



CORONAVIRUS : REGARDS SUR UNE CRISE

Cette série de contributions s'efforce de mettre en partage les réflexions, observations, témoignages et questionnements que suscitent, chez chacun d'entre nous, les développements de l'épidémie et les multiples conséquences qu'elle aura aussi bien à court qu'à long terme.

SOMMES-NOUS PRÊTS À LA GUERRE (SANITAIRE) ? AUTONOMIE STRATÉGIQUE ET GÉOPOLITIQUE DE CRISE

3 avril 2020 | Par Luc Pierron, co-coordonnateur du pôle santé de Terra Nova

Adoptant un discours délibérément martial, le président de la République se voulait, le 16 mars dernier, à la hauteur de l'enjeu : la lutte contre une pandémie mondiale, présentée comme imprévisible dans son évolution et ses conséquences. Déclarer la guerre, c'est faire à la fois corps et bloc face à l'épreuve, vœu et acte d'unité nationale. C'est faire appel à la mobilisation générale, contre un ennemi désigné quoique imperceptible à l'œil nu, redoutable parce qu'encore relativement méconnu.

Mais, cette guerre, y sommes-nous prêts ? La crise actuelle tient à cet égard le rôle de révélateur, en mettant en lumière nos fragilités. Et notamment deux d'entre elles : fragilité de notre autonomie stratégique, quand notre indépendance sanitaire se voit bousculée par la propagation d'un virus identifié depuis de longues semaines^[1] ; fragilité de notre situation géopolitique, quand notre peur de l'avenir nous amène à transposer des mesures présentées comme idéales, en faisant abstraction du réalisme qui irrigue les relations internationales.

[1] <https://laviedesidees.fr/Savoir-et-prevoir.html>

AUTONOMIE STRATÉGIQUE

Il ne faut pas exagérer l'inédit. Les épidémies sont fréquentes, jusqu'aux plus meurtrières. La grippe A (H1N1) et sa diffusion mondiale, Ebola et son taux de létalité en témoignent. De nouveaux virus apparaissent et se transmettent, avant que les moyens de prophylaxie et de traitement ne soient trouvés et diffusés. L'hypothèse d'une pandémie à forte contagion est même une « constante de la prospective stratégique depuis une quinzaine d'années[2] ».

Dès 2004, le National Intelligence Council, centre de réflexion stratégique de la communauté américaine du renseignement, mentionnait les pandémies comme un facteur susceptible de remettre en cause la mondialisation. En 2008, il imaginait même l'émergence d'ici à 2025 « d'une maladie respiratoire virulente, nouvelle et hautement contagieuse pour laquelle il n'y aurait pas de traitement[3] ». La même année, le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale érigeait la menace pandémique parmi les vulnérabilités nouvelles pour le territoire français[4]. « Le risque d'émergence d'un nouveau virus franchissant la barrière des espèces[5] » figure aussi dans la revue stratégique de 2017, qui a inspiré la loi de programmation militaire 2019-2025.

Le danger existe, est identifié. Sa survenue, anticipée. En théorie du moins. Mais notre doctrine a évolué depuis une vingtaine d'années : il ne s'agit plus de faire provision d'équipements de protection individuelle (masques notamment), mais de faire le pari d'un approvisionnement à flux tendu, reposant sur une production étrangère, principalement asiatique, et sur la fiabilité des mécanismes de marché ; non plus de centraliser les commandes publiques, mais de rendre chaque employeur, établissements de santé compris, comptable de la gestion de ses propres réserves stratégiques. Après l'excès de zèle dénoncé face à la grippe A (H1N1) en 2009, on a préféré l'atomisation des stocks et leur pilotage décentralisé. Dilution des responsabilités, « saine » gestion des deniers publics et dépendance extrême à des chaînes de valeur globales ont fini par anéantir les mesures les mieux identifiées de la préparation aux épidémies[6].

[2] https://twitter.com/jeangene_vilmer/status/1240357811219038210?s=20

[3] NIC, *Global Trends 2025: a transformed world*, 2009.

[4] *Défense et sécurité nationale. Le Livre blanc*, 2008.

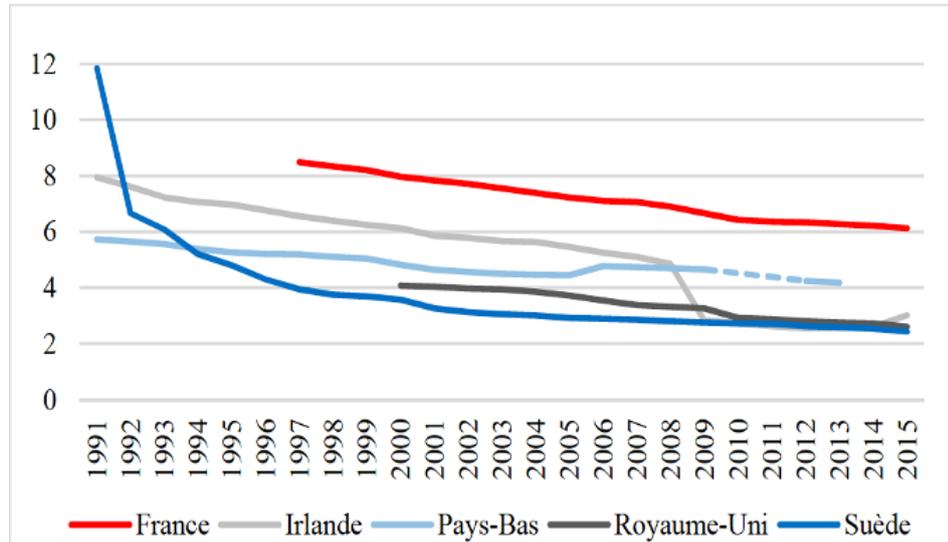
[5] *Revue stratégique de défense et de sécurité nationale*, 2017.

[6] <https://theconversation.com/la-france-en-penurie-de-masques-aux-origines-des-decisions-detat-134371>

Nous avons également diminué le nombre de nos lits d'hospitalisation, en particulier d'hospitalisation complète. Ces mêmes lits dont on déclare manquer aujourd'hui.

Évolution du nombre de lits d'hôpital entre 1991 et 2015

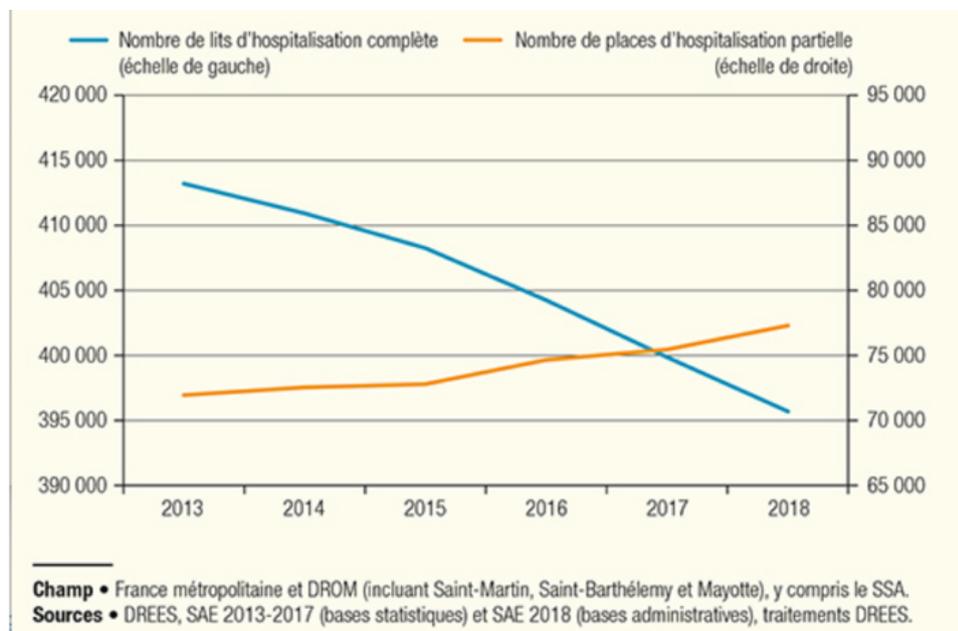
(Source : Cour des comptes, 2018^[7])



Note : les pointillés indiquent une rupture de données en 2010 et 2011 pour les Pays-Bas (Source : base de données santé OCDE)

Évolution du nombre de lits et de places en France entre 2013 et 2018

(Source : Drees, 2019^[8])



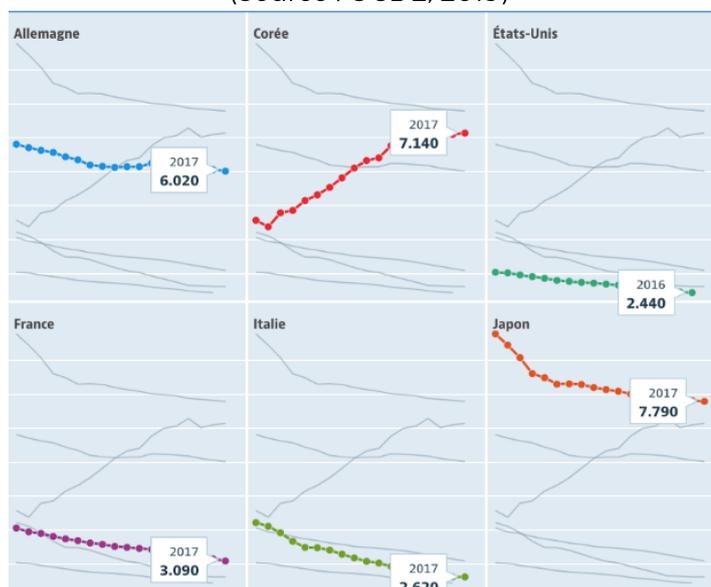
[7] Cour des comptes, « Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2018*.

[8] B. Boisguérin, A. Delaporte, G. Gateaud et J. Robin, « En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu », *DREES, Études et Résultats*, n° 1130, octobre 2019.

Cette dynamique baissière résulte de la restructuration de notre système hospitalier en vue d'améliorer le rapport coût/qualité des soins ainsi que la pertinence des investissements. Il traduit également l'amorce d'un « virage ambulatoire », tendance de fond [9] qui « recouvre deux aspects distincts : d'une part, une réduction des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour ; d'autre part, la substitution de soins médicaux et paramédicaux en ville à des prises en charge réalisées à l'hôpital, soit parce que le séjour hospitalier a été évité, soit parce qu'il a été raccourci, mais accompagné d'un suivi organisé en ville [10] ». De nouvelles formes de prise en charge sont ainsi expérimentées à l'hôpital, telles que les interventions chirurgicales avec une hospitalisation d'un maximum de douze heures, ou encore des soins de suite et de réadaptation assurés pour partie à domicile, traduisant un réel progrès de la médecine et plus de confort pour le patient. Là où nous avons réduit nos capacités hospitalières – et encore, insuffisamment aux yeux de la Cour des comptes –, la Corée du Sud a multiplié les lits et le Japon en a conservé un nombre relativement important, en particulier en réanimation et en soins intensifs, pour faire face au vieillissement de leur population et à la demande croissante de traitements de longue durée.

Évolution des lits d'hôpitaux en soins curatifs pour 1 000 habitants entre 2000 et 2018

(Source : OCDE, 2019)



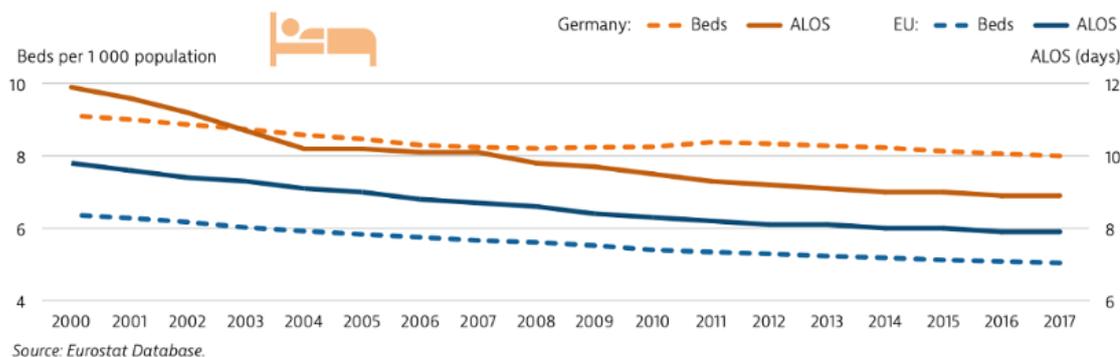
[9] M.-P. Planel et F. Varnier, *Les Fondements du virage ambulatoire. Pour une réforme de notre système de santé*, Les Presses de l'Ehesp, 2017 : « Le virage ambulatoire ne se résume pas à une réforme de l'hôpital. C'est une réforme totale dont la réussite est conditionnée à des évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours. Cette réforme correspond à une volonté de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation qui répondent aux besoins et aux attentes de nos concitoyens. Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. »

[10] Cour des comptes, « Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2018*.

Dans le même temps, l'Allemagne faisait le choix de conserver deux fois plus de lits par habitant que la moyenne européenne « *whatever it takes* ».

Nombre de lits pour 1 000 habitants et durée moyenne de séjour en Allemagne (average length of stay- ALOS)

(Source : OCDE, *Germany : Country health profile 2019*)



Classé premier en termes de densité de lits, elle obtient un taux de patients hospitalisés supérieur à d'autres pays de l'UE, ce qui n'a pas manqué de soulever certains doutes, côté OCDE [11], quant à la pertinence de ses choix de prise en charge et l'efficacité de son modèle. L'Allemagne est aussi l'un des pays qui a le moins réussi à remplacer certaines prestations hospitalières par des soins ambulatoires ou des opérations chirurgicales sur une journée.

La forte décentralisation du système de santé – la planification hospitalière et les dépenses d'investissement relevant de la compétence des Länder –, si elle a permis une réduction du nombre des hôpitaux (- 50 % entre 1992 et 2015), n'a donc pas favorisé une transformation en profondeur de l'hôpital, un décloisonnement des pratiques avec la médecine de ville et une diminution du nombre de lits...

Grand bien nous fasse, au vu des 50 lits de réanimation offerts par l'Allemagne à la France, dont 30 étaient occupés le 31 mars dernier. Berlin en a également proposé 75 à l'Italie, comme d'aller chercher les malades sur place avec un Airbus médicalisé.

Grand bien lui fasse également : les écarts de mortalité entre les États résultent en partie des capacités différentielles de prise en charge en soins aigus [12], en raison des symptômes susceptibles d'être provoqués par une contamination au Covid-19.

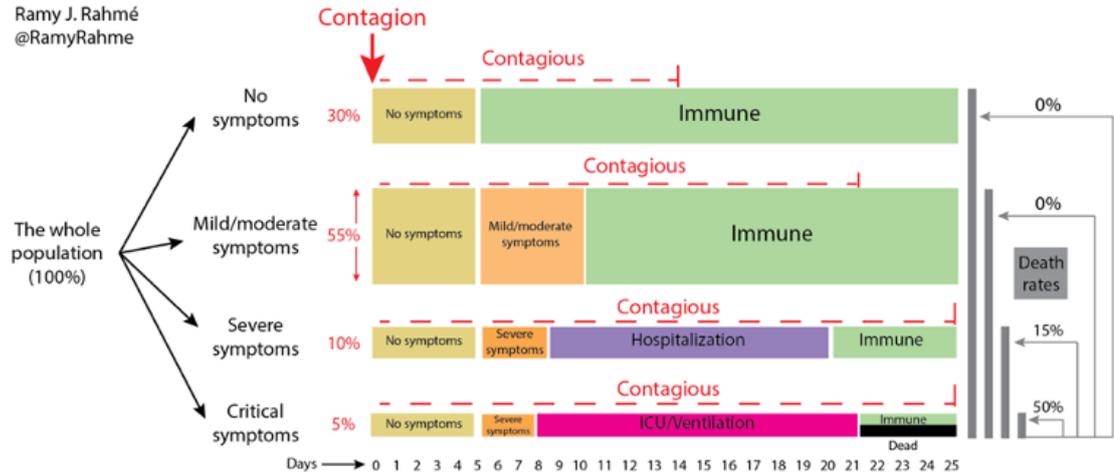
[11] OCDE, *Germany : Country health profile 2019*.

[12] F. M. Kujiper et X. Olessa-Daragon, « les cinq points pour comprendre la mortalité liée au coronavirus », *Le Grand Continent*, 26 mars 2020.

Schéma récapitulatif de la contamination par Covid-19

(Source : <https://twitter.com/RamyRahme?s=20>)

Ramy J. Rahmé
@RamyRahme



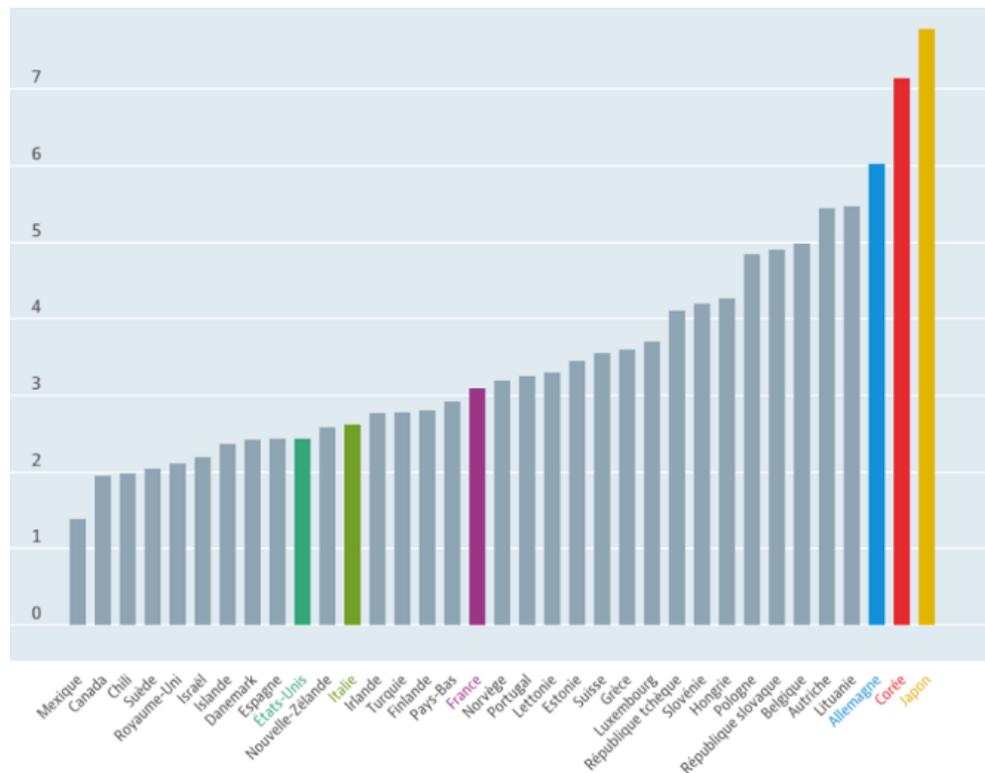
References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. Ann Intern Med. 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Neil M Ferguson et al. Imperial College COVID-19 Response Team. 16 March 2020.
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. The Lancet, March 19, 2020.

Et, en comparaison internationale, le résultat est là : la France se situe au 19e rang mondial, avec 3,1 lits de soins intensifs pour 1 000 habitants, très loin derrière l'Allemagne (6 pour 1 000), la Corée du Sud (7,2 pour 1 000) et le Japon (près de 8 pour 1 000).

Lits d'hôpitaux en soins curatifs pour 1 000 habitants en 2018

(Source : OCDE, 2019[13])



[13] Statistiques de l'OCDE sur la santé : Ressources en santé.

Là où nous avons appliqué les recommandations de rationalisation de l'OCDE et de la Commission européenne, d'autres y sont restés sourds et se sont même autorisés à renforcer la résilience de leur système de santé, afin d'anticiper les chocs à venir. Cela leur a probablement coûté cher. Mais la catastrophe montre qu'à l'heure des comptes – y compris économiques – les bilans ne ressembleront peut-être pas à ce qu'avaient imaginé les experts des organisations internationales[14].

Entre réformes structurelles, à la portée mal dosée, et crainte d'une nouvelle expérience coûteuse de santé publique, beaucoup de pays occidentaux – et notamment le nôtre – se sont eux-mêmes enfermés dans un impensé stratégique.

Au contraire de l'Allemagne, aucune mobilisation industrielle ne paraît pouvoir pallier aujourd'hui cette impréparation, pour au moins trois raisons : « désindustrialisation, délocalisation, chaînes de valeur étendues[15] ». Tout au plus, certaines entreprises contribueront à l'effort de guerre[16], et le gouvernement fera tout pour les soutenir[17]. Mais l'urgence nationale face à la menace n'ira pas jusqu'à un processus rigoureux de coordination de la production, de contrôle des entreprises, des travailleurs et du financement. L'actionnaire d'aujourd'hui, porté par un capitalisme financiarisé, en aurait-il même le goût ? Dans un lointain écho, la Chine se montre, quant à elle, capable de construire deux établissements de 1 000 lits en l'espace de quelques semaines.

[14] Prenant l'exemple italien, la revue *The Lancet* tire plusieurs leçons provisoires de l'actuelle pandémie : la décentralisation et la fragmentation des services de santé ont entravé la capacité du gouvernement italien à déployer une véritable approche stratégique à l'échelle nationale ; la capacité des systèmes de santé et leur financement doivent être plus flexibles afin de tenir compte des urgences exceptionnelles ; des partenariats solides doivent être institutionnalisés entre secteurs public et privé ; le recrutement des ressources humaines doit être planifié et financé avec une vision de long terme ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30074-8)). Par comparaison, en Espagne, l'état d'alerte décidé par décret royal (463/2020) a permis une recentralisation auprès du ministère national de la Santé de compétences dévolues depuis une quinzaine d'années aux 17 régions. Cette reprise en main devait favoriser la coordination entre les échelons national et local ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30060-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30060-8)). Toutefois, les résultats sont à l'heure actuelle jugés décevants, faute de coordination en pratique (<https://www.lopinion.fr/edition/international/coronavirus-l-espagne-lutte-contre-pandemie-en-ordre-disperse-215393>). Pour les deux pays, on peut déplorer le sous-investissement de long terme dans les services de santé, faisant suite à la crise financière de 2008, qui a obéré leur résilience et leurs capacités de réponse aux besoins de santé, par manque de professionnels, de lits d'hospitalisation en soins intensifs, d'équipements de protection, de kits de tests et de ventilateurs mécaniques

[15] <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/opinion-coronavirus-pourquoi-lallemagne-dispose-de-tests-et-pas-la-france-1190289>

[16] <https://www.lesechos.fr/pme-regions/actualite-pme/coronavirus-les-usines-se-transforment-pour-contribuer-a-l-effort-de-guerre-1188515>

[17] <https://www.lopinion.fr/edition/economie/coronavirus-france-basculer-en-economie-guerre-215357>

Pire encore, la concurrence internationale entre les États, et parfois même au sein des États (comme c'est le cas aux États-Unis ou en Espagne), accentue une demande, déjà en surchauffe. Souhaitant rattraper leur retard face à la pandémie, ils se précipitent en se livrant à une course des lots de matériel hospitalier et sanitaire, qui s'accompagne souvent « d'un cortège prévisible de favoritisme, malversations et surfacturations » et où les intermédiaires n'hésitent déjà plus à « spéculer sur la pénurie[18] ». Cela va même plus loin, étant donné qu'une véritable course contre la montre est déjà engagée pour découvrir le prochain vaccin[19].

GÉOPOLITIQUE DE CRISE

Géopolitique des chiffres, d'abord. Au 28 mars, le virus tuait environ 11 % des personnes infectées officiellement en Italie, 8,4 % en Espagne, 6 % en France et seulement 0,8 % en Allemagne. Une telle disparité – de 1 à 14 – laisse perplexe, même en tenant compte des structures démographiques de chacun de ces pays – d'ailleurs pas si écartées entre la Lombardie et son voisin allemand – ou des différences de leurs systèmes de santé. Mais comment mettre en balance des États testant largement, y compris des personnes sans symptômes, et d'autres qui, par choix prophylactique ou manque de kits, s'attachent surtout aux cas sévères ? Comment établir une échelle de comparaison pertinente, alors que la comptabilisation des pertes ne s'opère pas de la même manière, certains attribuant au Covid-19 tout décès d'une personne infectée, même quand est impliquée une comorbidité ou une infection opportuniste, tandis que d'autres ne dénombrent que les décès par pneumonie interstitielle, typique de ce virus ? La comptabilisation peut même différer selon les circonstances du décès. Ainsi, en France, le décompte en temps réel des décès s'avère difficile voire impossible, les statistiques au jour le jour étant collectées différemment à l'hôpital, en Ehpad ou à domicile[20]. Toute nouvelle donnée publiée doit être appréhendée en intégrant cette limite[21], à laquelle il faut ajouter la frustration engendrée par l'idée que le bilan réel de la pandémie et son véritable taux de létalité ne pourront être évalués qu'une fois la menace écartée.

Géopolitique des cultures et des comportements ensuite. La pandémie paraît se muer en une répétition générale, version soft power, du choc des civilisations.

[20] https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/28/covid-19-le-difficile-decompte-des-morts-au-jour-le-jour_6034752_3244.html

[21] O. Lenoir, L. de Leyritz, « Quelles stratégies pour le dépistage du COVID-19 ? », *Le Grand Continent*, 28 mars 2020.

D'aucuns n'hésitent déjà plus à exploiter les chiffres rapportés quotidiennement pour tirer des conclusions hâtives. Ces « oracles » deviennent, souvent malgré eux, les thuriféraires d'une compétition entre les peuples et les modèles. Quand l'Occident serait perclus par son manque de lucidité et de civisme élémentaire, l'Asie saurait faire preuve de discipline collective et protéger ses populations. Les mêmes variations se retrouveraient chez les gouvernants. C'est pourquoi la représentation occidentale mériterait d'être dépeinte comme laxiste et irresponsable, alors qu'un exécutif fort devrait s'attirer les louanges. Mais ce que l'on voudrait rattacher à des coutumes séculaires vient de moins loin : le virus du MERS a fait trembler le « pays du matin calme » en 2015 à un point tel que Séoul a depuis complètement revu sa stratégie face aux épidémies, son système d'intervention d'urgence et son réseau de dépistage ; le SRAS qui a frappé il y a près de vingt ans demeure une expérience douloureuse pour les Taïwanais ; et la pollution de l'air, qui fait près de 2 millions de morts par an dans l'empire du Milieu, incite régulièrement à sortir couvert. De surcroît, c'est à Singapour que les excès et les risques de pénurie de biens de consommation courante ont conduit les autorités à imposer des limites d'achat dans certaines chaînes de supermarchés[22]. Hong Kong a connu exactement le même phénomène de panique[23].

En d'autres termes, l'Occident épicurien ne connaît pas de désavantage structurel. Il manque surtout de vécu[24].

Géopolitique de l'information plus largement. Certains n'ont pas manqué de s'engouffrer dans la fenêtre de vulnérabilité ouverte par la pandémie pour accélérer le déploiement d'une stratégie d'influence déjà bien engagée. Ils ont en particulier égratigné le monde occidental. Certes, ce dernier a prêté le flanc. La fermeture unilatérale et sans concertation des frontières américaines aux voyageurs de l'espace Schengen comme les difficultés à concrétiser la solidarité européenne constituent les dernières péripéties d'un processus de fragmentation, fait d'« *America First* » et d'une Europe régulièrement désunie.

[22] <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/ntuc-fairprice-purchase-limits-toilet-paper-rice-eggs-12545610>

[23] <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/02/21/robert-peckham-covid-19-outbreak-need-strategies-manage-panic-epidemics/>

[24] Bien que le Covid-19 diffère du SRAS à la fois en termes de période infectieuse (plus longue pour le Covid), de transmissibilité (plus élevée), de sévérité clinique (plus grave) et d'étendue de la propagation (pour rappel, 8 000 cas pour 800 morts en 2003, contre 860 000 pour 42 000 décès au 1er avril 2020), au point que les mesures de prévention et de lutte doivent forcément être adaptées à ce nouveau virus ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)), tous les pays ayant déjà eu l'expérience d'une épidémie respiratoire s'en sortent globalement mieux (SRAS, mais aussi H5N1 en 1997 ou H1N1 en 2009). Par exemple, le Canada a largement bénéficié du retour d'expérience à la suite de l'épidémie de SRAS qui a affecté le pays en 2003 et tué 44 ressortissants (« Canada and COVID-19: Learning from SARS », *The Lancet*, vol. 395, 21 mars 2020).

Tout est fait par Pékin pour ériger le pays comme référence en matière de prévention et de lutte contre la pandémie – « silence, censure, opacité, hypermnésie et amnésie choisies[25] ». Une stratégie analogue a déjà été déployée lorsqu'il s'agissait de multiplier les pressions sur Taïwan, Hong Kong ou la minorité Ouïghour. Au grand mutisme des débuts, que s'imposait le pouvoir autant qu'il l'imposait aux lanceurs d'alerte, s'est substituée une « géopolitique des masques », à grand renfort de tweets diplomatiques, dont la teneur rivalise avec ceux du Président américain. Entre propos laudateurs sur l'amitié entre les peuples, révisionnisme historique et théorie du complot, l'application Twitter – pourtant interdite en Chine – a tenu lieu de Petit Livre rouge, chapitré en 280 signes.

Bannière Twitter de l'ambassade de Chine en Italie



Il est particulièrement malaisé dans ces conditions de se fier au narratif chinois, d'autant si la qualité des produits exportés laisse à désirer[26] et que de plus en plus de voix s'élèvent pour contester le bilan du Coronavirus réalisé par Pékin sur son sol[27]. Le label « approuvé par l'OMS » n'est pas non plus digne d'une totale confiance, considérant l'investissement consenti par la Chine dans le système onusien[28]. La coïncidence avec l'expulsion des plumes du New York Times, du Wall Street Journal et du Washington Post doit ici servir de corde de rappel, notamment pour ceux, encore nombreux, qui se font les porte-voix des informations *made in China*.

L'avertissement est loin d'être superflu. Le contexte est en effet propice aux biais d'ancrage, cette tendance cognitive à utiliser la première information diffusée comme une référence absolue.

[25] E. Veron et E. Lincot, « Covid-19 : l'offensive de Pékin pour sauver la face », *Le Grand Continent*, 24 mars 2020.

[26] <https://www.lopinion.fr/edition/international/coronavirus-fiabilite-chinoise-a-l-epreuve-tests-defaillants-215281>

[27] https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-01/china-concealed-extent-of-virus-outbreak-u-s-intelligence-says#utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl_lec_8h_premium-20200402

[28] <https://www.institutmontaigne.org/blog/loms-la-pandemie-et-linfluence-chinoise-un-premier-bilan>

Or, la Chine étant le premier pays touché par la pandémie, « l'avance » dont elle dispose sur les autres États la positionne légitimement en « patient zéro » des nations, non seulement du Covid-19, mais des stratégies de lutte contre sa propagation. De cette pole-position découlerait une expertise naturelle, qui l'outillerait pour soutenir et accompagner les autres pays ; une expertise susceptible de convaincre jusqu'aux citoyens de démocraties sous stress, craignant pour leur propre santé ou celle de leurs proches. La même remarque peut être faite s'agissant de la propagation des fake news, théories du complot et autres campagnes de désinformation qui demeurent un défi majeur dans le contexte actuel [29].

Il n'y a, dès lors, rien de surprenant à ce que l'expansion du Covid-19 soit concomitante d'un renouveau des critiques à l'égard des valeurs chères aux démocraties libérales. Les messages ne font pas dans le détail : la démocratie est une entrave ; le libéralisme, une méprise ; la puissance et la raison sont ailleurs. « La solidarité européenne est un conte pour enfants qui n'a jamais existé [30] », renchérit le Président serbe, Alexander Vucic, au moment de décréter l'état d'urgence le 15 mars dernier. La déclaration est symptomatique du moment que nous traversons : l'Occident est concurrencé, et l'on n'hésite plus à s'en détourner.

Elle dit aussi beaucoup de l'attention, de la considération attendue par les États en temps de crise. Il n'y a pas d'amour, il n'y a que des preuves d'amour ; c'est alors que la générosité d'un bienfaiteur peut surpasser toutes les professions de foi. L'acrimonie du pouvoir serbe est le résultat d'un déficit d'attention et de considération de la part d'une Europe qui n'en est pas à son premier abandon ; Grecs et Italiens pourraient en témoigner. Partager un territoire, une histoire voire une culture suffit de moins en moins à composer une sphère d'influence. Or, gagner la guerre oblige à sceller des alliances, à ménager ses alliés. Les liens noués dans et face à l'adversité sont souvent les plus forts. Après la tempête, il sera peut-être déjà trop tard. Comme l'a souligné Marc Lazar, les Italiens sont eux-mêmes en train de se détourner de l'Europe et se rêveront bientôt peut-être sur les routes de la soie [31].

[29] <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/how-to-avoid-covid-19-fake-news-coronavirus/>

[30] <https://twitter.com/CGTNOfficial/status/1239526830220050438>

[31] [Marc Lazar, « France-Italie : le politique à l'épreuve du coronavirus », Terra Nova, 25 mars 2020.](#)