

**Rapport d'expert
du Professeur Christian PERRONNE,
médecin infectiologue,
à propos de la COVID-19**

À la demande de :

Me Dominic Desjarlais
1188 avenue Union, 6e étage
Bureau 626
Montréal (Québec) H3B 0E5

5 mai 2021

PLAN :

1. Introduction	4
2. Données de mortalité, de létalité et de contagiosité de la COVID-19 et typologie des morts	5
2.1. Données officielles du Québec	5
2.2. Mortalité	5
2.3. Létalité	6
2 3.1 Infection Fatality Ratio (IFR):	6
2 3.2 Case Fatality Ratio (CFR)	7
2.4. Qui sont les morts de la COVID-19 ?	7
2 4.1 Analyse de sources INSPQ	7
2 4.2 Analyse d'une source Santé Publique France	9
2 4.3 Analyse d'une source universitaire	9
2 4.4 Analyse d'une source du CDC des États-Unis	9
2 4.5 Analyse d'une source du CDC des États-Unis	10
2 4.6 Analyse d'une source de presse	10
2 4.7 Comment détermine-t-on qu'une personne décède de la COVID-19 ?	10
2.5. Non-contagiosité des asymptomatiques	11
2.6. Focus sur les enfants	11
2.7. Conclusion du chapitre	12
3. Mesures non médicales (masques, isolement des malades, protection des personnes fragiles et mesures de confinement)	14
3.1. Masque / couvre-visage (ci-après « masque »)	14
3 1.1 Analyse de la position du Haut-Conseil de la Santé Publique (France) sur les masques	14
3 1.2 Analyse d'une étude randomisée danoise sur le masque	15
3 1.3 Analyse d'une méta-étude	16
3 1.4 Analyse d'un article	17
3 1.5 Analyse de la position de l'OMS	18
3 1.6 Analyse des messages passés à la population du Québec	19
3 1.7 Analyse d'une étude de l'INSPQ	21
3.2. Isolement des personnes malades et protection des personnes en CHSLD	21
3.3. Confinement (lockdown)	22
3.4. Conclusion du chapitre	23
4. Évaluation des solutions thérapeutiques contre la COVID-19	25
4.1. Le Lancet-Gate	25
4.2. Le Remdesivir-Gate	28
4.3. Scandale éthique des longues études avec tirages au sort pour évaluer les médicaments	31
4.4. Critique des RCT menés en 2020	31
4 4.1 Illustration avec l'essai Hycovid	32
4 4.2 Illustration avec l'essai Recovery	34
4.5. Efficacité de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine	34

4.6. Prescription d’Azithromycine _____	36
4.7. Efficacité de l’ivermectine _____	36
4.8. Efficacité de la vitamine D _____	37
4.9. Artemisia annua _____	39
4.10. Autres solutions thérapeutiques _____	40
4.11. Mon propre retour d’expériences en tant que soignant _____	41
4.12. Recommandations de la Coordination Santé Libre : _____	41
4.13. Lien entre solutions thérapeutiques rejetées et vaccins autorisés ? _____	49
4.14. Conclusion du chapitre _____	50
5. Les Vaccins _____	51
5.1. Différents types de vaccins _____	51
5.2. Contexte d’urgence et d’autorisations exceptionnelles d’utilisation _____	52
5.3. Analyse des FAQ d’autorités de santé réputées _____	53
5.3.1 Analyse de la FAQ de la FDA américaine _____	53
5.3.2 Analyse de la FAQ de l’European Medicines Agency (EMA) _____	54
5.3.3 Analyse de la position de la Haute Autorité de Santé sur le vaccin Pfizer-BioNTech _____	54
5.4. Le vaccin empêche-t-il ou non la transmission du virus ? _____	55
5.5. Effets secondaires graves _____	55
5.6. Les vaccins à ARN messenger : une OMNI (Objet Médical Non Identifié) _____	57
5.7. Perspective d’une obligation vaccinale explicite ou implicite (passeport vaccinal) _____	59
5.8. Conclusion du chapitre _____	60
6. Conclusions _____	61
Annexe 1 : CV du Pr Perronne _____	63
IMPLICATION LOCALE _____	67
IMPLICATION NATIONALE _____	67
IMPLICATION INTERNATIONALE _____	69
Annexe 2 : Publications du Pr Perronne _____	71

1. **Introduction**

Mon Curriculum Vitae figure en Annexe 1.

Je déclare l'absence de tout conflit d'intérêt dans le cadre de l'élaboration de ce rapport.

2. Données de mortalité, de létalité et de contagiosité de la COVID-19 et typologie des morts

La maladie COVID-19 n'est pas la grande tueuse que l'on veut nous faire croire et la très grande majorité des personnes décédées de la COVID-19 sont des **personnes âgées** (supérieur à 65 ans) **et/ou souffrant d'une ou plusieurs comorbidités**. La plupart des décédés de la COVID-19 ont une espérance de vie plutôt faible avant d'être infectés. Dans ce chapitre, j'effectue également un zoom sur les enfants et sur les asymptomatiques, en termes de contagiosité.

2.1. Données officielles du Québec

En date du 22 février 2021, voici les principales données concernant la COVID-19 au Québec d'après l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)¹ :

- 282 927 « cas confirmés » en cumul depuis le début de l'épidémie ; valeur du 22 février 2021, captée sur le site le 23 février 2021
- 252 672 « cas confirmés » en cumul depuis le début de l'épidémie à M-1 (un mois avant) ; valeur du 22 janvier 2021, captée sur le site le 23 février 2021
- 10 318 « décès liés à la COVID-19 » en cumul depuis le début de l'épidémie ; valeur du 22 février 2021, captée sur le site le 23 février 2021

Par ailleurs la population du Québec s'établit à 8,57 millions d'habitants ; source Institut de la statistique du Québec.

Le Document 001, indiqué ci-dessous, donne la définition d'un cas confirmé, d'un cas confirmé par lien épidémiologique et d'un cas clinique.

Je note que le Gouvernement du Québec estime que « un cas est confirmé lorsqu'il y a détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2 ». J'estime qu'une telle définition n'est pas appropriée car bien trop large pour apprécier le nombre de personnes contagieuses ou développant des signes cliniques. Un « cas confirmé » au Québec est donc une personne qui pourrait devenir contagieuse et/ou symptomatique, sans que la probabilité qu'il le devienne ne soit évaluable.

[Document 001] :

Définition de cas COVID

version du 17 décembre 2020 qui complète la version du 8 avril 2020 en ajoutant la notion de « cas probable »

INSPQ 2020-12-17

https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19_2020-12-17.pdf

2.2. Mortalité

Au cours d'une épidémie, on peut compter les décès en les rapportant à la population globale (mortalité) ou au nombre de cas de la maladie (létalité).

¹ <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

Habituellement, la létalité est le marqueur le plus fiable de la dangerosité de la maladie. Ce marqueur était fiable jusqu'à juillet 2020, quand les tests diagnostiques PCR étaient réalisés de façon limitée et appropriée chez les malades symptomatiques et leurs contacts. Depuis août 2020, la pratique généralisée de tests PCR non fiables conduisant à de nombreux faux positifs ne permet plus d'avoir une idée réelle du nombre de cas. La plupart des « cas » recensés dans beaucoup de pays sont en fait des tests positifs chez des personnes en parfaite santé, non contagieuses.

C'est pourquoi, depuis août 2020, le seul indicateur qui permette d'apprécier le niveau de gravité de la maladie COVID-19 est le taux de mortalité, à savoir le rapport du nombre de décès au cours d'une période donnée sur la population totale.

Pour le Québec, la mortalité s'établit, en date du 8 avril 2021, et depuis le début de l'épidémie, à 0,124 % (10 639 morts rapportés à 8 575 000 d'habitants). Un taux comparable à celui de la France à la même date (0,146 % avec 97 301 morts rapportés à 66 732 000 d'habitants).

La mortalité causée par l'épidémie depuis son début, donc depuis un an, est donc faible. Comme je l'exposerai infra, cette mortalité est par ailleurs concentrée quasi-exclusivement sur des populations âgées et/ou atteintes de comorbidités, qui eurent pu être mieux protégées pour minimiser la propagation de la maladie et traitées avant aggravation, dès l'apparition des premiers symptômes.

2.3. Létalité

Il existe deux indicateurs définissant la létalité. Il est possible d'en trouver la définition dans le document suivant de l'OMS :

[Document 002] :

Estimating mortality from COVID-19 - Scientific Brief

4 August 2020

WHO (OMS)

<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19>

L'OMS distingue deux calculs de létalité : l'IFR et le CFR

2.3.1 Infection Fatality Ratio (IFR):

“The true severity of a disease can be described by the Infection Fatality Ratio:”

$$\text{Infection fatality ratio (IFR, in \%)} = \frac{\text{Number of deaths from disease}}{\text{Number of infected individuals}} \times 100$$

Malheureusement ce taux est impossible à calculer car il faudrait disposer d'un moyen de connaître le nombre d'individus infectés parmi la population totale depuis le début de l'épidémie.

2 3.2 Case Fatality Ratio (CFR)

“Case fatality ratio (CFR) is the proportion of individuals diagnosed with a disease who die from that disease and is therefore a measure of severity among detected cases:”

Comme précisé plus haut, cet indicateur est habituellement le meilleur en cas d'épidémie. Il a été fiable jusqu'à juillet 2020. Malheureusement depuis la généralisation de tests RT-PCR non fiables à toute la population, en majorité asymptomatique et non contagieuse, ce taux n'est plus représentatif de la dangerosité de la maladie. En effet le dénominateur inclut, en raison des failles des tests RT-PCR, les symptomatiques, les asymptomatiques et les faux positifs. Les tests RT-PCR utilisés en population générale ont une fiabilité très contestable eu égard au nombre trop important de cycles d'amplification couramment retenu par les laboratoires, phénomène générant des cohortes de faux positifs. Ce qui conduit à maximiser le dénominateur.

Le dénominateur incluant les asymptomatiques, ce CFR n'a qu'un intérêt très limité. Il faudrait disposer d'un indicateur divisant le nombre de décès de la COVID-19 par le nombre de symptomatiques...

2.4. Qui sont les morts de la COVID-19 ?

2 4.1 Analyse de sources INSPQ

Le Document 003, indiqué ci-dessous, expose que :

- a. 97% des personnes décédées de la COVID-19 au Québec avaient au moins une condition médicale préexistante (comorbidité),
- b. 87% des personnes hospitalisées en avaient au moins une
- c. 55% des cas confirmés en avaient au moins une

alors que le pourcentage de présence d'au moins une comorbidité dans la population générale est de 40%.

L'impact des comorbidités sur le pronostic associé à chaque malade est donc majeur. Cette étude présente, de facto, l'intérêt de mettre en évidence les pathologies qui assombrissent tout particulièrement le pronostic (hypertension, maladies cardiovasculaires, troubles neurologiques, anémies, maladies respiratoires, diabète notamment) : des mesures ciblées à l'égard des populations concernées auraient donc un impact tout à fait significatif. Or, il semble bien que de telles mesures n'aient pas été jusqu'alors mises en œuvre dans la province de Québec.

Ce document montre également que le risque de décès évolue significativement en fonction du nombre de comorbidités.

[Document 003] :

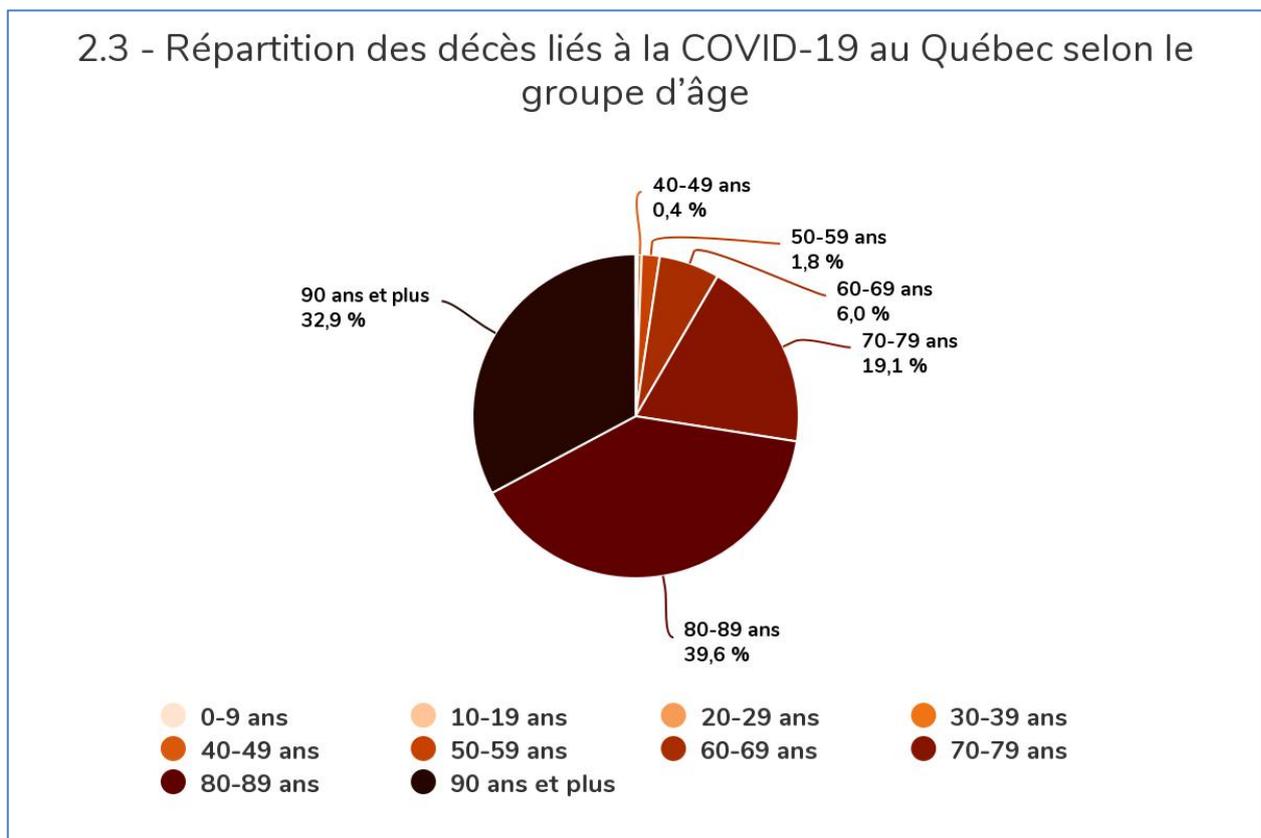
Impact des comorbidités sur les risques de décès et d'hospitalisation chez les cas confirmés de la COVID-19 durant les premiers mois de la pandémie au Québec
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Direction des risques biologiques et santé au travail
version initiale du 23 novembre 2020, mise à jour (mineure) du 14 décembre 2020
INSPQ
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3082-impact-comorbidites-risque-deces-covid19.pdf>

Le Document 004, indiqué ci-dessous, dont est extrait l'image ci-dessous, donne la répartition des décès au Québec par tranches d'âges, avec des données prises au 11 avril 2021 à 11h.

On observe que le pourcentage des morts de moins de 70 ans au Québec est de 7,9% et celui des morts de moins de 60 ans est de 2%. Ceci atteste bien que la COVID-19 touche dans son immense majorité les populations âgées et très âgées.

[Document 004] :

Données INSPQ sur la COVID-19
INSPQ
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>



2.4.2 Analyse d'une source Santé Publique France

Le Document 005, indiqué ci-dessous, indique qu'en France, 93% des décédés de la COVID-19 pour lesquels un certificat de décès rédigé par voie électronique est disponible avaient plus de 65 ans, que l'âge médian du décès est de 85 ans et que des comorbidités étaient renseignées pour 65% des décès présentant une mention COVID-19. Notre commentaire : pour qu'une comorbidité soit affichée dans un certificat de décès, il faut évidemment qu'elle soit bien identifiée et d'un niveau de gravité significatif.

[Document 005] :

COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 31 décembre 2020

Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-31-decembre-2020>

2.4.3 Analyse d'une source universitaire

Le Document 006, indiqué ci-dessous, explique la récurrence de l'effet moisson et plaide pour ne dresser un cordon sanitaire qu'autour des personnes à risque sans mettre en danger la santé globale de l'immense majorité de la population.

[Document 006] :

Mortalité du Covid en France : ce que nous apprennent les chiffres [Tribune]

par Laurent Mucchielli, sociologue, directeur de recherche au CNRS,

par Laurent Toubiana, épidémiologiste, chercheur à l'INSERM

et par Jean-François Toussaint, professeur de physiologie à l'Université de Paris

https://www.jim.fr/e-docs/mortalite_du_covid_en_france_ce_que_nous_apprennent_les_chiffres_tribune_185202/document_actu_pro.phtml

2.4.4 Analyse d'une source du CDC des États-Unis

Le Document 007, indiqué ci-dessous, montre clairement l'augmentation du risque vital en fonction de l'âge du patient.

[Document 007] :

Older Adults at greater risk of requiring hospitalization or dying if diagnosed with COVID-19

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>

13 décembre 2020

CDC

Compared to younger adults, older adults are more likely to require hospitalization if they get COVID-19

	Hospitalization ¹	Death ²
18-29 years	Comparison Group	Comparison Group
30-39 years	2x higher	4x higher
40-49 years	3x higher	10x higher
50-64 years	4x higher	30x higher
65-74 years	5x higher	90x higher
75-84 years	8x higher	220x higher
85+ years	13x higher	630x higher

2 4.5 Analyse d'une source du CDC des États-Unis

Le Document 008, indiqué ci-dessous et émanant du CDC des États-Unis, est extrêmement intéressant. Le tableau 3 montre les types de problèmes de santé et les causes contributives mentionnés en conjonction avec les décès liés à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Le document utilise le codage ICD-10.

Pour 6% des décès, la COVID-19 était la seule cause mentionnée. Pour les décès avec des conditions ou des causes en plus de la COVID-19, en moyenne, il y avait **2,9 conditions ou causes supplémentaires par décès**. Le nombre de mentions pour chaque condition ou cause est indiqué pour tous les décès et par groupes d'âge.

[Document 008] :

Weekly Updates by Select Demographic and Geographic Characteristics
Updated: December 30, 2020
CDC
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>

2 4.6 Analyse d'une source de presse

Le Document 009, indiqué ci-dessous, nous informe que moins de 1% des décès au Royaume-Uni concernent des personnes âgées de moins de 60 ans et sans comorbidité.

[Document 009] :

Only 388 people under 60 without underlying health conditions have died of coronavirus in hospitals across England
The U.S. Sun 27 décembre 2020
<https://www.the-sun.com/news/2037208/377-covid-deaths-under-60-underlying-health-conditions/>

2 4.7 Comment détermine-t-on qu'une personne décède de la COVID-19 ?

Les personnes qui décèdent avec l'infection COVID-19 ont donc bien souvent une ou plusieurs comorbidités. Il est donc tout à fait essentiel de savoir comment la cause du décès est déterminée en présence de comorbidités.

Le Document 010, indiqué ci-dessous, est un guide publié par l'INSPQ pour traiter spécifiquement ce sujet de l'imputation du décès à une ou plusieurs causes. Nous n'avons pas de commentaires particuliers à formuler sur ce document, si ce n'est de constater qu'en cas de décès d'une personne infectée ou suspectée d'être infectée par la COVID-19, la « facilité » conduit nécessairement à privilégier la cause COVID-19 comme cause ayant directement conduit au décès.

[Document 010] :

Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Version 4.1 du 2 septembre 2020 au Québec
INSPQ
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2975-guide-gestion-deces-covid19.pdf>

Il serait intéressant de compiler des cas flagrants de mauvais aiguillage sur la cause du décès. Quelques exemples bien choisis permettraient d'affirmer qu'il y a doute sur le nombre de décès imputés in fine à la COVID-19. Gardons à l'esprit aussi que plus les campagnes de tests sont massives, plus cela conduit à imputer les décès à la COVID-19.

2.5. Non-contagiosité des asymptomatiques

S'il est établi qu'un symptomatique est globalement beaucoup plus contagieux qu'un asymptomatique, il n'est pas encore prouvé formellement qu'un non-symptomatique n'est pas contagieux. Habituellement lors d'infections respiratoires, une personne asymptomatique n'est pas contagieuse, sauf possiblement lors de la phase d'incubation, de quelques heures à quelques jours, qui précède le début des symptômes.

Une étude récente (Document 011 indiqué ci-dessous) tend à le suggérer, après avoir montré l'absence de test PCR positif chez 1174 personnes pourtant en contact avec des personnes infectées mais uniquement asymptomatiques. D'autres études sont requises pour conclure sur ce point.

[Document 011] :

Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China
Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann, Shanbo Wei, Jie Gong, Yuchai Huang, Tiantian Wang, Liqing Li, Kai Lu, Heng Jiang, Yanhong Gong, Hongbin Xu, Xin Shen, Qingfeng Tian, Chuanzhu Lv, Fujian Song, Xiaoxv Yin & Zuxun Lu
Published: 20 November 2020
Nature Communications

2.6. Focus sur les enfants

Les enfants ne jouent qu'un rôle limité dans la propagation de l'épidémie de COVID-19 aux adultes. Je cite notamment, à l'appui de cette affirmation, une étude islandaise (Document 012 indiqué ci-dessous), qui a poussé les investigations jusqu'à rechercher le sens des infections (qui a infecté qui ?) et qui montre, d'une part, que les enfants sont nettement moins transmetteurs du virus aux adultes que les adultes ne le sont entre eux et, d'autre part, que les infections n'ont bien évidemment quasiment jamais aucune conséquence sérieuse chez les enfants.

[Document 012] :

Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population
Daniel F. Gudbjartsson, Ph.D., Agnar Helgason, Ph.D., Hakon Jonsson,
Ph.D., Olafur T. Magnusson, Ph.D., Pall Melsted, Ph.D., Gudmundur L. Norddahl,
Ph.D., Jona Saemundsdottir, B.Sc., Asgeir Sigurdsson, B.Sc., Patrick Sulem,
M.D., Arna B. Agustsdottir, M.Sc., Berglind Eiriksdottir, Run Fridriksdottir,
M.Sc., et al.
The New England Journal of Medicine
June 11, 2020

De très nombreuses études confirment l'étude islandaise quant au risque minime de transmission de la maladie par les enfants. Citons, sans être exhaustif :

[Document 012 bis] :

SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission
Arnaud Fontanet et al
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2>

[Document 012 ter] :

No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020
Laura Heavey, Geraldine Casey , Ciara Kelly , David Kelly , Geraldine McDarby
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268273/pdf/eurosurv-25-21-1.pdf>

[Document 012 quater] :

Children, school and COVID-19
National Institute for Public Health and the Environment
The Netherlands
<https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19>

[Document 012 quinquies] :

Hospital Admission in Children and Adolescents With COVID-19
Early results from a national survey conducted by the German Society for Pediatric Infectious Diseases (DGPI)
Armstrong, J P; Simon, A; Diffloth, N; Doenhardt, M; Hufnagel, M; Trotter, A; Schneider, D; Hübner, J; Berner, R
<https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/214080>

Je considère donc que les fermetures de classes sont une très mauvaise décision eu égard aux conséquences psychologiques et scolaires qu'elles induisent.

2.7. Conclusion du chapitre

Compte-tenu de la mortalité induite par la COVID-19, mon opinion professionnelle et scientifique est que cette maladie ne constitue aucunement « **une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente** » devant conduire à l'établissement d'un état d'urgence sanitaire quelconque.

Compte-tenu des études et des données désormais disponibles sur la population décédée de la COVID-19, mon opinion est également que la population âgée et/ou atteinte de comorbidités a constitué la presque quasi-totalité des personnes décédées.

Je suis d'avis qu'une étude devrait être menée au Québec sur les conséquences sur la mortalité globale des retards diagnostiques et thérapeutiques liés à d'autres maladies, retards dont les mesures prises pour la COVID-19 sont responsables (par exemple : non prise en charge en urgence de problèmes cardiaques ou neurologiques graves, retard dans la prise en charge de cancers, déprogrammations de rendez-vous médicaux et d'interventions chirurgicales).

3. Mesures non médicales (masques, isolement des malades, protection des personnes fragiles et mesures de confinement)

Je vais montrer ici que les pays occidentaux ont pris des mesures sans efficacité réelle et qu'ils n'ont pas fait ce qu'il convenait de faire pour minimiser le risque d'hospitalisation et de décès pour les personnes infectées.

3.1. Masque / couvre-visage (ci-après « masque »)

Les décisions prises dans le monde entier sur le port du masque en tous lieux (intérieur et extérieur) et toutes circonstances ne reposent nullement sur un rationnel scientifique. Aucune étude sérieuse n'a montré l'efficacité du port du masque à l'égard de la propagation du SARS-CoV-2. Les décisions d'imposer le port du masque ont été prises en vertu d'un principe de précaution extrêmement exagéré garantissant finalement à ceux qui ont pris ces décisions de ne pouvoir ultérieurement, en aucune circonstance, être attaqués politiquement ou en justice pour ne pas avoir protégé les populations.

3.1.1 Analyse de la position du Haut-Conseil de la Santé Publique (France) sur les masques

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 27 avril 2010 par le directeur général de la santé pour ce qui concerne la stratégie à adopter vis-à-vis du stock État de masques respiratoires. Il était demandé au HCSP, en prenant en compte les modélisations disponibles ou en cours de réalisation ainsi que l'évolution des connaissances sur l'efficacité des différents types de masques en contexte d'épidémie ou de pandémie grippale :

- a. de proposer des indications de port de différents moyens de protection respiratoire en fonction des situations personnelles, professionnelles, environnementales envisageables (malades, professionnels de santé, salariés, public) ;
- b. de définir le ou les types de masques devant constituer le stock État (FFP2, masques chirurgicaux, ...) ;
- c. d'émettre des recommandations pour déterminer un dimensionnement de ces stocks (basé sur les populations cibles, la durée de port envisageable, la dynamique d'une pandémie grippale ou autre situation épidémique justifiant des mesures barrières, les capacités de production, ...).

Ce rapport préconise, en population générale, un masque chirurgical. Un tel masque ne filtrera jamais tout, mais l'idée est qu'il filtre suffisamment pour limiter les projections de virus. Rappelons qu'il faut une certaine quantité de virus pour devenir positif et une quantité encore plus importante de virus pour être malade. **Ce rapport ne recommande pas le port du masque chirurgical en toutes circonstances : il cite des circonstances précises (transports et lieux publics) et bien entendu en présence de malades avérés ou probables.**

Pour les soignants, c'est le FFP2, moins « agréable » à porter et plus filtrant qui a été recommandé du fait du risque bien plus important d'être contaminé.

Le rapport indique aussi qu'on n'improvise pas le port du masque en population générale et qu'il faut donc apprendre à la population le pourquoi du comment afin qu'il soit efficace quand cela sera réellement nécessaire...

[Document 013] :

Avis du Haut Conseil à la Santé Publique relatif à la stratégie à adopter concernant le stock État de masques respiratoires
01/07/2011
HCSP (France)
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=234>

[Document 014] :

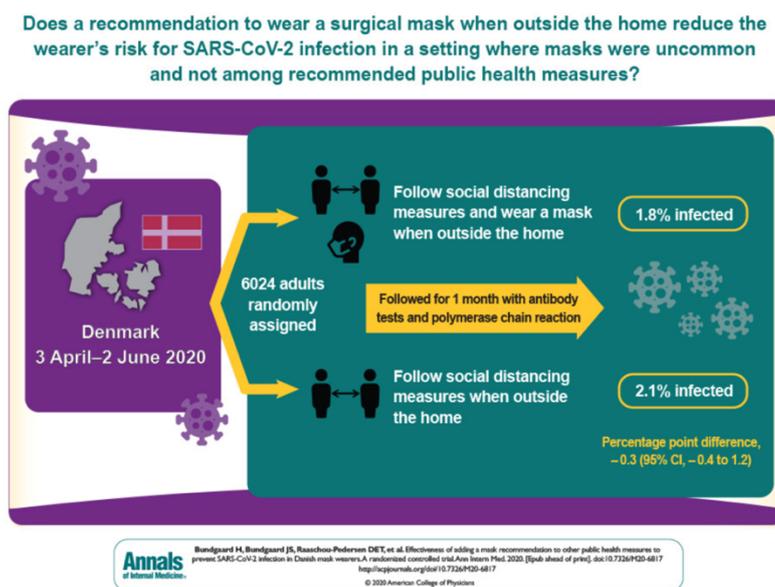
Rapport du Haut Conseil à la Santé Publique relatif à la stratégie à adopter concernant le stock État de masques respiratoires
01/07/2011
HCSP (France)
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=234>

3 1.2 Analyse d'une étude randomisée danoise sur le masque

Le Document 015, indiqué ci-dessous, suggère que la recommandation de porter des masques chirurgicaux pour compléter d'autres mesures de santé publique conduit à une différence minime, d'un point de vue statistique, sur le risque de contracter la COVID-19 : 2,1 % des non-masqués ont contracté la maladie, contre 1,8 % des personnes masquées.

[Document 015] :

Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers
A Randomized Controlled Trial
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

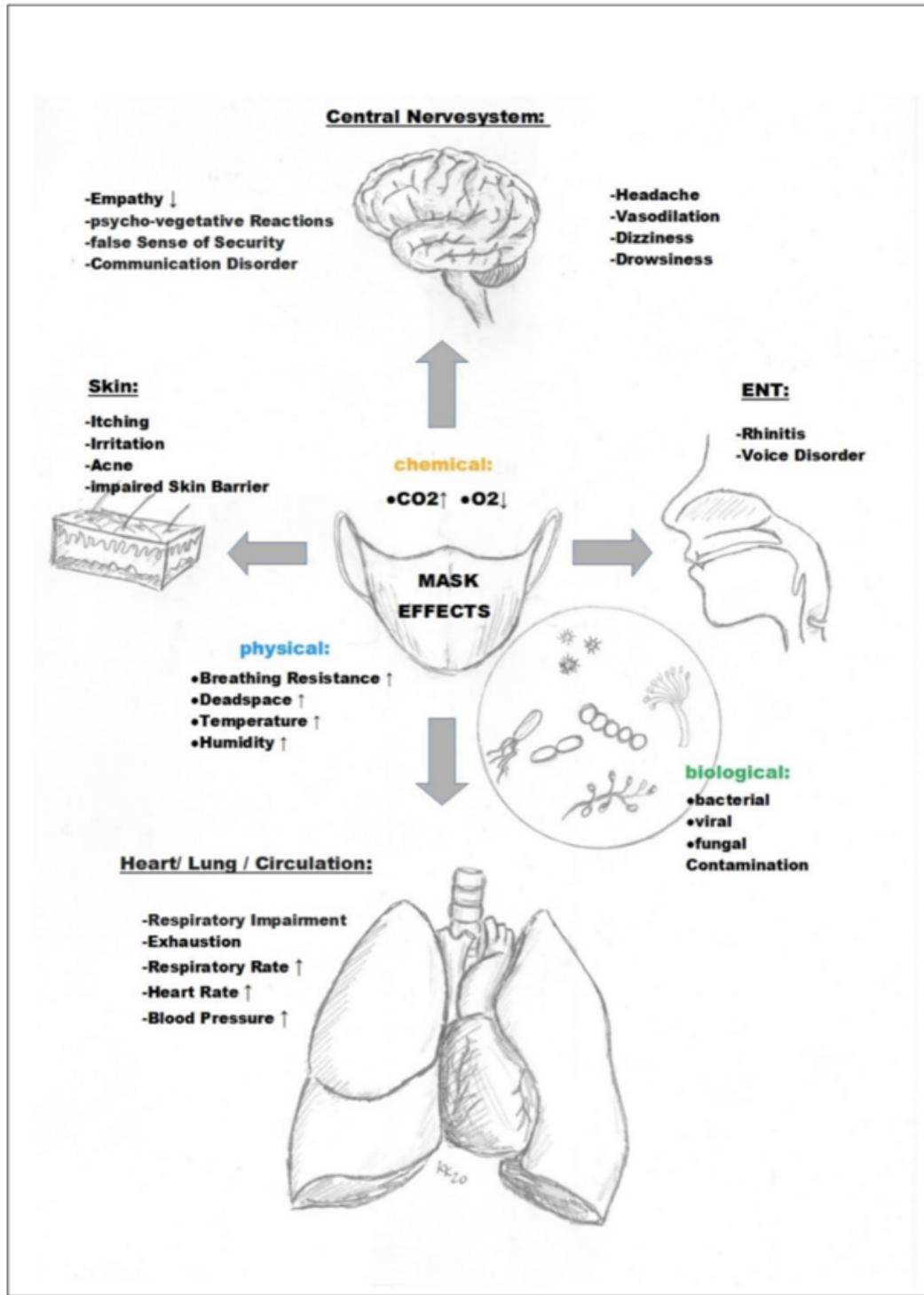


Cette étude ne plaide donc nullement pour la systématisation du port du masque en population générale, au contraire.

3 1.3 Analyse d'une méta-étude

Le Document 015 bis, indiqué ci-dessous, est une méta-étude d'avril 2021 qui objective très précisément les effets secondaires / nocifs du port du masque, sur la base de 44 études antérieures.

Les deux figures ci-dessous, extraites de cette méta-étude, énumèrent ces principaux effets secondaires / nocifs :



Increased risk of adverse effects when using masks:		
Internal diseases COPD Sleep Apnea Syndrome advanced renal Failure Obesity Cardiopulmonary Dysfunction Asthma	Psychiatric Illness Claustrophobia Panic Disorder Personality Disorders Dementia Schizophrenia helpless Patients fixed and sedated Patients	Neurological Diseases Migraines and Headache Sufferers Patients with intracranial Masses Epilepsy
Pediatric Diseases Asthma Respiratory diseases Cardiopulmonary Diseases Neuromuscular Diseases Epilepsy	ENT Diseases Vocal Cord Disorders Rhinitis and obstructive Diseases Dermatological Diseases Acne Atopic	Occupational Health Restrictions moderate / heavy physical Work Gynecological restrictions Pregnant Women

Je ne peux que valider les résultats de cette méta-étude, qui corroborent tout à fait mes observations. Les effets secondaires des masques sont désormais clairement objectivés, alors que les effets bénéfiques du port du masque en population générale ne l'ont toujours pas été.

[Document 015 bis] :

Is a Mask That Covers the Mouth and Nose Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free of Potential Hazards?
International Journal of Environmental Research and Public Health
20 April 2021
Kai Kisielinski, Paul Giboni, Andreas Prescher, Bernd Klosterhalfen, David Graessel, Stefan Funken, Oliver Kempfski and Oliver Hirsch
https://res.mdpi.com/d_attachment/ijerph/ijerph-18-04344/article_deploy/ijerph-18-04344.pdf

3 1.4 Analyse d'un article

Le Document 015 ter, indiqué ci-dessous, rappelle que de nombreux pays à travers le monde ont utilisé des masques faciaux médicaux et non médicaux comme mesure non pharmaceutique pour réduire la transmission de la maladie à coronavirus-2019 (COVID-19).

L'auteur conclut que les preuves et données scientifiques existantes remettent en question la sécurité et l'efficacité du port du masque facial en population générale comme mesure préventive contre la COVID-19. Les études et données probantes suggèrent que les masques faciaux médicaux et non médicaux sont inefficaces pour bloquer la transmission interhumaine de maladies virales et infectieuses telles que le SRAS-CoV-2 et le COVID-19 et militent fortement à l'encontre de l'utilisation des masques faciaux pour la population générale. L'auteur ajoute qu'il a été démontré que le port de masques faciaux avait des effets physiologiques et psychologiques négatifs importants. Ceux-ci incluent l'hypoxie, l'hypercapnie, l'essoufflement, l'augmentation de l'acidité et de la toxicité, l'activation de la peur et de la réponse au stress, l'augmentation des hormones de stress, l'immunosuppression, la fatigue, les maux de tête, la baisse des performances cognitives, la prédisposition aux maladies virales et infectieuses, le stress chronique, l'anxiété dépression. Les conséquences à long terme du port d'un masque facial peuvent entraîner une détérioration de la santé, le développement et la progression de maladies chroniques et la mort prématurée. Les gouvernements, les décideurs et les organisations de santé devraient utiliser une approche fondée sur des preuves scientifiques en ce qui

concerne le port des masques faciaux, lorsque ce dernier est considéré comme une intervention préventive pour la santé publique.

[Document 015 ter] :

Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis
Baruch Vainshelboim
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680614/>

3 1.5 Analyse de la position de l’OMS

Le Document 016, indiqué ci-dessous, fait état qu’il n’y a pas, à l’heure actuelle, d’éléments directs (provenant d’études sur la COVID-19 et sur les personnes en bonne santé au sein de la communauté) sur l’efficacité du port généralisé du masque par les bien-portants en vue de prévenir les infections dues à des virus respiratoires, notamment celui de la COVID-19. L’OMS encourage pourtant le port du masque dans des circonstances et des conditions précises, moyennant des précautions d’utilisation impératives et estime que cela peut engendrer un risque potentiellement réduit d’exposition à des sujets infectés encore asymptomatiques.

Commentaire : quel manque d’arguments pour inciter scientifiquement au port du masque ! En outre, il est extrêmement intéressant de constater que les remarques de l’OMS concernant les effets indésirables et les inconvénients potentiels des masques (dont notamment les risques importants d’ordre psychologique chez les enfants ou bien les risques de contamination ou d’auto-contamination pouvant découler de mauvaises manipulations des masques en population générale, comme l’évoquait le Dr Horacio Arruda dès le début de la crise : voir infra à ce sujet), n’ont pas été entendues par les pouvoirs publics des pays occidentaux (aucune communication à ce sujet). L’OMS cite le risque d’auto-contamination bien sûr (risque pour lequel nous déplorons l’absence de communication sérieuse à destination des enfants et des adultes pour expliquer comment bien porter le masque), mais l’OMS met aussi en avant les désavantages et difficultés liés au port du masque éprouvés par :

- a. les enfants,
- b. les personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficiences développementales,
- c. les personnes âgées atteintes de déficiences cognitives,
- d. les asthmatiques ou les personnes souffrant d’affections respiratoires chroniques,
- e. les personnes ayant récemment subi un traumatisme facial ou une intervention chirurgicale orale ou maxillo-faciale,
- f. ainsi que celles qui vivent dans un environnement chaud et humide.

Autant de sujets orphelins dans les pays occidentaux...

On doit donc s’interroger, au final, sur le bien-fondé de cette imposition du port du masque. Le rapport « Bénéfices / Risques » est-il finalement durablement positif pour un individu donné ? Rien ne l’indique scientifiquement à date, bien au contraire.

[Document 016] :

Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires, 5 juin 2020.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332448>

Organisation mondiale de la Santé

3 1.6 Analyse des messages passés à la population du Québec

Le Dr Horacio Arruda, qui est, depuis 2012, Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, a déconseillé le port du masque dès le mois de mars 2020 pour la population générale, notamment en raison du risque de contamination par mauvaise manipulation du masque. Plus particulièrement, le Dr. Arruda a clairement mentionné, à plusieurs reprises, que le masque ne constituait pas une mesure de protection contre le virus en dehors du contexte médical.

Dans le Document 017, indiqué ci-dessous, le Dr Arruda mentionne que le masque confère une « fausse impression de protection aux gens, car on ne voit pas les microbes dans le masque ». Il pointe les mauvaises manipulations du masque en population générale. Une balance « Bénéfices / Risques » défavorable donc.

[Document 017] :

Extrait de l'émission les Francs-Tireurs du 4 mars 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=77nWbbTfkDs>

Dans le Document 018, indiqué ci-dessous, le Dr Arruda confirme et officialise ses propos tenus le 4 mars 2020.

[Document 018] :

Communication officielle du Gouvernement de la Province du Québec sur l'usage des masques

<https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-18/quebec-demande-aux-citoyens-de-ne-pas-porter-de-masque>

Lors de différentes conférences de presse tenues les 18 mars, 1er, 4 et 6 avril 2020 (dont les minutes figurent dans les Documents 019, 019 bis, 019 ter et 019 quater indiqués ci-dessous), le Dr Arruda a notamment mentionné ce qui suit concernant la question du port du masque en population générale :

- a. le port du masque ne protège pas la personne qui le porte ;
- b. le port du masque donne une fausse impression de sécurité ;
- c. le port du masque est plus dangereux que le fait de simplement se laver les mains ;
- d. le port du masque comporte un risque d'auto-contamination ;
- e. le port du masque ne fait pas partie de notre culture et la population n'est pas habituée à cet « objet » ;
- f. il est préférable qu'une personne tousse dans son coude et aille se laver les mains, plutôt que de porter un masque plein de sécrétions, de le toucher avec ses mains et d'aller toucher quelque chose ensuite ;

- g. le masque médical (masque de procédure) doit être utilisé dans un contexte qui est tout à fait contrôlé dans le cadre de soins ;
- h. il ne faut pas avoir l'impression que le masque va nous protéger à tout prix ;
- i. il est très difficile pour une personne de porter un masque pendant toute une journée ;
- j. lorsque le masque est humide, il n'a plus aucune efficacité.

[Document 019] :

Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux
Situation au Québec quant à la COVID-19
Version finale
Le mercredi 18 mars 2020, 13 h
Salle Evelyn-Dumas (1.30), édifice Pamphile-Le May
<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-58209.html>

[Document 019 bis] :

Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux
Situation au Québec quant à la COVID-19
Version finale
Le mercredi 1er avril 2020, 13 h
Salle Evelyn-Dumas (1.30), édifice Pamphile-Le May
<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-58757.html>

[Document 019 ter] :

Conférence de presse de Mme Geneviève Guilbault, vice-première ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux
Situation au Québec quant à la COVID-19
Version finale
Le samedi 4 avril 2020, 13 h
Salle Evelyn-Dumas (1.30), édifice Pamphile-Le May
<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-58919.html>

[Document 019 quater] :

Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre, et Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux
Situation au Québec quant à la COVID-19
Version finale
Le lundi 6 avril 2020, 13 h
Salle Evelyn-Dumas (1.30)
édifice Pamphile-Le May
<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-58993.html>

J'approuve pleinement les prises de positions et les propos émis par le Dr Arruda en mars et avril 2020 quant aux contre-indications et risques relatifs au port du masque en population générale. L'expérience démontre effectivement que le masque est un outil qui n'est correctement porté et manipulé que par les professionnels de santé quand il est utilisé par eux dans un contexte précis de soins auprès de patients. De plus, les études probantes démontrent, à ce jour, l'absence d'efficacité du port du masque par toute la population comme outil préventif d'intervention à l'égard de la Covid-19, qu'il s'agisse

de masques médicaux (masques de procédure) ou de masques en tissu, pour empêcher la transmission d'une infection virale, comme le SARS-CoV-2. De plus, ces études démontrent que le port du masque par la population générale comporte un risque d'auto-contamination et entraîne des conséquences physiques et psychologiques chez les gens.

Sans faits scientifiques nouveaux, et malgré les propos que le Dr Arruda avait tenus à l'encontre du port du masque en population générale depuis mars 2020, en juillet 2020, le gouvernement du Québec a décidé néanmoins d'imposer le port du masque dans les lieux publics fermés à des personnes asymptomatiques...

Ce qui précède démontre clairement que la décision du gouvernement d'imposer le port du couvre-visage n'a rien de scientifique, mais est une décision purement politique.

Comme on l'a vu, supra, l'OMS elle-même fait état de nombreuses contre-indications/risques quant au port du couvre visage ; quant aux bénéfiques, l'OMS en mentionne peu, le plus notable étant le fait que le port du couvre-visage offre un sentiment de participer au ralentissement de la propagation du virus, ce qui, au niveau scientifique, ne constitue pas une protection quant à la COVID-19, mais seulement une impression de sécurité.

3.1.7 Analyse d'une étude de l'INSPQ

Il est également important de mentionner que l'institut national de la santé publique du Québec, dans une méta-analyse publiée en septembre 2020, conclut à l'absence de preuve valable et d'étude scientifique valable concernant l'efficacité du couvre-visage pour la population générale.

L'INSPQ a même conclu en indiquant que, puisque le masque est imposé en population générale au Québec, il faudrait des études complémentaires pour savoir s'il est efficace. (« Enfin, cette revue soulève le besoin d'études sur l'efficacité des masques chirurgicaux et couvre-visages utilisés comme protection à la source seuls et en contexte communautaire. Ceci est d'autant plus important, compte tenu de leur utilisation actuelle comme protection contre la COVID-19 au Québec. »)

[Document 020] :

Étude « Efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail et personnels : revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyses
20 septembre 2020
INSPQ
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3053-methodes-barrieres-environnements-travail-covid19.pdf>

En conclusion sur le masque (couvre-visage), mon opinion professionnelle et scientifique est à l'effet qu'il n'existe aucune étude probante, ni de données probantes ou valables, justifiant l'imposition du masque à la population générale.

3.2. Isolement des personnes malades et protection des personnes en CHSLD

Une politique d'isolement strict et immédiat des personnes malades n'a jamais été réellement déployée au Québec, ni d'ailleurs dans le monde occidental. J'estime que c'est une erreur majeure. Pour toute maladie contagieuse par voie respiratoire, la mesure la plus essentielle

consiste à isoler drastiquement les personnes malades, et ce, dès l'apparition des premiers symptômes. Laisser des personnes malades avec leur entourage est un risque trop important. Réquisitionner des hôtels pour y loger des personnes malades eut été une mesure simple et efficace à mettre en œuvre.

Pour ce qui concerne les personnes résidant dans les CHSLD, c'est un isolement important qui a été retenu (plus ou moins important suivant le palier d'alerte). Un tel isolement est tout à fait délétère et accélère évidemment la fin de vie de ces populations. A quoi bon tenir le coup si de toute façon on ne voit plus sa descendance que rarement et dans des conditions de confort très dégradées ? La mesure la plus importante et en grande partie suffisante consiste à isoler immédiatement tout résident présentant des symptômes, comme on l'a toujours fait pour les pathologies respiratoires sévères. Et, bien entendu, traiter dès les premiers symptômes, sans attendre qu'il soit trop tard... Un traitement préventif aurait dû être donné aux cas contact, comme on le fait pour la grippe. Nous reviendrons sur ce dernier point dans le chapitre 4.

3.3. Confinement (lockdown)

Le Document 021, indiqué ci-dessous, fait état de la position de l'OMS sur le confinement. L'OMS décrit clairement le confinement comme la solution extrême lorsque tout le reste a échoué. L'OMS insiste sur le fait que les États doivent développer une capacité à détecter / tester, isoler, prendre en charge.

[Document 021] :

Questions et Réponses de l'OMS sur le thème « Immunité collective, confinement et COVID-19 »
31 décembre 2020
OMS
<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>

Le Document 022, indiqué ci-dessous, est une étude toute récente de l'université de Stanford (étude pilotée par l'épidémiologiste John Ioannidis) que je souhaite mettre en exergue. Elle démontre l'inutilité des stratégies de confinement ou, en tout cas, que les bénéfices à en retirer sont extrêmement minimes par rapport aux dommages collatéraux causés dans la société.

Les conclusions principales de cette étude sont les suivantes :

- il y a absence de preuves solides que les mesures de confinement (lockdown) comprenant des ordonnances de maintien à domicile et des fermetures de commerces/entreprises ont joué un rôle dans le contrôle de la Covid-19 ;
- les mesures de confinement n'ont pas apporté de bénéfices/avantages additionnels aux autres mesures mises en place ;
- bien que la possibilité de certains bénéfices ne puisse être totalement exclue, de tels bénéfices, si tant est qu'ils existent, ne sont pas à la hauteur des nombreux dommages causés par ces mesures agressives de confinement.

[Document 022] :

Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19
Eran Bendavid, Christopher Oh, Jay Bhattachary, John P. A. Ioannidis
Université de Stanford
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33400268/>

Dans le Document 023, indiqué ci-dessous, une analyse est effectuée quant aux effets secondaires et délétères des mesures imposées par les gouvernements.

[Document 023] :

Harms of public health interventions against covid-19 must not be ignored
Itai Bavli, Brent Sutton, Sandro Galea
British Medical Journal
<https://www.bmj.com/content/bmj/371/bmj.m4074.full.pdf>

Cette étude démontre que « les politiques de santé publique pour lutter contre le SRAS-CoV-2 reposent principalement sur des modèles conçus pour prédire leurs avantages. Ces modèles ignorent souvent les préjudices potentiels découlant de ces politiques. Les effets néfastes à court et à long terme sur la santé des mesures d'éloignement physique, y compris les décès inutiles, doivent être évalués et les populations vulnérables identifiées. Les effets économiques ne peuvent être séparés des effets sur la santé, et les interventions conçues pour lutter contre la COVID-19 doivent prendre en compte les conséquences involontaires ».

Je partage également tout à fait les conclusions de l'étude indiquée ci-dessous (Document 024) qui indique que « Les pays qui ont déjà connu une stagnation ou une régression de l'espérance de vie, avec des revenus élevés, avaient le prix le plus élevé à payer. Ce fardeau n'a pas été allégé par des décisions publiques plus strictes. Des facteurs inhérents ont prédéterminé la mortalité COVID-19 : leur compréhension peut améliorer les stratégies de prévention en augmentant la résilience de la population grâce à une meilleure forme physique et une meilleure immunité. »

[Document 024] :

Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation
Quentin De Laroche Lambert, Andy Marc, Juliana Antero, Eric Le Bourg and Jean-François Toussaint
Front. Public Health, 19 November 2020
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604339>

3.4. Conclusion du chapitre

Mon opinion professionnelle et scientifique est qu'il n'existe aucune étude, ni de données probantes ou valables, justifiant le port du masque en population générale.

Pour toute maladie contagieuse par voie respiratoire, la mesure la plus essentielle consiste à isoler drastiquement les personnes malades, et ce, dès l'apparition des premiers symptômes. Cela n'a pas été fait.

Pour ce qui concerne les personnes résidant dans les CHSLD, c'est un isolement important qui a été retenu (plus ou moins important suivant le palier d'alerte). Un tel isolement est tout à fait délétère et accélère évidemment la fin de vie de ces populations. A quoi bon tenir le coup si, de toute façon, on ne voit plus sa descendance que rarement et dans des conditions

de confort très dégradées ? La mesure la plus importante et en grande partie suffisante consiste à isoler immédiatement tout résident présentant des symptômes, comme on l'a toujours fait pour les pathologies respiratoires sévères. Et, bien entendu, traiter dès les premiers symptômes, sans attendre qu'il soit trop tard...

Aucune étude scientifique probante n'a pu démontrer, ni la justification, ni l'efficacité des mesures de confinement, même pour permettre une désaturation des hôpitaux, qui n'ont été saturés que par le non-recours à la prophylaxie et aux traitements précoces dès les premiers symptômes. J'y reviens au chapitre 4.

Enfin, de très nombreuses études confirment l'étude islandaise quant aux risques minimes de sévérité de la maladie chez les enfants et de transmission via les enfants et je considère donc que les fermetures de classes sont une très mauvaise décision eu égard aux conséquences psychologiques et scolaires qu'elles induisent chez les enfants.

Les décisions prises par le gouvernement du Québec quant à l'imposition du port du masque (couvre-visage) dans les lieux publics fermés et quant aux diverses mesures de confinement ont eu, et ont encore, des conséquences pour la santé générale, pour la santé physique et pour la santé psychologique, qui surpassent largement les très modestes bénéfices relatifs à la COVID-19.

4. Évaluation des solutions thérapeutiques contre la COVID-19

Seule une faible proportion des personnes infectées va développer la maladie COVID-19 et avoir des symptômes. Pour ces personnes des solutions thérapeutiques existent. Dans cette partie, nous allons faire le point de la mesure de l'efficacité de ces solutions thérapeutiques contre toutes les formes de la COVID-19. Nous concentrerons sur des solutions thérapeutiques préexistantes. Il n'y a en effet aucune solution thérapeutique nouvelle qui a fait ses preuves à la date de finalisation de ce rapport.

Mais nous allons commencer notre argumentation par un rappel concernant deux scandales :

- l'un visant à dénigrer l'hydroxychloroquine : il s'agit du Lancet-Gate, une étude rétractée quinze jours après avoir été publiée pour falsification de données
- l'autre visant à faire la promotion du Remdesivir

4.1. Le Lancet-Gate

Le Document 025, qui est indiqué ci-dessous, est une étude publiée par le journal The Lancet le 22 mai 2020 qui concluait à l'inefficacité de l'hydroxychloroquine (seule ou avec un antibiotique de type macrolide) dans ces termes (traduits de l'anglais) : « Nous n'avons pas été en mesure de confirmer un bénéfice de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine, lorsqu'elles sont utilisées seules ou avec un macrolide, sur les résultats hospitaliers de la COVID-19. Chacun de ces schémas médicamenteux était associé à une diminution de la survie à l'hôpital et à une fréquence accrue d'arythmies ventriculaires lorsqu'il était utilisé pour le traitement de la COVID-19. »

[Document 025] :

Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis
Mandeep R Mehra, Sapan S Desai, Frank Ruschitzka, Amit N Patel
Publiée dans la revue The Lancet le 22 mai 2020
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)

Le Document 026, qui est indiqué ci-dessous, explique, dans le détail, cette affaire du Lancet dont nous donnons infra les principaux jalons :

[Document 026] :

« Fin de partie » pour l'hydroxychloroquine ? Une escroquerie intellectuelle »
Laurent Mucchielli
26 mai 2020
<https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/260520/fin-de-partie-pour-l-hydroxychloroquine-une-escroquerie-intellectuelle>

Dans la journée du 22 mai 2020, et durant tout le week-end qui a suivi, tous les médias se sont unanimement et très largement fait l'écho des résultats de cette étude. Il est d'ailleurs surprenant de constater à quelle vitesse ces médias ont été capable de réagir. Cette médiatisation a été mondiale. Cela en était fini du protocole du Pr RAOULT (IHU de Marseille, France, protocole associant d'emblée de l'hydroxychloroquine, un antibiotique et complété ultérieurement par du Zinc) ... Aucune prudence, aucune précaution dans la diffusion de l'information. Aucune investigation contradictoire. Une campagne de communication exemplaire par son manque de sérieux. Il faut dire que la signature du Lancet

donnait confiance... Et pourtant il s'agissait d'une étude non randomisée alors que le rejet des études de l'IHU de Marseille avait été réalisé sur ce seul critère...

Puis vint le temps de l'analyse détaillée de l'étude. Et patatras, le château de cartes s'est écroulé en quelques heures, pour révéler que l'étude agglomérait des données très disparates, très hétérogènes, issues de pays ayant des protocoles différents, des indicateurs de santé et des systèmes de contrôles (monitorage) de ces indicateurs en partie différents. En creusant encore un peu plus, les tableaux de détails de l'étude révèlent la manipulation d'ampleur des données.

Le 28 mai, soit 6 jours après la publication de l'étude, une lettre ouverte était adressée au journal The Lancet et aux auteurs de l'article par plus de 120 chercheurs pour signaler de fortes inquiétudes quant à la méthodologie de l'étude et quant à l'intégrité des données manipulées :

[Document 027] :

An open letter to Mehra et al and The Lancet

James Watson

Open letter to MR Mehra, SS Desai, F Ruschitzka, and AN Patel, authors of "Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis". Lancet. 2020 May 22 and to Richard Horton (editor of The Lancet).

https://zenodo.org/record/3862789#.X_RUpy3pNB3

Ces 120 chercheurs demandaient entre autres à ce que le Lancet rende public les commentaires des pairs qui avaient analysé l'étude en amont de sa publication. Que l'étude repose sur des données biaisées est une chose, mais que le processus de « peer reviewing » n'ait pas réussi à s'en rendre compte est tout aussi choquant et inquiétant...

Le 4 juin 2020, trois des auteurs de l'article publié le 22 mai dans le journal médical The Lancet ont demandé et obtenu le lendemain la rétractation de leur étude.

[Document 028] :

Fin de partie pour l'étude controversée du Lancet doutant de l'hydroxychloroquine
Trois des quatre auteurs de l'étude sur l'utilisation de l'hydroxychloroquine contre le Covid-19 publiée dans la célèbre revue médicale se sont rétractés jeudi soir.

Par Le Figaro avec AFP

Publié le 04/06/2020 à 21:22, mis à jour le 05/06/2020 à 19:26

<https://www.lefigaro.fr/demain/sante/hydroxychloroquine-3-des-auteurs-de-l-etude-du-lancet-se-retractent-20200604>

La publication de l'étude dans The Lancet avait fait l'objet d'une campagne de communication très intense. Sa rétractation deux semaines plus tard a en revanche été beaucoup plus discrète. Dans l'intervalle, de nombreuses décisions ont été prises de suspension ou d'interdiction d'utilisation de l'hydroxychloroquine. Parfois avec une rapidité surprenante. Aucune de ces décisions ne sera jamais remise en question. Il y a eu un avant et un après le 22 mai 2020 pour tout ce qui concerne les thérapeutiques contre la COVID-19.

Comme détaillé dans l'article suivant, la publication de The Lancet a eu des effets quasi-immédiats sur la mortalité, avec plus de 50 pays pour lesquels on note une augmentation de la létalité dans une fenêtre de temps décalée de 18 jours par rapport à la fenêtre d'occurrence du Lancet-Gate qui commence à la publication de l'étude et se termine à sa rétractation.

[Document 029] :

Covid-19 : l'hydroxychloroquine marche ; épisode II "Effets stupéfiants dans 53 pays"
France-Soir
Publié le 20 juillet 2020
<https://www.francesoir.fr/societe-sante/covid-19-lhydroxychloroquine-marche-episode-II-effets-stupefiants-dans-53-pays>

Des questions demeurent... Comment le comité de relecture du journal The Lancet a-t-il pu valider cette publication ? Qui est derrière cette affaire et qui a suscité la création de la société Surgisphere au cœur du scandale ? Qui a créé cette société Surgisphere Corporation soi-disant spécialisée dans l'intelligence artificielle et le Big Data destinés aux prestataires de santé ?

Noter que le New England Journal of Medicine a lui aussi dû retirer une étude impliquant la société Surgisphere.

Intéressons-nous maintenant à une décision majeure du Conseil d'État de l'Italie qui a cassé une décision prise dans la foulée de cette affaire du Lancet-Gate par l'agence italienne (AIFA).

Le 22 juillet 2020, l'AIFA, l'agence de santé publique italienne, avait interdit l'utilisation de l'hydroxychloroquine pour la COVID-19. Le Conseil d'État italien a cassé cette décision et a autorisé à nouveau par un arrêt publié le 11 décembre 2020 l'utilisation de l'hydroxychloroquine pour le traitement du Covi-19. La justice italienne a accepté l'appel d'un groupe de médecins et a rallumé le feu vert pour l'utilisation du médicament dans le passé utilisé pour le traitement du paludisme.

« 17.2. Le choix d'utiliser ou non le médicament, en situation de doute et de contraste dans la communauté scientifique, sur la base de données cliniques non univoques, concernant son efficacité uniquement au stade initial de la maladie, doit donc être laissé à l'autonomie décisionnelle et responsabilité du médecin individuel, avec le consentement éclairé évident du patient individuel, et non à une déclaration de principe abstraite, au nom d'un modèle scientifique pur, déclinée par l'AIFA avec une interdiction a priori et généralisée, quoique temporaire, d'utilisation. »

[Document 030] :

ORDINANZA
Ordinanza-CdS-7097-2020-utilizzo-off-label-di-idrossiclorochina-per-il-trattamento-del-COVID-19
Il Consiglio di Stato
REPUBBLICA ITALIANA
<https://www.fantigrossi.it/wp-content/uploads/2020/12/335.-Ordinanza-CdS-7097-2020-utilizzo-off-label-di-idrossiclorochina-per-il-trattamento-del-COVID-19.pdf>

Le document suivant est un article de presse relatant cette décision.

[Document 031] :

Idrossiclorochina: il Consiglio di Stato ne autorizza l'uso. «Prevale la libertà del medico»

Claudio Del Frate
Corriere Della Sera
12 décembre 2020

https://www.corriere.it/cronache/20_dicembre_12/idrossiclorochina-consiglio-stato-ne-autorizza-l-uso-prevale-liberta-medico-e24ca3be-3c63-11eb-a276-def331e0f87e.shtml

4.2. Le Remdesivir-Gate

La principale thérapeutique nouvelle médiatisée en 2020 a été le Remdesivir.

Le Document 032, indiqué ci-dessous, explique, dans le détail, cette affaire du Remdesivir-Gate dont nous donnons infra les principaux jalons :

[Document 032] :

Covid-19 : comment Gilead a vendu son Remdesivir à l'Europe

Par Lise Barnéoud
Journal Le Monde
27 novembre 2020

https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/27/covid-19-comment-gilead-a-vendu-son-remdesivir-a-l-europe_6061300_3244.html

Testé sans grand succès contre Ébola, le Remdesivir a été repositionné au début de l'épidémie de COVID-19, sur la base d'études antérieures avec d'autres coronavirus (SARS-CoV-1 et MERS-CoV).

Le 6 février 2020, un petit essai est lancé avec 237 patients recrutés dans les hôpitaux de Wuhan, foyer chinois de l'épidémie. L'espoir est immense, alors que la ville est déjà confinée depuis deux semaines, mais les résultats sont loin d'être à la hauteur : publiés en avril dans la revue scientifique *The Lancet*, ils ne montrent aucune efficacité sur la mortalité.

[Document 033] :

“Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial”

The Lancet

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931022-9>

Un essai de plus grande ampleur – un millier de patients – a été lancé en février 2020 aux États-Unis : Gilead compte dessus pour convaincre la FDA, l'agence américaine du médicament. Un peu ébranlé par les résultats chinois, le laboratoire modifie cependant son critère d'efficacité principal : ce ne sera plus la mortalité, mais la durée de récupération.

[Document 034] :

History of Changes for Study: NCT04280705

Adaptive COVID-19 Treatment Trial (ACTT)

<https://clinicaltrials.gov/ct2/history/NCT04280705?A=10&B=15&C=Side-by-Side#OutcomeMeasures>

Fin avril 2020, des résultats intermédiaires sont rendus publics : l'essai ne montre aucune différence sur la mortalité, mais les patients avec une maladie sévère récupèrent en moyenne en dix jours avec du Remdesivir, contre quinze dans le groupe placebo...

C'est ce résultat qui pousse la FDA à délivrer une autorisation d'urgence de mise sur le marché du Remdesivir, commercialisé sous la marque Veklury, le 1^{er} mai 2020.

L'EMA, l'agence européenne des médicaments, emboîte le pas à la FDA et donne son feu vert pour commercialiser l'antiviral le 25 juin : il s'agit d'une autorisation de mise sur le marché « conditionnelle », avec une indication limitée aux patients avec pneumonie nécessitant une oxygénothérapie.

[Document 035] :

First COVID-19 treatment recommended for EU authorization
25 June 2020
EMA/264817/2020
European Medicines Agency
https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/first-covid-19-treatment-recommended-eu-authorisation_en.pdf

Une fois ces deux sésames décrochés, Gilead, annonce fin juin son prix : 390 dollars la dose, soit 2 340 dollars le traitement, recommandé en six doses. « Une sortie plus rapide de l'hôpital permettrait de faire une économie d'environ 12 000 dollars par patient, calcule la firme, en s'appuyant sur les données américaines. Nous avons décidé de fixer le prix du Remdesivir bien en dessous de ce montant. »

[Document 036] :

An Open Letter from Daniel O'Day, Chairman & CEO, Gilead Sciences
29 juin 2020
Gilead
<https://www.gilead.com/news-and-press/press-room/press-releases/2020/6/an-open-letter-from-daniel-oday-chairman--ceo-gilead-sciences>

D'après les calculs d'une équipe de chercheurs anglais, américains et australiens, le coût total de fabrication du Remdesivir se situe aux alentours de 0,93 dollar par dose, soit 5,58 dollars pour un traitement en six doses. Autrement dit, 420 fois moins cher que le prix fixé par Gilead.

[Document 037] :

Minimum costs to manufacture new treatments for COVID-19
Andrew Hill, Junzheng Wang, Jacob Levi, Katie Heath, Joseph Fortunak
Journal of Virus Eradication 2020; 6 : 61–69
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2055664020300182>

Par ailleurs, le développement du Remdesivir a déjà bénéficié d'investissements publics, pour environ 70 millions de dollars, d'après les calculs du cercle de réflexion américain Public Citizen.

[Document 038] :

The public already has paid for Remdesivir
Public Citizen
<https://www.citizen.org/news/the-public-already-has-paid-for-remdesivir/>

Dans l'Union Européenne, les choses s'organisent pour mettre à disposition des États membres des stocks de Remdesivir. Or c'est lors de la négociation de ce contrat que Gilead

reçoit le manuscrit de l'essai clinique Solidarity, durant la deuxième quinzaine de septembre 2020. « L'OMS avait une obligation contractuelle de leur envoyer le manuscrit avant publication, puisque l'essai Solidarity testait leur molécule. Comme c'est généralement le cas, la société avait un temps défini pour faire des retours avant que l'article ne soit soumis pour publication », explique Marie-Paule Kieny, directrice de recherche à l'Inserm et membre du comité exécutif de l'essai Solidarity. Problème : cet essai, durant lequel 2 750 personnes ont pris du Remdesivir, ne trouve aucun effet de la molécule, ni sur la mortalité des malades, ni sur leur durée d'hospitalisation.

Les quinze jours de révision du manuscrit par Gilead s'achèvent juste après la signature du contrat avec la Commission européenne. Le 7 octobre, la Commission commande ainsi 500 000 traitements (soit trois millions de doses), sans avoir connaissance de ces nouvelles données. La Commission concède ne pas avoir discuté de ces résultats « avant la publication des essais préliminaires de Solidarity de l'OMS », officiellement accessible le 15 octobre sur la revue en ligne MedRxiv. Quant à Gilead, sa défense consiste en deux points : d'une part, l'essai clinique américain serait « mieux adapté pour évaluer rigoureusement le délai de récupération » que l'essai Solidarity. Et, d'autre part, le contrat « n'oblige ni la Commission européenne ni aucun pays participant à acheter du Remdesivir. L'accord permet d'acheter jusqu'à 500 000 traitements, mais les pays contrôlent les quantités qu'ils choisissent d'acheter ».

[Document 039] :

Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results
WHO Solidarity trial consortium
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1>

De fait, le contrat européen n'est assorti d'aucune obligation d'achat. Mais la crainte d'une pénurie a parfaitement fonctionné. Lorsque, le 8 octobre, Gilead a annoncé que le médicament était largement disponible, les autorités compétentes ont immédiatement passé leur commande. Il y avait une énorme pression pour qu'ils signent.

Ainsi, dès les jours qui suivent la signature du contrat avec la Commission, de nombreux pays passent commande. D'après l'enquête du journal Le Monde, au moins 640 000 doses ont déjà été achetées, qui rapportent déjà plus de 220 millions d'euros à Gilead. Des doses qui n'apporteront, en revanche, pas grand-chose aux citoyens.

Le 20 novembre, l'OMS modifie sa recommandation sur le Remdesivir et ne le recommande plus :

[Document 040] :

L'OMS ne recommande pas l'administration de Remdesivir aux patients COVID-19
OMS
20 novembre 2020
<https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/who-recommends-against-the-use-of-remdesivir-in-covid-19-patients>

Il y avait une fenêtre de tir pour vendre du Remdesivir et Gilead a réussi à le faire. Pour y parvenir, il était préférable que l'hydroxychloroquine ne soit pas considérée comme un traitement potentiel, voici qui établit un certain lien avec le Lancet-Gate.

4.3. Scandale éthique des longues études avec tirages au sort pour évaluer les médicaments

A l'occasion de la pandémie de COVID-19, la bataille fait rage sur l'utilité et le caractère éthique de mener de longues études avec tirages au sort pour évaluer les médicaments. Cette méthode, est parfaitement logique, lorsqu'elle est bien faite, en période normale. Mais elle peut s'avérer totalement déconnectée de la réalité, et même nuisible, en pleine épidémie avec des centaines de morts par jour dans les pays touchés.

Dès lors qu'il existe des arguments, même incomplets au début, que des médicaments anciens et bien tolérés, la chloroquine ou mieux l'hydroxychloroquine, parmi les plus utilisés dans le monde depuis des décennies, ont une efficacité, un placebo n'a plus lieu d'être. **La seule démarche éthique était de faire plusieurs études ouvertes contrôlées avec ce médicament, sans groupe témoin, en France et dans d'autres pays et de comparer les résultats par rapport au taux d'hospitalisation, au taux de passages en réanimation et au taux de létalité.** Ces résultats pouvaient parfaitement être comparés aux données historiques des pays touchés en premier par la vague épidémique. Rien n'empêchait alors d'évaluer la supériorité éventuelle de l'association de l'hydroxychloroquine avec d'autres médicaments potentiellement actifs. C'est d'ailleurs ce qu'a réalisé l'équipe de Marseille, sous la conduite de Didier Raoult, en testant très rapidement l'association hydroxychloroquine et azithromycine.

Il est intéressant d'évoquer un instant la maladie causée par le virus Ebola. Et je fais référence ici à une correspondance adressée au journal The Lancet émanant de personnalités (Yazdan Yazdanpanah, Denis Malvy et Jean-François Delfraissy notamment) qui ont œuvré en 2020 en France et à l'OMS pour le recours exclusif à des Essais Randomisés Contrôlés (ERC) pour tous les candidats thérapeutiques y compris pour ceux qui avaient fait l'objet d'études observationnelles très significativement favorables à ces candidats.

[Document 041] :

Drug assessment in the Ebola virus disease epidemic in west Africa
Yazdan Yazdanpanah, Peter Horby, Johan van Griensven, France Mentre, Vinh-Kim Nguyen, Jean Marie Denis Malvy, Jake Dunning, Daouda Sissoko, Jean-François Delfraissy, Yves Levy
Correspondence
The Lancet
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2815%2900344-8>

Pourquoi cette correspondance est-elle intéressante ? Tout simplement parce que ces personnalités viennent commenter un papier scientifique de Simone Lanini et al qui cherchait à faire passer l'idée que seuls les ERC étaient éthiques. Or ces personnalités estiment qu'en ce qui concerne Ebola cette position n'était pas recevable. Il me semble donc que ces personnalités ont des positions qui évoluent de manière bien étrange d'une maladie à l'autre... Y-aurait-il des intérêts autres qui seraient venu faire évoluer leurs positions scientifiques ? Je ne fais que poser la question.

4.4. Critique des RCT menés en 2020

Ce sont donc les grands essais en double aveugle contre placebo qui auront fait la loi en 2020 (Recovery, Solidarity, Discovery, Hycovid, ...).

Or ces grands Essais Randomisés Contrôlés (ERC) ou Randomized Controlled Trial (RCT) menés en 2020 pour évaluer le repositionnement de vieilles molécules :

- soit n'ont pas respecté les posologies qui avaient fait leurs preuves dans des études observationnelles,
- soit ont délivré les médicaments à des patients qui se situaient à des stades trop tardifs de la maladie,
- soit ont été interrompus prématurément alors que des premiers signaux montraient un effet pour certaines molécules (mais un effet statistique insuffisant du fait des faibles niveaux d'inclusion au final)

La tribune suivante raconte très bien toutes les occasions manquées de reconnaître l'existence de thérapeutiques efficaces.

[Document 042] :

Comment comprendre le déni des traitements précoces de la Covid ?
par Laurent Mucchielli, sociologue et directeur de recherches au CNRS
et par Jacques Pollini, chercheur associé au département d'anthropologie de l'université McGill
<https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/091220/comment-comprendre-le-deni-des-traitements-precoces-de-la-covid>

Ces essais randomisés contrôlés ont été instrumentalisés pour ne donner aucun résultat exploitable sur des thérapeutiques de repositionnement.

Je vais illustrer cette affirmation en donnant mon analyse du déroulé et des conclusions des essais Hycovid et Recovery.

4 4.1 Illustration avec l'essai Hycovid

L'essai Hycovid est un essai français soutenu par le Ministère de la Santé français dont les investigateurs ont conclu, à tort, à l'inefficacité de l'hydroxychloroquine.

Avec cet essai nous nous trouvons dans le cas d'un essai qui s'interrompt prématurément alors que des signaux statistiques tendent à montrer la supériorité de l'hydroxychloroquine sur le placebo.

Voici un extrait du communiqué de presse final du CHU d'Angers sur l'essai Hycovid :
« Dans cet essai incluant principalement des patients âgés présentant des formes légères à modérées de COVID-19, les patients traités par hydroxychloroquine n'ont pas connu de meilleurs résultats cliniques ou virologiques que les patients ayant reçu un placebo. »

[Document 043] :

Hycovid conclut à l'inefficacité de l'hydroxychloroquine dans le traitement de la Covid-19
CHU Angers
<https://www.chu-angers.fr/recherche-et-innovation-en-sante/hycovid/resultats/hycovid-conclut-a-l-inefficacite-de-l-hydroxychloroquine-dans-le-traitement-de-la-covid-19-100705.kjsp?RH=1586877950870>

Regardons attentivement le tableau de synthèse de l'étude Hycovid :

Outcomes	All patients (N = 247)	Hydroxychloroquine (N = 124)	Placebo (N = 123)	Relative risk (95% CI)
Primary outcome				
Day 14	17 (6.9)	9 (7.3)	8 (6.5)	1.12 (0.45–2.80)
Day 28	21 (8.5)	9 (7.3)	12 (9.8)	0.74 (0.33–1.70)
Mortality				
Day 14	12 (4.9)	6 (4.8)	6 (4.9)	0.99 (0.33–2.99)
Day 28	17 (6.9)	6 (4.8)	11 (8.9)	0.54 (0.21–1.42)
Use of intubation and mechanical ventilation				
Day 14	6 (2.4)	3 (2.4)	3 (2.4)	0.99 (0.20–4.82)
Day 28	7 (2.8)	3 (2.4)	4 (3.3)	0.74 (0.17–3.26)
Clinical evolution, as compared to Day 0				
Day 14				
Absence of deterioration	223 (90.3)	112 (90.3)	111 (90.2)	1.01 (0.93–1.09)
Clinical improvement	165 (66.8)	84 (67.7)	81 (65.9)	1.01 (0.86–1.18)
Recovery	139 (56.3)	71 (57.3)	68 (55.3)	1.03 (0.83–1.27)
Day 28				
Absence of deterioration	227 (91.9)	115 (92.7)	112 (91.1)	1.02 (0.95–1.10)
Clinical improvement	191 (77.3)	98 (79.0)	93 (75.6)	1.03 (0.90–1.16)
Recovery	175 (70.9)	91 (73.4)	84 (68.3)	1.06 (0.91–1.24)
Positive SARS-CoV-2 RT-PCR ¹				
At Day 5	148/203 (72.9)	75/103 (72.8)	73/100 (73.0)	1.00 (0.84–1.18)
At Day 10	99/174 (56.9)	52/91 (57.1)	47/83 (56.6)	1.01 (0.78–1.31)
Venous thrombo-embolic events				
Day 28	4 (1.6)	2 (1.6)	2 (1.6)	0.99 (0.14–6.93)

Il faut regarder dans le tableau ci-dessus la mortalité (« Mortality »). A 14 jours, pas de différence entre la mortalité du groupe Hydroxychloroquine et celle du groupe Placebo. 6 morts de chaque côté. C'est ce résultat qui a été retenu par le responsable de l'étude.

Mais, à 28 jours (la ligne suivante dans le tableau), on a toujours 6 morts dans le groupe Hydroxychloroquine mais on en a désormais 11 morts (5 de plus) dans le groupe placebo... Mais peu importe pour le CHU d'Angers, car il avait été décidé au début de l'étude que c'était la mortalité à 14 jours qui devait être retenue...

Autre argument invoqué pour ne pas retenir cet effet à 28 jours : une taille d'échantillon trop faible pour conclure...

Alors demandons-nous pourquoi la taille de l'échantillon était trop faible...

Tout simplement car l'étude devait inclure 1300 patients et que les inclusions se sont arrêtées à 250, officiellement à cause de la fin de la vague 1.

D'où la seule question qui vaille : pourquoi ne pas avoir repris l'étude au début de l'automne quand les malades sont revenus ? Jamais aucune réponse n'a été apportée. Or ce sont bien ces inclusions supplémentaires qui auraient permis de conclure, très probablement en faveur de l'hydroxychloroquine...

Notons pour finir qu'il y avait des personnes dans le groupe placebo qui avaient reçu de l'Azithromycine (une molécule ayant des vertus contre la COVID-19) => c'est comme si le CHU d'Angers avait mis un très bon joueur français dans l'équipe de football d'Allemagne afin qu'il permette à cette équipe de battre ou tout du moins de faire jeu égal avec l'équipe de France...

Intéressons-nous maintenant à l'essai Recovery. C'est un deuxième exemple d'instrumentalisation d'un essai randomisé contrôlé ayant conclu, à tort, à l'inefficacité de l'hydroxychloroquine comme traitement possible contre la COVID-19.

4.4.2 Illustration avec l'essai Recovery

Avec cet essai, nous nous trouvons dans le cas d'un essai qui ne reproduit pas les posologies qui ont montré leur efficacité dans les études observationnelles.

[Document 044] :

Effect of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19
The Recovery Collaborative Group
The New England Journal of Medicine
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2022926>

J'ai donc souhaité interroger les auteurs de l'étude sur le pourquoi de la très forte dose administrée aux patients inclus dans le bras « Hydroxychloroquine » de l'essai Recovery (une dose « choc » de 4 grammes cumulés en 3 jours, c'est-à-dire une dose supérieure de plus du double à celle préconisée entre autres par l'IHU de Marseille. J'estime que de telles doses sont de nature à favoriser l'aggravation de la maladie COVID-19 et qu'elles ne peuvent de facto que plaider contre l'hydroxychloroquine.

Mon questionnement a été publié et c'est d'ailleurs le seul à l'avoir été concernant cet essai Recovery, preuve s'il en était besoin que la question que je pose est centrale.

La réponse des auteurs n'est pas satisfaisante, se bornant à indiquer que l'hydroxychloroquine ne pouvait théoriquement être efficace qu'à ses posologies maximales d'après les expérimentations in vitro !

[Document 045] :

Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19
The New England journal of medicine
Correspondence
Alexis Lacout, Christian Perronne et Valère Lounnas
This letter was published on February 10, 2021

Voici donc comment les essais Hycovid et Recovery ont voulu faire croire à l'inefficacité de l'hydroxychloroquine.

Mais venons-en maintenant aux thérapeutiques qui ont fait preuve de leur efficacité.

Dès l'apparition des premiers cas, la communauté médicale a cherché dans l'urgence du moment Si seulement quelques études scientifiques ont été médiatisées (celles de l'IHU de Marseille, celle publiée dans The Lancet, ...), ce sont au total plusieurs centaines d'études qui ont cherché à mesurer l'efficacité des thérapeutiques les plus prometteuses contre la COVID-19.

Le site internet <https://c19study.com> permet d'avoir accès à chacune et aussi d'en connaître la synthèse par traitement.

4.5. Efficacité de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine

Le site internet <https://hcqmeta.com>, dans sa version 74 du 20 février 2021, fournit une méta-étude portant sur 208 études ayant analysé l'efficacité de l'hydroxychloroquine ou de la chloroquine.

Les résultats sont les suivants :

- Traitement précoce (dès les premiers symptômes) : 100% des 27 études de traitement précoce rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 66% de l'effet mesuré (décès, hospitalisation, etc.) (RR 0,34 [0,27-0,44])
- Traitement tardif (après que la maladie a progressé, la plupart du temps en phase d'hospitalisation) : 74,6% des 142 études rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 26% de l'effet mesuré (décès, hospitalisation, etc.) (RR 0,75 [0,69-0,81])
- Prophylaxie pré-exposition : 77,8% des 36 études rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 34% de l'effet mesuré (décès, hospitalisation, etc.) (RR 0,66 [0,51-0,85])
- Prophylaxie post-exposition : 83,3% des 6 études rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 36% de l'effet mesuré (décès, hospitalisation, etc.) (RR 0,64 [0,47-0,88])
- et au global : 78,4% des 208 études rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 31% de l'effet mesuré (décès, hospitalisation, etc.) (RR 0,69 [0,64-0,74])

[Document 046] :

Méta-étude HCQ

HCQ is effective for COVID-19 when used early: meta-analysis of 208 studies

Covid Analysis (Version 74, Feb 20, 2021)

<https://hcqmeta.com>

Treatment time	Number of studies reporting positive results	Total number of studies	Percentage of studies reporting positive results	Probability of an equal or greater percentage of positive results from an ineffective treatment	Random effects meta-analysis results
Early treatment	27	27	100%	0.0000000075 1 in 134 million	66% improvement RR 0.34 [0.27-0.44] p < 0.0001
Late treatment	106	142	74.6%	0.0000000017 1 in 590 million	25% improvement RR 0.75 [0.69-0.81] p < 0.0001
Pre-Exposure Prophylaxis	28	36	77.8%	0.0006 1 in 2 thousand	34% improvement RR 0.66 [0.51-0.85] p = 0.0013
Post-Exposure Prophylaxis	5	6	83.3%	0.11 1 in 9	36% improvement RR 0.64 [0.47-0.88] p = 0.006
All studies	163	208	78.4%	0.00000000000000000034 1 in 30 quadrillion	31% improvement RR 0.69 [0.64-0.74] p < 0.0001

Conclusions à retenir : les résultats des études sont donc extrêmement favorables à l'hydroxychloroquine quant au traitement de la COVID-19, surtout en phase précoce, phase durant laquelle la charge virale est encore forte. J'ai d'ailleurs pu moi-même observer de tels bénéfices dans ma pratique hospitalière, de mars 2020 à juin 2020, avant que des interdictions, tracasseries et pressions nous empêchent de poursuivre avec ce traitement.

4.6. Prescription d’Azithromycine

Parmi les études cherchant à mesurer l’efficacité de l’hydroxychloroquine (cf. supra), ce sont celles avec délivrance simultanée d’azithromycine (et aussi de Zinc) qui ont donné les meilleurs résultats d’efficacité.

4.7. Efficacité de l’ivermectine

Le site internet <https://ivmmeta.com>, dans sa version 34 du 18 février 2021, fournit une méta-étude portant sur 41 études ayant analysé l’efficacité de l’ivermectine.

Les résultats sont les suivants :

- en ce qui concerne les traitements précoces : 83% d’amélioration constatés sur les critères retenus (RR 0,17 [0,11-0,28])
- en ce qui concerne les traitements tardifs : 52% d’amélioration constatés sur les critères retenus (RR 0,48 [0,35-0,64])
- en ce qui concerne la prophylaxie : 89% d’amélioration constatés sur les critères retenus (RR 0,11 [0,05-0,23])
- 100% des 20 essais contrôlés randomisés rapportent des effets positifs, avec une réduction estimée de 72 sur les critères retenus (RR 0,28 [0,17-0,47])

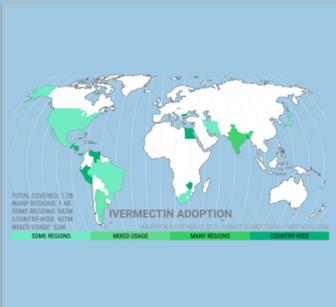
[Document 047] :

Méta-étude Ivermectine
Ivermectin is effective for COVID-19: meta-analysis of 41 studies
Covid Analysis (Version 34, Feb 18, 2021)
<https://ivmmeta.com/>

- 100% of the 41 studies to date report positive effects. Random effects meta-analysis for early treatment and pooled effects shows a reduction of 83%, RR 0.17 [0.11-0.28]. Prophylactic use shows a reduction of 89%, RR 0.11 [0.05-0.23]. Mortality results show 78% lower mortality, RR 0.22 [0.12-0.41] for all treatment delays, and 86% lower, RR 0.14 [0.03-0.62] for early treatment.
- 100% of the 20 Randomized Controlled Trials (RCTs) report positive effects, with an estimated reduction of 72%, RR 0.28 [0.17-0.47].
- The probability that an ineffective treatment generated results as positive as the 41 studies to date is estimated to be 1 in 2 trillion ($p = 0.00000000000045$).

Early treatment	83% improvement	RR 0.17 [0.11-0.28]
Late treatment	52% improvement	RR 0.48 [0.35-0.64]
Prophylaxis	89% improvement	RR 0.11 [0.05-0.23]

Total	41 studies	304 authors	14,833 patients
RCT	20 studies	153 authors	2,796 patients



IVERMECTIN ADOPTION

TOTAL COVERED: 176
MANY REGIONS: 146
SOME REGIONS: 30/26
COUNTRY WIDE: 40/26
MANY USAGE: 35/36

Some regions Many usage Many regions Countrywide

Show forest plot for:

- All studies
- With exclusions
- Mortality results
- Viral clearance
- Case results
- RCT mortality
- All RCTs

On lira avec intérêt le Document 048, indiqué ci-dessous, qui expose les mérites de l’Ivermectine contre la COVID-19, au premier rang desquels figurent la non-toxicité et l’efficacité.

[Document 048] :

Covid-19, un simple changement de méthode et c'est fini
3 janvier 2021
Dr Pascal Sacré
Association Internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante (AIMSTB)
<https://www.aimsib.org/2021/01/03/covid-19-un-simple-changement-de-methode-et-cest-fini/>

Notons aussi une autre méta-étude pilotée par le Dr. Andrew Hill dans le cadre de l'International Ivermectin Project Team et publiée en pre-print le 19 janvier 2021. Dans la conclusion de cette méta-étude, il est indiqué que « dans six ECR d'infection modérée ou sévère, il y avait une réduction de 75% de la mortalité ».

[Document 049] :

Preliminary meta-analysis of randomized trials of ivermectin to treat SARS- CoV-2 infection
Andrew Hille and al
International Ivermectin Project Team
https://assets.researchsquare.com/files/rs-148845/v1_stamped.pdf

Notons enfin que le NIH (National Institutes of Health) américain a modifié sa recommandation concernant l'ivermectine le 14 janvier 2021 passant de « against » à « neutral ». Un changement qui est évidemment très significatif de la part d'une grande agence de santé.

4.8. Efficacité de la vitamine D

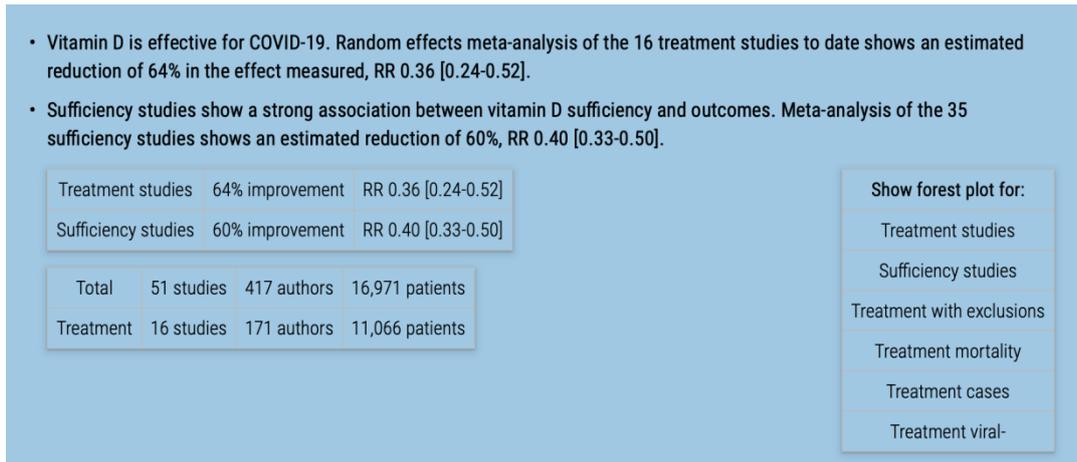
Le site internet <https://vdm-meta.com>, dans sa version 27 du 21 février 2021, fournit une méta-étude portant sur 51 études ayant analysé l'efficacité de l'ivermectine.

Les résultats sont les suivants :

- la vitamine D est efficace contre la COVID-19 ; la méta-analyse portant sur les 16 études de traitement montre une réduction de l'effet mesuré estimée à 64% (RR 0,36 [0,24-0,52])
- les 35 études considérant la relation entre le niveau de vitamine D et la gravité de la maladie montrent qu'un niveau correct de vitamine D conduit à une réduction de l'effet mesuré estimée à 60% (RR 0,40 [0,33-0,50])

[Document 050] :

Méta-étude Vitamine D
Vitamin D is effective for COVID-19: meta-analysis of 51 studies
Covid Analysis, Dec 17, 2020 (Version 27, Feb 21, 2021)
<https://vdm-meta.com/>



Notons aussi un appel émanant de 73 professionnels de santé francophones et soutenu par 6 sociétés savantes recommandant :

- une supplémentation en vitamine D avant toute infection par le SARS-CoV-2
- une supplémentation en vitamine D en cas de COVID-19 avérée

[Document 051] :

Communiqué de presse du CHU d'Angers
COVID-19 : 73 experts appellent à supplémer l'ensemble de la population française en vitamine D
18 Janvier 2021

J'ai été stupéfait de la consigne adressée aux médecins du Québec œuvrant en CHSLD, dans le Document 052 datant d'avril 2020 et indiqué ci-dessous, enjoignant à cesser tous les traitements non essentiels (ex : calcium, vitamine D, B12, bisphosphonate). L'inverse de ce qu'il faut faire pour ce qui concerne notamment la vitamine D...

[Document 052] :

Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD
Version du 25 avril 2020
Par Sophie Zhang et Catherine Richer, co-chef adjointes hébergement CIUSSS
Centre-Sud Révisé par Quoc Nguyen, Jean Pelletier, Andrée-Anne Parent et Diana Cruz-Santiago
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Dans le document 052 bis, datant de mai 2020 et indiqué ci-dessous, nous retrouvons la même préconisation de cesser tous les médicaments non essentiels : statines et aspirines en prévention primaire chez les 75 ans et plus, et Vitamine D, calcium, vitamine B12, fer, multivitamine, biphosphonate. Notons au passage que ce guide de soins écarte également tout traitement comportant notamment de l'hydroxychloroquine.

[Document 052 bis] :

COVID-19 – Particularités gériatriques
Guide de soins et revue de la littérature (version 2020.05.03).
Leblanc, J., Marchand, L., Vu, M. T.T., Latour, J., Nguyen, P. VQ., Nguyen Q. D.,
Desmarais, P. (2020). 3 mai 2020
Montréal (Qc) : Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal
(CHUM)
https://www.apesquebec.org/sites/default/files/formation/2020/20200430_COVID-19-Principes-geriatriques/20200504_FDDIF_COVID-19_geriatrie_present.pdf

Même réaction de stupéfaction à propos de la consigne indiquée dans le Document 052 ter, mis à jour en date du 25 janvier 2021 et indiqué ci-dessous, qui est à en-tête du Gouvernement du Québec. Il y est mentionné d’interrompre toute médication non essentielle (Vitamine D, calcium, statine, bisphosphonates, etc.) afin de réduire également la fréquence des contacts avec les résidents des CHSLD. C’est toujours l’inverse de ce qu’il faut faire pour ce qui concerne la vitamine D... Entre mai 2020 et janvier 2021, les études se sont pourtant accumulées en la matière comme nous l’avons démontré.

[Document 052 ter] :

Guide pour la prise en charge médicale des résidents
en centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de
la pandémie de la COVID-19
Mise à jour du 25 janvier 2021
Gouvernement du Québec
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-389W.pdf>

Je déplore que de telles recommandations aient été mises en place au Québec depuis avril 2020 ; elles n’ont pas permis de renforcer les défenses immunitaires des résidents québécois en CHSLD. Si l’on peut comprendre l’absence de recul en avril 2020 sur la situation et sur les mérites des différentes thérapeutiques préventives ou curatives, il n’est en revanche plus possible maintenant de faire fi des très nombreuses études internationales prouvant les mérites d’une supplémentation en vitamine D.

4.9. Artemisia annua

Une étude, pilotée par l’institut allemand Max Planck à Potsdam, a rapporté l’efficacité « in vitro » des extraits d’*Artemisia annua* contre le SRAS-CoV-2.

[Document 053] :

In vitro efficacy of Artemisinin-based treatments against SARS-CoV-2
Preprint
Corresponding author: Peter H. Seeberger, Max Planck Institute for Colloids and
Interfaces Potsdam & Freie Universität Berlin, Institute of Chemistry and Biochem-
istry
<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.10.05.326637v1>

Une autre étude, pilotée par Pamela Weathers, professeur de biologie et de microbiologie au Worcester Polytechnic Institute (États-Unis, Massachusetts) montre également que des extraits d’*Artemisia annua* empêche la réplication du SRAS-CoV-2 in vitro.

[Document 054] :

Artemisia annua extracts prevent in-vitro replication of SARS-CoV-2
Preprint
Corresponding author: Pamela Weathers, Department of Biology and Biotechnology, Worcester Polytechnic Institute
<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.08.425825v1>

Logiquement, 2 essais ont démarré afin de prouver cette efficacité « in vivo » ; ils s'achèveront au premier semestre 2021 :

- un essai au Mexique² ; il s'agit d'un essai clinique multicentrique de phase II randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo, multi-bras destiné à évaluer l'efficacité et de la toxicité de deux thérapies potentielles (mésilate de camostat et Artemisia annua) immédiatement après un test positif au COVID-19 dans des formes légères à modérées de la maladie et en présence de facteurs à haut risque tels que le diabète, l'hypertension et l'obésité notamment.
- un essai aux États-Unis³ par l'université du Kentucky ; il s'agit d'un essai multi-bras de phase II pour une évaluation rapide de l'efficacité et de la toxicité de plusieurs thérapies immédiatement après un test positif au COVID-19 chez les personnes à haut risque. Sont testés : l'ivermectine (bras C), le mésilate de camostat (bras D), l'Artemisia annua (bras E) et l'artésunate (bras F).

4.10. Autres solutions thérapeutiques

Il existe de nombreuses autres études montrant une efficacité forte :

- a. du Zinc (je rappelle que le Zinc est bien entendu largement utilisé dans un usage curatif contre la COVID-19, en association avec l'azithromycine et avec l'hydroxychloroquine, mais le Zinc a tout autant sa place en prévention)
- b. de la vitamine C
- c. de la Nigelle (Cumin Noir) ; voir l'étude pakistanaise randomisée en préprint :

[Document 055] :

Honey and *Nigella sativa* against COVID-19 in Pakistan (HNS-COVID-PK):
A multi-center placebo-controlled randomized clinical trial
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.30.20217364v4>

² <https://ichgcp.net/en/clinical-trials-registry/NCT04530617>

³ <https://ichgcp.net/en/clinical-trials-registry/NCT04374019>

4.11. Mon propre retour d'expériences en tant que soignant

Le Département de maladies infectieuses de l'Hôpital Universitaire Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Université de Versailles Saint Quentin – Paris Saclay), que je dirigeai depuis 1994, a une longue histoire de préparation au risque épidémique émergent. Un plan d'organisation de l'hôpital en cas de crise épidémique était rédigé depuis une vingtaine d'années, en lien avec le service de réanimation médicale, le service d'hygiène et l'administration. De plus, à titre personnel, en tant que Président de la Commission Maladies transmissibles du Haut Conseil de la santé publique, j'ai aidé plusieurs gouvernements à gérer des crises sanitaires, dont le SRAS, la pandémie grippale de 2009, le MERS-coronavirus et la préparation au risque Ebola.

Très rapidement après l'admission des premiers malades atteints de la COVID-19, nous avons, au vu des résultats des premières études chinoises, puis des résultats préliminaires du Professeur Didier Raoult et autres collaborateurs, proposé à tous les malades qui ne présentaient pas de contre-indication un traitement systématique par l'hydroxychloroquine associée à l'azithromycine. Ces médicaments ont permis une baisse importante des passages en réanimation et de la mortalité.

[Document 056] :

Benjamin Davido, Ghilas Boussaid, Isabelle Vaugier, Thibaud Lansaman, Frédérique Bouchand, et al.

Impact of medical care, including use of anti-infective agents, on prognosis of COVID-19 hospitalized patients over time.

International Journal of Antimicrobial Agents, Elsevier, 2020, 56 (4), pp.106129
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396133/pdf/main.pdf>

4.12. Recommandations de la Coordination Santé Libre :

En France, suite à la publication frauduleuse du Lancet (Mehra et al.), le ministre de la santé a signé le 23 mars 2020 un arrêté interdisant la prescription d'hydroxychloroquine en médecine de ville. Les médecins généralistes se sont trouvés démunis pour traiter les malades en phase précoce. Des médecins ont commencé à partager leurs expériences et ont ainsi constaté que l'azithromycine seule était efficace pour éviter les hospitalisations. Ils ont ainsi créé un collectif de médecins « Laissons les prescrire ». Ils ont même publié leur expérience avec l'azithromycine.

[Document 057] :

Azithromycin and hydroxychloroquine accelerate recovery of outpatients with mild/moderate COVID-19

Violaine Guérin, Pierre Lévy, Jean-Louis Thomas et al.

Asian J Med Health

<https://www.journalajmah.com/index.php/AJMAH/article/view/30224>

Au fil du temps, au vu des expériences nationales et internationales, ils ont élargi leur champ d'expertise au zinc, à la vitamine D, à la vitamine C, puis à l'ivermectine. Ce groupe s'est élargi et a souhaité se professionnaliser, en particulier pour définir ensemble les meilleures stratégies thérapeutiques, basées sur les publications et les expériences. Ce groupe a aussi souhaité communiquer. Ainsi est née en janvier 2021 la Coordination Santé Libre, rapprochement de médecins français qui depuis mars 2020 n'ont pas abandonné la prévention et le soin des patients atteints de COVID-19.

Je suis un membre actif de cette coordination.

Cette coordination représente 30 000 médecins, autant de soignants, et plus de 100 000 citoyens.

En tenant compte de la pratique de chacun, le Collectif Santé Libre a réalisé une première version d'un « Protocole Prévention COVID-19 » et d'un « Protocole Thérapeutique COVID-19 ».

J'ai participé à l'élaboration des recommandations présentées infra.

Les voici.

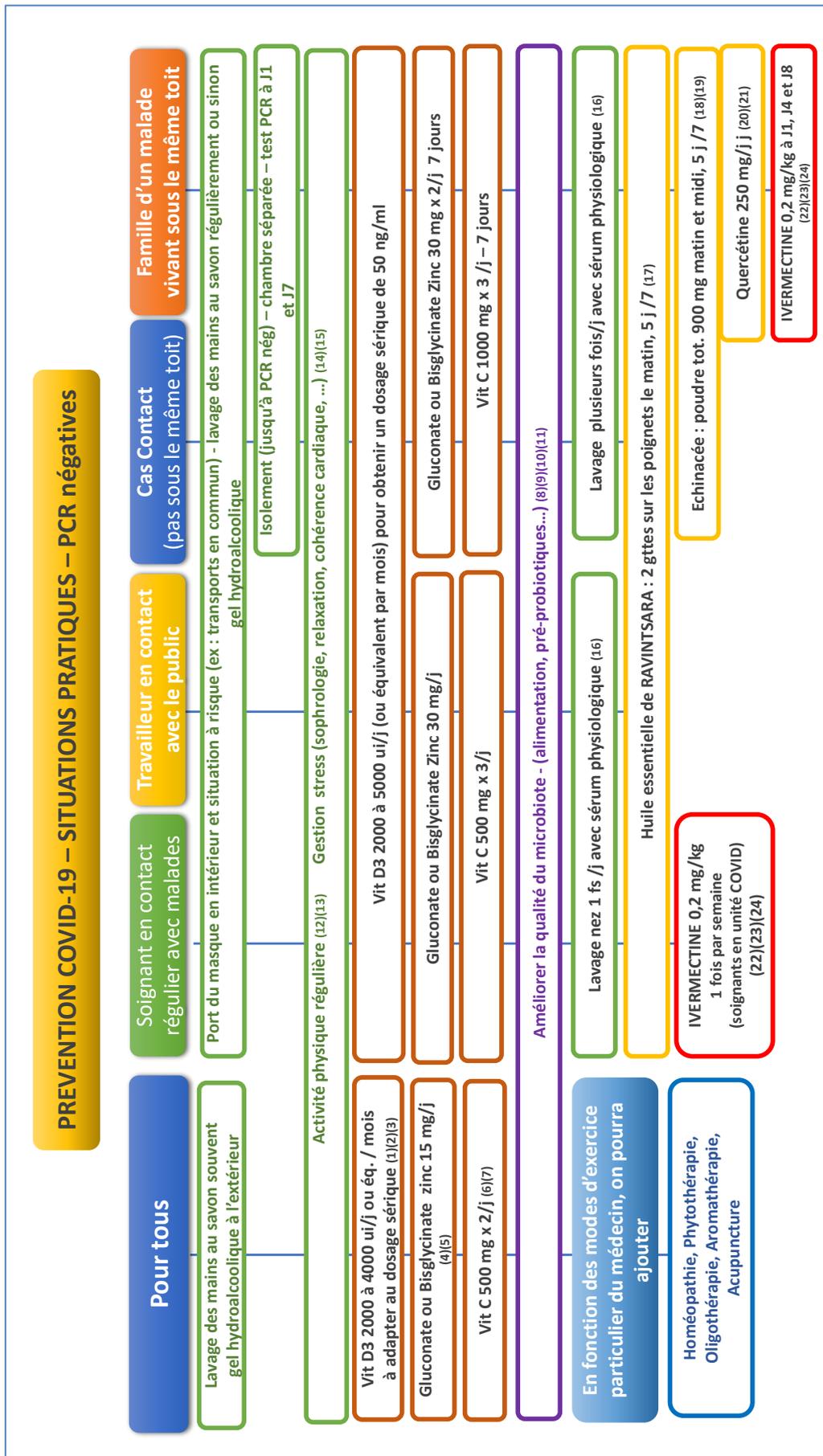
[Document 058] :

Protocole Prévention COVID-19
Protocole Thérapeutique COVID-19
Coordination Santé Libre

Coordination Santé Libre

Proposition protocole PREVENTION COVID-19

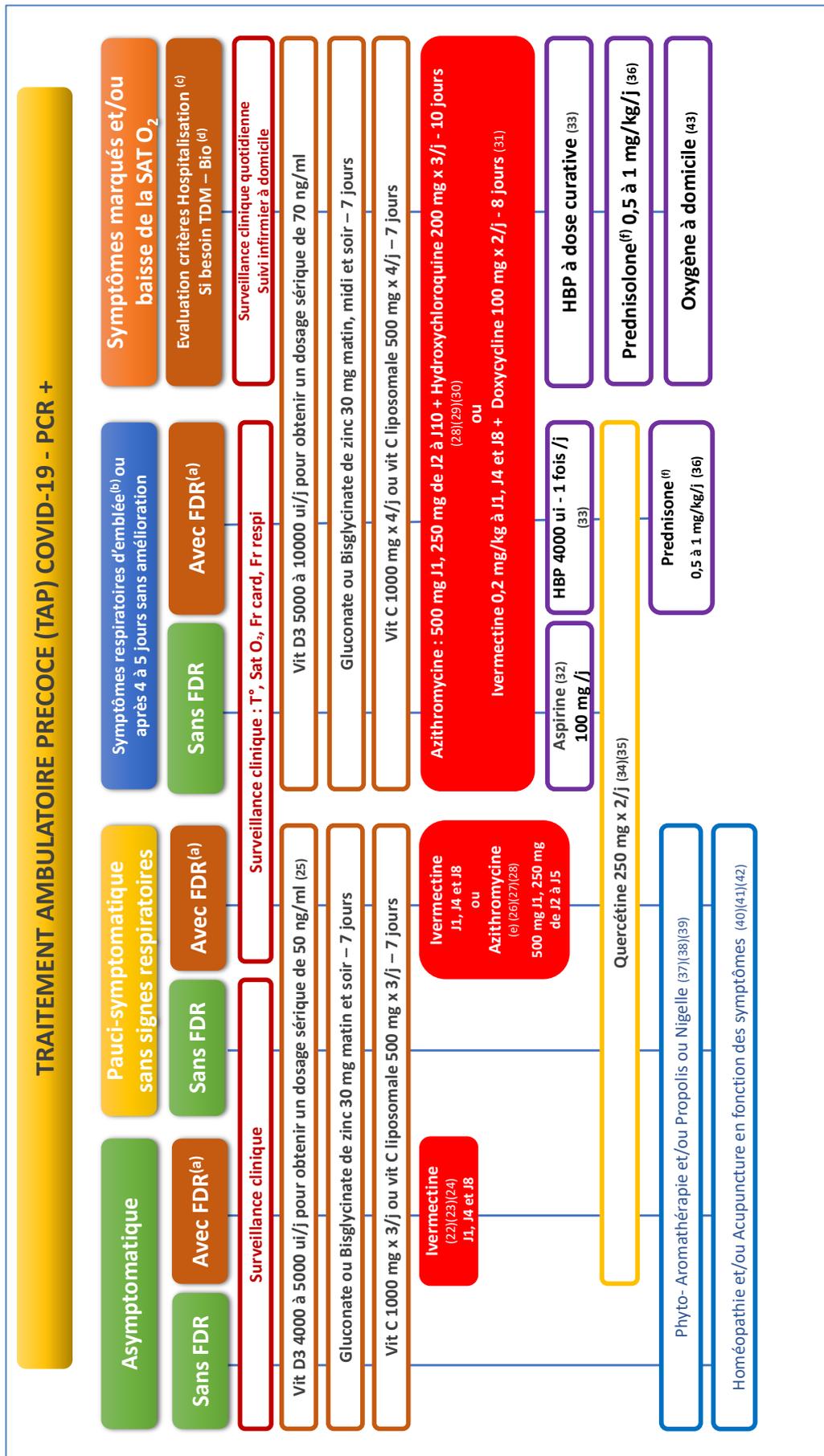
Proposition évolutive en fonction des données des publications et des retours d'expériences de terrain
31/01/2021



Coordination Santé Libre

Proposition protocole THERAPEUTIQUE COVID-19

Proposition évolutive en fonction des données des publications et des retours d'expériences de terrain
31/01/2021



Commentaires sur protocoles thérapeutiques

a- FDR : Facteurs de risque de faire une forme grave de Covid-19

Patients atteints de cancers et de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie ; atteints de maladies rénales chroniques sévères, dont les patients dialysés ; transplantés d'organes solides ; transplantés par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ; atteints de polyopathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organes ; atteints de certaines maladies rares et particulièrement à risque en cas d'infection ; atteints de trisomie 21

IMC > 30 – HTA mal équilibrée – Diabétique – Insuffisance respiratoire et BPCO

b- En cas de symptômes respiratoires d'emblée

Une dyspnée d'effort doit être questionnée/recherchée +++ / TDM thoracique précoce si signes auscultatoires
Si lésions radiologiques (traitement, jusqu'à normalisation de l'auscultation) + contrôle TDM à 2 mois

c- Critères d'hospitalisation

SAT O₂ < 95 – Fréquence respiratoire > 20 - Altération majeure de l'état général, suivi à domicile précaire ou non assuré ou évolution clinique défavorable
Critères péjoratifs à l'imagerie (radiographie ou scanner)
Critères biologiques de gravité : D-dimères > 1 mg/ml ; CRP > 50 mg/l ; lymphocytes < 1 000/mm³

d- Bilan biologique de surveillance

NFS – CRP – D-dimères – LDH – Fonction rénale avec ionogramme

e- Précautions d'emploi de l'azithromycine et de l'hydroxychloroquine

QT long ou arythmie - Hypokaliémie - remplacer par doxycycline - Patients avec pace-maker ou traitements anti-arythmiques : azithromycine possible si ECG montre un QT normal
Préférer clarithromycine en cas de forme digestive
Contrôle du QT à 48h

f- Utilisation de la prednisone et de la prednisolone

Dose en fonction de la clinique et de l'étendue des lésions à la TDM thoracique - Prednisolone 1/2 à 1 mg/kg pendant 5 jours puis décroissance par palier de 10 mg en fonction de l'auscultation.
En cas de diabète, la surveillance glycémique est rapprochée.

Bibliographie

- (1) Laird E, Rhodes JM, Kenny RA. Vitamin D and inflammation: potential implications for severity of Covid-19. *Ir Med J*, 2020, 113(5) : 81
- (2) McCartney DM, Byrne D. Optimisation of vitamin D status for enhanced immunoprotection against Covid-19. *Ir Med J*, 2020, 113(4): 58
- (3) Communiqué de l'Académie Nationale de Médecine : Vitamine D et Covid-19, 22 Mai 2020
<https://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2020/05/Vitamine-D-et-Covid-19.pdf>
- (4) Wessels I, Rolles B, Rink L. The potential impact of zinc supplementation on COVID-19 pathogenesis. *Front Immunol*, 2020, 11, 1712 - doi: 10.3389/fimmu.2020.01712
- (5) Hunter J, Arentz S, Goldenberg J et al. Rapid review protocol: zinc for the prevention or treatment of COVID-19 and other coronavirus-related respiratory tract infections. *Integr Med Res*, 2020, 9(3), 100457
- (6) Colunga Biancatelli RM, Berrill M, Catravs JD et al. Quercetin and vitamin C: An Experimental, synergistic therapy for the prevention and treatment of SARS-CoV-2 related disease (COVID-19). *Front Immunol*, 2020, 11, 1451 - doi: 10.3389/fimmu.2020.01451
- (7) Colunga Biancatelli RM, Berrill M, Marik PE. The antiviral properties of vitamin C. *Expert review of Anti-infective Therapy*, 2020, 18(2), 99-101 - doi: 10.1080/14787210.2020.1706483
- (8) Debojyoti D, Abhishek M. Gut microbiota and Covid-19- possible link and implications. *Virus Res*, 2020, 285, 198018 - doi: 10.1016/j.virusres.2020.198018
- (9) Shinde T, Hansbro PM, Sohal SS et al. Microbiota modulating nutritional approaches to countering the effects of viral respiratory infections including SARS-CoV-2 through promoting metabolic and immune fitness with probiotics and plant bioactives. *Microorganisms*, 2020, 8, 921 - doi: 10.3390/microorganisms8060921
- (10) Wilke J, Mohr L, Tenforde AS et al. Activity and health during the SARS-CoV2 pandemic (ASAP): study protocol for a multi-national network trial. *Front Med (Lausanne)*, 2020, 7, 302 - doi: 10.3389/fmed.2020.00302
- (11) Da Silveira MP, Da Silva Fagundes KK, Bizuti MR, et al. Physical exercise as a tool to help the immune system against COVID-19: an integrative review of the current literature. *Clin Exp Med*, 2020, 1-14 - doi: 10.1007/s10238-020-00650-3
- (12) Galmés S, Serra F, Palou A. Current state of evidence: influence of nutritional and nutrigenetic factors on immunity in the COVID-19 pandemic framework. *Nutrients*, 2020, 12(9) : 2738
- (13) Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutrition Prev Health*, 2020, 3(1)
- (14) Dos Santos RM. Isolation, social stress, low socioeconomic status and its relationship to immune response in Covid-19 pandemic context. *Brain Behav Immunity Health*, 2020, 7, 100103
- (15) Khalil AN, Rahaf RE. (2020). Relationship between stress, immune system, and pandemics of Coronaviruses' COVID19: updates narrative review. *Eur J Mol Clin Med*, 2020, 7(10)
- (16) Radulesco T, Lechien JR, Saussez S et al. Safety and impact of nasal lavages during viral infections such as SARS-CoV-2. *Ear Nose Throat J*, 2020, 145561320950491 - doi: 10.1177/145561320950491
- (17) Nadjib BM. Effective antiviral activity of essential oils and their characteristic terpenes against coronaviruses: an update. *J Pharmacol Clin Toxicol*, 2020, 8(1), 1138
- (18) Kembuan GJ, Ue W, Tumimomom AH. Potential usage of immune-modulating supplements of the *Echinacea* genus for COVID-19 infection. *Int J Med Rev Case Rep*, 2020, 4(1)
- (19) Signer J, Jonsdottir HR, Albrich WC et al. In vitro virucidal activity of Echinaforce®, an *Echinacea purpurea* preparation, against coronaviruses, including common cold coronavirus 229E and SARS-CoV-2. *Virol J*, 2020, 17, 136
- (20) Aucoin M, Cooley K, Saunders PR et al. Effect of quercetin on the prevention or treatment of Covid19 and other respiratory tract infections in humans: a rapid review. *Adv Integr Med*, 2020, 7(4), 247-251
- (21) Derosa G, Maffioli P, d'Angelo A et al. A role for quercetin in coronavirus disease 2019. *Phytother Res*, 2020, oct 9:10.1002/ptr.6887 - doi: 10.1002/ptr.6887
- (22) Shouman W. Prophylactic ivermectin in COVID-19 contacts. *Zagazig University (ClinicalTrials.gov; NCT04422561)*. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04422561>
- (23) Hellwig MD, Maia A. A COVID-19 prophylaxis? Lower incidence associated with prophylactic administration of ivermectin. *Int J Antimicrob Agents*, 2021, 57(1),106248 doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106248
- (24) Portmann-Baracco A, Bryce-Alberti M, Accinelli RA. Antiviral and anti-inflammatory properties of ivermectin and its potential use in Covid-19. *Arch Bronconeumol*, 2020, 56(12), 831 doi: 10.1016/j.arbr.2020.06.006
- (25) Annweiler C, Souberbielle JC. Vitamin D supplementation and COVID-19: expert consensus and guidelines. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2020 - doi: 10.1684/pnv.2020.0907
- (26) Lepere P, Escarguel B, Yolartiran S et al. The role of macrolide antibiotics in the prevention of severe COVID-19 disease progression via the disruption of bacteria/virus co-operation. 2020 doi: 10.2139/ssrn.3712423
- (27) Schwartz RA, Suskind RM. Azithromycin and COVID-19: prompt early use at first signs of this infection in adults and children, an approach worthy of consideration. *Dermatol Ther*, 2020, 33(4), e13785 doi: 10.1111/dth.13785
- (28) Guérin V, Lévy P, Thomas JL et al. Azithromycin and hydroxychloroquine accelerate recovery of outpatients with mild/moderate COVID-19. *Asian J Med Health*, 2020, 18(7), 45-55 doi: 10.9734/ajmah/2020/v18i730224
- (29) Lagier JC, Million M, Gautret P et al. Outcomes of 3,737 COVID-19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimens in Marseille, France: a retrospective analysis. *Travel Med Infect Dis*, 2020, 101791 doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101791
- (30) Arshad S, Kilgore P, Chaudhry ZS et al. Treatment with hydroxychloroquine, azithromycin, and combination in patients hospitalized with COVID-19. *Int J Infect Dis*, 2020, 97, 396-403 doi: 10.1016/j.ijid.2020.06.099
- (31) Hashim AH, Maulood MF, Rasheed AM et al. Controlled randomized clinical trial on using Ivermectin with Doxycycline for treating COVID-19 patients in Baghdad, Iraq. 2020 medRxiv 2020.10.26.20219345; doi: 10.1101/2020.10.26.20219345
- (32) Song, JC, Wang, G, Zhang W et al. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of coagulation dysfunction in COVID-19. *Military Med Res*, 2020, 7, 19 doi: 10.1186/s40779-020-00247-7
- (33) Tang N, Bai H, Chen X et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost*, 2020, 18(5), 1094-1099 doi: 10.1111/jth.14817
- (34) Derosa G, Maffioli P, D'Angelo A et al. A role for quercetin in coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Phytother Res*, 2020, 1-7
- (35) Bastaminejad S, Bakhtiyari S. Quercetin and its relative therapeutic potential against COVID-19: a retrospective review and prospective overview. *Curr Mol Med*, 2020, 20, 1 doi: 10.2174/156652402099200918150630
- (36) Saiz-Rodríguez M, Peña T, Lázaro L et al. Outpatient treatment of COVID-19 with steroids in the phase of mild pneumonia without the need for admission as an opportunity to modify the course of the disease: a structured summary of a randomised controlled trial. *Trials*, 2020, 21, 632
- (37) Koshak DAE, Koshak PEA. *Nigella sativa* L as a potential phytotherapy for coronavirus disease 2019: a mini review of in silico studies. *Curr Ther Res Clin Exp*, 2020, 93:100602 doi: 10.1016/j.curtheres.2020.100602
- (38) Siddiqui S, Upadhyay S, Ahmad R, Gupta A, Srivastava A, Trivedi A, Husain I, Ahmad B, Ahamed M, Khan MA. Virtual screening of phytoconstituents from miracle herb *nigella sativa* targeting nucleocapsid protein and papain-like protease of SARS-CoV-2 for COVID-19 treatment. *J Biomol Struct Dyn*, 2020, 1-21 doi: 10.1080/07391102.2020.1852117
- (39) Berretta AA, Silveira MAD, Córdor Capcha JM et al. Propolis and its potential against SARS-CoV-2 infection mechanisms and COVID-19 disease. *Biomed Pharmacother*. 2020, 131:110622
- (40) Zhang B, Zhang K, Tang Q et al. Acupuncture for breathlessness in COVID-19: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(27), e20701 doi: 10.1097/MD.00000000000020701
- (41) Sun P, Zhou WS. Acupuncture in the treatment of COVID-19: an exploratory study. *J Chin Med*, 2020, 123
- (42) Kalliantas D, Kallianta M, Karagianni CS. Homeopathy combat against coronavirus disease (Covid-19) [published online ahead of print, 2020 Jun 5]. *Z Gesundh Wiss*, 2020, 1-4 doi: 10.1007/s10389-020-01305-z
- (43) Sardesai I, Grover J, Garg M et al. Short term home oxygen therapy for COVID-19 patients: the COVID-HOT algorithm. *J Family Med Prim Care*, 2020, 9 (7), 3209-3219

4.13. Lien entre solutions thérapeutiques rejetées et vaccins autorisés ?

Ces solutions thérapeutiques ont donc démontré leur efficacité et principalement en prophylaxie ou en phase précoce, c'est-à-dire dès les tous premiers symptômes.

D'où la question restée sans réponse :

Pourquoi les Autorités de Santé occidentales et l'OMS ont refusé de voir l'évidence et n'ont pas suggéré aux Gouvernements de traiter les patients au plus tôt (dès l'apparition des premiers symptômes) afin de maximiser les chances qu'ils ne soient jamais hospitalisés ?

Une question qui en appelle une autre :

Y-aurait-il un lien avec les autorisations délivrées pour la mise sur le marché des vaccins ?

Une question qui en appelle deux autres :

Est-ce que la FDA (Food & Drug Administration) aurait pu délivrer des « Emergency Use Authorization (EUA) » pour les vaccins contre la COVID-19 s'il y avait eu des « alternatives adéquates, approuvées et disponibles » ? La délivrance d'EUA par la FDA obéit en effet à un cadre très précis, comme l'indique le document suivant.

[Document 059] :

Emergency Use Authorization
FDA

<https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>

L'Union Européenne aurait-elle pu octroyer, sur la recommandation de l'agence European Medicines Agency, des « conditional marketing authorization » pour les vaccins contre la COVID-19 alors qu'elle ne peut le faire que s'il y a de « unmet medical needs » ?

[Document 060] :

Conditional marketing authorization
EMA

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation>

Eu égard à l'ensemble des études que je viens d'évoquer, j'estime :

- 1) qu'il existe des thérapeutiques pour le traitement de la COVID-19 méritant d'obtenir la triple qualification fixée par la FDA, à savoir une thérapeutique « adéquate, approuvée et disponible » ;
- 2) qu'il n'est pas possible pour l'EMA d'affirmer qu'il y a un « besoin médical non satisfait » en ce qui concerne la COVID-19

Conséquemment, la FDA et l'EMA n'auraient pas dû prononcer, respectivement, une « Emergency Use Authorization » et une « Conditional Marketing Authorization » pour les vaccins contre la COVID-19.

Conséquemment, les essais cliniques de phase III de ces vaccins contre la COVID-19 auraient dû être conduits conformément aux règles en vigueur.

4.14. Conclusion du chapitre

J'ai montré, au début de ce chapitre, comment deux scandales ont successivement permis de bannir une solution de repositionnement thérapeutique à base d'hydroxychloroquine (le Lancet-Gate) et de promouvoir un médicament notoirement inefficace (cf. position OMS) et source d'effets secondaires potentiellement graves (le Remdesivir-Gate)

Plus largement, j'ai dénoncé, dans ce chapitre, la dictature des essais randomisés contrôlés qui, éthiquement, ne se justifiaient nullement face à des études observationnelles extrêmement significatives. Ces essais ont été massivement instrumentalisés pendant la pandémie, pour ne donner aucun résultat exploitable sur des thérapeutiques de repositionnement.

En me basant sur les études les plus larges, incluant des méta-analyses, j'ai passé en revue les bénéfices de l'hydroxychloroquine, des macrolides, de l'ivermectine, de l'Artemisia annua, de la vitamine D et du zinc pour le traitement de la COVID-19, dès lors qu'ils étaient prescrits à des personnes infectées dès les premiers symptômes.

J'ai ensuite fait part de mon expérience clinique personnelle, à l'hôpital de Garches en France. Une expérience clinique qui confirme tout à fait les résultats des méta-études que j'ai présentées.

J'ai ensuite fourni les recommandations d'experts les plus abouties en matière de prévention et de traitement afin de minimiser le nombre de patients infectés et, en cas d'infection, de minimiser la gravité des cas et donc les hospitalisations et les passages en réanimation.

J'ai enfin démontré que la FDA et l'EMA n'auraient pas dû prononcer, respectivement, une « Emergency Use Authorization » et une « Conditional Marketing Authorization » pour les vaccins contre la COVID-19 et que, conséquemment, les essais cliniques de phase III de ces vaccins contre la COVID-19 auraient dû être conduits conformément aux règles en vigueur.

5. Les Vaccins

En introduction à cette partie relative aux vaccins contre la COVID-19, je précise que j'ai toujours été un ardent défenseur des solutions vaccinales.

J'ai exercé dans ce domaine des responsabilités de haut niveau :

- Président du Comité Technique des Vaccinations au Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), Ministère français de la Santé, de 2001 à 2007
- Membre de 2007 à 2016 et vice-président de 2009 à 2015 du Groupe consultatif technique européen d'experts en matière de vaccination (Groupe ETAGE : European Technical Advisory Group of Experts on Immunization) à l'Organisation Mondiale de la Santé)
- Présidence de plusieurs réunions internationales de responsables nationaux de programmes de vaccination

Comme démontré supra, les pays occidentaux ont donc décidé de l'abandon des pistes thérapeutiques prometteuses pour se consacrer exclusivement à la solution vaccinale.

5.1. Différents types de vaccins

Le document suivant présente pour information les différents types de vaccins développés ou en cours de développement. On notera qu'en date du 4 décembre 2020, il y avait 237 candidats vaccins.

Les trois vaccins les plus avancés étant ceux de :

- Pfizer / BioNTech
- Moderna
- AstraZeneca

[Document 061] :

Covid-19 : comment fonctionnent les futurs vaccins

Par Gary Dagorn

Le Monde

Publié le 04 décembre 2020 à 10h24 - Mis à jour le 11 décembre 2020 à 14h14

https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/12/04/comment-fonctionnent-les-futurs-vaccins-contre-le-covid-19_6062151_4355770.html

Je conseille le visionnage de la vidéo du Dr Christian Vélot, généticien moléculaire à l'université Paris-Saclay et Président du Conseil Scientifique du CRIIGEN qui propose une vidéo didactique sur les différents types de vaccins contre la COVID-19, et en particulier ceux de dernière génération avec les risques potentiels qu'ils peuvent engendrer.

[Document 062] :

COVID-19 : Les Technologies Vaccinales à la loupe

Christian VELOT

Comité de Recherche et d'Information Indépendantes
sur le Génie Génétique (CRIIGEN)

26 décembre 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=tYwCxe9gvQY&t=3s>

5.2. Contexte d'urgence et d'autorisations exceptionnelles d'utilisation

Les ATU (Autorisations Temporaires d'Utilisation) des vaccins ont été délivrées par les Autorités ad hoc sur la simple présentation de preuves écrites fournies par les fabricants des vaccins concernés, sans vérifications particulières.

De plus, pour que les vaccins soient rapidement commercialisés, il a fallu que les États acceptent de dédouaner les fabricants de vaccins des effets secondaires qui ne pouvaient être détectés dans le délai imparti (déresponsabilisation)

Voici le document produit par Pfizer-BioNTech sur la base duquel il était proposé à la FDA des États-Unis de délivrer une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) pour le vaccin Pfizer-BioNTech.

[Document 063] :

Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee
Meeting December 10, 2020
FDA Briefing Document
Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine
<https://www.fda.gov/media/144245/download>

Le lendemain, la FDA des États-Unis délivrait l'ATU demandée.

[Document 064] :

FDA Takes Key Action in Fight Against COVID-19 By Issuing Emergency Use Authorization for First COVID-19 Vaccine
December 11, 2020
<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-key-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-first-covid-19>

Dans le document suivant est exposée la manière dont l'Agence européenne du Médicament évalue les candidats vaccins avant de délivrer une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU). Comme on pourra le lire, il est évident que le niveau d'indépendance de l'Agence par rapport à l'industrie pharmaceutique n'est pas aussi élevé qu'il le devrait compte-tenu des enjeux de santé publique.

[Document 065] :

L'agence européenne du médicament évalue-t-elle les vaccins en toute indépendance ?
Cécile Thibert
Journal Le Figaro
mis à jour le 2 janvier 2021
<https://www.lefigaro.fr/sciences/l-agence-europeenne-du-medicament-evalue-t-elle-les-vaccins-en-toute-independance-20201231>

Notons dans le communiqué de presse objet du Document 066, qui est indiqué ci-dessous, que les entreprises Pfizer et BioNTech ont mentionné qu'elles vont « continuer à recueillir des données sur l'efficacité et la sécurité chez les participants pendant deux années supplémentaires et à tester le vaccin contre les mutations supplémentaires qui pourraient se produire ».

[Document 066] :

Pfizer et BioNTech reçoivent l'autorisation de l'Union Européenne pour leur vaccin COVID-19
Communiqué de Presse commun du 21 décembre 2020
<https://www.pfizer.fr/pfizer-et-biontech-recoivent-l-autorisation-de-lunion-europeenne-pour-leur-vaccin-covid-19>

Bref les essais continuent jusqu'à fin 2022, alors que la vaccination a commencé...

J'estime que les personnes qui se font vacciner durant cette période particulière, où les études cliniques des vaccins se poursuivent, sont en situation de « cobayes » non-rémunérés pour les risques encourus.

5.3. Analyse des FAQ d'autorités de santé réputées

Nous décidons dans un premier temps d'aller chercher l'information actualisée auprès de d'agences de santé réputées.

Les paragraphes suivants montrent combien il reste d'inconnues sur les performances réelles du vaccin (en cas de mutations, sur la durée, au niveau de la transmission, pour les populations les plus âgées, ...) et sur les cas d'exclusion (femmes enceintes, personnes immunodéprimées, personnes ayant antérieurement développé la COVID-19, jeunes de moins de 16 ans).

5.3.1 Analyse de la FAQ de la FDA américaine

Nous avons analysé les FAQ de la FDA sur le vaccin Pfizer-BioNTech actualisées au 23 décembre 2020.

[Document 067] :

Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Frequently Asked Questions
Content Current as of: 12/23/2020
<https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/pfizer-biontech-covid-19-vaccine-frequently-asked-questions>

Voici une synthèse de ce qu'il faut retenir des FAQ de la FDA sur le vaccin Pfizer-BioNTech actualisées au 23 décembre 2020 :

- a. Le ratio « bénéfiques / risques » du vaccin est estimé positif :
- b. il n'est pas possible de prévoir la durée de la protection :
- c. il n'est pas possible de dire si le vaccin réduit la sévérité de la COVID-19 si l'on tombe quand même malade :
- d. le vaccin pourrait diminuer la probabilité de réinfection :
- e. Il n'est pas possible de dire si le vaccin empêche ou diminue la transmission :
- f. Il n'y a pas d'alerte de sécurité sur la population avec un suivi médian de 2 mois après la 2^{ème} dose :
- g. des événements indésirables graves, bien que peu fréquents (<1,0%), ont été observés à des taux numériques légèrement plus élevés dans le groupe d'étude du vaccin par rapport au groupe d'étude placebo salin, à la fois

globalement et pour certains événements indésirables spécifiques survenant en très petit nombre. Ceux-ci représentaient des événements médicaux courants survenant dans la population générale à une fréquence similaire. Après un examen plus approfondi par la FDA, ces déséquilibres ne soulèvent pas de problème de sécurité, ni ne suggèrent une relation causale avec la vaccination pour la grande majorité des événements indésirables graves signalés. Notons qu'il ne peut par définition s'agir que d'effets secondaires à court-terme.

- h. des réactions allergiques sévères ont été rapportées après l'administration du vaccin Pfizer-BioNTech COVID-19 lors d'une vaccination de masse au Royaume-Uni en dehors du cadre de l'essai clinique
- i. la FDA n'est pas préoccupée par la nouveauté que représentent un vaccin à ARN messenger

Nous notons donc de nombreuses inconnues ou sujets de vigilance concernant le vaccin Pfizer-BioNTech.

5 3.2 Analyse de la FAQ de l'European Medicines Agency (EMA)

Nous avons analysé les FAQ de l'EMA sur le vaccin Pfizer-BioNTech actualisées au 21 décembre 2020.

[Document 068] :

Comirnaty
COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified)
21/12/2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/smop-initial/chmp-summary-positive-opinion-comirnaty_en.pdf

Par rapport aux FAQ de la FDA, on note en complément que :

- a. les personnes immune-déprimées peuvent se faire vacciner bien qu'ils puissent ne pas bien répondre au vaccin...
- b. l'EMA ne se prononce pas de manière générale sur l'opportunité de vacciner les femmes enceintes...
- c. l'EMA attire l'attention sur les personnes allergiques aux composants du vaccin : ces personnes ne doivent pas recevoir le vaccin... ; pour les autres, il faut une surveillance adéquate...

5 3.3 Analyse de la position de la Haute Autorité de Santé sur le vaccin Pfizer-BioNTech

Nous avons analysé la position de la Haute Autorité de Santé en France sur le vaccin Pfizer-BioNTech, en date du 24 décembre 2020.

[Document 069]

Vaccination contre la Covid-19 : la HAS définit la stratégie d'utilisation du vaccin Comirnaty®
COMMUNIQUÉ DE PRESSE
Mis en ligne le 24 déc. 2020
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3227179/fr/vaccination-contre-la-covid-19-la-has-definit-la-strategie-d-utilisation-du-vaccin-comirnaty

Par rapport aux FAQ de la FDA et de l'EMA, on note en complément que :

- a. l'administration du vaccin pendant la grossesse n'est pas conseillée
- b. l'administration du vaccin aux personnes présentant des antécédents de manifestations graves d'allergie de type anaphylactique n'est pas conseillée
- c. concernant la vaccination des personnes ayant déjà développé une forme symptomatique de la COVID-19, « la HAS souligne qu'il n'y a pas lieu, à ce stade, de vacciner systématiquement ces personnes, qui doivent pouvoir être vaccinées si elles le souhaitent à l'issue d'une décision partagée avec le médecin. Dans ce cas, elle recommande de respecter un délai minimal de 3 mois après le début des symptômes avant de procéder à la vaccination et de ne pas vacciner en présence de symptômes persistants. »
- d. la HAS recommande des études complémentaires pour vérifier l'efficacité du vaccin chez les plus de 75 ans
- e. la HAS recommande des études complémentaires en lien avec les mutations du virus

5.4. Le vaccin empêche-t-il ou non la transmission du virus ?

Nous souhaitons insister sur cette inconnue majeure de la vaccination.

Dans ce document vidéo, le Chief Medical Officer de Moderna Inc, Tal Zaks indique qu'il n'est pas prouvé en date du 23 novembre que le vaccin bloque ou diminue la transmission du virus :

[Document 070] :

AXIOS on HBO
Moderna Chief Medical Officer Tal Zaks (Clip) | HBO
Chief Medical Officer of Moderna, Tal Zaks, discusses the importance of continuing current behaviors around COVID-19 prevention even after a vaccine is rolled out.
23 novembre 2020
<https://www.youtube.com/watch?v=po7qt9BZz0s>

5.5. Effets secondaires graves

Concernant le vaccin Pfizer BioNTech, le Document 071, qui est indiqué ci-dessous, est la notice officielle du vaccin Comirnaty en France, donne les effets secondaires auxquels il faut s'attendre. La liste de ces effets secondaires est dense.

[Document 071] :

Notice Comirnaty
Version: Comirnaty PIL France_21_01_28
https://www.comirnatyeducation.fr/files/Approved_PIL.pdf

« Effets indésirables très fréquents : peuvent toucher plus de 1 personne sur 10

- site d'injection : douleur, gonflement
- fatigue
- maux de tête
- douleurs musculaires
- douleurs articulaires
- frissons, fièvre

Effets indésirables fréquents : peuvent toucher jusqu'à 1 personne sur 10

- rougeur au site d'injection
- nausées

Effets indésirables peu fréquents : peuvent toucher jusqu'à 1 personne sur 100

- gonflement des ganglions lymphatiques
- sensation de malaise
- douleur dans les membres
- insomnies
- démangeaisons au site d'injection

Effets indésirables rares : peuvent toucher jusqu'à 1 personne sur 1 000

- paralysie soudaine et temporaire des muscles d'un côté du visage entraînant un affaissement

Effets indésirables de fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles)

- réaction allergique sévère »

Le Document 072, qui est indiqué ci-dessous, est une présentation du CDC confirmant des réactions allergiques anaphylactiques sévères aux États-Unis, dans la continuité des cas observées au Royaume-Uni.

[Document 072] :

Anaphylaxis Following m-RNA COVID-19 Vaccine Receipt
Thomas Clark, MD, MPH December 19, 2020
CDC
<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2020-12/slides-12-19/05-COVID-CLARK.pdf>

Le système de pharmacovigilance français (pilote par l'ANSM) identifie 3905 signalements (dont 21% qualifiés de graves) sur les 2 671 000 actes de vaccination réalisés au total en date du 11 février 2021. Soit un taux de signalement grave de 0,03 %.

Parmi ces signalements graves, il faut noter notamment 130 décès (« concernant les cas de décès déclarés, les données actuelles ne permettent pas de conclure qu'ils sont liés à la vaccination ») et 55 cas graves d'hypertension artérielle (« évolution rapidement favorable en quelques heures à quelques jours, de façon spontanée après une surveillance médicale, ou après initiation ou adaptation du traitement antihypertenseur) avec le vaccin Pfizer BioNTech.

Rien de particulier signalé par l'ANSM concernant le vaccin Moderna.

En ce qui concerne le vaccin Astra Zeneca, il y a des remontées importantes (plusieurs centaines) de syndromes pseudo-grippaux avec fièvre supérieure à 39°C pour 60% des cas renseignés.

[Document 073] :

Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19
Données du 05/02/2021 au 11/02/2021
18 février 2021
ANSM

5.6. Les vaccins à ARN messager : une OMNI (Objet Médical Non Identifié)

Voici ma position sur ces vaccins d'un genre nouveau.

« Les premiers « vaccins » qu'on nous propose ne sont pas des vaccins, mais des produits de thérapie génique. On va injecter des acides nucléiques qui provoqueront la fabrication d'éléments du virus par nos propres cellules. On ne connaît absolument pas les conséquences de cette injection, car c'est une première chez l'homme. Et si les cellules de certains « vaccinés » fabriquaient trop d'éléments viraux, entraînant des réactions incontrôlables dans notre corps ? Les premières thérapies géniques seront à ARN, mais il existe des projets avec l'ADN. Normalement, dans nos cellules, le message se fait de l'ADN vers l'ARN, mais l'inverse est possible dans certaines circonstances, d'autant que nos cellules humaines contiennent depuis la nuit des temps des rétrovirus dits « endogènes » intégrés dans l'ADN de nos chromosomes. Ces rétrovirus « domestiqués » qui nous habitent sont habituellement inoffensifs (contrairement au VIH, rétrovirus du sida par exemple), mais ils peuvent produire une enzyme, la transcriptase inverse, capable de transcrire à l'envers, de l'ARN vers l'ADN. Ainsi un ARN étranger à notre corps et administré par injection pourrait coder pour de l'ADN, tout aussi étranger, qui peut alors s'intégrer dans nos chromosomes. Il existe donc un risque réel de transformer nos gènes définitivement. Il y a aussi la possibilité, par la modification des acides nucléiques de nos ovules ou spermatozoïdes, de transmettre ces modifications génétiques à nos enfants. Les personnes qui font la promotion de ces thérapies géniques, faussement appelées « vaccins » sont des apprentis sorciers et prennent les Français et plus généralement les citoyens du monde, pour des cobayes. Nous ne voulons pas devenir, comme les tomates ou le maïs transgéniques des OGM (organismes génétiquement modifiés). Un responsable médical d'un des laboratoires pharmaceutiques fabricants a déclaré il y a quelques jours qu'il espérait un effet de protection individuelle, mais qu'il ne fallait pas trop espérer un impact sur la transmission du virus, donc sur la dynamique de l'épidémie. C'est bien là un aveu déguisé qu'il ne s'agit pas d'un vaccin. Un comble. »

Le document suivant, en ses pages 7 à 9, précise les trois principaux risques encourus suite à inoculation d'un « vaccin » à ARN messager, à savoir :

- l'apparition de virus recombinants
- la mutagénèse insertionnelle (génotoxicité)
- l'immunotoxicité

Il n'est nullement possible, avec simplement un recul de quelques mois pour les premiers vaccinés, si ces différents risques vont ou non se concrétiser, ni dans quelle ampleur, mais le principe de précaution doit prévaloir compte-tenu d'une part de la faible létalité de la maladie et d'autre part du très grand nombre de personnes appelées à être vaccinées.

[Document 074] :

Note d'expertise Grand Public sur les vaccins ayant recours aux technologies OGM
Septembre 2020
Dr Christian VELOT
CRIIGEN
Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le génie GENétique
https://criigen.org/wp-content/uploads/2020/10/2020-09_Note-dExpertise-Vaccins-GM_C.Vélot-02_Traite-02.pdf

Il semblerait tout à fait indispensable d'interroger publiquement Pfizer / BioNTech sur les effets biomoléculaires de la modification nucléosique de son ARN messager vaccinal avec le codon traduisant la N1-méthyl-pseudouridine.

Ceci compte tenu de l'étude suivante :

[Document 075]

Functions of mRNA Pseudouridylation
Gilbert, Wendy Victoria
Yale University, New Haven, CT, United States

Voici l'opinion de George Gao Fu, directeur du Chinese Center for Disease Control and Prevention. Il n'exclut nullement des effets secondaires qui arriveraient dans un second temps, à distance des vaccinations.

"Les pays occidentaux ont adopté la technologie de l'ARNm, qui a été développée pour les patients cancéreux", a déclaré mardi l'agence de presse officielle Xinhua citant Gao. « Je ne sais pas si cela aura des effets secondaires à l'avenir, mais le risque ne peut être exclu ».

« Il y a des problèmes de sécurité lorsque des vaccins à ARNm sont administrés pour la première fois à des personnes en bonne santé. En tant que professionnels, nous devons avoir une attitude scientifique et analyser les résultats. »

La technologie de l'ARNm pousse le corps à fabriquer la protéine virale elle-même qui, à son tour, déclenche une réponse immunitaire, tandis que les vaccins traditionnels, tels que la plupart des vaccins contre la grippe, utilisent des virus inactivés pour activer le système immunitaire. »

[Document 076] :

We can't rule out risks with Covid-19 mRNA vaccines, top Chinese health official says
Jane Cai
South China Morning Post
31 décembre 2020
<https://www.asiaone.com/china/we-can-t-rule-out-risks-covid-19-mrna-vaccines-top-chinese-health-official-says>

Le Document 077, indiqué ci-dessous, est une pétition émanant des docteurs Wolfgang Wodarg (Allemagne) et Michael Yeadon (Royaume-Uni). Elle est adressée à l'European Medicines Agency (l'agence du Médicament de l'Union Européenne) et porte sur le vaccin Pfizer-BioNTech en particulier et sur tous les candidats vaccins en général. Elle demande un

arrêt immédiat de toutes les études sur les candidats vaccins compte-tenu d'un cadre d'exercice de ces essais non assez sécurisé pour les patients impliqués.

Comme le résume le Document 078 (article de presse, indiqué ci-dessous), cette pétition met particulièrement en exergue les points suivants :

- en raison de la fiabilité insuffisante des tests RT-PCR, une procédure de validation sérieuse d'un candidat vaccin doit s'appuyer sur le séquençage dit de Sanger et non sur des tests RT-PCR
- la formation d'anticorps dits "non neutralisants" peut entraîner une réaction immunitaire exagérée
- un vaccin contre le SRAS-CoV-2 ne doit pas déclencher une réaction immunitaire contre la syncytine 1, au risque sinon de pouvoir conduire à une stérilité de durée indéterminée chez la femme vaccinée
- Les vaccins à ARNm de BioNTech/Pfizer contiennent du polyéthylène glycol (PEG) ; or 70% des personnes développent des anticorps contre cette substance – cela signifie que de nombreuses personnes pourraient développer des réactions allergiques
- La durée beaucoup trop courte de l'étude ne permet pas une estimation réaliste des effets tardifs.

[Document 077] :

Pétition des docteurs Wodarg et Yeadon adressée à l'EMA

1^{er} décembre 2020

https://www.wodarg.com/app/download/9033912514/Wodarg_Yeadon_EMA_Petition_Pfizer_Trial_FINAL_01DEC2020_signed_with_Exhibits_geschwärzt.pdf?t=1606995110

https://www.wodarg.com/app/download/9033912514/Wodarg_Yeadon_EMA_Petition_Pfizer_Trial_FINAL_01DEC2020_signed_with_Exhibits_geschwärzt.pdf?t=1606995110

[Document 078] :

Article « Les docteurs Wodarg et Yeadon demandent l'arrêt de toutes les études sur la vaccination contre la corona et appellent à cosigner la pétition »

1^{er} décembre 2020

<https://2020news.de/fr/les-docteurs-wodarg-et-yeadon-demandent-larret-de-toutes-les-etudes-sur-la-vaccination-contre-la-corona-et-appellent-a-cosigner-la-petition/>

5.7. Perspective d'une obligation vaccinale explicite ou implicite (passeport vaccinal)

Je me positionne résolument contre tout concept d'obligation vaccinale, explicite ou implicite (passeport vaccinal) à l'égard de la COVID-19 :

- s'agissant d'une maladie qui ne présente pas de risques majeurs pour une grande majorité de la population dès lors que l'on prend la décision de traiter dès les premiers symptômes
- s'agissant d'un vaccin dont la mesure du niveau de sécurité offert n'est pas encore connue et ne le sera pas avant de nombreuses années
- s'agissant d'un virus aux variants déjà suffisamment nombreux pour garantir qu'un vaccin qui sera actif aujourd'hui le sera toujours dans l'avenir

5.8. Conclusion du chapitre

Nous sommes donc en présence :

- d'une maladie, la COVID-19, dont la mortalité est infime, si ce n'est dans les populations âgées et/ou présentant des comorbidités ;
- pour laquelle il a été, indépendamment des données acquises de la science, décidé d'écarter tout soin avant hospitalisation
- pour laquelle des vaccins ARNm, s'apparentant à une thérapie génique, sont inoculés sous la responsabilité des pays (et non plus des fabricants), sans qu'il y ait le moindre recul sur les effets secondaires à moyen et long-terme, au point que les fabricants vont continuer à observer les données de sécurité (pour Pfizer / BioNTech pendant 2 ans à compter du 21 décembre 2020 ; cf. supra) ;
- vaccins dont rien ne dit, à date, qu'ils sauront être efficaces contre les variants ;
- vaccins pour lesquels il y a toujours une interrogation sur le fait qu'ils empêcheraient la transmission inter-individus ;
- vaccins qui présenteraient, selon les fabricants, une balance « Bénéfices / Risques » positive, alors que les bénéfices sont nuls pour une grande partie de la population puisqu'elle ne risque rien, alors que les risques d'effets secondaires graves sont forcément non nuls, compte-tenu de l'absence de recul.

6. Conclusions

Compte-tenu de la mortalité induite par la COVID-19, mon opinion professionnelle et scientifique est que cette maladie ne constitue aucunement « **une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente** » pouvant justifier l'établissement d'un état d'urgence sanitaire quelconque.

Compte-tenu des études désormais disponibles sur la population décédée de la COVID-19, mon opinion est également que la population âgée et/ou atteinte de comorbidités a constitué la presque quasi-totalité des personnes décédées.

Je suis d'avis qu'une étude devrait être menée au Québec sur les conséquences sur la mortalité globale des retards diagnostiques et thérapeutiques liés à d'autres maladies, retards dont les mesures prises pour la COVID-19 sont responsables (par exemple : non prise en charge en urgence de problèmes cardiaques ou neurologiques graves, retard dans la prise en charge de cancers, déprogrammations de rendez-vous médicaux et d'interventions chirurgicales).

Mon opinion professionnelle et scientifique est qu'il n'existe aucune étude, ni de données probantes ou valables, justifiant l'imposition du port du masque en population générale.

Pour toute maladie contagieuse par voie respiratoire, la mesure la plus essentielle consiste à isoler drastiquement les personnes malades, et ce, dès l'apparition des premiers symptômes. Cela n'a pas été fait.

Pour ce qui concerne les personnes résidant dans les CHSLD, c'est un isolement important qui a été retenu (plus ou moins important suivant le palier d'alerte). Un tel isolement est tout à fait délétère et accélère évidemment la fin de vie de ces populations. A quoi bon tenir le coup si de toute façon on ne voit plus sa descendance que rarement et dans des conditions de confort très dégradées ? La mesure la plus importante et en grande partie suffisante consiste à isoler immédiatement tout résident présentant des symptômes, comme on l'a toujours fait pour les pathologies respiratoires sévères. Et, bien entendu, traiter dès les premiers symptômes, sans attendre qu'il soit trop tard...

Aucune étude scientifique probante n'a pu démontrer, ni la justification, ni l'efficacité des mesures de confinement, même pour permettre une désaturation des hôpitaux, qui n'ont été saturés que par le non-recours à la prophylaxie et aux traitements précoces dès les premiers symptômes.

Les fermetures de classes sont une très mauvaise décision eu égard aux conséquences psychologiques et scolaires qu'elles induisent chez les enfants.

Les décisions prises par le Gouvernement du Québec quant à l'imposition du port du masque (couvre-visage) dans les lieux publics fermés et quant aux diverses mesures de confinement ont eu, et ont encore, des conséquences pour la santé générale, pour la santé physique et pour la santé psychologique qui surpassent largement les très modestes bénéfices relatifs à la COVID-19.

Deux scandales ont successivement permis de bannir une solution de repositionnement thérapeutique à base d'hydroxychloroquine (le Lancet-Gate) et de promouvoir un médicament notoirement inefficace (cf. position OMS) et source d'effets secondaires potentiellement graves (le Remdesivir-Gate)

Je dénonce la dictature des essais randomisés contrôlés qui, éthiquement, ne se justifiaient nullement face à des études observationnelles extrêmement significatives. Ces essais ont été massivement instrumentalisés pendant la pandémie, pour ne donner aucun résultat exploitable sur des thérapeutiques de repositionnement.

En me basant sur les études les plus larges, incluant des méta-analyses, j'affirme les bénéfices de l'hydroxychloroquine, des macrolides, de l'ivermectine, de l'Artemisia annua, de la vitamine D et du zinc pour le traitement de la COVID-19, dès lors qu'ils sont prescrits à des personnes infectées dès les premiers symptômes.

Mon expérience clinique personnelle, à l'hôpital de Garches en France, confirme tout à fait les résultats des méta-études que j'ai présentées dans le présent rapport quant aux traitements possibles et disponibles en ce qui concerne la COVID-19.

J'ai fourni dans ce rapport les recommandations d'experts les plus abouties en matière de prévention et de traitement afin de minimiser le nombre de patients infectés et, en cas d'infection, de minimiser la gravité des cas et donc les hospitalisations et les passages en réanimation.

J'ai enfin démontré que la FDA et l'EMA n'auraient pas dû prononcer, respectivement, une « Emergency Use Authorization » et une « Conditional Marketing Authorization » pour les vaccins contre la COVID-19 et que, conséquemment, les essais cliniques de phase III de ces vaccins contre la COVID-19 auraient dû être conduits conformément aux règles en vigueur.

Nous sommes donc en présence :

- d'une maladie, la COVID-19, dont la mortalité est infime, si ce n'est dans les populations âgées et/ou présentant des comorbidités ;
- pour laquelle il a été, indépendamment des données acquises de la science, décidé d'écarter tout soin avant hospitalisation ;
- pour laquelle des vaccins ARNm, s'apparentant à une thérapie génique, sont inoculés sous la responsabilité des pays (et non plus des fabricants), sans qu'il y ait le moindre recul sur les effets secondaires à moyen et long-terme, au point que les fabricants vont continuer à observer les données de sécurité (pour Pfizer / BioNTech pendant 2 ans à compter du 21 décembre 2020 ; cf. supra) ;
- vaccins dont rien ne dit, à date, qu'ils sauront être efficaces contre les variants ;
- vaccins pour lesquels il y a toujours une interrogation sur le fait qu'ils empêcheraient la transmission inter-individus ;
- vaccins qui présenteraient, selon les fabricants, une balance « Bénéfices / Risques » positive, alors que les bénéfices sont nuls pour une grande partie de la population puisqu'elle ne risque rien, alors que les risques d'effets secondaires graves sont forcément non nuls, compte-tenu de l'absence de recul.

Titre :

Nom :

Lieu :

Signature :

Professeur
Christian PERRONNE
Garches, France



Pôle Médecine Spécialisée-Infection-Inflammation
Maladies Infectieuses et Tropicales
Pr C. PERRONNE
RPPS 10001047009
GH Raymond Poincaré - 92380 Garches
☎ : 01 47 10 77 58

Annexe 1 : CV du Pr Perronne

CURRICULUM VITAE

Christian PERRONNE

Né le 19 mars 1955 à Angers (Maine-et-Loire)

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Maladies infectieuses et tropicales

*Département de Médecine Aiguë Spécialisée
Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales
Hôpital Universitaire Raymond Poincaré
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Université de Versailles – St Quentin en Yvelines, Paris-Saclay
92380 Garches*

Courriel : c.perronne@aphp.fr

Tél. 01.47.10.77.71

Portable +33.6.61.14.77.89

TITRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET SCIENTIFIQUES

■ **Internat en Médecine des Hôpitaux de Paris**

Concours 1977. Nomination en juin 1978

■ **Service National. Coopération médicale au Maroc**

Octobre 1978-février 1980. Médecin chef de l'Hôpital et de la Région sanitaire de Rich, Province d'Errachidia, Maroc

■ **Internat en Médecine des Hôpitaux de Paris**

Huit semestres d'avril 1980 à septembre 1984

■ **Assistant à l'étranger.** CHU Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse. Division des maladies infectieuses. Pr M. Glauser. Octobre 1984 à mars 1985

■ **Docteur en Médecine**

19 septembre 1985. **UFR Médicale Xavier Bichat**, Université Paris 7.

■ **Qualification en Médecine Interne.** Conseil de l'Ordre des Médecins. Février 1987.

■ **Chef de clinique – Assistant en Maladies infectieuses et Tropicales (Service du Pr J.L. Vildé).** Hôpital Claude Bernard, Faculté de Médecine Xavier Bichat, Université Paris 7. Octobre 1985 à octobre 1989.

■ **Gardes de responsabilité (senior) en Réanimation des Maladies infectieuses (Service du Pr F. Vachon).** Hôpital Claude Bernard. Avril 1984 à juin 1988.

■ **Praticien hospitalier temps plein. Service des Maladies infectieuses et tropicales (Pr J.L. Vildé).** Hôpital Bichat – Claude Bernard. Paris. Octobre 1991 à août 1994.

■ **Maîtrise complète de Biochimie.** 1982. Université Paris 7.

■ **Doctorat d'Etat en Biologie Humaine**

Etude physiopathologique et thérapeutique d'infections opportunistes du SIDA dues à des micro-organismes à développement intracellulaire. 10 janvier 1992. Université Paris 7.

■ **Diplômes de l'Institut Pasteur, Paris**

Virologie systématique 1982 (Certificat d'Etudes Spéciales de Virologie)

Bactériologie systématique 1983 (Certificat d'Etudes Spéciales de Bactériologie)

■ **Professeur des Universités – Praticien Hospitalier**

Maladies Infectieuses et Tropicales. 1er septembre 1994.

UFR Médicale Paris-Ouest, Université René Descartes (Paris 5).

Depuis 2002 : UFR Médicale Paris Ile de France Ouest – Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (Université Paris-Saclay)

Classe exceptionnelle 2^{ème} échelon

■ **Conseil National des Universités (CNU), Section 45 (Microbiologie, parasitologie, maladies infectieuses et tropicales), Sous-section 45-03 Maladies infectieuses ; maladies tropicales**

Membre de janvier 2007 à décembre 2015

Vice-président de la Section 45 de janvier 2010 à décembre 2015

Président de la Sous-section 45-03 de janvier 2010 à décembre 2015

RECHERCHE

■ **Directeur adjoint du Centre National de Référence des Mycobactéries de l'Institut Pasteur**

Paris. Janvier 1993 à 1998.

■ **Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites (ANRS)**

- Membre du groupe de coordination des études sur les infections opportunistes de 1993 à 1997
- Membre de l'Action coordonnée N°20 sur les hépatites virales (AC20) depuis sa création jusqu'en 2005.
- Investigateur principal de 4 essais majeurs de l'ANRS

■ **Direction de la recherche clinique (DRC) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Membre du conseil scientifique de 1995 à 1997**

■ **INSERM. Institut thématique multi-organismes (ITMO) de recherche en Microbiologie et Maladies infectieuses (IMMI)** (Directeur Pr Jean François Delfraissy) créé en 2008. Membre du Conseil scientifique, représentant les infectiologues de 2009 à 2013.

■ **Unité de recherche à l'Institut Pasteur et à l'INSERM : UMR 1181 "Biostatistics, bio-mathematics, pharmaco-epidemiology and infectious diseases"** (Bio2PhEID lab). Institut Pasteur, INSERM, Université de Versailles (UVSQ), Université Paris-Sud, Paris-Saclay. Membre depuis la création jusqu'à 2019.

ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES ET AUTRES RESPONSABILITÉS COLLECTIVES

IMPLICATION LOCALE

■ Chef de Service puis de Département

Maladies Infectieuses et Tropicales,

Hôpital Universitaire Raymond Poincaré, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris – 92 Garches.

De septembre 1994 à décembre 2020.

■ Membre de la Commission d’HDR (Habilitation à diriger des recherches)

- de l’Université Paris 5 de 1996 à 2002
- puis de l’Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines depuis 2002.

■ Diverses responsabilités hospitalières

Président du Comité consultatif médical (CCM) de l’Hôpital Raymond Poincaré

Président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Membre de la COMAI (Commission des anti-infectieux) de l’AP-HP

IMPLICATION NATIONALE

■ Conseil Supérieur d’Hygiène Publique de France (CSHPF)

- **Président du Comité Technique des Vaccinations** d’avril 2001 à septembre 2007.
- **Membre de la section « Maladies transmissibles »** d’août 1997 à mars 2007.
- **Président du Conseil Supérieur d’Hygiène Publique de France – Section Maladies Transmissibles,** d’avril 2001 à mars 2007.
- **Président du Conseil Supérieur d’Hygiène Publique de France (toutes sections)** de janvier 2006 à mars 2007.

Le CSHPF a été dissous en mars 2007 pour être intégré dans le nouveau Haut Conseil de la Santé Publique :

■ Haut Conseil de la Santé Publique

- **Membre du Collège** depuis mars 2007
- **Membre du Comité exécutif** depuis décembre 2009
- **Président de la Commission spécialisée n° 1 « Sécurité sanitaire »** de 2007 à 2009.
- **Président de la Commission spécialisée « Maladies transmissibles »** de février 2009 à février 2016.

■ Agence du Médicament (ex-AFSSAPS, ANSM)

- 2000-2006 : Membre du Groupe d'experts sur les traitements anti-infectieux (GTA)
- 2000-2011 : Président du groupe de travail élaborant les recommandations nationales pour le traitement antibiotiques des infections respiratoires hautes et basses

■ Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT)

- **Vice-président** de 1999 à 2007
- **Président** de 2007 à 2009
- **Vice-président** de juin 2009 à juin 2015.

■ Société de Pathologie infectieuse de langue française (SPILF)

- Membre du Conseil d'Administration de 1995 à 2015
- Conférences de consensus de la SPILF : membre du comité d'organisation de 1995 à 2006
- Responsabilités dans plusieurs conférences de consensus (organisation, président, expert, jury)

■ Fédération Française d'Infectiologie (FFI)

Fédération en charge de la coordination nationale entre le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et le Syndicat National des Médecins Infectiologues.

- Co-fondateur en 2010
- Président de 2010 à 2013.

■ Fédération française contre les maladies vectorielles à tiques (FFMVT).

Fédération regroupant trois associations de soutien aux malades (France Lyme, Lympact et le Relais de Lyme), un collège de médecins et chercheurs et un conseil scientifique.

Co-fondateur en 2016, vice-président et président du Conseil scientifique jusqu'à octobre 2020.

IMPLICATION INTERNATIONALE

■ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Groupe ETAGE (European Technical Advisory Group of Experts on Immunization) : conseil d'experts sur la politique vaccinale dans la région Europe de l'OMS (région incluant l'Europe, l'ex-URSS avec les républiques russophones d'Asie centrale, la Turquie et Israël).

- Membre de février 2007 à octobre 2016
- **Vice-président** de février 2009 à décembre 2015
- Contribution, à partir de l'exemple français, à la création de Comités techniques des vaccinations indépendants dans les pays d'Europe de l'Est.
- Présidence de plusieurs réunions internationales de responsables nationaux de programmes de vaccination

■ Organisateur d'une Réunion mondiale pour le rapprochement des comités techniques des vaccinations (OMS, ECDC, Agence de Médecine Préventive, Haut Conseil de la Santé Publique, Direction générale de la santé). Décembre 2014, Paris, **Ecole du Val de Grâce.**

Réunion ayant rassemblé des experts de tous les continents et dont le rapport est publié dans la revue Vaccine 2016.

■ **Agence du médicament européenne, European Medicine agency (EMA), Londres.** Expert sur les anti-tuberculeux jusqu'en 2016

■ **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm.** Membre du groupe d'experts sur la vaccination de 2015 à 2019.

FORMATION CONTINUE

Nombreuses **communications médicales et scientifiques** dans les congrès et colloques nationaux et internationaux

Animation de nombreux enseignements post-universitaires (**EPU**) pour les médecins généralistes ou spécialistes

DISTINCTIONS

Chevalier de l'Ordre National du Mérite. 6 février 2009

Médaille d'Honneur de la Santé et des Affaires Sociales. Échelon argent. 26 mars 2012

Annexe 2 : Publications du Pr Perronne

Plus de 300 publications internationales dans des revues référencées.

Les 287 les plus récentes sont indiquées ci-après :

Titres
<p>Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. Lacout A, Perronne C, Lounnas V. N Engl J Med. 2021 Mar 4;384(9):881-882. doi: 10.1056/NEJMc2035374. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33567187 No abstract available.</p>
<p>Response: Commentary: <i>Borrelia miyamotoi</i>: 43 Cases Diagnosed in France by Real-Time PCR in Patients With Persistent Polymorphic Signs and Symptoms. Franck M, Ghozzi R, Pajaud J, Lawson-Hogban NE, Mas M, Lacout A, Perronne C. Front Med (Lausanne). 2020 Oct 23;7:586694. doi: 10.3389/fmed.2020.586694. eCollection 2020. PMID: 33195346 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Clinical Cutaneous Features of Patients Infected With SARS-CoV-2 Hospitalized for Pneumonia: A Cross-sectional Study. Mascitti H, Bonsang B, Dinh A, Assan F, Perronne V, Leblanc T, Duran C, Bouchand F, Matt M, Le Gal A, N'guyen Van Thanh J, Lanore A, Jacob L, Kiavue N, Siméon S, Bessis S, de Truchis P, Landowski S, Davido B, Moreau F, Rameix-Welti MA, Gault E, Gaillard JL, Roux AL, Sivadon-Tardy V, Salomon E, El Sayed F, Carlier R, Emile JF, Perronne C, Bourgault-Villada I. Open Forum Infect Dis. 2020 Oct 18;7(11):ofaa394. doi: 10.1093/ofid/ofaa394. eCollection 2020 Nov. PMID: 33204745 Free PMC article.</p>
<p>Re: 'Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients' by Fiolet et al. Lacout A, Marcy PY, Perronne C. Clin Microbiol Infect. 2021 Jan;27(1):134-135. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.027. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32987193 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Retraction notice to "Effect of Artemisia annua and Artemisia afra tea infusions on schistosomiasis in a large clinical trial." [PHYTOMEDICINE 51C (2018) 233-240]. Munyangi J, Cornet-Vernet L, Idumbo M, Lu C, Lutgen P, Perronne C, Ngombe N, Bianga J, Mupenda B, Lalukala P, Mergeai G, Mumba D, Towler M, Weathers P. Phytomedicine. 2020 Nov;78:153303. doi: 10.1016/j.phymed.2020.153303. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32972796 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Retraction notice to <"Artemisia annua and Artemisia afra tea infusions vs. artesunate-amodiaquine (ASAQ) in treating Plasmodium falciparum malaria in a large scale, double blind, randomized clinical trial"> <[PHYTOMEDICINE 57C (2019) 49-56]> Munyangi J, Cornet-Vernet L, Idumbo M, Lu C, Lutgen P, Perronne C, Ngombe N, Bianga J, Mupenda B, Lalukala P, Mergeai G, Mumba D, Towler M, Weathers P. Phytomedicine. 2020 Nov;78:153304. doi: 10.1016/j.phymed.2020.153304. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32972797 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Teaching NeurolImages: Cytotoxic lesions of the corpus callosum in encephalopathic patients with COVID-19. Edjlali M, Le Gal A, Louvet M, Matt M, Leveque C, Diffre C, Orlikowski D, Annane D, Carlier RY, Garches COVID-19 Collaborative Group. Neurology. 2020 Dec 1;95(22):1021-1022. doi: 10.1212/WNL.000000000010880. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32938780 No abstract available.</p>
<p>Case series of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae osteomyelitis: Feel it in your bones. Davido B, Noussair L, Saleh-Mghir A, Salomon E, Bouchand F, Matt M, Lawrence C, Bauer T, Herrmann JL, Perronne C, Gaillard JL, Rottman M, Dinh A. J Glob Antimicrob Resist. 2020 Dec;23:74-78. doi: 10.1016/j.jgar.2020.08.007. Epub 2020 Sep 1. PMID: 32882450</p>
<p>Favorable Outcome after Treatment Using Antibiotics and Hydroxychloroquine in a Patient with Tumor Necrosis Factor Receptor-associated Periodic Syndrome: A 7-Year Follow-Up. Galperine T, Lacout A, Marcy PY, Perronne C. J Glob Infect Dis. 2020 Aug 29;12(3):159-160. doi: 10.4103/jgid.jgid_7_19. eCollection 2020 Jul-Sep. PMID: 33343170 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Impact of medical care, including use of anti-infective agents, on prognosis of COVID-19 hospitalized patients over time. Davido B, Boussaid G, Vaugier I, Lansaman T, Bouchand F, Lawrence C, Alvarez JC, Moine P, Perronne V, Barbot F, Saleh-Mghir A, Perronne C, Annane D, De Truchis P; COVID-19 RPC Team. Int J Antimicrob Agents. 2020 Oct;56(4):106129. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106129. Epub 2020 Aug 2. PMID: 32755653 Free PMC article.</p>
<p>Borrelia miyamotoi: 43 Cases Diagnosed in France by Real-Time PCR in Patients With Persistent Polymorphic Signs and Symptoms. Franck M, Ghozzi R, Pajaud J, Lawson-Hogban NE, Mas M, Lacout A, Perronne C. Front Med (Lausanne). 2020 Feb 28;7:55. doi: 10.3389/fmed.2020.00055. eCollection 2020. PMID: 32181254 Free PMC article.</p>
<p>Nevirapine Use Is Associated with Higher Bone Mineral Density in HIV-1 Positive Subjects on Long-Term Antiretroviral Therapy. Couffignal C, Kolta S, Flamant M, Cazanave C, Haymann JP, Mentré F, Duval X, Lepout C, Raffi F; APROCO-COPILOTE ANRS CO8 Study Group. AIDS Res Hum Retroviruses. 2020 May;36(5):399-405. doi: 10.1089/AID.2019.0229. Epub 2020 Feb 24. PMID: 31891665</p>
<p>Holistic or Dedicated Approach in Lyme Disease? Lacout A, Marcy PY, Mas M, Perronne C.</p>

<p>Clin Infect Dis. 2019 May 17;68(11):1974-1975. doi: 10.1093/cid/ciy995. PMID: 30462189 No abstract available.</p> <p>All eyes on him: Argyll Robertson pupil in late syphilis. Lemarie B, Matt M, Deconinck L, Perronne C, Dinh A, Davido B. Int J Infect Dis. 2019 Jun;83:1-2. doi: 10.1016/j.ijid.2019.03.023. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30904677 No abstract available.</p>
<p>Value of Patient Population Selection and Lyme Borreliosis Tests. Lacout A, Marcy PY, Mas M, Perronne C, Franck M. J Clin Microbiol. 2019 Feb 27;57(3):e01517-18. doi: 10.1128/JCM.01517-18. Print 2019 Mar. PMID: 30814303 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Artemisia annua and Artemisia afra tea infusions vs. artesunate-amodiaquine (ASAQ) in treating Plasmodium falciparum malaria in a large scale, double blind, randomized clinical trial. Munyangi J, Cornet-Vernet L, Idumbo M, Lu C, Lutgen P, Perronne C, Ngombe N, Bianga J, Mupenda B, Lalukala P, Mergeai G, Mumba D, Towler M, Weathers P. Phytomedicine. 2019 Apr;57:49-56. doi: 10.1016/j.phymed.2018.12.002. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30668322 Free PMC article. Retracted. Clinical Trial.</p>
<p>Fecal microbiota transplantation to eradicate vancomycin-resistant enterococci colonization in case of an outbreak. Davido B, Batista R, Fessi H, Michelin H, Escaut L, Lawrence C, Denis M, Perronne C, Salomon J, Dinh A. Med Mal Infect. 2019 May;49(3):214-218. doi: 10.1016/j.medmal.2018.11.002. Epub 2018 Nov 27. PMID: 30502308 Clinical Trial.</p>
<p>Efficacy of ceftioxin for the treatment of urinary tract infection due to extended-spectrum-beta-lactamase-producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae isolates. Senard O, Bouchand F, Deconinck L, Matt M, Fellous L, Rottman M, Perronne C, Dinh A, Davido B. Ther Adv Infect Dis. 2018 Nov 13;6:2049936118811053. doi: 10.1177/2049936118811053. eCollection 2019 Jan-Dec. PMID: 30891241 Free PMC article.</p>
<p>Effect of Artemisia annua and Artemisia afra tea infusions on schistosomiasis in a large clinical trial. Munyangi J, Cornet-Vernet L, Idumbo M, Lu C, Lutgen P, Perronne C, Ngombe N, Bianga J, Mupenda B, Lalukala P, Mergeai G, Mumba D, Towler M, Weathers P. Phytomedicine. 2018 Dec 1;51:233-240. doi: 10.1016/j.phymed.2018.10.014. Epub 2018 Oct 10. PMID: 30466622 Free PMC article. Retracted. Clinical Trial.</p>
<p>Highly infectious diseases in the Mediterranean Sea area: Inventory of isolation capabilities and recommendations for appropriate isolation. Fusco FM, Brouqui P, Ippolito G; EuroNHID Working Group. New Microbes New Infect. 2018 Aug 30;26:S65-S73. doi: 10.1016/j.nmni.2018.08.013. eCollection 2018 Nov. PMID: 30402245 Free PMC article.</p>
<p>The Persistent Lyme Disease: "True Chronic Lyme Disease" rather than "Post-treatment Lyme Disease Syndrome". Lacout A, El Hajjam M, Marcy PY, Perronne C. J Glob Infect Dis. 2018 Jul-Sep;10(3):170-171. doi: 10.4103/jgid.jgid_152_17. PMID: 30166820 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Lyme disease & co-infections: role of adaptive immune system. Lacout A, Thariat J, Hajjam ME, Marcy PY, Perronne C. Future Microbiol. 2018 May;13:613-615. doi: 10.2217/fmb-2017-0252. Epub 2018 May 10. PMID: 29745726 No abstract available.</p>
<p>Blood cell disruption to significantly improve the Borrelia PCR detection sensitivity in borreliosis in humans. Lacout A, Mone Y, Franck M, Marcy PY, Mas M, Veas F, Perronne C. Med Hypotheses. 2018 Jul;116:1-3. doi: 10.1016/j.mehy.2018.04.012. Epub 2018 Apr 15. PMID: 29857888</p>
<p>Four-days-a-week antiretroviral maintenance therapy in virologically controlled HIV-1-infected adults: the ANRS 162-4D trial. de Truchis P, Assoumou L, Landman R, Mathez D, Le Dù D, Bellet J, Amat K, Katlama C, Gras G, Bouchaud O, Duracinsky M, Abe E, Alvarez JC, Izopet J, Saillard J, Melchior JC, Leibowitch J, Costagliola D, Girard PM, Perronne C; ANRS 162-4D Study Group. J Antimicrob Chemother. 2018 Mar 1;73(3):738-747. doi: 10.1093/jac/dkx434. PMID: 29186458 Clinical Trial.</p>
<p>Impact of a systematic alert for antimicrobial treatment durations exceeding seven days in a university hospital. Bouchand F, Leplay C, Randuineau P, Fellous L, Maxime V, Matt M, Deconinck L, Sénard O, Lawrence C, Villart M, Salomon J, Perronne C, Davido B, Dinh A. J Hosp Infect. 2018 Jun;99(2):159-161. doi: 10.1016/j.jhin.2018.02.001. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29427601 No abstract available.</p>
<p>Biofilms busters to improve the detection of Borrelia using PCR. Lacout A, Dacher V, El Hajjam M, Marcy PY, Perronne C. Med Hypotheses. 2018 Mar;112:4-6. doi: 10.1016/j.mehy.2018.01.005. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29447935</p>
<p>Effect of isoniazid preventive therapy on risk of death in west African, HIV-infected adults with high CD4 cell counts: long-term follow-up of the Temprano ANRS 12136 trial. Badje A, Moh R, Gabillard D, Guéhi C, Kabran M, Ntakpé JB, Carrou JL, Kouame GM, Ouattara E, Messou E, Anzian A, Minga A, Gnokoro J, Gouesse P, Emieme A, Toni TD, Rabe C, Sidibé B, Nzunetu G, Dohoun L, Yao A, Kamagate S, Amon S, Kouame AB, Koua A, Kouamé E, Daligou M, Hawerlander D, Ackoundzé S, Koule S, Séri J, Ani A, Dembélé F, Koné F, Oyebi M, Mbakop N, Makaila O, Babatunde C, Babatunde N, Bleoué G, Tchoutedjem M, Kouadio AC, Sena G, Yededji SY, Karcher S, Rouzioux C, Kouame A, Assi R, Bakayoko A, Domoua SK, Deschamps N, Aka K, N'Dri-Yoman T, Salamon R, Journot V, Ahibo H, Ouassa T, Menan H, Inwoley A, Danel C, Eholié SP, Anglaret X; Temprano ANRS 12136 Study Group. Lancet Glob Health. 2017 Nov;5(11):e1080-e1089. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30372-8. PMID: 29025631 Clinical Trial.</p>
<p>To test or not to test? Laboratory support for the diagnosis of Lyme borreliosis. Horowitz RI, Lacout A, Marcy PY, Perronne C. Clin Microbiol Infect. 2018 Feb;24(2):210. doi: 10.1016/j.cmi.2017.09.015. Epub 2017 Oct 10. PMID: 29030171 No abstract available.</p>

<p>Reinforcement of an antimicrobial stewardship task force aims at a better use of antibiotics of last resort: the COLITIFOS study. Davido B, Bouchand F, Dinh A, Perronne C, Villart M, Senard O, Salomon J. Int J Antimicrob Agents. 2017 Aug;50(2):142-147. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2017.03.030. Epub 2017 Jul 8. PMID: 28694232</p>
<p>Effects on the QT Interval of a Gatifloxacin-Containing Regimen versus Standard Treatment of Pulmonary Tuberculosis. Oliario PL, Merle C, Mthiyane T, Bah B, Kassa F, Amukoye E, N Diaye A, Perronne C, Lienhardt C, McIlleron H, Fielding K. Antimicrob Agents Chemother. 2017 Jun 27;61(7):e01834-16. doi: 10.1128/AAC.01834-16. Print 2017 Jul. PMID: 28438924 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Changes in eosinophil count during bacterial infection: revisiting an old marker to assess the efficacy of antimicrobial therapy. Davido B, Makhloufi S, Matt M, Calin R, Senard O, Perronne C, Dinh A, Salomon J. Int J Infect Dis. 2017 Aug;61:62-66. doi: 10.1016/j.ijid.2017.06.005. Epub 2017 Jun 13. PMID: 28627430</p>
<p>Non-typhi Salmonella enterica urinary tract infections. Mellon G, Delanoe C, Roux AL, Heym B, Dubourg O, Hardy P, Chevallier B, Perronne C, Rouveix E, Salomon J. Med Mal Infect. 2017 Oct;47(6):389-393. doi: 10.1016/j.medmal.2017.04.010. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28600113</p>
<p>Dealing with Lyme Disease Treatment. Lacout A, Marcy PY, El Hajjam M, Thariat J, Perronne C. Am J Med. 2017 May;130(5):e221. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.12.039. PMID: 28431674 No abstract available.</p>
<p>Errancy on Lyme Diagnosis. Perronne C, Lacout A, Marcy PY, El Hajjam M. Am J Med. 2017 May;130(5):e219. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.12.001. PMID: 28431673 No abstract available.</p>
<p>Is faecal microbiota transplantation an option to eradicate highly drug-resistant enteric bacteria carriage? Davido B, Batista R, Michelon H, Lepointeur M, Bouchand F, Lepeule R, Salomon J, Vittecoq D, Duran C, Escout L, Sobhani I, Paul M, Lawrence C, Perronne C, Chast F, Dinh A. J Hosp Infect. 2017 Apr;95(4):433-437. doi: 10.1016/j.jhin.2017.02.001. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28237504</p>
<p>Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study. Charlier C, Perrodeau É, Leclercq A, Cazenave B, Pilmis B, Henry B, Lopes A, Maury MM, Moura A, Goffinet F, Dieye HB, Thouvenot P, Ungeheuer MN, Tourdjman M, Goulet V, de Valk H, Lortholary O, Ravaut P, Lecuit M; MONALISA study group. Lancet Infect Dis. 2017 May;17(5):510-519. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30521-7. Epub 2017 Jan 28. PMID: 28139432</p>
<p>Implementation of a simple innovative system for postprescription antibiotic review based on computerized tools with shared access. Bouchand F, Dinh A, Roux AL, Davido B, Michelon H, Lepointeur M, Legendre B, El Sayed F, Pierre I, Salomon J, Lawrence C, Perronne C, Villart M, Crémieux AC. J Hosp Infect. 2017 Mar;95(3):312-317. doi: 10.1016/j.jhin.2016.11.011. Epub 2016 Nov 26. PMID: 28108091</p>
<p>Failure to achieve immunological recovery in HIV-infected patients with clinical and virological success after 10 years of combined ART: role of treatment course. Raffi F, Le Moing V, Assuied A, Habak S, Spire B, Cazanave C, Billaud E, Dellamonica P, Ferry T, Fagard C, Leport C; ANRS CO8 COPILOTE Study Group. J Antimicrob Chemother. 2017 Jan;72(1):240-245. doi: 10.1093/jac/dkw369. Epub 2016 Sep 13. PMID: 27629069</p>
<p>Evaluating antibiotic therapies prescribed to adult patients in the emergency department. Grenet J, Davido B, Bouchand F, Sivadon-Tardy V, Beauchet A, Tritz T, Guyot C, Perronne C, Gaillard JL, Salomon J, Beaune S, Dinh A. Med Mal Infect. 2016 Jun;46(4):207-14. doi: 10.1016/j.medmal.2016.04.006. PMID: 27210280</p>
<p>Prospective evaluation of antibiotic treatment for urological procedure in patients presenting with neurogenic bladder. Weglinski L, Rouzaud C, Even A, Bouchand F, Davido B, Duran C, Salomon J, Perronne C, Denys P, Chartier-Kastler E, Dinh A. Med Mal Infect. 2016 Sep;46(6):300-7. doi: 10.1016/j.medmal.2016.04.001. Epub 2016 May 27. PMID: 27241225</p>
<p>High rates of off-label use in antibiotic prescriptions in a context of dramatic resistance increase: a prospective study in a tertiary hospital. Davido B, Bouchand F, Calin R, Makhloufi S, Lagrange A, Senard O, Perronne C, Villart M, Salomon J, Dinh A. Int J Antimicrob Agents. 2016 Jun;47(6):490-4. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2016.04.010. Epub 2016 May 11. PMID: 27208900</p>
<p>Diagnostic delay of pyogenic vertebral osteomyelitis and its associated factors. Jean M, Irisson JO, Gras G, Bouchand F, Simo D, Duran C, Perronne C, Mulleman D, Bernard L, Dinh A. Scand J Rheumatol. 2017 Jan;46(1):64-68. doi: 10.3109/03009742.2016.1158314. Epub 2016 Apr 21. PMID: 27098514</p>
<p>Serum protein electrophoresis: an interesting diagnosis tool to distinguish viral from bacterial community-acquired pneumonia. Davido B, Badr C, Lagrange A, Makhloufi S, De Truchis P, Perronne C, Salomon J, Dinh A. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016 Jun;35(6):899-902. doi: 10.1007/s10096-016-2613-0. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26936614</p>
<p>Blood stream infections due to multidrug-resistant organisms among spinal cord-injured patients. epidemiology over 16 years and associated risks: a comparative study. Dinh A, Saliba M, Saadeh D, Bouchand F, Descatha A, Roux AL, Davido B, Clair B, Denys P, Annane D, Perronne C, Bernard L. Spinal Cord. 2016 Sep;54(9):720-5. doi: 10.1038/sc.2015.234. Epub 2016 Feb 16. PMID: 26882486</p>
<p>Implementing efficient and sustainable collaboration between National Immunization Technical Advisory Groups: Report on the 3rd International Technical Meeting, Paris, France, 8-9 December 2014. Perronne C, Adjagba A, Duclos P, Floret D, Houweling H, Le Goaster C, Lévy-Brühl D, Meyer F, Senouci K, Wichmann O.</p>

<p>Vaccine. 2016 Mar 8;34(11):1325-30. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.01.063. Epub 2016 Feb 6. PMID: 26859237</p>
<p>Impact of Anti-inflammatory Drugs on Pyogenic Vertebral Osteomyelitis: A Prospective Cohort Study. Dinh A, Jean M, Bouchand F, Davido B, Descatha A, Duran C, Gras G, Perronne C, Mulleman D, Salomon J, Bernard L. Int J Rheumatol. 2016;2016:9345467. doi: 10.1155/2016/9345467. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27833642 Free PMC article.</p>
<p>Tenofvir DF/emtricitabine and efavirenz combination therapy for HIV infection in patients treated for tuberculosis: the ANRS 129 BKVIR trial. Lortholary O, Roussillon C, Boucherie C, Padoin C, Chaix ML, Breton G, Rami A, Veziris N, Patey O, Caumes E, May T, Molina JM, Robert J, Tod M, Fagard C, Chêne G; ANRS 129 BKVIR Trial Group. J Antimicrob Chemother. 2016 Mar;71(3):783-93. doi: 10.1093/jac/dkv384. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26679250</p>
<p>Lyme disease: time for a new approach? Borgermans L, Perronne C, Balicer R, Polasek O, Obsomer V. BMJ. 2015 Dec 3;351:h6520. doi: 10.1136/bmj.h6520. PMID: 26634936 No abstract available.</p>
<p>A 2009 cross-sectional survey of procedures for post-mortem management of highly infectious disease patients in 48 isolation facilities in 16 countries: data from EuroNHID. Fusco FM, Scappaticci L, Schilling S, De Iaco G, Brouqui P, Maltezu HC, Brodt HR, Bannister B, Ippolito G, Puro V; EuroNHID Working Group. Infection. 2016 Feb;44(1):57-64. doi: 10.1007/s15010-015-0831-5. Epub 2015 Aug 13. PMID: 26267332 Free PMC article.</p>
<p>A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. TEMPRANO ANRS 12136 Study Group, Danel C, Moh R, Gabillard D, Badje A, Le Carrou J, Ouassa T, Ouattara E, Anzian A, Ntakpé JB, Minga A, Kouame GM, Bouhoussou F, Emieme A, Kouamé A, Inwoley A, Toni TD, Ahiboh H, Kabran M, Rabe C, Sidibé B, Nzunetu G, Konan R, Gnokoro J, Gouesse P, Messou E, Dohoun L, Kamagate S, Yao A, Amon S, Kouame AB, Koua A, Kouamé E, Ndri Y, Ba-Gomis O, Daligou M, Ackoundzé S, Hawerlander D, Ani A, Dembélé F, Koné F, Guéhi C, Kanga C, Koule S, Séri J, Oyebi M, Mbakop N, Makaila O, Babatunde C, Babatounde N, Bleoué G, Tchoutedjem M, Kouadio AC, Sena G, Yededji SY, Assi R, Bakayoko A, Mahassadi A, Attia A, Oussou A, Mobio M, Bamba D, Koman M, Horo A, Deschamps N, Chenal H, Sassan-Morokro M, Konate S, Aka K, Aoussi E, Journot V, Nchot C, Karcher S, Chaix ML, Rouzioux C, Sow PS, Perronne C, Girard PM, Menan H, Bissagnene E, Kadio A, Ettiegn-Traore V, Moh-Semdé C, Kouame A, Massumbuko JM, Chêne G, Dosso M, Domoua SK, N'Dri-Yoman T, Salamon R, Eholié SP, Anglaret X. N Engl J Med. 2015 Aug 27;373(9):808-22. doi: 10.1056/NEJMoa1507198. Epub 2015 Jul 20. PMID: 26193126 Clinical Trial.</p>
<p>Critical review of studies trying to evaluate the treatment of chronic Lyme disease. Perronne C. Presse Med. 2015 Jul-Aug;44(7-8):828-31. doi: 10.1016/j.lpm.2015.06.002. Epub 2015 Jul 20. PMID: 26206701 No abstract available.</p>
<p>Transportation capacity for patients with highly infectious diseases in Europe: a survey in 16 nations. Schilling S, Maltezu HC, Fusco FM, De Iaco G, Brodt HR, Bannister B, Brouqui P, Carson G, Puro V, Gottschalk R, Ippolito G; EuroNHID Study-group. Clin Microbiol Infect. 2019 Apr;21S:e1-e5. doi: 10.1111/1469-0691.12290. Epub 2015 Jun 22. PMID: 24750421 Review.</p>
<p>Cryptococcosis Serotypes Impact Outcome and Provide Evidence of Cryptococcus neoformans Speciation. Desnos-Ollivier M, Patel S, Raoux-Barbot D, Heitman J, Dromer F; French Cryptococcosis Study Group. mBio. 2015 Jun 9;6(3):e00311. doi: 10.1128/mBio.00311-15. PMID: 26060271 Free PMC article.</p>
<p>Adopting a global safety standard for the prevention of Ebola needle-stick exposures. De Carli G, Fusco FM, Puro V, Ippolito G; EuroNHID Working Group. Infect Control Hosp Epidemiol. 2015 Jun;36(6):745-6. doi: 10.1017/ice.2015.62. PMID: 25994327 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>A multifaceted intervention designed to improve medical management of moderate to advanced chronic kidney disease in HIV-infected patients: a cluster randomized trial. Abgrall S, Rachas A, Tourret J, Isnard-Bagnis C, Billaud E, Tattevin P, Costagliola D, Guiguet M, Durieux P; French Hospital Database on HIV. Clin Infect Dis. 2015 Aug 1;61(3):375-84. doi: 10.1093/cid/civ310. Epub 2015 Apr 22. PMID: 25904366 Clinical Trial.</p>
<p>Four days a week or less on appropriate anti-HIV drug combinations provided long-term optimal maintenance in 94 patients: the ICCARRE project. Leibowitch J, Mathez D, de Truchis P, Ledu D, Melchior JC, Carcelain G, Izopet J, Perronne C, David JR. FASEB J. 2015 Jun;29(6):2223-34. doi: 10.1096/fj.14-260315. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25833895</p>
<p>Twelve-year mortality in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy: the role of social vulnerability. The ANRS CO8 APROCO-COPILOTE cohort. Protopopescu C, Raffi F, Spire B, Hardel L, Michelet C, Cheneau C, Le Moing V, Leport C, Carrieri MP; ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group. Antivir Ther. 2015;20(7):763-72. doi: 10.3851/IMP2960. Epub 2015 Apr 10. PMID: 25859625</p>
<p>Increased systemic immune activation and inflammatory profile of long-term HIV-infected ART-controlled patients is related to personal factors, but not to markers of HIV infection severity. Bastard JP, Fellahi S, Couffignal C, Raffi F, Gras G, Hardel L, Sobel A, Leport C, Fardet L, Capeau J; ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Cohort Study Group. J Antimicrob Chemother. 2015;70(6):1816-24. doi: 10.1093/jac/dkv036. Epub 2015 Mar 1. PMID: 25733587</p>
<p>Letter to the editor: management of patients with Ebola virus disease in Europe: high-level isolation units should have a key role.</p>

Ippolito G, Puro V, Brouqui P, Lauria FN, Fusco FM; EuroNHID Consortium. Euro Surveill. 2014 Dec 18;19(50):20993. doi: 10.2807/1560-7917.es2014.19.50.20993. PMID: 25597543 No abstract available.

[Liver-related deaths in HIV-infected patients between 1995 and 2010 in France: the Mortavic 2010 study in collaboration with the Agence Nationale de Recherche sur le SIDA \(ANRS\) EN 20 Mortalité 2010 survey.](#)
Rosenthal E, Roussillon C, Salmon-Céron D, Georget A, Hénard S, Huleux T, Gueit I, Mortier E, Costagliola D, Morlat P, Chêne G, Cacoub P; Mortalité 2010 and GERMIVIC study groups. HIV Med. 2015 Apr;16(4):230-9. doi: 10.1111/hiv.12204. Epub 2014 Dec 18. PMID: 25522874

[Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial.](#)
Bernard L, Dinh A, Ghout I, Simo D, Zeller V, Issartel B, Le Moing V, Belmatoug N, Lesprit P, Bru JP, Therby A, Bouhour D, Dénes E, Debard A, Chirouze C, Fèvre K, Dupon M, Aegerter P, Mulleman D; Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group. Lancet. 2015 Mar 7;385(9971):875-82. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61233-2. Epub 2014 Nov 5. PMID: 25468170 Clinical Trial.

[Actinomyces graevenitzi pulmonary abscess mimicking tuberculosis in a healthy young man.](#)
Gliga S, Devaux M, Gosset Woimant M, Mompoin D, Perronne C, Davido B. Can Respir J. 2014 November/December;21(6):e75-e77. doi: 10.1155/2014/841480. PMID: 25493591 **Free PMC article.**

[Mutation V111I in HIV-2 reverse transcriptase increases the fitness of the nucleoside analogue-resistant K65R and Q151M viruses.](#)
Deuzing IP, Charpentier C, Wright DW, Matheron S, Paton J, Frenz D, van de Vijver DA, Coveney PV, Descamps D; ANRS CO5 HIV-2 Cohort, Boucher CA, Beerens N. J Virol. 2015 Jan;89(1):833-43. doi: 10.1128/JVI.02259-14. Epub 2014 Oct 29. PMID: 25355888 **Free PMC article.**

[Isolation facilities for highly infectious diseases in Europe--a cross-sectional analysis in 16 countries.](#)
Schilling S, Fusco FM, De Iaco G, Bannister B, Maltezou HC, Carson G, Gottschalk R, Brodt HR, Brouqui P, Puro V, Ippolito G; European Network for Highly Infectious Diseases project members. PLoS One. 2014 Oct 28;9(10):e100401. doi: 10.1371/journal.pone.0100401. eCollection 2014. PMID: 25350843 **Free PMC article.**

[A four-month gatifloxacin-containing regimen for treating tuberculosis.](#)
Merle CS, Fielding K, Sow OB, Gning M, Lo MB, Mthiyane T, Odhiambo J, Amukoye E, Bah B, Kassa F, N'Diaye A, Rustomjee R, de Jong BC, Horton J, Perronne C, Sismanidis C, Lapujade O, Olliaro PL, Lienhardt C; OFLOTUB/Gatifloxacin for Tuberculosis Project. N Engl J Med. 2014 Oct 23;371(17):1588-98. doi: 10.1056/NEJMoa1315817. PMID: 25337748 Clinical Trial.

[Quantiferon-TB Gold: performance for ruling out active tuberculosis in HIV-infected adults with high CD4 count in Côte d'Ivoire, West Africa.](#)
Danel C, Kabran M, Inwoley A, Badje A, Herrmann JL, Moh R, Lecarrou J, Gabillard D, Ntakpe JB, Deschamps N, Ouattara E, Perronne C, Eholie S, Anglaret X. PLoS One. 2014 Oct 16;9(10):e107245. doi: 10.1371/journal.pone.0107245. eCollection 2014. PMID: 25330161 **Free PMC article.** Clinical Trial.

[Lyme and associated tick-borne diseases: global challenges in the context of a public health threat.](#)
Perronne C. Front Cell Infect Microbiol. 2014 Jun 3;4:74. doi: 10.3389/fcimb.2014.00074. eCollection 2014. PMID: 24918091 **Free PMC article.** Review. No abstract available.

[Chronic gonococcal arthritis with C5 deficiency presenting with brief flare-ups: case study and literature review.](#)
Davido B, Dinh A, Lagrange A, Mellon G, de Truchis P, Perronne C, Cremieux AC. Clin Rheumatol. 2014 Sep;33(9):1351-3. doi: 10.1007/s10067-014-2643-x. Epub 2014 Apr 29. PMID: 24777471 Review.

[Osler's node on the thigh, an uncommon location, but a valuable diagnostic aid.](#)
Davido B, Davido N, Cremieux AC, de Truchis P, Perronne C. Intern Emerg Med. 2014 Oct;9(7):815-6. doi: 10.1007/s11739-014-1063-x. Epub 2014 Feb 26. PMID: 24570132 No abstract available.

[Re-treatment of chronic HCV infection in HIV co-infected patients and predictors of sustained viral response.](#)
Krastinova E, Bani-Sadr F, Fromentin D, Goujard C, Hessamfar M, Yazdanpanah Y, Pol S, Cacoub P, Perronne C, Carrat F. J Infect. 2014 May;68(5):462-6. doi: 10.1016/j.jinf.2013.12.007. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24378283 Clinical Trial.

[α-Hemolysin, not Panton-Valentine leukocidin, impacts rabbit mortality from severe sepsis with methicillin-resistant Staphylococcus aureus osteomyelitis.](#)
Cremieux AC, Saleh-Mghir A, Danel C, Couzon F, Dumitrescu O, Lilin T, Perronne C, Etienne J, Lina G, Vandenesch F. J Infect Dis. 2014 Jun 1;209(11):1773-80. doi: 10.1093/infdis/jit840. Epub 2013 Dec 26. PMID: 24376272

[Recurrent furunculosis: Efficacy of the CMC regimen--skin disinfection \(chlorhexidine\), local nasal antibiotic \(mupirocin\), and systemic antibiotic \(clindamycin\).](#)
Davido B, Dinh A, Salomon J, Roux AL, Gosset-Woimant M, Pierre I, Perronne C, Bernard L. Scand J Infect Dis. 2013 Nov;45(11):837-41. doi: 10.3109/00365548.2013.810815. Epub 2013 Jul 15. PMID: 23848409

[Complications and factors associated with severity of influenza in hospitalized children and adults during the pandemic wave of A\(H1N1\)pdm2009 infections--the Fluco French cohort.](#)
Ploin D, Chidiac C, Carrat F, Cohen B, Javouhey E, Mayaud C, Desenclos JC, Lina B, Lepout C; Fluco study group. J Clin Virol. 2013 Sep;58(1):114-9. doi: 10.1016/j.jcv.2013.05.025. Epub 2013 Jul 3. PMID: 23829965

[Transmitted drug resistance in French HIV-2-infected patients.](#)
Charpentier C, Visseaux B, Bénard A, Peytavin G, Damond F, Roy C, Taieb A, Chêne G, Matheron S, Brun-Vézinet F, Descamps D; ANRS CO5 HIV-2 Cohort. AIDS. 2013 Jun 19;27(10):1671-4. doi: 10.1097/QAD.0b013e32836207f3.

<p>PMID: 23595155</p> <p>Pasteurella infection after muraenidae bite in an HIV infected patient. de Truchis P, Davido B, El Sayed F, Roux AL, Sow MS, Perronne C, Melchior JC. Travel Med Infect Dis. 2013 Jul-Aug;11(4):250-1. doi: 10.1016/j.tmaid.2013.03.001. Epub 2013 Apr 19. PMID: 23608461</p>
<p>Chondrocostal osteitis: an uncommon complication of gastrostomy tube placement. Davido B, Rouzaud C, Hanachi M, De Truchis P, Dinh A, Perronne C. Endoscopy. 2013;45 Suppl 2 UCTN:E259-60. doi: 10.1055/s-0033-1344562. Epub 2013 Sep 5. PMID: 24008455 No abstract available.</p>
<p>Comparison of six generic vancomycin products for treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus experimental endocarditis in rabbits. Tattevin P, Saleh-Mghir A, Davido B, Ghout I, Massias L, Garcia de la Maria C, Miró JM, Perronne C, Laurent F, Crémieux AC. Antimicrob Agents Chemother. 2013 Mar;57(3):1157-62. doi: 10.1128/AAC.01669-12. Epub 2012 Dec 17. PMID: 23254435 Free PMC article.</p>
<p>Intensification of antiretroviral therapy through addition of enfuvirtide in naive HIV-1-infected patients with severe immunosuppression does not improve immunological response: results of a randomized multicenter trial (ANRS 130 Apollo). Joly V, Fagard C, Grondin C, Descamps D, Yazdanpanah Y, Charpentier C, Colin de Verdiere N, Tabuteau S, Raffi F, Cabie A, Chene G, Yeni P; S 130 Apollo Trial Group. Antimicrob Agents Chemother. 2013 Feb;57(2):758-65. doi: 10.1128/AAC.01662-12. Epub 2012 Nov 19. PMID: 23165467 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Role and evolution of viral tropism in patients with advanced HIV disease receiving intensified initial regimen in the ANRS 130 APOLLO trial. Charpentier C, Joly V, Larrouy L, Fagard C, Visseaux B, de Verdière NC, Raffi F, Yeni P, Descamps D; ANRS 130 APOLLO Trial Study Group. J Antimicrob Chemother. 2013 Mar;68(3):690-6. doi: 10.1093/jac/dks455. Epub 2012 Nov 14. PMID: 23152480 Clinical Trial.</p>
<p>Diagnostic issues and capabilities in 48 isolation facilities in 16 European countries: data from EuroNHID surveys. Thiberville SD, Schilling S, De Iaco G, Fusco FM, Thomson G, Maltezos HC, Gottschalk R, Brodt RH, Bannister B, Puro V, Ippolito G, Brouqui P; EuroNHID Working Group. BMC Res Notes. 2012 Sep 25;5:527. doi: 10.1186/1756-0500-5-527. PMID: 23009598 Free PMC article.</p>
<p>Personal protective equipment management and policies: European Network for Highly Infectious Diseases data from 48 isolation facilities in 16 European countries. De Iaco G, Puro V, Fusco FM, Schilling S, Maltezos HC, Brouqui P, Gottschalk R, Bannister B, Brodt HR, Siikamaki H, Perronne C, Brantsæter AB, Fjellset AL, Ippolito G; European Network for Highly Infectious Diseases Working Group. Infect Control Hosp Epidemiol. 2012 Oct;33(10):1008-16. doi: 10.1086/667729. Epub 2012 Aug 27. PMID: 22961020</p>
<p>Alliance against MDRO: safeguarding antibiotics. Carlet J, Rambaud C, Pulcini C; l'Alliance contre développement des bactéries multirésistantes (ACdeBMR). Ann Fr Anesth Reanim. 2012 Sep;31(9):704-8. doi: 10.1016/j.annfar.2012.07.003. Epub 2012 Aug 24. PMID: 22925945 French.</p>
<p>Association of soluble CD14 and inflammatory biomarkers with HIV-2 disease progression. Thiébaud R, Charpentier C, Damond F, Taieb A, Antoine R, Capeau J, Chêne G, Collin G, Matheron S, Descamps D, Brun-Vézinet F; French ANRS HIV-2 CO5 Cohort. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):1417-25. doi: 10.1093/cid/cis708. Epub 2012 Aug 20. PMID: 22911639</p>
<p>Isolated subcutaneous tuberculous abscesses of the lumbar wall. Jean M, Masse V, Carlier R, Perronne C, Crémieux AC. J Travel Med. 2012 Sep-Oct;19(5):329-30. doi: 10.1111/j.1708-8305.2012.00634.x. Epub 2012 Jul 30. PMID: 22943278 No abstract available.</p>
<p>Hepatitis e virus infection in sheltered homeless persons. france. Larrat S, Gaillard S, Baccard M, Piroth L, Cacoub P, Pol S, Perronne C, Carrat F, Morand P; French National Agency for Research on AIDS and viral hepatitis HC02 Ribavirin Study Team. Emerg Infect Dis. 2012 Jun;18(6):1031; author reply 1032. doi: 10.3201/eid1806.110632. PMID: 22607775 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Infection control practices in facilities for highly infectious diseases across Europe. Maltezos HC, Fusco FM, Schilling S, De Iaco G, Gottschalk R, Brodt HR, Bannister B, Brouqui P, Thomson G, Puro V, Ippolito G; EuroNHID Working Group. J Hosp Infect. 2012 Jul;81(3):184-91. doi: 10.1016/j.jhin.2012.04.019. Epub 2012 May 29. PMID: 22648013 Free PMC article.</p>
<p>A pivotal registration phase III, multicenter, randomized tuberculosis controlled trial: design issues and lessons learnt from the Gatifloxacin for TB (OFLOTUB) project. Merle CS, Sismanidis C, Sow OB, Gninafon M, Horton J, Lapujade O, Lo MB, Mitchinson DA, Perronne C, Portaels F, Odhiambo J, Olliaro P, Rustomjee R, Lienhardt C, Fielding K. Trials. 2012 May 18;13:61. doi: 10.1186/1745-6215-13-61. PMID: 22607233 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Biosecurity measures in 48 isolation facilities managing highly infectious diseases. Puro V, Fusco FM, Schilling S, Thomson G, De Iaco G, Brouqui P, Maltezos HC, Bannister B, Gottschalk R, Brodt HR, Ippolito G; European Network For Highly Infectious Diseases. Biosecur Bioterror. 2012 Jun;10(2):208-14. doi: 10.1089/bsp.2011.0098. Epub 2012 May 9. PMID: 22571373 Free PMC article.</p>
<p>Lyme disease antiscience. Perronne C. Lancet Infect Dis. 2012 May;12(5):361-2; author reply 362-3. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70053-1. PMID: 22541624 No abstract available.</p>

<p>Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries. Fusco FM, Schilling S, De Iaco G, Brodt HR, Brouqui P, Maltezos HC, Bannister B, Gottschalk R, Thomson G, Puro V, Ippolito G; EuroNHID Working Group. BMC Infect Dis. 2012 Jan 28;12:27. doi: 10.1186/1471-2334-12-27. PMID: 22284435 Free PMC article.</p>
<p>Ten-year diabetes incidence in 1046 HIV-infected patients started on a combination antiretroviral treatment. Capeau J, Bouteloup V, Katlama C, Bastard JP, Guiyedi V, Salmon-Ceron D, Protopopescu C, Leport C, Raffi F, Chêne G; ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Cohort Study Group. AIDS. 2012 Jan 28;26(3):303-14. doi: 10.1097/QAD.0b013e32834e8776. PMID: 22089377</p>
<p>[Native valve postoperative Klebsiella pneumoniae endocarditis]. Bellazreg F, Gaillet M, Perronne C, Crémieux AC. Med Mal Infect. 2012 Feb;42(2):85-6. doi: 10.1016/j.medmal.2010.11.005. Epub 2012 Jan 13. PMID: 22245523 French. No abstract available.</p>
<p>Severe transaminitis after interferon-ribavirin therapy in HIV/HCV-coinfected patients: influence of a sustained HCV response. Bani-Sadr F, Krastinova E, Fromentin D, Piroth L, Rosenthal E, Quertainmont Y, Perronne C, Cacoub P, Pol S, Carrat F; ANRS CO 07-Ribavir Study team. J Viral Hepat. 2012 Jun;19(6):431-5. doi: 10.1111/j.1365-2893.2011.01570.x. Epub 2012 Jan 4. PMID: 22571905</p>
<p>Designing and conducting a randomized trial for pandemic critical illness: the 2009 H1N1 influenza pandemic. Annane D, Antona M, Lehmann B, Kedzia C, Chevret S; CORTIFLU Investigators; CRICs; AZUREA; REVA/SRLF networks. Intensive Care Med. 2012 Jan;38(1):29-39. doi: 10.1007/s00134-011-2409-8. Epub 2011 Nov 26. PMID: 22120766 Clinical Trial.</p>
<p>Satisfaction with care in HIV-infected patients treated with long-term follow-up antiretroviral therapy: the role of social vulnerability. Préau M, Protopopescu C, Raffi F, Rey D, Chêne G, Marcellin F, Perronne C, Ragnaud JM, Leport C, Spire B; Anrs Co8 Aproco-Copilote Study Group. AIDS Care. 2012;24(4):434-43. doi: 10.1080/09540121.2011.613909. Epub 2011 Oct 14. PMID: 21999644</p>
<p>[Stop bacterial resistance: save antibiotics]. Carlet J; le groupe Alliance francophone contre le développement des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (AC-2-BMR). Med Mal Infect. 2011 Jul;41(7):351-2. doi: 10.1016/j.medmal.2011.06.003. Epub 2011 Jul 20. PMID: 21764235 French. No abstract available.</p>
<p>Cellular HIV-1 DNA quantification and short-term and long-term response to antiretroviral therapy. Masquelier B, Taieb A, Reigadas S, Marchou B, Cheneau C, Spire B, Charpentier C, Leport C, Raffi F, Chêne G, Descamps D; APROCO-COPILOTE study group. J Antimicrob Chemother. 2011 Jul;66(7):1582-9. doi: 10.1093/jac/dkr153. Epub 2011 Apr 27. PMID: 21525020</p>
<p>[Infections at risk for epidemic or biological threat. Importance of the initial management of suspect patients]. Leport C, Vittecoq D, Perronne C, Debord T, Carli P, Camphin P, Bricaire F; Comité de pilotage de la coordination des urgences infectieuses et du risque épidémique et biologique (CO REB) en île-de-France. Presse Med. 2011 Apr;40(4 Pt 1):336-40. doi: 10.1016/j.lpm.2010.10.033. Epub 2011 Jan 21. PMID: 21256694 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>X4 tropic multi-drug resistant quasi-species detected at the time of primary HIV-1 infection remain exclusive or at least dominant far from PH1. Ghosn J, Galimand J, Raymond S, Meyer L, Deveau C, Goujard C, Izopet J, Rouzioux C, Chaix ML; ANRS CO 06 PRIMO cohort. PLoS One. 2011;6(8):e23301. doi: 10.1371/journal.pone.0023301. Epub 2011 Aug 24. PMID: 21887243 Free PMC article.</p>
<p>[Enzyme replacement therapy of lysosomal storage diseases]. Germain DP, Boucly C, Carlier RY, Caudron E, Charlier P, Colas F, Jabbour F, Martinez V, Mokhtari S, Orlikowski D, Pellegrini N, Perronne C, Prigent H, Rubinsztajn R, Benistan K. Rev Med Interne. 2010 Dec;31 Suppl 2:S279-91. doi: 10.1016/S0248-8663(10)70028-X. PMID: 21211680 French.</p>
<p>Management and treatment of chronic hepatitis B virus infection in HIV positive and negative patients: the EPIB 2008 study. Piroth L, Pol S, Lacombe K, Miaillhes P, Rami A, Rey D, Loustau-Ratti V, Morlat P, Goderel I, Sene D, Rosenthal E, Carrat F, Cacoub P; GERMIVIC Study Group. J Hepatol. 2010 Dec;53(6):1006-12. doi: 10.1016/j.jhep.2010.04.041. Epub 2010 Aug 4. PMID: 20800920</p>
<p>Short cycles of antiretroviral drugs provide intermittent yet effective therapy: a pilot study in 48 patients with chronic HIV infection. Leibowitch J, Mathez D, de Truchis P, Perronne C, Melchior JC. FASEB J. 2010 Jun;24(6):1649-55. doi: 10.1096/fj.09-148676. Epub 2010 Jan 26. PMID: 20103716</p>
<p>Switching the nucleoside reverse transcriptase inhibitor backbone to tenofovir disoproxil fumarate + emtricitabine promptly improves triglycerides and low-density lipoprotein cholesterol in dyslipidaemic patients. Valantin MA, Bittar R, de Truchis P, Bollens D, Slama L, Giral P, Bonnefont-Rousselot D, Pétour P, Aubron-Olivier C, Costagliola D, Katlama C; TOTEM trial group. J Antimicrob Chemother. 2010 Mar;65(3):556-61. doi: 10.1093/jac/dkp462. Epub 2010 Jan 6. PMID: 20053692 Clinical Trial.</p>
<p>[Genital lymphogranuloma venereum in an HIV-1 infected patient]. Flexor G, Clarissou J, Gaillet M, de Barbeyrac B, Perronne C, de Truchis P. Ann Dermatol Venerol. 2010 Feb;137(2):117-20. doi: 10.1016/j.annder.2009.11.012. Epub 2009 Dec 30. PMID: 20171433 French.</p>
<p>Is long-term virological response related to CCR5 Delta32 deletion in HIV-1-infected patients started on highly active antiretroviral therapy?</p>

<p>Laurichesse JJ, Taieb A, Capoulade-Metay C, Katlama C, Villes V, Drobacheff-Thiebaud MC, Raffi F, Chêne G, Theodorou I, Leport C; ANRS C08 Aproco-Copilote Study Group. HIV Med. 2010 Apr;11(4):239-44. doi: 10.1111/j.1468-1293.2009.00769.x. Epub 2009 Dec 28. PMID: 20050936 Free PMC article.</p>
<p>Uncontrolled viral replication as a risk factor for non-AIDS severe clinical events in HIV-infected patients on long-term antiretroviral therapy: APROCO/COPILOTE (ANRS CO8) cohort study. Ferry T, Raffi F, Collin-Filleul F, Dupon M, Dellamonica P, Waldner A, Strady C, Chêne G, Leport C, Moing VL; ANRS CO8 (APROCO-COPILOTE) Study Group. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Aug 1;51(4):407-15. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181acb65f. PMID: 19474755</p>
<p>Isolation rooms for highly infectious diseases: an inventory of capabilities in European countries. Fusco FM, Puro V, Baka A, Bannister B, Brodt HR, Brouqui P, Follin P, Gjorup IE, Gottschalk R, Hemmer R, Hoepelman IM, Jarhall B, Kutsar K, Lanini S, Lyytikäinen O, Maltezou HC, Mansinho K, Marti MC, Ott K, Peleman R, Perronne C, Sheehan G, Siikamakii H, Skinhoj P, Trilla A, Vetter N, Ippolito G. J Hosp Infect. 2009 Sep;73(1):15-23. doi: 10.1016/j.jhin.2009.06.009. Epub 2009 Jul 31. PMID: 19647337 Free PMC article.</p>
<p>Factors associated with non-adherence to long-term highly active antiretroviral therapy: a 10 year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data. Protopopescu C, Raffi F, Roux P, Reynes J, Dellamonica P, Spire B, Leport C, Carrieri MP; ANRS CO8 APROCO-COPILOTE Study Group. J Antimicrob Chemother. 2009 Sep;64(3):599-606. doi: 10.1093/jac/dkp232. Epub 2009 Jul 14. PMID: 19602563</p>
<p>EuroNHID checklists for the assessment of high-level isolation units and referral centres for highly infectious diseases: results from the pilot phase of a European survey. Fusco FM, Schilling S, Puro V, Brodt HR, Follin P, Jarhall B, Bannister B, Maltezou HC, Thomson G, Brouqui P, Ippolito G; EuroNHID Study Group. Clin Microbiol Infect. 2009 Aug;15(8):711-9. doi: 10.1111/j.1469-0691.2009.02874.x. Epub 2009 May 28. PMID: 19486074 Review.</p>
<p>Ten-year incidence and risk factors of bone fractures in a cohort of treated HIV-1-infected adults. Collin F, Duval X, Le Moing V, Piroth L, Al Kaied F, Massip P, Villes V, Chêne G, Raffi F; ANRS CO8 APROCO-COPILOTE study group. AIDS. 2009 May 15;23(8):1021-4. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283292195. PMID: 19300202 Free PMC article.</p>
<p>Infection control in the management of highly pathogenic infectious diseases: consensus of the European Network of Infectious Disease. Brouqui P, Puro V, Fusco FM, Bannister B, Schilling S, Follin P, Gottschalk R, Hemmer R, Maltezou HC, Ott K, Peleman R, Perronne C, Sheehan G, Siikamakii H, Skinhoj P, Ippolito G; EUNID Working Group. Lancet Infect Dis. 2009 May;9(5):301-11. doi: 10.1016/S1473-3099(09)70070-2. PMID: 19393960 Free PMC article.</p>
<p>Greater decrease in bone mineral density with protease inhibitor regimens compared with nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor regimens in HIV-1 infected naive patients. Duvivier C, Kolta S, Assoumou L, Ghosn J, Rozenberg S, Murphy RL, Katlama C, Costagliola D; ANRS 121 Hippocampe study group. AIDS. 2009 Apr 27;23(7):817-24. doi: 10.1097/QAD.0b013e328328f789. PMID: 19363330 Clinical Trial.</p>
<p>[The role of vaccination in the prevention of lower respiratory tract infections]. Perronne C. Rev Mal Respir. 2009 Apr;26(4):475-7. doi: 10.1016/s0761-8425(09)74059-8. PMID: 19421107 French. No abstract available.</p>
<p>Gamma glutamyl transferase elevation in HIV/Hepatitis C virus-coinfected patients during interferon-ribavirin combination therapy. Bani-Sadr F, Lapidus N, Rosenthal E, Gerard L, Foltzer A, Perronne C, Cacoub P, Pol S, Carrat F; ANRS HC02-Ribavirin Study Team. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Apr 1;50(4):429-30. doi: 10.1097/QAI.0b013e31819a2429. PMID: 19322037 Clinical Trial. No abstract available.</p>
<p>Stable frequency of HIV-1 transmitted drug resistance in patients at the time of primary infection over 1996-2006 in France. Chaix ML, Descamps D, Wirden M, Bocket L, Delaugerre C, Tamalet C, Schneider V, Izopet J, Masquelier B, Rouzioux C, Meyer L, Costagliola D; ANRS AC11 Resistance Group; Cohort PRIMO ANRS CO 6; FHDH ANRS CO4 Study Groups. AIDS. 2009 Mar 27;23(6):717-24. doi: 10.1097/QAD.0b013e328326ca77. PMID: 19279445</p>
<p>Persistently normal alanine aminotransferase levels in HIV/HCV-coinfected patients: the role of steatosis. Bani-Sadr F, Barange K, Daoud F, Jacomet C, Bicart-See A, Rosenthal E, Cacoub P, Pol S, Perronne C, Carrat F; ANRS HC02 - Ribavirin Study Team. HIV Med. 2009 Aug;10(7):417-21. doi: 10.1111/j.1468-1293.2009.00702.x. Epub 2009 Mar 26. PMID: 19490173</p>
<p>Liver-related deaths in HIV-infected patients between 1995 and 2005 in the French GERMIVIC Joint Study Group Network (Mortavic 2005 study in collaboration with the Mortalité 2005 survey. ANRS EN19). Rosenthal E, Salmon-Céron D, Lewden C, Bouteloup V, Pialoux G, Bonnet F, Karmochkine M, May T, François M, Burty C, Jouglu E, Costagliola D, Morlat P, Chêne G, Cacoub P; Mortavic/Mortalité 2005 Study Group. HIV Med. 2009 May;10(5):282-9. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00686.x. Epub 2009 Feb 15. PMID: 19226410</p>
<p>Does early antiretroviral treatment prevent liver fibrosis in HIV/HCV-coinfected patients? Bani-Sadr F, Bedossa P, Rosenthal E, Merrien D, Perre P, Lascoux-Combe C, Cacoub P, Perronne C, Pol S; ANRS HC02-Ribavirin Study Team. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Feb 1;50(2):234-6. doi: 10.1097/QAI.0b013e31818ce821. PMID: 19155771 Clinical Trial. No abstract available.</p>
<p>Efficacy of a long-term antibiotic treatment in patients with a chronic Tick Associated Poly-organic Syndrome (TAPOS). Clarissou J, Song A, Bernede C, Guillemot D, Dinh A, Ader F, Perronne C, Salomon J. Med Mal Infect. 2009 Feb;39(2):108-15. doi: 10.1016/j.medmal.2008.11.012. Epub 2009 Jan 4. PMID: 19124209</p>

<p>Effect of antiviral treatment on serum markers of liver fibrosis in HIV-hepatitis C virus-coinfected patients: the Fibrovic 2 Study - ANRS HC02. Halfon P, Carrat F, Bédossa P, Lambert J, Pénaranda G, Perronne C, Pol S, Cacoub P. Antivir Ther. 2009;14(2):211-9. PMID: 19430096</p>
<p>Framework for the design and operation of high-level isolation units: consensus of the European Network of Infectious Diseases. Bannister B, Puro V, Fusco FM, Heptonstall J, Ippolito G; EUNID Working Group. Lancet Infect Dis. 2009 Jan;9(1):45-56. doi: 10.1016/S1473-3099(08)70304-9. PMID: 19095195 Free PMC article. Review.</p>
<p>Prevention of urinary tract infection in six spinal cord-injured pregnant women who gave birth to seven children under a weekly oral cyclic antibiotic program. Salomon J, Schnitzler A, Ville Y, Laffont I, Perronne C, Denys P, Bernard L. Int J Infect Dis. 2009 May;13(3):399-402. doi: 10.1016/j.ijid.2008.08.006. Epub 2008 Nov 4. PMID: 18986822 Clinical Trial.</p>
<p>Early evolution of plasma soluble TNF-alpha p75 receptor as a marker of progression in treated HIV-infected patients. Morlat P, Pereira E, Clayette P, Derreudre-Bosquet N, Ecobichon JL, Benveniste O, Saves M, Leport C; ANRS CO8 Aproco-Copilote Study Group. AIDS Res Hum Retroviruses. 2008 Nov;24(11):1383-9. doi: 10.1089/aid.2007.0293. PMID: 18928394</p>
<p>[Results of a prospective standardized study of 30 patients with chronic neurological and cognitive disorders after tick bites]. Roche Lanquetot MO, Ader F, Durand MC, Carlier R, Defferriere H, Dinh A, Herrmann JL, Guillemot D, Perronne C, Salomon J. Med Mal Infect. 2008 Oct;38(10):543-8. doi: 10.1016/j.medmal.2008.06.007. PMID: 18722064 French.</p>
<p>Pregnancy may be followed by an inflexion of the immune reconstitution in HIV-infected women who receive antiretroviral drugs before conception. Le Moing V, Taieb A, Longuet P, Lewden C, Delcey V, Drobacheff MC, Chêne G, Leport C; ANRS CO8 (APROCO-COPILOTE) study group. HIV Med. 2008 Nov;9(10):897-900. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00641.x. Epub 2008 Sep 14. PMID: 18795961 Free PMC article.</p>
<p>[Routine use of extended-release clarithromycin tablets for short-course treatment of acute exacerbations of non-severe COPD]. Léophonte P, Zuck P, Perronne C, Baconnet B. Med Mal Infect. 2008 Sep;38(9):471-6. doi: 10.1016/j.medmal.2008.06.029. Epub 2008 Aug 21. PMID: 18722065 French.</p>
<p>[Current data on vaccines for respiratory diseases]. Perronne C. Med Mal Infect. 2008 Aug;38(8):443-8. doi: 10.1016/j.medmal.2008.06.017. Epub 2008 Aug 22. PMID: 18722726 French.</p>
<p>Serum alpha-fetoprotein predicts virologic response to hepatitis C treatment in HIV coinfected patients. Carrat F, Bedossa P, Lunel-Fabiani F, Morand P, Pialoux G, Piroth L, Salmon-Céron D, Bani-Sadr F, Perronne C, Cacoub P, Pol S. AIDS. 2008 Jul 31;22(12):1513-5. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282f7370d. PMID: 18614875 Clinical Trial.</p>
<p>Switch from zidovudine- to non-zidovudine-containing regimens is associated with modest haematological improvement and no obvious clinical benefit: a substudy of the ANRS 099 ALIZE trial. Lafaurie M, Collin F, Bentata M, Garré M, Leport C, Levy Y, Goujard C, Chêne G, Molina JM; ALIZE Study Group. J Antimicrob Chemother. 2008 Nov;62(5):1122-9. doi: 10.1093/jac/dkn309. Epub 2008 Jul 28. PMID: 18662943 Clinical Trial.</p>
<p>Initial therapy with nucleoside reverse transcriptase inhibitor-containing regimens is more effective than with regimens that spare them with no difference in short-term fat distribution: Hippocampe-ANRS 121 Trial. Duvivier C, Ghosn J, Assoumou L, Soulié C, Peytavin G, Calvez V, Génin MA, Molina JM, Bouchaud O, Katlama C, Costagliola D; ANRS 121 study group. J Antimicrob Chemother. 2008 Oct;62(4):797-808. doi: 10.1093/jac/dkn278. Epub 2008 Jul 18. PMID: 18641035 Clinical Trial.</p>
<p>Prevalence and impact of GBV-C, SEN-V and HBV occult infections in HIV-HCV co-infected patients on HCV therapy. Piroth L, Carrat F, Larrat S, Goderel I, Martha B, Payan C, Lunel-Fabiani F, Bani-Sadr F, Perronne C, Cacoub P, Pol S, Morand P. J Hepatol. 2008 Dec;49(6):892-8. doi: 10.1016/j.jhep.2008.06.024. Epub 2008 Jul 17. PMID: 18752863 Clinical Trial.</p>
<p>Risk factors for bacterial infections in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients treated with interferon plus ribavirin. Bani-Sadr F, Goderel I, Lapidus N, Driss H, Simon A, Rosenthal E, Morand P, Lunel-Fabiani F, Pol S, Cacoub P, Perronne C, Carrat F; ANRS HC02 - RIBAVIC Study Team. AIDS. 2008 Jul 11;22(11):1385-7. doi: 10.1097/QAD.0b013e328305bd8d. PMID: 18580626 Clinical Trial. No abstract available.</p>
<p>Risk factors for grade 3 or 4 gamma-glutamyl transferase elevation in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients. Bani-Sadr F, Miaillhes P, Rosenthal E, Yazdanpanah Y, Boyer L, Zucman D, Cacoub P, Perronne C, Pol S, Carrat F; ANRS HC02 - Ribavir Study Team. AIDS. 2008 Jun 19;22(10):1234-6. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282fbd203. PMID: 18525274 No abstract available.</p>
<p>Cryptococcal neuroradiological lesions correlate with severity during cryptococcal meningoencephalitis in HIV-positive patients in the HAART era. Charlier C, Dromer F, Lévêque C, Chartier L, Cordoliani YS, Fontanet A, Launay O, Lortholary O; French Cryptococcosis Study Group. PLoS One. 2008 Apr 16;3(4):e1950. doi: 10.1371/journal.pone.0001950. PMID: 18414656 Free PMC article.</p>
<p>Severe weight loss in HIV / HCV-coinfected patients treated with interferon plus ribavirin: incidence and risk factors. Bani-Sadr F, Lapidus N, Melchior JC, Ravoux I, Bensalem M, Rosa I, Cacoub P, Pol S, Perronne C, Carrat F. J Viral Hepat. 2008 Apr;15(4):255-60. doi: 10.1111/j.1365-2893.2007.00939.x.</p>

<p>PMID: 18307589 Clinical Trial.</p> <p>[Profile and management of patients consulting for a non severe exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (Pragma survey)]. Léophonte P, Zuck P, Perronne C. Med Mal Infect. 2008 Apr;38(4):200-7. doi: 10.1016/j.medmal.2008.01.006. Epub 2008 Mar 12. PMID: 18339501 French.</p>
<p>[Mental health of HIV-positive women in France in the era of antiretroviral therapies: what differences between men and women? What is at stake?] Préau M, Bouhnik AD, Heard I, Brunet-François C, LeMoing V, Collin F, Spire B; Groupe Anrs-Vespa; Groupe Aproco-Capilote (Anrs-Co-8). Med Sci (Paris). 2008 Mar;24 Spec No 2:151-60. doi: 10.1051/medsci/2008242s151. PMID: 18681132 French. No abstract available.</p>
<p>[Hepatitis C: which strategy in case of treatment failure ?] Bronowicki JP, Larrey D, Tran A, Perronne C, Denis J, Cadranet JF, Trépo C. Gastroenterol Clin Biol. 2008 Mar;32(3 Pt 2):S109-16. doi: 10.1016/S0399-8320(08)73273-1. PMID: 18675180 Review. French.</p>
<p>Progression of fibrosis in HIV and hepatitis C virus-coinfected patients treated with interferon plus ribavirin-based therapy: analysis of risk factors. Bani-Sadr F, Lapidus N, Bedossa P, De Boever CM, Perronne C, Halfon P, Pol S, Carrat F, Cacoub P; French National Agency for Research on AIDS; Viral Hepatitis-HC02-Ribavirin Study Team. Clin Infect Dis. 2008 Mar 1;46(5):768-74. doi: 10.1086/527565. PMID: 18248298</p>
<p>Predictive values of the human immunodeficiency virus phenotype and genotype and of amprenavir and lopinavir inhibitory quotients in heavily pretreated patients on a ritonavir-boosted dual-protease-inhibitor regimen. Barrail-Tran A, Morand-Joubert L, Poizat G, Raquin G, Le Tiec C, Clavel F, Dam E, Chêne G, Girard PM, Taburet AM; Puzzle-1 (ANRS 104) Study Group. Antimicrob Agents Chemother. 2008 May;52(5):1642-6. doi: 10.1128/AAC.01314-07. Epub 2008 Feb 19. PMID: 18285478 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Comparison of non-invasive liver fibrosis biomarkers in HIV/HCV co-infected patients: the fibrovic study--ANRS HC02. Cacoub P, Carrat F, Bédossa P, Lambert J, Pénaranda G, Perronne C, Pol S, Halfon P. J Hepatol. 2008 May;48(5):765-73. doi: 10.1016/j.jhep.2008.01.025. Epub 2008 Feb 14. PMID: 18314219</p>
<p>Evaluation of a model for efficient screening of tuberculosis contact subjects. Aissa K, Madhi F, Ronsin N, Delarocque F, Lecuyer A, Decludt B, Remus N, Abel L, Poirier C, Delacourt C; CG94 Study Group. Am J Respir Crit Care Med. 2008 May 1;177(9):1041-7. doi: 10.1164/rccm.200711-1756OC. Epub 2008 Feb 8. PMID: 18263798</p>
<p>[Management and prevention of imported Plasmodium falciparum malaria (Revision 2007 of the 1999 Consensus Conference). Long text in French]. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales; Société Française de Médecine des Armées; Société Française de Parasitologie; Société Française de Pédiatrie; Société de Médecine des Voyages; Société de Pathologie Exotique; Société de Réanimation de Langue Française. Med Mal Infect. 2008 Feb;38(2):68-117. doi: 10.1016/j.medmal.2007.11.009. PMID: 18646361 French. No abstract available.</p>
<p>Recommendations for clinical practice. Management and prevention of imported Plasmodium falciparum malaria. (Revision 2007 of the 1999 Consensus conference). Short text. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française; Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales; Société Française de Médecine des Armées; Société Française de Parasitologie; Société Française de Pédiatrie; Société de Médecine des Voyages; Société de Pathologie Exotique; Société de Réanimation de Langue Française. Med Mal Infect. 2008 Feb;38(2):54-67, 39-53. doi: 10.1016/j.medmal.2007.11.007. PMID: 18646360 Review. English, French. No abstract available.</p>
<p>Treatment of hepatitis C virus in human immunodeficiency virus infected patients in "real life": modifications in two large surveys between 2004 and 2006. Cacoub P, Halfon P, Rosenthal E, Pialoux G, Benhamou Y, Perronne C, Pol S; Prospecth Study Group. J Hepatol. 2008 Jan;48(1):35-42. doi: 10.1016/j.jhep.2007.07.028. Epub 2007 Oct 2. PMID: 17945375</p>
<p>Risk factors for anaemia in human immunodeficiency virus/hepatitis C virus-coinfected patients treated with interferon plus ribavirin. Bani-Sadr F, Goderel I, Penalba C, Billaud E, Doll J, Welker Y, Cacoub P, Pol S, Perronne C, Carrat F; ANRS HC02 - Ribavirin Study team. J Viral Hepat. 2007 Sep;14(9):639-44. doi: 10.1111/j.1365-2893.2007.00846.x. PMID: 17697016 Clinical Trial.</p>
<p>[Management of HCV-HIV patients]. Pol S, Cacoub P, Pialoux G, Benhamou Y, Halfon P, Rosenthal E, Perronne C. Gastroenterol Clin Biol. 2007 Aug-Sep;31(8-9 Pt 3):4S7-12. PMID: 17965629 Review. French.</p>
<p>High hepatitis C virus viral load in HIV/hepatitis C virus-co-infected patients: a different influence of protease inhibitor and non-protease inhibitor-based HAART? Bani-Sadr F, Goderel I, Morand P, Payan C, Lunel F, Pol S, Perronne C, Carrat F, Cacoub P. AIDS. 2007 Jul 31;21(12):1645-8. doi: 10.1097/QAD.0b013e32826fb710. PMID: 17630563 Clinical Trial.</p>
<p>Early virologic failure in HIV-coinfected hepatitis C patients treated with the peginterferon-ribavirin combination: does abacavir play a role? Bani-Sadr F, Denoel L, Morand P, Lunel-Fabiani F, Pol S, Cacoub P, Perronne C, Carrat F; Agence Nationale pour la Recherche contre le SIDA et les Hépatites Virales HC02-Ribavirin Study Team. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 May 1;45(1):123-5. doi: 10.1097/QAI.0b013e318040b2b6. PMID: 17460476 No abstract available.</p>
<p>Rapid and early virological response to chronic hepatitis C treatment with IFN alpha2b or PEG-IFN alpha2b plus ribavirin in HIV/HCV co-infected patients. Payan C, Pivert A, Morand P, Fafi-Kremer S, Carrat F, Pol S, Cacoub P, Perronne C, Lunel F; ANRS HC02 RIBAVIC study team.</p>

<p>Gut. 2007 Aug;56(8):1111-6. doi: 10.1136/gut.2006.106690. Epub 2007 Mar 15. PMID: 17363475 Free PMC article.</p>
<p>Liver-related mortality in human-immunodeficiency-virus-infected patients between 1995 and 2003 in the French GERMIVIC Joint Study Group Network (MORTAVIC 2003 Study). Rosenthal E, Pialoux G, Bernard N, Pradier C, Rey D, Bentata M, Michelet C, Pol S, Perronne C, Cacoub P; GERMIVIC Joint Study Group. J Viral Hepat. 2007 Mar;14(3):183-8. doi: 10.1111/j.1365-2893.2006.00791.x. PMID: 17305884</p>
<p>A novel X-linked recessive form of Mendelian susceptibility to mycobacterial disease. Bustamante J, Picard C, Fieschi C, Filipe-Santos O, Feinberg J, Perronne C, Chaggier A, de Beaucoudrey L, Vogt G, Sanlaville D, Le-mainque A, Emile JF, Abel L, Casanova JL. J Med Genet. 2007 Feb;44(2):e65. doi: 10.1136/jmg.2006.043406. PMID: 17293536 Free PMC article.</p>
<p>The effect of depressive symptoms at ART initiation on HIV clinical progression and mortality: implications in clinical practice. Villes V, Spire B, Lewden C, Perronne C, Besnier JM, Garré M, Chêne G, Leport C, Carrieri MP, Le Moings V; ANRS CO-8 APROCO-COPILOTE Study Group. Antivir Ther. 2007;12(7):1067-74. PMID: 18018765</p>
<p>Familial occurrence of cat-scratch disease, with varying clinical expression. Song AT, Gory M, Roussi J, Salomon J, Cremieux AC, Perronne C, Bernard L. Scand J Infect Dis. 2007;39(8):728-30. doi: 10.1080/00365540701199840. PMID: 17654352</p>
<p>Hypervirulence of a rough variant of the Mycobacterium abscessus type strain. Catherinot E, Clarissou J, Etienne G, Ripoll F, Emile JF, Daffé M, Perronne C, Soudais C, Gaillard JL, Rottman M. Infect Immun. 2007 Feb;75(2):1055-8. doi: 10.1128/IAI.00835-06. Epub 2006 Dec 4. PMID: 17145951 Free PMC article.</p>
<p>B-cell immune responses in HIV positive and HIV negative patients with tuberculosis evaluated with an ELISA using a glycolipid antigen. Simonney N, Chavanet P, Perronne C, Leportier M, Revol F, Herrmann JL, Lagrange PH. Tuberculosis (Edinb). 2007 Mar;87(2):109-22. doi: 10.1016/j.tube.2006.05.005. Epub 2006 Oct 6. PMID: 17030018</p>
<p>Treatment of hepatitis C virus and human immunodeficiency virus coinfection: from large trials to real life. Cacoub P, Rosenthal E, Halfon P, Sene D, Perronne C, Pol S. J Viral Hepat. 2006 Oct;13(10):678-82. doi: 10.1111/j.1365-2893.2006.00740.x. PMID: 16970599</p>
<p>Safety and immunogenicity of an inactivated split-virion influenza A/Vietnam/1194/2004 (H5N1) vaccine: phase I randomised trial. Bresson JL, Perronne C, Launay O, Gerdil C, Saville M, Wood J, Höschler K, Zambon MC. Lancet. 2006 May 20;367(9523):1657-64. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68656-X. PMID: 16714186 Clinical Trial.</p>
<p>[Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in bone and joint infections]. Galpérine T, Ader F, Piriou P, Judet T, Perronne C, Bernard L. Med Mal Infect. 2006 Mar;36(3):132-7. doi: 10.1016/j.medmal.2006.01.002. Epub 2006 Mar 31. PMID: 16580802 Review. French.</p>
<p>Hepatic steatosis in HIV-HCV coinfectd patients: analysis of risk factors. Bani-Sadr F, Carrat F, Bedossa P, Piroth L, Cacoub P, Perronne C, Degott C, Pol S; ANRS HC02 - Ribavirin Study team. AIDS. 2006 Feb 28;20(4):525-31. doi: 10.1097/01.aids.0000210606.63138.f5. PMID: 16470116 Clinical Trial.</p>
<p>Prevention of urinary tract infection in spinal cord-injured patients: safety and efficacy of a weekly oral cyclic antibiotic (WOCA) programme with a 2 year follow-up--an observational prospective study. Salomon J, Denys P, Merle C, Chartier-Kastler E, Perronne C, Gaillard JL, Bernard L. J Antimicrob Chemother. 2006 Apr;57(4):784-8. doi: 10.1093/jac/dkl010. Epub 2006 Feb 10. PMID: 16473921</p>
<p>Comparison of serum hepatitis C virus (HCV) RNA and core antigen levels in patients coinfectd with human immunodeficiency virus and HCV and treated with interferon plus ribavirin. Pivert A, Payan C, Morand P, Fafi-Kremer S, Deshayes J, Carrat F, Pol S, Cacoub P, Perronne C, Lunel F. J Clin Microbiol. 2006 Feb;44(2):417-22. doi: 10.1128/JCM.44.2.417-422.2006. PMID: 16455894 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Antiviral hepatitis and antiretroviral drug interactions. Perronne C. J Hepatol. 2006;44(1 Suppl):S119-25. doi: 10.1016/j.jhep.2005.11.025. Epub 2005 Dec 1. PMID: 16360231 Review.</p>
<p>[Infectious diseases risk management]. Salomon J, Guillemot D, Bernard L, Perronne C. Rev Prat. 2005 Nov 30;55(18):2003-13. PMID: 16419905 Review. French.</p>
<p>[Cervical spondylodiscitis: one pathogen may hide another]. Toubiana J, Salomon J, Ader F, Perronne C, Carlier R, Bernard L. Med Mal Infect. 2006 Jan;36(1):55-7. doi: 10.1016/j.medmal.2005.10.004. Epub 2005 Nov 23. PMID: 16309869 French.</p>
<p>Spontaneous hepatic decompensation in patients coinfectd with HIV and hepatitis C virus during interferon-ribavirin combination treatment. Bani-Sadr F, Carrat F, Rosenthal E, Piroth L, Morand P, Lunel-Fabiani F, Bonarek M, Colin de Verdiere N, Pialoux G, Cacoub P, Pol S, Perronne C; ANRS HC02-Ribavirin Study Team. Clin Infect Dis. 2005 Dec 15;41(12):1806-9. doi: 10.1086/498312. Epub 2005 Nov 11. PMID: 16288408 Clinical Trial.</p>

<p>[Efficacy and safety of extended-release clarithromycin (5-day short-course) vs telithromycin, in acute bacterial exacerbation of chronic bronchitis]. Perronne C, Drugeon H, Zuck P, Filipecki J, Vincent-Lacaze N, Goldfarb G, Léophonte P. Med Mal Infect. 2005 Oct;35(10):507-15. doi: 10.1016/j.medmal.2005.07.002. Epub 2005 Oct 18. PMID: 16239090 Clinical Trial. French.</p>
<p>Risk factors for symptomatic mitochondrial toxicity in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients during interferon plus ribavirin-based therapy. Bani-Sadr F, Carrat F, Pol S, Hor R, Rosenthal E, Goujard C, Morand P, Lunel-Fabiani F, Salmon-Ceron D, Piroth L, Pialoux G, Bentata M, Cacoub P, Perronne C; ANRS Hc02-Ribavir Study Team. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005 Sep 1;40(1):47-52. doi: 10.1097/01.qai.0000174649.51084.46. PMID: 16123681</p>
<p>Management of chronic hepatitis C in French departments of internal medicine and infectious diseases. Cacoub P, Goderel I, Morlat P, Sene D, Myers RP, Alric L, Loustaud-Ratti V, Melin P, Limal N, Ouzan D, Perronne C, Carrat F; GERMIVIC Group. Epidemiol Infect. 2005 Apr;133(2):305-14. doi: 10.1017/s0950268804003486. PMID: 15816156 Free PMC article.</p>
<p>[Intolerance to and/or drug interactions of anti-HIV and anti-HVC therapy]. Galpérine T, Merle C, de Truchis P, Bernard L, Perronne C. Med Mal Infect. 2005 Mar;35(3):135-40. doi: 10.1016/j.medmal.2004.11.004. PMID: 15911183 Review. French.</p>
<p>HIV and hepatitis C virus co-infection. Carrat F, Perronne C; ANRS HC02-RIBAVIC study team. Lancet Infect Dis. 2005 Feb;5(2):71. doi: 10.1016/S1473-3099(05)01263-6. PMID: 15680774 No abstract available.</p>
<p>Workshop report treating hepatitis C in HIV-infected patients: where are we now? Perronne C. Antivir Ther. 2005;10(5):691-4. PMID: 16152763</p>
<p>Pegylated interferon alfa-2b vs standard interferon alfa-2b, plus ribavirin, for chronic hepatitis C in HIV-infected patients: a randomized controlled trial. Carrat F, Bani-Sadr F, Pol S, Rosenthal E, Lunel-Fabiani F, Benzekri A, Morand P, Goujard C, Pialoux G, Piroth L, Salmon-Céron D, Degott C, Cacoub P, Perronne C; ANRS HCO2 RIBAVIC Study Team. JAMA. 2004 Dec 15;292(23):2839-48. doi: 10.1001/jama.292.23.2839. PMID: 15598915 Clinical Trial.</p>
<p>[Is bone infection of endogenous or exogenous origin? A pathophysiological approach]. Ader F, Salomon J, Perronne C, Bernard L. Med Mal Infect. 2004 Nov;34(11):530-7. PMID: 15620057 Review. French.</p>
<p>Value of preoperative investigations in diagnosing prosthetic joint infection: retrospective cohort study and literature review. Bernard L, Lübbecke A, Stern R, Bru JP, Feron JM, Peyramond D, Denormandie P, Arvieux C, Chirouze C, Perronne C, Hoffmeyer P; Groupe D'Etude Sur L'Ostéite. Scand J Infect Dis. 2004;36(6-7):410-6. doi: 10.1080/00365540410015240. PMID: 15307559 Review.</p>
<p>R57K polymorphism in the human immunodeficiency virus type 1 protease as predictor of early virological failure in a cohort of antiretroviral-naïve patients treated mostly with a nelfinavir-containing regimen. Masquelier B, Droz C, Dary M, Perronne C, Ferré V, Spire B, Descamps D, Raffi F, Brun-Vézinet F, Chêne G; APROCO/COPILOTE Study Group. Antimicrob Agents Chemother. 2003 Nov;47(11):3623-6. doi: 10.1128/aac.47.11.3623-3626.2003. PMID: 14576131 Free PMC article. Clinical Trial.</p>
<p>Isolated splenic cat scratch disease. Bernard L, Ghez D, Perronne C. Clin Infect Dis. 2003 Sep 15;37(6):860; author reply 860-1. doi: 10.1086/377264. PMID: 12955654 No abstract available.</p>
<p>Mortality due to hepatitis C-related liver disease in HIV-infected patients in France (Mortavic 2001 study). Rosenthal E, Poirée M, Pradier C, Perronne C, Salmon-Ceron D, Geffray L, Myers RP, Morlat P, Pialoux G, Pol S, Cacoub P; GERMIVIC Joint Study Group. AIDS. 2003 Aug 15;17(12):1803-9. doi: 10.1097/00002030-200308150-00009. PMID: 12891066</p>
<p>An outbreak of acute pulmonary histoplasmosis in members of a trekking trip in Martinique, French West Indies. Salomon J, Flament Saillour M, De Truchis P, Bournoux ME, Dromer F, Dupont B, de Saint-Hardouin G, Perronne C. J Travel Med. 2003 Mar-Apr;10(2):87-93. doi: 10.2310/7060.2003.31755. PMID: 12650650</p>
<p>[Immunodeficiency and tuberculosis]. Billy C, Perronne C. Rev Prat. 2002 Dec 1;52(19):2139-43. PMID: 12602236 Review. French.</p>
<p>Relationship between levels of indinavir in hair and virologic response to highly active antiretroviral therapy. Bernard L, Vuagnat A, Peytavin G, Hallouin MC, Bouhour D, Nguyen TH, Vildé JL, Bricaire F, Raguin G, de Truchis P, Ghez D, Duong M, Perronne C. Ann Intern Med. 2002 Oct 15;137(8):656-9. doi: 10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00009. PMID: 12379065</p>
<p>Longitudinal evolution of HIV-1-associated lipodystrophy is correlated to serum cortisol:DHEA ratio and IFN-alpha. Christeff N, De Truchis P, Melchior JC, Perronne C, Gougeon ML. Eur J Clin Invest. 2002 Oct;32(10):775-84. doi: 10.1046/j.1365-2362.2002.01068.x. PMID: 12406027</p>

<p>Factors related to lipodystrophy and metabolic alterations in patients with human immunodeficiency virus infection receiving highly active antiretroviral therapy. Savès M, Raffi F, Capeau J, Rozenbaum W, Ragnaud JM, Perronne C, Basdevant A, Leport C, Chêne G; Antiprotéases Cohorte (APROCO) Study Group. Clin Infect Dis. 2002 May 15;34(10):1396-405. doi: 10.1086/339866. Epub 2002 Apr 22. PMID: 11981737</p>
<p>[Treatment of chronic hepatitis C in patients coinfecting with HIV: tolerability, drug interactions, therapeutic indications]. Perronne C. Gastroenterol Clin Biol. 2002 Apr;26 Spec No 2:B274-82. PMID: 12180301 Review. French. No abstract available.</p>
<p>[Treatment of tuberculosis infection]. Billy C, Perronne C. Ann Med Interne (Paris). 2002 Mar;153(2):119-27. PMID: 12037494 Review. French.</p>
<p>Increased serum interferon alpha in HIV-1 associated lipodystrophy syndrome. Christeff N, Melchior JC, de Truchis P, Perronne C, Gougeon ML. Eur J Clin Invest. 2002 Jan;32(1):43-50. doi: 10.1046/j.0014-2972.2001.00940.x. PMID: 11851726</p>
<p>[Practice guidelines for antibiotic therapy of respiratory tract infections in routine practice]. Trémolières F, Perronne C. Presse Med. 2001 Dec 1;30(36):1764-5. PMID: 11771200 French. No abstract available.</p>
<p>Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) for the treatment of osteomyelitis: evaluation of efficacy, tolerance and cost. Bernard L, El-Hajj, Pron B, Lotthé A, Gleizes V, Signoret F, Denormandie P, Gaillard JL, Perronne C. J Clin Pharm Ther. 2001 Dec;26(6):445-51. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00380.x. PMID: 11722682</p>
<p>[Indinavir-ritonavir combination: pharmacologic results and tolerance in patients infected by HIV]. Bani-Sadr F, Perré P, Peytavin G, Bernard L, Melchior JC, Perronne C, de Truchis P. Presse Med. 2001 Apr 21;30(15):731-5. PMID: 11360738 Clinical Trial. French.</p>
<p>Mortality among human immunodeficiency virus-infected patients with cirrhosis or hepatocellular carcinoma due to hepatitis C virus in French Departments of Internal Medicine/Infectious Diseases, in 1995 and 1997. Cacoub P, Geffray L, Rosenthal E, Perronne C, Veyssier P, Raguin G; Joint Study Group on Hepatitis C Virus of the French National Society of Internal Medicine and the French Society of Infectious Diseases (GERMVIC Study Group). Clin Infect Dis. 2001 Apr 15;32(8):1207-14. doi: 10.1086/319747. Epub 2001 Mar 28. PMID: 11283811</p>
<p>[Anti-infection prophylaxis after sexual assault. Experience of the Raymond Poincaré-Garches Hospital]. Bani-Sadr F, Teissiere F, Curie I, Bernard L, Melchior JC, Brion F, Durigon M, Perronne C, de Truchis P. Presse Med. 2001 Feb 17;30(6):253-8. PMID: 11252969 French.</p>
<p>[Pneumococcal infections and risk factors: in whom should we prevent?]. Perronne C. Rev Pneumol Clin. 2001 Feb;57(1 Pt 2):67-9. PMID: 11428239 French. No abstract available.</p>
<p>Bartonella henselae infection mimicking a splenic lymphoma. Ghez D, Bernard L, Bayou E, Bani-Sadr F, Vallée C, Perronne C. Scand J Infect Dis. 2001;33(12):935-6. doi: 10.1080/00365540110076705. PMID: 11868771</p>
<p>Definite streptococcus bovis endocarditis: characteristics in 20 patients. Duval X, Papastamopoulos V, Longuet P, Benoit C, Perronne C, Leport C, Vildé JL. Clin Microbiol Infect. 2001 Jan;7(1):3-10. doi: 10.1046/j.1469-0691.2001.00190.x. PMID: 11284936</p>
<p>[Spontaneous remission of cytomegalovirus retinitis in a patient infected with the human immunodeficiency virus]. el-Hajj L, Bani-Sadr F, Moussallati H, Coheureau I, de Truchis P, Perronne C. Ann Med Interne (Paris). 2000 Mar;151(2):147-9. PMID: 10855368 French.</p>
<p>[1977 mortality rate in HIV-infected patients presenting with hepatitis C cirrhosis. Results of the GERMIVC multicenter survey conducted in French departments of internal medicine or infectious disease]. Geffray L, Rosenthal E, Cacoub P, Perronne C, Veyssier P, Raguin G, Cevallos R, Patey O, Bouchard O, Loury I, Delarocque E, Goujard C, Estavoyer JM, Dupont C, Grappin M, Morand P, Laurichesse H, Vuitton D. Rev Med Interne. 1999 Dec;20(12):1082-7. doi: 10.1016/s0248-8663(00)87521-9. PMID: 10635069 French.</p>
<p>Mycobacterium kansasii septic arthritis: French retrospective study of 5 years and review. Bernard L, Vincent V, Lortholary O, Raskine L, Vettier C, Colatris D, Mechali D, Bricaire F, Bouvet E, Sadr FB, Lalande V, Perronne C. Clin Infect Dis. 1999 Dec;29(6):1455-60. doi: 10.1086/313519. PMID: 10585795 Review.</p>
<p>Lipodystrophy defined by a clinical score in HIV-infected men on highly active antiretroviral therapy: correlation between dyslipidaemia and steroid hormone alterations. Christeff N, Melchior JC, de Truchis P, Perronne C, Nunez EA, Gougeon ML. AIDS. 1999 Nov 12;13(16):2251-60. doi: 10.1097/00002030-19991120-00007. PMID: 10563710 Clinical Trial.</p>
<p>Evaluation of the effect of interleukin-10 on the multiplication of Mycobacterium avium complex in human macrophages and in C57BL/6 mice.</p>

<p>Geerdes-Fenge HF, Cohen Y, Perronne C, Bertrand G, Carbon C. Clin Microbiol Infect. 1999 Sep;5(9):560-566. doi: 10.1111/j.1469-0691.1999.tb00435.x. PMID: 11851709</p>
<p>Tuberculosis, HIV infection, and malnutrition: an infernal trio in central Africa. Perronne C. Nutrition. 1999 Apr;15(4):321-2. doi: 10.1016/s0899-9007(99)00011-8. PMID: 10319366 Review. No abstract available.</p>
<p>Indinavir concentrations in hair from patients receiving highly active antiretroviral therapy. Bernard L, Peytavin G, Vuagnat A, de Truchis P, Perronne C. Lancet. 1998 Nov 28;352(9142):1757-8. doi: 10.1016/S0140-6736(05)79831-7. PMID: 9848361 No abstract available.</p>
<p>[Forum on bacterial resistance]. Bergogne-Bérézin E, Courvalin P, Gehanno P, Demaresy J, Perronne C, Ducluzeau R. Presse Med. 1998 Nov 14;27(35):1796-800. PMID: 9850699 French.</p>
<p>Management of infections due to the varicella-zoster virus. 11th consensus conference on anti-infectious therapy of the French-speaking Society of Infectious Diseases (SPILF). Peyramond D, Chidiac C, Lucht F, Perronne C, Saimot AG, Soussy JC, Stahl JP. Eur J Dermatol. 1998 Sep;8(6):397-402. PMID: 9729449 Review. No abstract available.</p>
<p>Mycobacterial infection models. Perronne C. Clin Microbiol Infect. 1998;4(10):553-556. doi: 10.1111/j.1469-0691.1998.tb00035.x. PMID: 11864241 No abstract available.</p>
<p>[The natural history of tuberculosis infection and skin tuberculin reaction]. Flament-Saillour M, Perronne C. Rev Mal Respir. 1997 Dec;14 Suppl 5:S27-32. PMID: 9496589 Review. French.</p>
<p>Hypertrophy of the breasts in a patient treated with indinavir. Herry I, Bernard L, de Truchis P, Perronne C. Clin Infect Dis. 1997 Oct;25(4):937-8. doi: 10.1086/597649. PMID: 9356823 No abstract available.</p>
<p>Comparison of combination therapy regimens for treatment of human immunodeficiency virus-infected patients with disseminated bacteremia due to Mycobacterium avium. ANRS Trial 033 Curavium Group. Agence Nationale de Recherche sur le Sida. May T, Brel F, Beuscart C, Vincent V, Perronne C, Doco-Lecompte T, Saint-Marc T, Dautzenberg B, Grosset J. Clin Infect Dis. 1997 Sep;25(3):621-9. doi: 10.1086/513753. PMID: 9314450 Clinical Trial.</p>
<p>[Osteoarticular tuberculosis today]. Bernard L, Perronne C. Presse Med. 1997 Mar 8;26(7):308-10. PMID: 9122136 French.</p>
<p>[Primary chemoprevention of tuberculosis in HIV-infected patients in non-industrialized countries]. Anglaret X, Dabis F, Batungwanayo J, Perronne C, Taelman H, Bonard D, Sylla-Koko F, Leroy V, Van de Perre P, Vildé JL, Salamon R. Sante. 1997 Mar-Apr;7(2):89-94. PMID: 9273126 Review. French.</p>
<p>[Central nervous system infection due to Herpes simplex virus in AIDS]. Chrétien F, Bélec L, Wingerstmann L, de Truchis P, Baudrimont M, Perronne C, Gray F. Arch Anat Cytol Pathol. 1997;45(2-3):153-8. PMID: 9382607 Review. French.</p>
<p>[Prevention of tuberculosis in immunocompromised patients]. Perronne C. Ann Med Interne (Paris). 1997;148(3):226-9. PMID: 9255330 Review. French.</p>
<p>[Current status in the prevention of Mycobacterium avium complex infections in patients with HIV infection]. Doco-Lecompte T, Brel F, May T, Perronne C. Ann Med Interne (Paris). 1997;148(2):167-71. PMID: 9238443 Review. French.</p>
<p>[Varicella and herpes zoster. Epidemiology, physiopathology, diagnosis, development, treatment]. Perronne C. Rev Prat. 1996 Oct 15;46(16):2009-14. PMID: 8978209 French. No abstract available.</p>
<p>Mycobacterium avium complex infection in mice: lack of exacerbation after LP-BM5 murine leukemia virus infection. Grassi F, Perronne C, Levacher-Clergeot M, Cohen Y, Maslo C, Chau F, Sinet M, Pocard JJ. Infect Immun. 1996 Apr;64(4):1203-7. doi: 10.1128/IAI.64.4.1203-1207.1996. PMID: 8606079 Free PMC article.</p>
<p>Pulmonary capillary blood volume in patients with probable pulmonary Kaposi's sarcoma. Camus F, de Picciotto C, Gerbe J, Roy S, Bouchaud O, Casalino E, Perronne C. Thorax. 1996 Feb;51(2):204-6. doi: 10.1136/thx.51.2.204. PMID: 8711659 Free PMC article.</p>
<p>Analysis of the immunological humoral response to Mycobacterium tuberculosis glycolipid antigens (DAT, PGLTb1) for diagnosis of tuberculosis in HIV-seropositive and -seronegative patients. Simonney N, Molina JM, Molimard M, Oksenhendler E, Perronne C, Lagrange PH. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1995 Oct;14(10):883-91. doi: 10.1007/BF01691495.</p>

PMID: 8605902 [Azithromycin and Mycobacterium avium infection]. Perronne C. Pathol Biol (Paris). 1995 Jun;43(6):565-7. PMID: 8539084 Review. French.
Activities of roxithromycin against Mycobacterium avium infections in human macrophages and C57BL/6 mice. Struillou L, Cohen Y, Lounis N, Bertrand G, Grosset J, Vildé JL, Pocidal JJ, Perronne C. Antimicrob Agents Chemother. 1995 Apr;39(4):878-81. doi: 10.1128/aac.39.4.878. PMID: 7785988 Free PMC article.
Ginkgo biloba extract EGb 761 is not active against Mycobacterium avium infection in C57BL/6 mice. Struillou L, Cohen Y, Vildé JL, Pocidal JJ, Perronne C. Antimicrob Agents Chemother. 1995 Apr;39(4):1013-4. doi: 10.1128/aac.39.4.1013. PMID: 7785973 Free PMC article. No abstract available.
[Mycobacterial infections in AIDS]. Perronne C. Rev Prat. 1995 Mar 15;45(6):729-32. PMID: 7754311 Review. French.
Use of normal C57BL/6 mice with established Mycobacterium avium infections as an alternative model for evaluation of antibiotic activity. Cohen Y, Perronne C, Lazard T, Truffot-Pernot C, Grosset J, Vilde JL, Pocidal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1995 Mar;39(3):735-8. doi: 10.1128/aac.39.3.735. PMID: 7793882 Free PMC article.
Mefloquine-associated hypoglycaemia in a cachectic AIDS patient. Assan R, Perronne C, Chotard L, Larger E, Vilde JL. Diabete Metab. 1995 Feb;21(1):54-8. PMID: 7781845
[Pneumopathies caused by Streptococcus pneumoniae in 27 HIV infected patients]. Duval X, Paty MC, Longuet P, Lacassin F, Perronne C, Leport C, Vildé JL. Presse Med. 1995 Apr 15-22;24(15):715-8. PMID: 7784403 French.
[Genetic diagnosis of mycobacterium infections by polymerase chain reaction (PCR)]. Perronne C, Vincent V. Ann Dermatol Venereol. 1995;122(4):213-5. PMID: 8526415 French.
[A case of avian salmonellosis]. Lacassin F, Mino JC, Benoit C, Perronne C, Leport C, Vildé JL. Rev Med Interne. 1995;16(1):77-8. doi: 10.1016/0248-8663(96)80671-0. PMID: 7871277 French. No abstract available.
Pentamidine-induced derangements of glucose homeostasis. Determinant roles of renal failure and drug accumulation. A study of 128 patients. Assan R, Perronne C, Assan D, Chotard L, Mayaud C, Matheron S, Zucman D. Diabetes Care. 1995 Jan;18(1):47-55. doi: 10.2337/diacare.18.1.47. PMID: 7698047
Clarithromycin-minocycline combination as salvage therapy for toxoplasmosis in patients infected with human immunodeficiency virus. Lacassin F, Schaffo D, Perronne C, Longuet P, Leport C, Vilde JL. Antimicrob Agents Chemother. 1995 Jan;39(1):276-7. doi: 10.1128/aac.39.1.276. PMID: 7695324 Free PMC article. No abstract available.
[Multidrug-resistant tuberculosis. Epidemiology, treatment, prevention and diagnostic research]. Perronne C, de Truchis P. Rev Med Interne. 1995;16(7):547-52. doi: 10.1016/0248-8663(96)80752-1. PMID: 7569425 Review. French.
Myelitis due to Toxoplasma gondii in a patient with AIDS. Lortholary O, Lisovski F, Bréchet JM, Longuet P, Perronne C, Leport C, Vildé JL. Clin Infect Dis. 1994 Dec;19(6):1167-8. doi: 10.1093/clinids/19.6.1167. PMID: 7888561 No abstract available.
Fever of unknown origin in HIV-infected patients: a critical analysis of a retrospective series of 57 cases. Bissuel F, Leport C, Perronne C, Longuet P, Vilde JL. J Intern Med. 1994 Nov;236(5):529-35. doi: 10.1111/j.1365-2796.1994.tb00840.x. PMID: 7964429
Empiric antituberculosis treatment: benefits for earlier diagnosis and treatment of tuberculosis. Anglaret X, Saba J, Perronne C, Lacassin F, Longuet P, Leport C, Vildé JL. Tuber Lung Dis. 1994 Oct;75(5):334-40. doi: 10.1016/0962-8479(94)90078-7. PMID: 7841426
Pyogenic and tuberculous spondylodiskitis (vertebral osteomyelitis) in 80 adult patients. Perronne C, Saba J, Behloul Z, Salmon-Céron D, Leport C, Vildé JL, Kahn MF. Clin Infect Dis. 1994 Oct;19(4):746-50. doi: 10.1093/clinids/19.4.746. PMID: 7803642
Chloroquine does not enhance the activity of clarithromycin against multiplication of Mycobacterium avium within human macrophages. Lazard T, Perronne C, Truffot-Pernot C, Grosset J, Vildé JL, Pocidal JJ. Tuber Lung Dis. 1994 Aug;75(4):283-5. doi: 10.1016/0962-8479(94)90133-3. PMID: 7949074
[Association of tuberculosis and HIV infection]. Perronne C. Presse Med. 1994 Apr 23;23(16):731-3.

<p>PMID: 8078821 French.</p> <p>[Recurrence of cerebral toxoplasmosis in 15 AIDS patients]. Walckenaer G, Lepout C, Longuet P, Perronne C, Lacassin F, Vildé JL. Ann Med Interne (Paris). 1994;145(3):181-4. PMID: 8092633 French.</p>
<p>Prolonged and fatal disseminated cytomegalovirus infection in an immunocompetent woman. Rousseau F, Perronne C, Dény P, Mestassi R, Laraki H, Marche C, Lepout C, Vildé JL. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1993 Dec;12(12):938-40. doi: 10.1007/BF01992168. PMID: 8187789</p>
<p>[Vancomycin in meningitis caused by penicillin G resistant Streptococcus pneumoniae]. Longuet P, Vallée E, Michel M, Perronne C, Janvier M, Lepout C, Vildé JL. Presse Med. 1993 Nov 20;22(36):1818-9. PMID: 8309909 French.</p>
<p>Herpes simplex virus type 2 DNA in cerebrospinal fluid of a woman with recurrent meningitis. Lortholary O, Rozenberg F, Perronne C, Djebbour S, Lepout C, Vilde JL. Clin Infect Dis. 1993 Nov;17(5):941-2. doi: 10.1093/clinids/17.5.941. PMID: 8286655 No abstract available.</p>
<p>Cytomegalovirus resistant to foscarnet: clinicovirologic correlation in a patient with human immunodeficiency virus. Lepout C, Puget S, Pepin JM, Levy S, Perronne C, Brun-Vezinet F, Vildé JL. J Infect Dis. 1993 Nov;168(5):1329-30. doi: 10.1093/infdis/168.5.1329. PMID: 8228376 No abstract available.</p>
<p>Necrotizing retinitis and cerebral vasculitis due to varicella-zoster virus in patients infected with the human immunodeficiency virus. Rousseau F, Perronne C, Raguin G, Thouvenot D, Vidal A, Lepout C, Vildé JL. Clin Infect Dis. 1993 Nov;17(5):943-4. doi: 10.1093/clinids/17.5.943. PMID: 8135942 No abstract available.</p>
<p>Pulmonary function tests in HIV-infected patients. Camus F, de Picciotto C, Gerbe J, Matheron S, Perronne C, Bouvet E. AIDS. 1993 Aug;7(8):1075-9. doi: 10.1097/00002030-199308000-00008. PMID: 8397943</p>
<p>Clarithromycin, minocycline, and rifabutin treatments before and after infection of C57BL/6 mice with Mycobacterium avium. Lazard T, Perronne C, Grosset J, Vilde JL, Pocidal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1993 Aug;37(8):1690-2. doi: 10.1128/aac.37.8.1690. PMID: 8215285 Free PMC article.</p>
<p>Primary cytomegalovirus infection associated with the onset of ulcerative colitis. Lortholary O, Perronne C, Lepout J, Lepout C, Vildé JL. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1993 Jul;12(7):570-2. doi: 10.1007/BF01970971. PMID: 8404926 No abstract available.</p>
<p>[Infectious sinusitis in HIV infection. Clinical and therapeutic data on 20 patients]. Lacassin F, Longuet P, Perronne C, Lepout C, Gehanno P, Vildé JL. Presse Med. 1993 May 29;22(19):899-902. PMID: 8378279 French.</p>
<p>Efficacy of granulocyte colony-stimulating factor and RU-40555 in combination with clarithromycin against Mycobacterium avium complex infection in C57BL/6 mice. Lazard T, Perronne C, Cohen Y, Grosset J, Vilde JL, Pocidal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1993 Apr;37(4):692-5. doi: 10.1128/aac.37.4.692. PMID: 7684213 Free PMC article.</p>
<p>Multiple-drug-resistant tuberculosis: current aspects in industrialized countries, and future strategies. Perronne C. Res Microbiol. 1993 Feb;144(2):129-33. doi: 10.1016/0923-2508(93)90027-y. PMID: 8337470 Review. No abstract available.</p>
<p>[Anatomo-clinical conference. Hôpital Bichat-Claude Bernard. Case No. 2-1993. Recurrent subcutaneous and peritoneal abscesses]. Piette JC, Saba J, Perronne C, Le Charpentier Y. Ann Med Interne (Paris). 1993;144(4):251-6. PMID: 8368717 French. No abstract available.</p>
<p>Sparfloxacin, ethambutol, and cortisol receptor inhibitor RU-40 555 treatment for disseminated Mycobacterium avium complex infection of normal C57BL/6 mice. Perronne C, Cohen Y, Truffot-Pernot C, Grosset J, Vildé JL, Pocidal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1992 Nov;36(11):2408-12. doi: 10.1128/aac.36.11.2408. PMID: 1336944 Free PMC article.</p>
<p>Activities of WIN-57273, minocycline, clarithromycin, and 14-hydroxy-clarithromycin against Mycobacterium avium complex in human macrophages. Cohen Y, Perronne C, Truffot-Pernot C, Grosset J, Vilde JL, Pocidal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1992 Oct;36(10):2104-7. doi: 10.1128/aac.36.10.2104. PMID: 1332586 Free PMC article.</p>
<p>Should pulmonary tuberculosis be an AIDS-defining diagnosis in patients infected with HIV? Perronne C, Ghoubontni A, Lepout C, Salmon-Céron D, Bricaire F, Vildé JL. Tuber Lung Dis. 1992 Feb;73(1):39-44. doi: 10.1016/0962-8479(92)90078-X. PMID: 1525376</p>
<p>Bone manifestations associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Sabbagh M, Meyer O, De Bandt M, Salomon-Ceron D, Perronne C, Rosenbaum W, Trémolière F, Kahn MF. Ann Med Interne (Paris). 1992;143(1):50-6. PMID: 1605462 Review.</p>
<p>Long term evolution of adult onset Still's disease seen in an infectious diseases department.</p>

<p>Godeau B, Lepout C, Perronne C, Salmon-Ceron D, Vilde JL, Kahn MF. Ann Rheum Dis. 1991 Dec;50(12):968. doi: 10.1136/ard.50.12.968-a. PMID: 1768176 Free PMC article. No abstract available.</p>
<p>Rifabutin in combination with clofazimine, isoniazid and ethambutol in the treatment of AIDS patients with infections due to opportunist mycobacteria. Groupe d'Etude et de Traitement des Infections à Mycobacteries Résistantes. Dautzenberg B, Truffot C, Mignon A, Rozenbaum W, Katlama C, Perronne C, Parrot R, Grosset J. Tubercle. 1991 Sep;72(3):168-75. doi: 10.1016/0041-3879(91)90002-a. PMID: 1663282 Clinical Trial.</p>
<p>Activities of sparfloxacin, azithromycin, temafloxacin, and rifapentine compared with that of clarithromycin against multiplication of Mycobacterium avium complex within human macrophages. Perronne C, Gikas A, Truffot-Pernot C, Grosset J, Vilde JL, Pocardal JJ. Antimicrob Agents Chemother. 1991 Jul;35(7):1356-9. doi: 10.1128/aac.35.7.1356. PMID: 1656860 Free PMC article.</p>
<p>[Relapse of parathyroid fever after ten days' treatment with pefloxacin]. Balloul H, Perronne C, Thiollier S, Vachon F. Presse Med. 1991 Feb 9;20(5):221. PMID: 1826155 French. No abstract available.</p>
<p>[Neuromeningeal Listeria infections in adults. Clinical, biological and therapeutic aspects. Apropos of 36 cases]. Lazanas M, Perronne C, Lepout C, Salmon-Ceron D, Bricaire F, Vilde JL. Ann Med Interne (Paris). 1991;142(2):95-8. PMID: 2064172 French.</p>
<p>[A case of nocardiosis revealing acquired immunodeficiency syndrome]. Balloul H, Perronne C, el Rassi R, Bouali I, Vachon F. Ann Med Interne (Paris). 1991;142(6):457-9. PMID: 1772188 French. No abstract available.</p>
<p>Predictive value of cytomegalovirus viraemia for the occurrence of CMV organ involvement in AIDS. Salmon D, Lacassin F, Harzic M, Lepout C, Perronne C, Bricaire F, Brun-Vezinet F, Vilde JL. J Med Virol. 1990 Nov;32(3):160-3. doi: 10.1002/jmv.1890320306. PMID: 1980687</p>
<p>Activities of clarithromycin, sulfisoxazole, and rifabutin against Mycobacterium avium complex multiplication within human macrophages. Perronne C, Gikas A, Truffot-Pernot C, Grosset J, Pocardal JJ, Vilde JL. Antimicrob Agents Chemother. 1990 Aug;34(8):1508-11. doi: 10.1128/aac.34.8.1508. PMID: 2171421 Free PMC article.</p>
<p>Varicella in patients infected with the human immunodeficiency virus. Perronne C, Lazanas M, Lepout C, Simon F, Salmon D, Dallot A, Vildé JL. Arch Dermatol. 1990 Aug;126(8):1033-6. PMID: 2166482</p>
<p>Antibodies to Epstein-Barr virus in 50 patients with thymic tumor. Perronne C, Ooka T, Decaussin G, De Thé G, Berrih-Aknin S, Verley JM. JAMA. 1990 Aug 1;264(5):570-1. PMID: 2164111 No abstract available.</p>
<p>Hypoglycaemia and diabetes mellitus following parenteral pentamidine mesylate treatment in AIDS patients. Perronne C, Bricaire F, Lepout C, Assan D, Vilde JL, Assan R. Diabet Med. 1990 Aug;7(7):585-9. doi: 10.1111/j.1464-5491.1990.tb01453.x. PMID: 2146064</p>
<p>[Visceral leishmaniasis disclosed by histiocytosis with erythrophagocytosis]. Lazanas M, Perronne C, Lomverdós D, Galariotis C, Arapakis G, Vilde JL. Presse Med. 1990 Apr 21;19(16):765. PMID: 2140169 French. No abstract available.</p>
<p>[Zona in 50 patients infected by human immunodeficiency virus. Clinical manifestations and prognostic value]. Perronne C, Lazanas M, Bellou A, Lepout C, Canton P, Vildé JL. Presse Med. 1990 Apr 21;19(16):752-4. PMID: 1971106 French.</p>
<p>[Listeria monocytogenes endocarditis in a patient with mechanical valve prosthesis]. Lazanas M, Perronne C, Lepout C, Kitzis M, Morgant C, Vahanian A. Presse Med. 1990 Mar 31;19(12):571. PMID: 2139221 French. No abstract available.</p>
<p>Role of IgG and complement component C5 in the initial course of experimental cryptococcosis. Dromer F, Perronne C, Barge J, Vilde JL, Yeni P. Clin Exp Immunol. 1989 Dec;78(3):412-7. PMID: 2612053 Free PMC article.</p>
<p>An open study of the pyrimethamine-clindamycin combination in AIDS patients with brain toxoplasmosis. Lepout C, Bastuji-Garin S, Perronne C, Salmon D, Marche C, Bricaire F, Vilde JL. J Infect Dis. 1989 Sep;160(3):557-8. doi: 10.1093/infdis/160.3.557. PMID: 2760509 No abstract available.</p>
<p>Evaluation of teicoplanin for treatment of endocarditis caused by gram-positive cocci in 20 patients. Lepout C, Perronne C, Massip P, Canton P, Leclercq P, Bernard E, Lutun P, Garaud JJ, Vilde JL. Antimicrob Agents Chemother. 1989 Jun;33(6):871-6. doi: 10.1128/aac.33.6.871. PMID: 2527483 Free PMC article.</p>
<p>[Acute regressive hearing loss in infectious mononucleosis]. Perronne C, Lazanas M, Lepout C, Clair B, Gehanno P, Vilde JL. Presse Med. 1989 Mar 18;18(11):585. PMID: 2523060 French. No abstract available.</p>

<p>Staphylococcus lugdunensis endocarditis. Etienne J, Pangon B, Leport C, Wolff M, Clair B, Perronne C, Brun Y, Buré A. Lancet. 1989 Feb 18;1(8634):390. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91770-4. PMID: 2563548 No abstract available.</p>
<p>Bacterial prostatitis in patients infected with the human immunodeficiency virus. Leport C, Rousseau F, Perronne C, Salmon D, Joerg A, Vilde JL. J Urol. 1989 Feb;141(2):334-6. doi: 10.1016/s0022-5347(17)40759-2. PMID: 2643725</p>
<p>[Behçet's disease and tricuspid endocarditis]. Chakroun M, Leport C, Perronne C, Andreassian B, Hvass U, Vilde JL. Ann Med Interne (Paris). 1989;140(3):230-1. PMID: 2669606 Review. French. No abstract available.</p>
<p>[Dysgeusia during treatment with enalapril]. Perronne C, Gerbaud L, Leport C, Vilde JL. Therapie. 1989 Jan-Feb;44(1):67. PMID: 2544036 French. No abstract available.</p>
<p>Effects of zidovudine in 365 consecutive patients with AIDS or AIDS-related complex. Dournon E, Matheron S, Rozenbaum W, Gharakhanian S, Michon C, Girard PM, Perronne C, Salmon D, De Truchis P, Leport C, et al. Lancet. 1988 Dec 3;2(8623):1297-302. doi: 10.1016/s0140-6736(88)92903-0. PMID: 2904016</p>
<p>[Retrospective bacteriological study of mycobacterial infections in patients with acquired immunodeficiency syndrome]. Pangon B, Michon C, Bizet C, Perronne C, Katlama C, Marche C, Lévy-Frébault V, Buré A. Presse Med. 1988 May 21;17(19):945-8. PMID: 2967954 French.</p>
<p>[Cryptococcal meningitis in a patient with rheumatoid arthritis]. De Bandt M, Delecoeuillerie G, Perronne C, Leport C, Paolaggi JB. Presse Med. 1988 Apr 2;17(12):592-3. PMID: 2967488 French. No abstract available.</p>
<p>[Third generation cephalosporins, monobactams and carbapenems]. Perronne C, Vildé JL. Rev Prat. 1988 Mar 10;38(8):469-76. PMID: 3163818 French. No abstract available.</p>
<p>[New antibiotics in 1988]. Perronne C, Vilde JL. Ann Dermatol Venereol. 1988;115(9):969-72. PMID: 2975928 French. No abstract available.</p>
<p>[Tuberculosis in patients infected with the human immunodeficiency virus. 30 cases]. Perronne C, Zahraoui M, Leport C, Salmon D, Pangon B, Bricaire F, Vildé JL. Presse Med. 1988 Aug 27-Sep 3;17(29):1479-83. PMID: 2971192 French.</p>
<p>[Regressive isolated deafness in Mediterranean boutonneuse fever]. Perronne C, Leport C, Bedos JP, Zahraoui M, Gehanno P, Himmich H. Presse Med. 1987 Oct 10;16(33):1653. PMID: 2959930 French. No abstract available.</p>
<p>Benign cytomegalovirus mononucleosis in non-AIDS, HIV-infected patients. Leport C, Harzic M, Pignon JM, Salmon D, Perronne C, Bricaire F, Vilde JL. Lancet. 1987 Jul 25;2(8552):214. doi: 10.1016/s0140-6736(87)90790-2. PMID: 2885663 No abstract available.</p>
<p>Treatment of Staphylococcus aureus endocarditis in rats with coumermycin A1 and ciprofloxacin, alone or in combination. Perronne CM, Malinverni R, Glauser MP. Antimicrob Agents Chemother. 1987 Apr;31(4):539-43. doi: 10.1128/aac.31.4.539. PMID: 3606060 Free PMC article.</p>
<p>[Adrenal lesions in AIDS: anatomopathological study]. Bricaire F, Marche C, Zoubi D, Perronne C, Matheron S, Rouveix E, Vittecoq D. Ann Med Interne (Paris). 1987;138(8):607-9. PMID: 3450207 French.</p>
<p>[Failure of new beta-lactam antibiotics in the treatment of severe Enterobacter cloacae infections]. Perronne C, Régnier B, Legrand P, Buré A, Frottier J, Vildé JL, Vachon F. Presse Med. 1986 Oct 18;15(36):1813-8. PMID: 2947158 French.</p>
<p>[Pharyngeal tumor of malignant lymphoma type, spontaneously regressive, in infectious mononucleosis]. Perronne C, Neguesse Y, Gehanno P, De The G, Vilde JL. Presse Med. 1986 Sep 27;15(32):1644-5. PMID: 2949223 French. No abstract available.</p>
<p>Transmission and severity of measles acquired in medical settings. Foulon G, Cottin JF, Matheron S, Perronne C, Bouvet E. JAMA. 1986 Sep 5;256(9):1135-6. PMID: 3735642 No abstract available.</p>
<p>Association of Epstein-Barr virus with lethal midline granuloma. Vilde JL, Perronne C, Huchon A, Leport C, Gehanno P, Marche C, de The G. N Engl J Med. 1985 Oct 31;313(18):1161. doi: 10.1056/NEJM198510313131816. PMID: 2995813 No abstract available.</p>

© La Fondation pour la défense des droits et libertés du peuple (FDDLDP)

Titre du rapport : RAPPORT COVID-19 - QUÉBEC

Auteure du rapport : Rapport d'expert du professeur Christian Perronne, médecin infectiologue, à propos de la COVID-19

Tous droits réservés. Tous droits de traduction et d'adaptation réservés; toute production, reproduction ou publication en totalité ou d'un extrait quelconque de ce rapport par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou, sous une forme matérielle ou numérique quelconque sont strictement interdites sans l'autorisation écrite de l'auteur ou de l'éditeur.

Il est également interdit d'exécuter, de communiquer ou de présenter l'ouvrage en public sans avoir obtenu au préalable l'approbation de l'auteur ou de l'éditeur.

Pour communiquer avec la FDDLDP, écrivez-nous au info@fddlp.org

1^{re} version, Mai 2021, réalisée au Québec