

John Maddox Prize 2026

AFEMISE's observations

This is an automatically translated version of the French message below.

For the attention of Ms Tracey Brown and the members of the John Maddox Prize judging panel

Dear Ms Brown and members of the judging panel,

On behalf of AFEMISE, a French association representing people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) and long COVID, we wish to express our surprise at the shortlisting of Professor Cédric Lemogne.

Our purpose is consistent with the aims of your prize: to uphold rigorous science, encourage public discussion of the evidence and serve the public interest. Our concerns relate to the way the controversy surrounding Professor Lemogne's work is presented, the scope of the scientific interpretations being recognised and their implications for patient care.

We would first like to clarify the nature of our objections, which we do not believe are fully reflected in the public account accompanying this shortlisting.

Your account links the attacks on Professor Lemogne to his conclusion that symptoms can be real and disabling without always being attributable to a single cause. We do not dispute the possibility of multiple mechanisms or the value of investigating the psychological and social dimensions of chronic illness. We have no hostility towards psychiatry. AFEMISE supports comprehensive care, including psychological or psychiatric support where it is wanted or indicated.

Our question is different: what evidence supports attributing symptoms to functional, cognitive or behavioural mechanisms, in which patients, and with what implications for care? In particular, this concerns the role attributed to symptom-focused attention, catastrophic interpretations and avoidance in perpetuating symptoms in the model presented by Professor Lemogne, Professor Brigitte Ranque and Professor Patricia Thoreux. [1] Recognising multiple factors establishes neither their respective causal contributions nor the effectiveness of the proposed interventions.

The institutional context also deserves consideration. A university professor and hospital consultant, Professor Lemogne heads the Department of Adult Psychiatry at Hôtel-Dieu Hospital in Paris and jointly leads a university diploma programme on functional disorders at Université Paris Cité with Professor Ranque. [2, 3] These roles provide him with resources to practise, teach and disseminate his work: his career does not appear to be threatened by the state, industry or powerful lobbying groups. On the announcement of his shortlisting, he publicly thanked Université Paris Cité, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), the Paris public university hospital network, and the AP-HP Foundation, as well as the French National Institute of Health and Medical Research (Inserm), a public health research institution, and ANRS Emerging Infectious Diseases, an agency that coordinates and funds infectious disease research. [4, 5] Taken together, this support places him in a privileged and protected position, far removed from the dangers that other candidates for your prize may face.

Such support does not rule out hostility. However, your account does not specify how the reported attacks have affected his ability to conduct research, provide care or express his

views. For their part, AFEMISE and its members have never met or communicated with Professor Lemogne, particularly as he appears to keep his distance from patient associations. We therefore ask : what documented obstacles justify this particular recognition ? Scientific criticism, however firm, does not in itself constitute an impediment to standing up for science.

The following points examine the scope of the evidence cited and the clinical implications of the interpretations proposed. The aim is to address a single question : do these contributions warrant the status of exemplary science that your award would confer on them ?

A model's plausibility does not establish its validity for these conditions

The 2021 slide presentation co-authored by Professor Lemogne presents the mechanisms described above as perpetuating factors and includes rehabilitation through physical activity. [1] These hypotheses merit investigation. However, modifying the experience of a symptom, contributing to its persistence and explaining a substantial part of an illness are three distinct propositions. Moving from one to another requires specific evidence: the studies discussed below do not support these generalisations.

The US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) describe ME/CFS as a biological illness affecting multiple systems; the World Health Organization (WHO) classifies it among diseases of the nervous system. [6, 7] In France, the *Assurance Maladie*, the national health insurance system, states that it should not be regarded as a psychological disorder or attributed to the person's thoughts or behaviour, while acknowledging the potential value of individualised psychological support. [8] These statements do not settle the question of the mechanisms underlying the illness, but they reinforce the distinction between providing psychological support and explaining the illness itself. Any explanation supported by robust evidence, whether psychiatric or otherwise, would be a welcome relief.

Post-exertional malaise requires a distinction between protection and avoidance

Post-exertional malaise (PEM) is a worsening of symptoms following even minimal exertion; this worsening is often delayed and prolonged.[6] Reducing activity may therefore protect against actual symptom exacerbations. Charlton et al. show that the muscle abnormalities studied in ME/CFS and long COVID differ from those observed after 60 days of bed rest: inactivity alone cannot account for them, although a contribution from deconditioning is not excluded. [9]

In Quebec, the *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS) explicitly distinguishes PEM from deconditioning on the basis of its clinical presentation, delayed onset and prolonged recovery. It places energy management at the centre of ME/CFS care. [10]

In the ECHAP-COVID protocol, co-authored by Professor Lemogne, poor exercise tolerance in the first five participants led to a reduction in the initial exercise intensity and an earlier explanation of the cognitive and behavioural hypothesis to encourage adherence to exposure-based treatment. The authors also consider this intolerance compatible with conditioning. [11] Yet this observation does not distinguish between the mechanisms involved. What criteria distinguish a protective restriction of activity in response to PEM from avoidance that might benefit from exposure? This distinction is fundamental to the

appropriateness and safety of care. The observed intolerance does not, in itself, validate the proposed model; the published protocol provides no efficacy results.

A co-occurring diagnosis does not justify reclassifying the illness

The study by Kachaner et al., co-authored by Professor Lemogne, found that 32 of 50 patients selected at a single centre for persistent unexplained neurological symptoms following COVID-19 met the criteria for somatic symptom disorder. [12] This finding describes the group studied. It neither supports extrapolating this proportion to the wider population with long COVID nor establishes that the psychological characteristics assessed cause or perpetuate the symptoms.

It is therefore necessary to distinguish the illness, a clinical subgroup and a co-occurring disorder. An additional diagnosis in some patients does not justify reclassifying long COVID or ME/CFS as a whole. The absence of a validated diagnostic test does not imply the absence of biological abnormalities: the CDC describes disturbances affecting multiple systems, although these do not yet allow a diagnosis to be established in an individual patient. [6] This uncertainty does not constitute evidence for a cognitive or behavioural explanation.

This distinction also matters for follow-up care: a functional interpretation must not lead to every new or worsening symptom being automatically attributed to the mechanism already proposed. The CDC recommends periodic reassessment and management of co-occurring conditions. [13] Maintaining this diagnostic vigilance is an essential safeguard for patient safety.

Therapeutic benefit establishes neither the cause of the illness nor recovery

Psychological support is part of supportive care in oncology, yet its usefulness does not establish a psychological cause of cancer. [14] The same distinction applies here. In ECHAP-COVID, the primary outcome is self-reported physical health-related quality of life at six months. [11] An improvement in this outcome would not, in itself, establish the proposed mechanism, the resolution of PEM or sustained recovery of day-to-day functioning. A person may experience improvements in some symptoms while remaining substantially limited.

For ME/CFS, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the UK body that develops health and care guidance, and the French health insurance system advise against fixed, imposed increases in exercise, as well as approaches based on deconditioning or avoidance as explanations for the illness or its persistence. Cognitive behavioural therapy (CBT) may provide support but should not be presented as curative. [8, 15] The Mayo Clinic recommends pacing, an approach to managing activity and rest within the person's capacity; the WHO also recommends this approach when post-exertional symptom exacerbation occurs in long COVID. [16, 17]

Describing an activity as 'adapted' requires specifying what is being monitored. ECHAP-COVID describes only adjustments based on physical tests, exercise parameters and participants' feedback on their tolerance of activity, without specifying how PEM itself will be monitored. [11] For ME/CFS, however, INESSS recommends assessing the effects of energy management strategies through changes in PEM, rather than fatigue severity alone. [10] This difference is crucial: an activity may be tolerated at the time yet cause a deterioration several

John Maddox Prize 2026

AFEMISE's observations

hours or days later. Without assessing these delayed effects, describing the activity as 'adapted' is not enough to establish that it remains within the person's capacity.

Scientific criticism from patient associations must be assessed on its merits

We strongly condemn threats, harassment and personal attacks. Researchers must be able to work and debate safely. This protection must be accompanied by genuine scope for scientific challenge. Our approach does not prejudge whether the reported acts of hostility occurred; it asks that our documented objections be distinguished from such acts and assessed on their own merits.

These observations concern three requirements: substantiating the role of the proposed mechanisms in symptom persistence, distinguishing protective activity restriction from avoidance in the context of PEM, and evaluating the benefits of care without equating them with validation of the model or sustained recovery. These questions bear directly on the rigour of the contributions being recognised and on patient safety.

We do not ask that any single contribution fully explain the mechanisms of these illnesses. We ask that its public presentation accurately reflect the degree of certainty of the findings, the limits to their generalisability and the precautions required in clinical care.

We therefore ask you to reconsider whether it is appropriate to honour Professor Lemogne in 2026 on the basis of the contributions presented, seeking independent specialist expertise in ME/CFS, long COVID and PEM if necessary. We also invite you to revise the public account of his shortlisting so that it accurately reflects the nature of our disagreements.

We remain available to clarify these observations and would be grateful if you would share them with all members of the judging panel before its decision.

Yours sincerely,

Pietro TOME
President of AFEMISE

Signé le 21/10/2026
Pietro TOME (pietrotome@gmail.com)

Pietro TOME

✓ Certifié par ✱ youtrust

À l'attention de Madame Tracey Brown et des membres du jury du prix John Maddox,

Madame, Mesdames, Messieurs,

Au nom de l'AFEMISE, association française représentant des personnes atteintes d'encéphalomyélite myalgique/syndrome de fatigue chronique (EM/SFC) et de Covid long, nous souhaitons vous faire part de notre étonnement devant la présélection du Pr Cédric Lemogne.

Notre démarche rejoint les objectifs de votre prix : défendre une science rigoureuse, favoriser la discussion publique des données et servir l'intérêt général. Nos interrogations portent sur la présentation de la controverse autour des travaux du Pr Lemogne, la portée des interprétations scientifiques mises à l'honneur et leurs conséquences pour les soins.

Nous souhaitons d'abord préciser la nature des objections, qui ne nous semblent pas pleinement restituées dans la présentation publique de cette présélection.

Votre présentation rattache les attaques visant le Pr Lemogne à sa conclusion selon laquelle des symptômes réels et invalidants ne peuvent pas toujours être ramenés à une cause unique. Nous ne contestons nullement la possibilité de mécanismes multiples ni l'intérêt d'étudier les dimensions psychologiques et sociales des maladies chroniques. Nous n'avons aucune hostilité envers la psychiatrie. L'AFEMISE soutient un accompagnement global, comprenant un soutien psychologique ou psychiatrique lorsqu'il est souhaité ou indiqué.

Notre question est différente : quelles données permettent d'attribuer les symptômes à des mécanismes fonctionnels, cognitifs ou comportementaux, chez quelles personnes et avec quelles conséquences pour les soins ? Elle concerne notamment le rôle d'entretien attribué à la focalisation sur les symptômes, aux interprétations catastrophistes et à l'évitement dans le modèle présenté par le Pr Lemogne, la Pre Brigitte Ranque et la Pre Patricia Thoreux. [1] Reconnaître plusieurs facteurs ne démontre ni leur contribution causale respective ni l'efficacité des interventions proposées.

Le contexte institutionnel mérite également d'être considéré. Professeur des universités et praticien hospitalier, le Pr Lemogne dirige le service de psychiatrie de l'adulte de l'Hôtel-Dieu et partage avec la Pre Ranque la responsabilité d'un diplôme universitaire consacré aux troubles fonctionnels à l'Université Paris Cité. [2, 3] Ces fonctions lui donnent des moyens pour exercer, enseigner et diffuser ses travaux : sa carrière n'est-elle pas menacée, ni par l'État, ni par le monde de l'industrie ou de puissants lobbies. À l'annonce de sa présélection, il remercie publiquement l'Université Paris Cité, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), réseau hospitalier universitaire public parisien, et la Fondation de l'AP-HP, ainsi que l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), organisme public français de recherche en santé, et l'ANRS Maladies infectieuses émergentes, agence de coordination et de financement de la recherche sur les maladies infectieuses. [4, 5] Tous ces soutiens lui confèrent une position privilégiée et protégée, loin des dangers que peuvent encourir d'autres candidats à votre prix.

Ces soutiens n'excluent pas l'hostilité. Toutefois, votre présentation ne précise pas les conséquences des attaques évoquées sur ses possibilités de recherche, de soin ou d'expression. L'AFEMISE et ses membres n'ont, pour leur part, jamais rencontré le Pr Lemogne ni échangé avec lui, d'autant qu'il semble se tenir éloigné des associations de

malades. Nous nous interrogeons donc : quels obstacles documentés justifient cette reconnaissance particulière ? Une critique scientifique, même ferme, ne constitue pas en elle-même une entrave à la défense de la science.

Dans les points suivants sont examinées la portée des preuves invoquées et les conséquences cliniques des interprétations proposées. L'objectif est d'éclairer une même question : ces contributions justifient-elles l'exemplarité scientifique que leur conférerait votre distinction ?

La plausibilité d'un modèle ne démontre pas sa validité pour ces maladies

Le diaporama de 2021 cosigné par le Pr Lemogne présente les mécanismes cités comme des facteurs d'entretien et inclut une réhabilitation par l'activité physique. [1] Ces hypothèses méritent d'être étudiées. Mais modifier l'expérience d'un symptôme, contribuer à sa persistance et expliquer une part majeure d'une maladie sont trois propositions différentes. Passer de l'une à l'autre exige des preuves spécifiques : les travaux discutés ci-dessous ne permettent pas ces généralisations.

Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) décrivent l'EM/SFC comme une maladie biologique affectant plusieurs systèmes ; l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la classe parmi les maladies du système nerveux. [6, 7] En France, l'Assurance maladie précise qu'elle ne doit pas être considérée comme un trouble psychologique ni attribuée aux pensées ou aux comportements de la personne, tout en reconnaissant l'intérêt possible d'un soutien psychologique individualisé. [8] Ces repères ne résolvent pas les mécanismes de la maladie, mais confortent la distinction entre accompagnement psychologique et explication de celle-ci. Nous accueillerions avec soulagement toute explication solidement démontrée, psychiatrique ou autre.

Le malaise post-effort oblige à distinguer protection et évitement

Le malaise post-effort (MPE) est une aggravation des symptômes après une sollicitation parfois minime, aggravation souvent différée et prolongée. [6] Réduire son activité peut donc protéger d'aggravations réelles. Charlton et al. montrent que les anomalies musculaires étudiées dans l'EM/SFC et le Covid long diffèrent de celles observées après 60 jours d'alitement : l'inactivité seule ne suffit pas à les expliquer, sans que toute contribution du déconditionnement soit exclue. [9]

Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) distingue explicitement le MPE du déconditionnement par sa présentation clinique, son délai d'apparition et sa récupération prolongée. Il place la gestion de l'énergie au centre de la prise en charge de l'EM/SFC. [10]

Dans le protocole ECHAP-COVID, cosigné par le Pr Lemogne, la mauvaise tolérance à l'exercice des cinq premières personnes a conduit à réduire l'effort initial et à présenter plus tôt l'hypothèse cognitive et comportementale pour favoriser l'adhésion à l'exposition. Les auteurs jugent aussi cette intolérance compatible avec un conditionnement. [11] Or, cette observation ne permet pas de départager les mécanismes. Quels critères distinguent une limitation protectrice face au MPE d'un évitement susceptible de bénéficier d'une exposition ? Cette distinction conditionne la pertinence et la sécurité des soins. L'intolérance observée

ne valide pas, à elle seule, le modèle proposé ; le protocole publié ne fournit pas de résultats d'efficacité.

Un diagnostic associé ne permet pas de reclasser la maladie

L'étude de Kachaner et al., cosignée par le Pr Lemogne, retient les critères d'un trouble à symptomatologie somatique chez 32 personnes sur 50, sélectionnées dans un même centre pour des symptômes neurologiques persistants inexpliqués après Covid. [12] Ce résultat décrit le groupe étudié. Il ne permet ni d'étendre cette proportion à l'ensemble du Covid long ni d'établir que les caractéristiques psychologiques évaluées causent ou entretiennent les symptômes.

Il faut donc distinguer la maladie, un sous-groupe clinique et un trouble associé. Un diagnostic supplémentaire chez certaines personnes ne permet pas de reclasser l'ensemble du Covid long ou de l'EM/SFC. L'absence de test diagnostique validé ne signifie pas l'absence d'anomalies biologiques : les CDC décrivent des perturbations touchant plusieurs systèmes, sans qu'elles permettent encore de poser individuellement le diagnostic. [6] Cette incertitude ne constitue pas une preuve en faveur d'une explication cognitive ou comportementale.

Cette distinction concerne aussi le suivi : une interprétation fonctionnelle ne doit pas conduire à attribuer automatiquement tout symptôme nouveau ou aggravé au mécanisme déjà proposé. Les CDC recommandent une réévaluation périodique et la prise en charge des maladies associées. [13] Le maintien de cette vigilance diagnostique fait partie des garanties de sécurité attendues.

Un bénéfice thérapeutique ne démontre ni la cause de la maladie ni une récupération

Le soutien psychologique fait partie des soins de support en cancérologie, sans que son utilité démontre une cause psychologique du cancer. [14] La même distinction vaut ici. Dans ECHAP-COVID, le critère principal est la qualité de vie physique autoévaluée à six mois. [11] Son amélioration ne démontrerait, à elle seule, ni le mécanisme proposé, ni la disparition du MPE, ni une récupération durable des capacités quotidiennes. Une personne peut aller mieux sur certains symptômes tout en restant fortement limitée.

Pour l'EM/SFC, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), organisme britannique de recommandations en santé, et l'Assurance maladie écartent les progressions fixes et imposées d'exercice ainsi que les approches fondées sur le déconditionnement ou l'évitement comme explication de la maladie ou de sa persistance. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) peuvent apporter un soutien, sans être présentées comme curatives. [8, 15] La Mayo Clinic recommande le pacing, une gestion de l'activité et du repos respectant les capacités de la personne ; l'OMS préconise également cette approche en présence d'exacerbations après effort dans le Covid long. [16, 17]

Qualifier une activité d'« adaptée » exige de préciser ce qui est surveillé. ECHAP-COVID décrit seulement des adaptations fondées sur les tests physiques, les paramètres d'effort et les retours des personnes sur leur tolérance à l'activité, sans définir de suivi spécifique du MPE. [11] Or, pour l'EM/SFC, l'INESSS recommande d'évaluer l'effet des stratégies de gestion de l'énergie sur l'évolution du MPE, plutôt que sur la seule intensité de la fatigue. [10] Cette différence est déterminante : une activité peut être tolérée sur le moment et provoquer une

John Maddox Prize 2026

AFEMISE's observations

aggravation plusieurs heures ou jours après. Sans évaluer ces conséquences différées, qualifier l'activité d'« adaptée » ne suffit pas à établir qu'elle respecte les capacités de la personne.

La critique scientifique des associations doit être examinée sur son contenu

Nous condamnons les menaces, le harcèlement et les attaques personnelles. Les personnes qui mènent des recherches doivent pouvoir travailler et débattre en sécurité. Cette protection doit s'accompagner d'un espace réel pour la contradiction scientifique. Notre démarche ne préjuge pas de la réalité des actes d'hostilité évoqués ; elle demande que nos objections documentées en soient distinguées et examinées pour elles-mêmes.

Ces observations portent sur trois exigences : étayer le rôle des mécanismes proposés dans la persistance des symptômes, distinguer une limitation protectrice d'un évitement face au MPE, et évaluer les bénéfices des soins sans les assimiler à une validation du modèle ou à une récupération durable. Ces questions concernent directement la rigueur des contributions mises à l'honneur et la sécurité des soins.

Nous ne demandons pas qu'une contribution résolve à elle seule les mécanismes de ces maladies. Nous demandons que sa présentation publique respecte le degré de certitude des résultats, leurs limites de généralisation et les précautions nécessaires dans les soins.

Nous vous demandons donc de réexaminer la pertinence de distinguer le Pr Lemogne en 2026 au titre des contributions présentées, en sollicitant si nécessaire une expertise indépendante spécialisée dans l'EM/SFC, le Covid long et le MPE. Nous vous invitons également à revoir la présentation publique de cette présélection pour qu'elle restitue la nature de nos désaccords.

Nous restons à votre disposition pour préciser ces observations et vous remercions de les transmettre à l'ensemble du jury avant sa décision.

Veuillez agréer, Madame, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations respectueuses.

Pietro TOME
Président de l'AFEMISE

Signé le 21/10/2026
Pietro TOME (pietrotome@gmail.com)

Pietro TOME

✓ Certifié par  youtrust

Références

- [1] Lemogne C, Ranque B, Thoreux P. *Prise en charge des troubles fonctionnels après un épisode de COVID-19* [diaporama]. 2021.
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/2021/covid-long-2021-4-clemogne-visio.pdf>
- [2] Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Service de psychiatrie de l'adulte - Hôpital Hôtel-Dieu*.
<https://www.aphp.fr/hotel-dieu/service-de-psychiatrie-de-ladulte>
- [3] Université Paris Cité. *DU Des symptômes « médicalement inexpliqués » aux troubles fonctionnels*.
<https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/du-des-symptomes-medicalement-inexpliques-aux-troubles-fonctionnels-MD4ORU3W.html>
- [4] Lemogne C. *Publication publique à l'annonce de sa présélection au prix John Maddox*. LinkedIn. Octobre 2026.
https://fr.linkedin.com/posts/clemogne_mes-plus-sinc%C3%A8res-remerciements-%C3%A0-sense-about-activity-7516500198987055104-KLXr
- [5] ANRS Maladies infectieuses émergentes. *L'agence en bref*.
<https://anrs.fr/qui-sommes-nous/lagence-en-bref/>
- [6] Centers for Disease Control and Prevention. *Clinical Overview of ME/CFS*. 10 mai 2024.
<https://www.cdc.gov/me-cfs/hcp/clinical-overview/index.html>
- [7] Organisation mondiale de la Santé. *Chronic fatigue syndrome*.
<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/chronic-fatigue-syndrome>
- [8] Assurance maladie. *Un cas particulier : le syndrome de fatigue chronique ou encéphalomyélite myalgique*. 28 août 2026.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthenie-fatigue/un-cas-particulier-le-syndrome-de-fatigue-chronique-ou-encephalomyelite-myalgique>
- [9] Charlton BT, Slaghekke A, Appelman B, et al. Skeletal muscle properties in long COVID and ME/CFS differ from those induced by bed rest. *Nature Communications*. 2026;17:9125.
<https://doi.org/10.1038/s41467-026-75725-y>
- [10] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Soutien aux personnes atteintes d'encéphalomyélite myalgique / syndrome de fatigue chronique (EM/SFC)* [aide-mémoire]. Québec : INESSS ; 2023.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/2023_EM_Fatigue_chronique_Aide_memoire_VF.pdf

John Maddox Prize 2026

AFEMISE's observations

[11] Gouraud C, Ancellin-Geay A, Verot C, et al. Cognitive behavioral therapy, exercise training, and cognitive remediation for patients with post-COVID-19 condition: protocol of an open-label randomized controlled trial. *BMC Psychology*. 2026;14:141.

<https://doi.org/10.1186/s40359-025-03820-8>

[12] Kachaner A, Lemogne C, Dave J, et al. Somatic symptom disorder in patients with post-COVID-19 neurological symptoms: a preliminary report from the somatic study (Somatic Symptom Disorder Triggered by COVID-19). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2022;93:1174-1180.

<https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-327899>

[13] Centers for Disease Control and Prevention. *Diagnosing ME/CFS*. 13 mai 2024.

<https://www.cdc.gov/me-cfs/hcp/diagnosis/index.html>

[14] Institut national du cancer. *Les soins de support dans les traitements des cancers*.

<https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/soins-de-support>

[15] National Institute for Health and Care Excellence. *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management*. NICE guideline NG206. 2021.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/chapter/recommendations>

[16] Mayo Clinic. *Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) - Diagnosis and treatment*.

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20360510>

[17] Organisation mondiale de la Santé. *Post COVID-19 condition*.

<https://www.who.int/teams/health-care-readiness/post-covid-19-condition>