheureusement, est un cas rare : l'écrasante majorité des cancers sont détectés à un stade beaucoup plus évolué).

La charge médicamenteuse, qui est proportionnelle à la masse cancéreuse, est négligeable au stade initial. Elle doit se conformer à la technique de synchronisation.⁵¹ La synchronisation consiste à bloquer les cellules en phase

⁴⁹ « Les Hounzas, un peuple qui ignore la maladie », Ralph Bircher. Editions Victor Attinger.

⁵⁰ L'utilisation de ces produits anticancéreux (qu'on utilise aussi pour d'autres maladies comme le rhumatisme chronique ou le psoriasis, mais à beaucoup plus forte dose) peut toutefois représenter, par leur abus ou un mauvais dosage, un risque de toxicité et ressort donc d'une formulation et d'un contrôle par le médecin.

⁵¹ Cette procédure est définie par le Docteur Gernez dans son ouvrage rendu public en décembre 1969 : « *Le cancer : dynamique et éradication* », page 113 et suivante de l'édition princeps. Le professeur Georges Mathé sous le nom de synchronisation

de division (phase de vulnérabilité) par un premier agent puis donner un produit qui relance les divisions cellulaires et les jours suivants on administrera un agent éradicateur.

Il convient de noter que l'agent cytostatique initial (blocage mitotique) aboutit, si la concentration est plus élevée, à une action antimitotique partielle mais suffisante au stade d'évolution paucicellulaire (10^3 cellules) concerné, pouvant remplacer le second agent.

Les contre-indications ressortent des règles usuelles de la pharmacopée ; la grossesse et l'allaitement impliquent de limiter la procédure à l'action orthoplasante.

La procédure doit intervenir en fin de cure pour que le biotope cellulaire ait été préalablement rétabli dans le sens favorable à l'orthoplasie. Un rappel éventuel implique une latence minimale d'un mois.

Quatrième partie :

PREVENTION ACTIVE DES CANCERS : LES REGLES A OBSERVER EN PRATIQUE

I – Renouveler la cure annuellement.

On a la certitude d'attaquer, dans sa toute première phase, un cancer éventuel en voie de formation, alors qu'il est très vulnérable parce qu'il ne compte encore qu'un nombre restreint de cellules. Cette règle est incontournable.

Si, pour une raison quelconque, survivaient à la cure quelques cellules, elles seraient détruites l'année suivante alors qu'elles seraient très vulnérables.

Le seuil d'irréversibilité du cancer étant de l'ordre de 10^6 cellules (1 million), et n'étant atteinte en moyenne que 5 à 6 ans après son début, un cancer en formation court ainsi 5 ou 6 fois le risque d'être détruit par les cures annuelles, ce qui est une marge de sécurité très large.

II – La cure doit durer le temps suffisant.

Il faut en effet que la majorité des cellules de l'organisme aient le temps de passer par une phase divisionnelle de sorte que celle-ci s'effectue dans des conditions spécifiquement anti-cancéreuses et de sorte aussi que l'action sur les cellules mutées puisse avoir lieu.

Cette période correspond biologiquement à 40 jours.

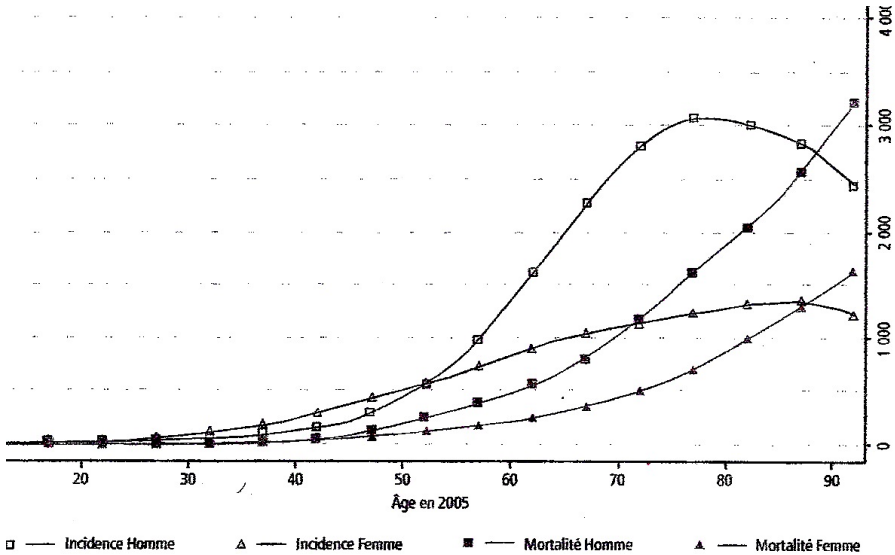
Note : Cette cure annuelle constitue une véritable cure de désintoxication voire de rajeunissement, telle qu'autrefois l'observation empirique en avait fait dans de nombreux peuples une habitude sociale ou religieuse. Cette pratique du jeûne, résultat probable d'un empirisme millénaire, est constatée de tout temps. Les Phéniciens, les Assyriens, les Perses, les Lacédémoniens, les Gaulois, avaient leurs jeûnes sacrés et la loi s'en retrouve dans plusieurs religions, sous forme de jeûne brahmanique, Yom Kippour, carême, ramadan...

III – Les meilleures époques pour pratiquer la cure anti-cancer sont le début du printemps et de l'automne

Ces périodes correspondent à un rythme biologique que l'homme partage avec les autres mammifères.

IV – A quel âge ?

Elle est surtout indispensable aux personnes des deux sexes, âgées de 35 – 40 ans à 70 ans, ce qui ressort de l'observation de la courbe de morbidité et mortalité cancéreuse :⁵²



Compte tenu du laps de temps moyen de 5 à 8 ans qui s'écoule entre l'écllosion de la première cellule et l'émergence clinique du cancer, il serait imprudent d'attendre l'âge que caractérise une mortalité cancéreuse élevée.

Avant cet âge, le risque de cancérisation est statistiquement peu élevé (sauf dans des groupes prédestinés par leur métier, leur hérédité, etc.). Après 70 ans, la mortalité par cancer tend à diminuer au profit des autres causes... que la cure combat d'ailleurs également, quoique non spécifiquement.

V – Eviter durant la cure les facteurs susceptibles de favoriser les cellules cancéreuses.

En particulier les suivants :

- Le don du sang qui stimule les divisions cellulaires.

⁵² « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. » Institut de veille sanitaire.

- Les traitements cortisoniques, pour la même raison. (La cortisone est utilisée durant la phase médicamenteuse de la cure pour relancer les divisions cellulaires avant l'administration de l'anti-mitotique.)
- Le tabac, qui diminue l'oxygénation.
- Tout aliment contenant des colorants ou des arômes de synthèse, des conservateurs chimiques, même autorisés.

VI – Perte de poids et régime à observer durant la cure.

L'alimentation et l'hygiène de vie ont une importance capitale dans la survenue d'un cancer. Nous avons évoqué ci-dessus quelques exemples. Cette importance se retrouve dans la cure annuelle.

- Restriction alimentaire avec réduction des matières grasses, du sucre et du sel. Elle implique un jeûne relatif destiné à induire dans l'organisme un état d'acidose. Son observance peut être difficile les premiers jours. Concrètement, il faut réduire d'un tiers la ration alimentaire habituelle pour obtenir en trente jours une diminution du poids corporel de l'ordre de 3%. Dans ce but, ne prendre qu'un repas complet et une collation chez les sédentaires. Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, limiter la perte de poids à 1% en deux semaines et renouveler la procédure après six mois (deux cures par an au printemps et à l'automne).
- Aliments préconisés : Les crucifères (chou, chou-fleur, chou-rouge, brocoli), ail, persil, préparations vinaigrées. Nous insistons sur le brocoli à haute teneur en soufre. Le soufre étant un puissant anti-cancéreux. Epice comme le curcuma.
- Aliments autorisés : Poissons maigres, viandes maigres cuites au grill, légumes rouges, légumes cuits, salades vertes, crudités, fromage blanc maigre, yaourt nature (au lait de brebis de préférence).
- Aliments à consommer avec modération : Pain complet, céréales complètes, riz complet, pâtes, soupes de légumes peu salées, lentilles, pois, oignons, artichauts, pomme de terre, champignons, fromages maigres non salés, compotes non sucrées, lait écrémé.
- Aliments interdits : Tous les aliments fumés, gras (charcuterie, sauces, mayonnaise, vinaigrette, frites, chips), salés, sucrés (pâtisseries, viennoiseries, glaces, confitures, sodas, limonades, chocolat) et les conserves à l'exception des surgelés.
- Boissons : Eau du robinet ou eau adoucie remplacées par de l'eau de source de préférence riche en silicium et sélénium (exemple : eau de Châtelguyon et de la Roche Posay), vin rouge à haut degré (1 à 2 verres par repas), chicorée,

ginseng ou thé vert en substitution au café qui est réduit ou supprimé, infusions non sucrées.

- Préparation culinaire : les limiter à l'indispensable : le sel (sel marin non raffiné), le sucre (sucre de canne), l'huile (huile d'olive vierge ou à défaut, huile de germe de blé ou de soja), les matières grasses (beurre frais ou margarine non hydrogénée à l'exclusion des fritures et graisses cuites), le poivre (substitution par condiments : ail, oignon, persil, vinaigres non colorés, thym, sauge, menthe).

Exclure le barbecue, la surchauffe en auto cuiseur, les aliments comportant des colorants ou pesticides, les présentations en emballage plastique de contact, les barquettes en aluminium.

S'efforcer de respecter une durée minimale du repas de trente minutes ; en cas de fringales dans la journée, consommation d'un fruit. C'est à cette occasion que l'on peut consommer un fruit dit acide : orange par exemple. Jamais de fruit dit acide le matin à jeun.

Hygiène d'accompagnement : Au cours de la procédure préventive, respecter une hygiène de vie comportant, pour les sédentaires, une activité physique modérée quotidienne (une heure de marche en forêt, campagne, bord de mer, avec exercices respiratoires profonds) et, pour les fumeurs, l'abstention si le sevrage est facile et sans accroissement de l'appétit et du poids (dans le cas contraire, éviter l'inhalation de la fumée par usage de la pipe, du cigare et la préparation personnelle de la cigarette, en aidant la réduction tabagique par mastication de gomme à la nicotine).

VII – L'oxygénation.

On recherchera tout ce qui favorise la respiration et l'oxygénation de l'organisme, en particulier les promenades en forêt, en montagne et près de la mer, l'activité physique de plein air (non pollué si c'est possible !), la gymnastique respiratoire, la consommation d'aliments riches en vitamine C (agrumes et fruits frais en général), l'ozonisation de l'air des appartements. Les médications adjuvantes de l'oxygénation des tissus, soit directement comme la vitamine C ou le cytochrome, soit indirectement comme les fluidifiants sanguins et les sclérolytiques, constituent une large panoplie que le médecin peut utiliser pour renforcer cette action ; elles présentent l'avantage d'associer une innocuité complète à la confirmation expérimentale d'un effet protecteur de la cancérisation. Certaines de ces médications sont composées de telle sorte qu'elles associent une action acidifiante complémentaire.

La fluidification du sang favorise l'oxygénation. L'aspirine est un bon moyen pour atteindre cet objectif.⁵³

Note : Une bonne oxygénation des tissus peut être obtenue grâce à la méthode de René Jacquier.⁵⁴

VIII – Les compléments en vitamines et oligo-éléments.

- La cure magnésienne, sans oublier d'exclure l'usage des alcools pendant la cure. L'alcool s'oppose à la fixation magnésienne (chez les cirrhotiques, la teneur sanguine en magnésium reste constamment anormalement basse). En France, les régions détenant le record de mortalité cancéreuse sont aussi celles qui détiennent le record de mortalité par cirrhose alcoolique. Le lien procède du fait que l'alcoolisme engendre deux facteurs favorisant essentiellement les cellules cancéreuses : l'hypomagnésinémie, – c'est-à-dire la perte de la fixation du magnésium – et l'alcalose. On comprend la relation qui lie les mortalités alcoolique et cancéreuse. En fait, l'absence de fixation magnésienne due à l'alcool aboutit au même résultat qu'une carence alimentaire qui entraîne, elle aussi, des records de cancérisation dans les pays où elle sévit, comme la Belgique. La recharge médicamenteuse constitue une garantie de corriger une carence qui peut d'ailleurs procéder autant d'une difficulté de fixation individuelle que du manque d'un apport suffisant. Il existe de nombreuses présentations médicamenteuses dont certaines offrent l'avantage d'associer dans leur formule de la vitamine C. Notons que certaines de ces présentations médicamenteuses associées provoquent, même utilisées isolément chez l'animal qu'on cancérisé, un taux de protection remarquable.

En cas de maladie chronique d'un organe, la période de cure doit être celle du soin apporté à mettre au repos fonctionnel maximum cet organe. Gastrite, colite, bronchite, etc., souvent négligées parce que rebelles à un traitement curateur, doivent faire l'objet d'une attention particulière, même si temporaire, pour alléger la charge imposée aux cellules saines résiduelles, d'autant que les maladies chroniques font le lit du cancer.

⁵³ La proposition d'inclure l'aspirine à faible dose en prévention du cancer a été formulée par le Docteur Gernez dès les années 1970. Une étude internationale publiée fin 2010 dans la presse scientifique de Peter Rothwell (AFP 7 décembre 2010) établissait une baisse de 31% de la mortalité par cancer lors de prescriptions longues. C'étaient les cancers du colon, du rectum, de la prostate qui étaient surtout concernés.

⁵⁴ Pour information sur cette méthode s'adresser à la société Holiste : www.holiste.com

Tous les cancérologues s'accordent à remarquer l'influence des facteurs moraux dans la genèse des cancers ; cela tient au fait que les émotions et les détresses morales sont génératrices d'alcalose. La cure tend à corriger cet effet par une acidification systématisée. Il reste qu'une correction, au moins temporaire, d'un état psychasthénique peut être envisagée par voie médicamenteuse euphorisante, si nécessaire.

IX – La chasse terminale des micro-cancers.

Les derniers jours de la cure constituent la période de la destruction directe, par des produits anticancéreux, des cellules anormales qui auraient pu résister à une extinction naturelle quand le biotope cellulaire est rétabli dans un statut qui ne se prête pas à leur survie.

Cette purge des micro-cancers résiduels encore réduits à quelques cellules (16 en moyenne à la fin de la première année d'évolution, et efficacité jusqu'à 10^6 , avant la phase d'irréversibilité), qui persisteraient encore dans les organes, complète le nettoyage de l'organisme.

Nous avons vu qu'elle implique l'usage de médicaments anticancéreux, à très faible dose (la dose nécessaire à la destruction d'un cancer est proportionnelle au nombre des cellules qu'il contient et cette dose, au stade d'une douzaine de cellules, est négligeable).

X – Les protocoles de prévention active.

Pour simplifier la prise en main de la prévention active des cancers, des protocoles pratiques ont été proposés à différentes époques. Pour se prononcer sur la validité de ces protocoles, il faudrait une étude à grande échelle, ce qui a été tenté en 1986 – 1987. De très violentes attaques contre les promoteurs et des menaces ont eu raison de la détermination des très nombreux médecins qui s'étaient portés volontaires pour mettre en place cette prévention active des cancers.

Aujourd'hui, la situation a changé par le fait que de nombreux travaux ont démontré d'une part le rôle de l'alimentation dans la survenue des cancers ainsi que celui des vitamines et des sels minéraux. Des études prouvent que des modifications de l'alimentation et l'introduction de compléments alimentaires en vitamines, oligo-éléments et sels minéraux, permettaient une diminution significative de l'incidence des cancers, chiffrée de 20 à 30%.

Des protocoles pratiques seront proposés dans le site et le blog de l'Association Pour André Gernez (APAG). La règle d'or étant de respecter les règles énoncées ci-dessus. Ce site, par ailleurs, permettra d'échanger, de proposer de nouvelles possibilités au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des moyens disponibles. Des témoignages seront publiés ainsi que toutes informations sur les politiques publiques, l'action en faveur d'une prévention active des cancers en France et dans le monde.

Bref, l'ambition est d'en faire un lieu vivant d'aide à la mobilisation de chacun et à la prise en charge de sa propre prévention et de sa santé.

Une surveillance médicale est nécessaire. Il est donc conseillé d'en parler à son médecin qui adaptera le protocole en fonction de chaque cas et de ses orientations thérapeutiques.

Le protocole de base, à démarrer vers 40 ans et si possible en mars comporte 3 volets :

- **Période initiale de 30 jours (pouvant être ramenée à 20) de restriction alimentaire.** Elle doit permettre une réduction de poids de l'ordre de 3% à 5%. Voir § VI ci-dessus.

- **Médications et suppléments de la période initiale.** Apport (à doses habituelles) : - de vitamines : C, E, D, A, - d'oligo-éléments : magnésium, sélénium, chrome, cobalt, soufre, silicium, - Bioflavonoïdes, - Aspirine.

Association d'une méthode d'oxygénation.

- **Médication terminale.**

Colchicine 7 jours, cortisone 2 jours et anti-mitotiques classiques ou « alternatifs »⁵⁵ 3 jours.

Ces médicaments nécessitent une prescription médicale. La consultation d'un professionnel de santé, habilité à prescrire, est nécessaire.

Des fiches détaillées seront proposées dans les sites.

⁵⁵ Il existe en effet des produits autorisés dans d'autres pays et interdits – ou seulement tolérés en France – qui sont d'un très grand intérêt en matière de traitement et de prévention du cancer, en général à titre complémentaire. La liste sera aussi publiée.

BIBLIOGRAPHIE

De nombreuses références sont citées dans le texte. On pourra les compléter par les ouvrages et sites suivant :

- **Les écrits scientifiques du Docteur Gernez sont en cours de publication dans le site : <http://2iag.org> Les ouvrages consacrés au cancer sont déjà disponibles.**
- « *Prévenir et vaincre le cancer* » Docteur Jean-Pierre Willem Ed Guy Trédaniel
- « *La société cancérogène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer ?* ». Geneviève Barbier et Armand Farrachi Editions de la Martinière 2004.
- Très bonne mise au point sur le cancer du sein par une revue de référence : <http://id.erudit.org/iderudit/010550ar>
- « *Guérir enfin du cancer : Oser dire quand et comment* » Pr Henri Joyeux éditions du Rocher - octobre 2010.
- « *Changez d'alimentation – prévention des cancers* » Pr Henri Joyeux éditions F. X. de Guibert.
- Professeur Serge Renaud : « *Le régime crétois* » éditions Odile Jacob.
- « *Les bienfaits du régime crétois. Mieux vivre plus longtemps.* » André Burckel Editions : J'ai lu – bien être.
- « *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent il vous soignera sans médicament* » de Michel de Lorgeril
- « *Prévenir l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral* » de Dr Michel de Lorgeril
- « *Le régime céto-gène contre le cancer* » Pr Ulrike Kämmerer édition Thierry Soucar
- « *La diététique anti-cancer* » Laëtitia Aguillo Ed Thierry Soucar
- « *Le cancer, un fléau qui rapporte* », Dr Nicole Delepine. Ed Michalon
- « *Cancer, guérir tous les malades ? Enfin ?* » Dr Laurent Schwartz Ed Hugo-Doc
- « *Prévenir le cancer, ça dépend aussi de vous* ». Pr David Khayat Ed odile Jacob.

