

PROGRAMME TAIÏWAN SUR LA SÉCURITÉ ET LA DIPLOMATIE

Août 2021

La stratégie de Taïwan face à la pandémie : quels enseignements pour les pays européens ?

Frédéric Laplanche



FONDATION
pour la RECHERCHE
STRATÉGIQUE

Frédéric Laplanche est diplômé de l'INALCO et de l'IEP de Paris. Il a travaillé pour la diplomatie française, notamment en Chine et en Malaisie, et pour la diplomatie européenne, notamment comme directeur du bureau de l'UE à Taïwan (2011-2015). Il a été conseiller aux cabinets des ministres des Affaires étrangères Laurent Fabius et Jean-Marc Ayrault. *Il n'exerce actuellement aucune fonction officielle. Ce texte n'engage aucune institution.*

FRS PROGRAMME TAIÛWAN
SUR LA SÉCURITÉ ET LA DIPLOMATIE

Le Programme Taïwan sur la sécurité et la diplomatie vise à permettre une meilleure compréhension des principaux enjeux à Taïwan et dans le détroit de Taïwan, ainsi que du potentiel de coopération entre la France, mais aussi l'Union européenne, et Taïwan, à travers l'organisation de conférences et la publication d'articles, ainsi que des entretiens avec des décideurs politiques et des experts taïwanais de premier plan. Ce programme de recherche indépendant bénéficie d'un soutien du Bureau de représentation de Taipei en France.

Les opinions exprimées ici n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

Résumé

Taiwan, démocratie prospère de 23 millions d'habitants, s'est protégée particulièrement efficacement de l'épidémie de Covid-19. Pendant 16 mois, entre janvier 2020 et avril 2021, elle a enregistré au total moins de 1 200 cas avérés, dont seulement une centaine de transmissions locales, et 12 morts. Confrontée à un épisode de contamination communautaire à partir de mai 2021, l'île est parvenue en deux mois à ramener le nombre quotidien de cas en dessous de 20 fin juillet, sans imposer de confinement aussi strict qu'en Europe. La stratégie qui lui a permis de faire face à l'épidémie avec un tel succès constitue une utile source d'enseignements.

L'expérience taiwanaise doit d'abord encourager à améliorer et à rendre plus autonomes les outils nationaux de vigilance et de réponse épidémique, les alertes et recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'étant révélées insuffisantes. L'exemple de Taïwan a illustré le bénéfice sanitaire de l'adoption de mesures beaucoup plus précoces et rigoureuses que ce que recommandait l'Organisation.

Les pays européens doivent ensuite se poser la question de l'articulation entre science et société face à une telle crise épidémique. En effet, au moment où la plupart des experts européens en santé publique minimisaient le risque épidémique dans les premières semaines de la crise, début 2020, les experts taiwanais, comme ceux de nombreux pays asiatiques, alertaient au contraire leurs autorités et les populations sur la gravité potentielle de la situation. Il serait utile de comprendre les raisons de cette carence initiale de l'expertise européenne, et les raisons pour lesquelles les alertes provenant des spécialistes asiatiques n'ont pas été entendues en Europe. En outre, dans la suite de l'épidémie, s'est installé un déficit chronique de confiance des populations européennes envers le consensus scientifique, consensus lui-même fragilisé de l'intérieur par des experts contestataires très médiatisés. La population de Taïwan, au contraire, a largement fait confiance aux experts, et ces derniers ont fait front commun à la fois entre eux et avec les autorités chargées de la gestion de l'épidémie, ce qui a considérablement accéléré et renforcé l'adoption par la population des mesures de protection.

L'expérience de Taïwan illustre enfin que les régimes démocratiques ne sont pas moins bien armés que les régimes autoritaires pour lutter vigoureusement contre la propagation d'une épidémie, à condition de faire pleinement et sans tarder usage de l'arsenal sanitaire à leur disposition. Le bilan en termes de restrictions des libertés individuelles est a posteriori très nettement favorable à la méthode choisie à Taïwan, qui a imposé des contraintes d'isolement très fortes mais très ciblées sur les personnes infectées, les cas contacts et les voyageurs en provenance de l'étranger, et qui a ainsi évité, ou au moins retardé, une partie importante des contraintes imposées dans les pays européens à l'ensemble de la population lors des confinements généralisés. Cette stratégie taiwanaise, dont les bénéfices en termes de mortalité et de santé publique sont évidents, s'est donc aussi révélée, jusqu'à présent, beaucoup moins coûteuse économiquement, socialement et budgétairement que la politique de gestion du « vivre avec » qui s'est imposée dans un grand nombre de pays.

La stratégie de Taïwan face à la pandémie : quels enseignements pour les pays européens ?

Taïwan est une île très densément peuplée avec plus de 600 habitants par km². Elle est située à moins de 200 km du continent chinois – et donc de l'origine de l'épidémie, et reliée à lui par des flux constants de population¹. En dépit de ces facteurs négatifs, au 4 mai 2021, 16 mois après le début de l'épidémie, le bilan cumulé de la Covid-19 à Taïwan était de 1 153 cas confirmés de contamination, dont seulement 10% de contaminations locales et 12 morts au total. Taïwan n'a eu besoin, de janvier 2020 à avril 2021, ni de confiner l'ensemble de sa population, ni de conduire de campagne massive de tests². Les écoles avaient été fermées par précaution pendant deux semaines en février 2020, en prolongement des vacances scolaires. Aucune mesure de contrainte forte sur l'économie n'a dû être adoptée pendant cette même période, en dehors de limitations temporaires de jauge pour les réunions de groupes ; mais commerces ou restaurants n'ont pas été fermés, ni, *a fortiori*, les bureaux ou usines, ce qui a permis à l'île de bénéficier d'un taux de croissance de plus de 3 % en 2020, sur la base d'un niveau déjà élevé³.

A la mi-mai 2021, un épisode de contamination communautaire a mis un terme à cette période sans virus. Taïwan a alors dû adopter des mesures plus générales de limitation des interactions sociales pour réduire la circulation du virus, sans toutefois aller jusqu'à un confinement strict du type de ceux adoptés en Europe. En deux mois (entre mi-mai et mi-juillet 2021), le nombre de contaminations, après un pic à près de 600 par jour fin mai, a été ramené à moins de 20 cas quotidiens à la fin-juillet. Le nombre de morts, après un pic à 28 décès quotidiens début juin, a été ramené à moins de un décès quotidien fin-juillet (en moyenne mobile sur 7 jours). Le bilan total de l'épidémie à Taïwan au 31 juillet 2021 est donc de moins de 15 700 cas cumulés entre janvier 2020 et fin-juillet 2021, et de 787 décès.

Rapporté à la population, le chiffre total des morts de l'épidémie à la fin-juillet 2021 est de 33 décès par million d'habitants, à comparer avec plus de 1 900 au Royaume-Uni, 1 600 en France ou 1 000 en Allemagne ; le bilan de Taïwan reste meilleur que celui du Japon (120 décès par million d'habitants), comparable à celui de la Corée du Sud (40 décès), ou de l'Australie (36 décès), et un peu moins bon que celui de la Nouvelle-Zélande ou de Singapour (6 décès par million d'habitants)⁴.

Comment les Taïwanais ont-ils réussi à se protéger face à la pandémie malgré leur proximité avec la Chine et leur niveau d'interactions avec le reste du monde ?

Il ne faut pas aller trop vite aux conclusions sur la faiblesse ou les erreurs des réponses européennes par comparaison⁵. Beaucoup d'éléments explicatifs de cette épidémie nous échappent encore, et nous ne savons pas dans quelle mesure le succès relatif des pays d'Extrême-Orient face à cette crise par rapport à d'autres régions du monde a pu, ou non, être facilité par des facteurs exogènes. Parmi les hypothèses auxquelles on peut penser : des variants du SARS-CoV-2 peut-être moins contagieux ou entraînant moins de symptômes au tout début de l'épidémie ; un patrimoine génétique collectif qui exposerait peut-être moins les populations à l'infection par le virus ; une éventuelle pré-exposition des populations à des virus antérieurs similaires qui aurait généré un certain degré d'immunité collective ; des conditions climatiques ou environnementales potentiellement moins favorables à l'apparition de symptômes ou à la transmission du virus, ou plus favorables à la réponse immunitaire individuelle⁶. Des conditions physiques entrent également potentiellement en compte : Taïwan, par exemple, est une île, reliée à l'extérieur pour l'essentiel par quelques grands aéroports, ce qui facilite le contrôle des flux de voyageurs internationaux par comparaison avec des

¹ En 2019, en moyenne, on comptait plus de 180 vols quotidiens et près de 30 000 passagers chaque jour entre les deux rives du détroit de Taïwan (source : Civil Aeronautics Administration, Taïwan).

² Un peu plus de 500 000 tests seulement ont été réalisés pendant cette période.

³ Taïwan est la 21^{ème} économie mondiale. Son PIB par habitant se situe entre celui de l'Espagne et celui de l'Italie.

⁴ Statistiques tirées de : ourworldindata.org. Statistiques quotidiennes exprimées en moyenne mobile sur 7 jours.

⁵ Nombre d'informations factuelles utilisées ci-après sur les politiques suivies par Taïwan face à la Covid-19 sont tirées du site internet du ministère taïwanais de la Santé, notamment : <https://covid19.mohw.gov.tw/EN/mp-206.html>. Un document de synthèse, publié en décembre 2020 sous le titre « The Taiwan Model for Combating COVID-19 », peut aussi être consulté à cette adresse : <https://www.mohw.gov.tw/dl-66691-29017fe5-969a-4ab3-81af-2b92e2530368.html>

⁶ Tous ces facteurs éventuels sont hypothétiques et nous n'avons pas connaissance d'études qui analyseraient leur rôle effectif dans l'évolution de l'épidémie en Asie orientale par rapport au reste du monde.

pays continentaux aux frontières ouvertes (mais cet avantage insulaire n'a pas bénéficié, par exemple, au Royaume-Uni).

Ceci étant posé, il reste des leçons importantes à tirer de choix et de pratiques qui, à Taïwan, se sont avérées efficaces pendant de nombreux mois. Certaines de ces leçons ne sont pas transposables lorsque le nombre de cas d'infections est déjà très élevé dans un pays donné, et ne sont matériellement accessibles que dans les toutes premières phases d'une épidémie, lorsque le nombre de personnes infectées reste faible en proportion de la population, ou bien dans une phase ultérieure de décroissance de l'épidémie, si l'objectif est fixé d'aller vers une élimination complète du virus, plutôt que de « vivre avec », ou si la vaccination ne suffit pas à reprendre le contrôle. Ces leçons, en tout état de cause, si elles venaient trop tardivement pour être utilisables face à la Covid-19, restent utiles pour faire face à une prochaine épidémie et méritent d'être prises en compte dans la conception des plans de réponse à une crise sanitaire similaire à l'avenir.

I. Une vigilance épidémique particulièrement réactive et des mesures de protection autonomes proactives

I.1 Accéder rapidement à des informations fiables provenant de sources indépendantes

Taïwan a bénéficié au tout début de l'épidémie de l'avantage d'une très bonne compréhension de la situation en Chine continentale, avantage offert par l'usage de la même langue bien sûr, mais aussi par une activité permanente de vigilance sanitaire, utilisant à la fois les contacts entre autorités de santé des deux rives du détroit⁷, mais aussi des sources indépendantes, comme les informations provenant de la communauté taïwanaise résidente en Chine⁸ et le suivi attentif des réseaux sociaux chinois, qui les premiers ont rendu compte de l'émergence d'une épidémie à Wuhan, avant d'être réduits au silence. La presse taïwanaise a d'ailleurs rediffusé largement vers le grand public les vidéos circulant au tout début de l'épidémie sur ces réseaux sociaux et montrant des personnes s'effondrant dans la rue à Wuhan. Alors qu'elles ont fortement marqué l'opinion publique taïwanaise, ces vidéos ont été assez peu reprises par la presse en Europe, qui s'est surtout interrogée sur leur authenticité. La densité de la couverture de presse, à Taïwan, sur la situation en Chine continentale dès le début de l'épidémie a ainsi permis au grand public d'avoir très vite conscience de la gravité du problème.

Taïwan a informé et questionné l'OMS à propos de ces inquiétudes dès le 31 décembre 2019, bien que l'île ne soit pas membre de l'Organisation et que ses communications avec l'OMS restent informelles et restreintes à quelques mécanismes auxquels Taïwan peut participer. Par comparaison, beaucoup de pays ont dû, au tout début de la crise épidémique, se contenter des informations fournies par l'OMS ou par les autorités chinoises, sans toujours réaliser pleinement que les informations diffusées par l'Organisation, comme par ses pays membres, prennent souvent en considération des critères non seulement sanitaires, mais aussi politiques ou économiques⁹.

Il paraît donc essentiel, pour être capable d'agir aussi tôt que possible face au risque pandémique d'où qu'il vienne, que les autorités sanitaires au niveau national et au niveau de l'Union européenne (UE) soient dotées d'outils plus efficaces de vigilance sanitaire, disposant de sources aussi indépendantes et autonomes que possible, et ne reposant pas seulement sur les mécanismes de l'OMS et sur la bonne volonté de ses pays membres. Ceci ne requiert pas de créer de nouvelles structures, mais de mettre les institutions existantes en état de répondre mieux à cet enjeu de vigilance.

I.2 Être autonome en matière de décisions de santé publique

Taïwan, n'étant pas membre de l'OMS, a dû, au fil des années, faire des efforts particuliers pour se doter d'outils plus autonomes non seulement en matière de vigilance mais aussi de gestion du risque sanitaire.

⁷ Y compris l'envoi de deux experts taïwanais pour une visite de terrain à Wuhan, dès le 15 janvier 2020.

⁸ Environ 400 000 Taïwanais résidant en Chine, dont quelques centaines à Wuhan au début 2020.

⁹ Y compris pour des raisons qui peuvent paraître légitimes sur le moment, comme le souci d'éviter panique ou psychose ou celui de préserver les échanges économiques nécessaires à la survie des populations.

La stratégie de Taïwan face à la pandémie : quels enseignements pour les pays européens ?

Face à la Covid-19, l'île a donc finalement peu suivi les recommandations de l'OMS, ce qui, paradoxalement, lui a sans doute permis de mieux protéger sa population. C'est notamment le cas sur les points suivants :

- Mesures de restriction aux voyages. Dès le 5 janvier 2020, l'OMS a recommandé à ses Etats membres de ne pas prendre de mesures de restriction aux voyages et au commerce international face au nouveau coronavirus¹⁰, et a répété cette recommandation à plusieurs reprises¹¹. Ce n'est que le 16 mars 2020 que l'OMS a commencé à revenir prudemment sur cette position, dans une déclaration conjointe avec la Chambre internationale de commerce, en recommandant aux entreprises de limiter les voyages de leurs employés. Taïwan a pour sa part pris les premières mesures de restriction aux voyages dès le 23 janvier 2020 avec la suspension des vols en provenance de Wuhan, suivie, dans un calendrier rapproché, de plusieurs autres mesures ciblant les zones de circulation du virus (voir *infra*).
- Recommandation de ne pas mettre en œuvre de quarantaine à l'arrivée de voyageurs en provenance de l'étranger ne présentant pas de symptômes (14 février 2020). Cette recommandation a fini par être abandonnée par l'OMS, mais celle-ci n'est jamais allée jusqu'à recommander positivement l'utilisation de la quarantaine systématique pour les voyageurs en provenance d'un pays étranger, et elle continuait, en décembre 2020, à estimer que les voyageurs en provenance de l'étranger ne devaient pas être considérés comme des cibles prioritaires pour les tests de l'infection au SARS-CoV-2¹². Taïwan a, au contraire, imposé dès le 27 janvier les premières quarantaines strictes aux voyageurs ayant visité la province du Hubei, avant d'étendre progressivement cette obligation aux autres régions et pays de circulation active du virus.
- Recommandation par l'OMS, à partir du 14 février 2020, de ne pas porter de masque respiratoire pour les personnes saines participant à des réunions de masse, puis, de manière générale, pour toute personne asymptomatique, quelles que soient les circonstances¹³. L'OMS n'a modifié cette position que le 5 juin 2020, en recommandant alors pour la première fois le port du masque par le grand public « dans des situations et environnements spécifiques ». Les autorités sanitaires taïwanaises, tout en partageant au début de l'épidémie l'idée selon laquelle l'usage du masque par le grand public n'était pas indiqué, ont néanmoins pris des mesures de rationnement et de distribution systématique de masques chirurgicaux au grand public dès le 24 janvier 2020, avant d'imposer progressivement l'obligation du port du masque dans les lieux clos, obligation largement généralisée dès le début du mois d'avril 2020.
- Priorité affichée au début de la crise, par le Directeur général de l'OMS, à la lutte contre la stigmatisation par rapport à la lutte contre le virus. Tedros Adhanom Ghebreyesus a ainsi déclaré, lors de la Conférence sur la sécurité de Munich, le 15 février 2020 : « *Le plus grand ennemi auquel nous faisons face n'est pas le virus lui-même, mais la stigmatisation qui nous tourne les uns contre les autres* ». Taïwan a considéré dès l'origine le risque épidémique comme sa priorité numéro un. La hiérarchie des risques proposée par le Directeur général de l'OMS n'apparaît bien sûr, *a posteriori*, pas pertinente. Elle illustre la coexistence, dans l'agenda de l'Organisation, d'objectifs multiples qui peuvent reléguer la santé publique au second rang. Et on ne saurait en réalité considérer le contrôle des flux de personnes en provenance de zones épidémiques ou la recherche des origines d'un virus comme des actions stigmatisantes, alors qu'il s'agit d'outils de santé publique dont la disponibilité est indispensable face à une pandémie.
- Retards dans la caractérisation par l'OMS du risque pandémique. L'émergence du nouveau coronavirus n'est reconnue par le Directeur général de l'OMS comme « urgence de santé publique de portée internationale » que le 30 janvier 2020, après plusieurs jours d'atermoiements

¹⁰ « WHO advises against the application of any travel or trade restrictions on China based on the current information available on this event », Déclaration du 5 janvier 2020. Toutes les déclarations de l'OMS sont tirées de son site officiel : <https://www.who.int/>

¹¹ Le 16 janvier 2020, le 30 janvier 2020 et le 27 février 2020 (communiqué conjoint avec l'Organisation mondiale du tourisme).

¹² Document du 16 décembre 2020 « Interim Guidance – Considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19 » (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337858>).

¹³ « For asymptomatic individuals, wearing a mask of any type is not recommended. Wearing medical masks when they are not indicated may cause unnecessary cost and a procurement burden and create a false sense of security that can lead to the neglect of other essential preventive measures. » (déclaration du 27 février 2020).

(et notamment un refus explicite de le faire à l'issue de la réunion du comité en charge le 23 janvier 2020). L'OMS n'a en outre reconnu la Covid-19 comme « pandémie » que le 11 mars 2020, alors que le virus circulait déjà très largement à l'échelle mondiale¹⁴. Taïwan a de son côté instauré des contrôles sanitaires à l'arrivée des vols de Wuhan dès le 31 décembre 2019, établi dès le 2 janvier 2020 une « équipe de réponse épidémique » face au nouveau coronavirus au sein du ministère de la Santé, puis activé le 20 janvier 2020 un Central Epidemic Command Center.

Les points relevés ci-dessus ne prétendent pas à l'exhaustivité, et ils ne doivent pas oblitérer les actions sur lesquelles l'OMS a cherché à remplir sa mission avec volontarisme, par exemple dans le domaine de l'accès aux vaccins contre la Covid-19, ni faire oublier le rôle essentiel que joue l'Organisation face à de très nombreux autres problèmes sanitaires internationaux. Mais ces quelques points illustrent que l'OMS a, dans le cadre de cette pandémie, fait plusieurs recommandations qui ont pu rendre le contrôle de l'épidémie plus difficile pour ses Etats membres au lieu de le faciliter. Les pays européens ont suivi l'OMS sur la plupart de ces points, quand Taïwan a souvent choisi une autre voie.

Il en résulte pour l'avenir la nécessité de prendre avec davantage de prudence les recommandations de l'OMS, en gardant à l'esprit que l'organisation, par ses règles de fonctionnement mêmes, est sous la pression de facteurs divers, y compris politiques, et qu'il est sans doute imprudent d'attendre d'elle qu'elle n'agisse qu'en considération de facteurs strictement sanitaires. Il ne faut donc pas s'interdire de poursuivre une politique de santé publique autonome à l'échelle nationale, ou à l'échelle européenne s'agissant de l'UE. Il serait en outre utile que la communauté internationale tire pleinement les leçons des succès et des échecs de l'OMS face à cette crise, car le besoin d'une instance internationale de protection de la santé publique mondiale capable de contribuer efficacement à la lutte contre les risques sanitaires ne fera que croître dans les années à venir.

2. Une meilleure expertise en santé publique, et une articulation plus efficace entre science, décision politique et société

2.1 Evaluation du risque épidémique et information des populations

Le début de l'épidémie, en janvier-février 2020, a été marqué en Europe par une forte sous-estimation du risque par les professionnels de la santé et de la recherche médicale. Les chefs de services hospitaliers, épidémiologistes ou autorités de santé ont, dans leur très grande majorité, accueilli cette épidémie avec des messages rassurants en direction des autorités politiques et de la population, à la fois sur la sévérité du virus et sur la capacité du système de santé à y faire face. Il faut reconnaître, à leur honneur, que presque tous ces professionnels ont admis, après quelques jours ou quelques semaines, s'être trompés dans leurs premières évaluations, ne laissant dès lors en dehors du consensus scientifique sur la gravité de l'épidémie qu'une très petite minorité, à l'écho médiatique malheureusement disproportionné.

Il n'empêche, cette erreur de jugement collective au tout début de l'épidémie n'était pas une fatalité, et elle n'a pas été commise partout dans le monde. Dans de nombreux pays d'Asie orientale, le consensus médical a, dès les premiers jours, considéré ce nouveau virus comme porteur d'un grave risque épidémique. Et les mesures exceptionnelles prises en Chine même pour lutter contre l'épidémie à Wuhan auraient également dû alerter les Européens sur la gravité réelle du problème. On ne peut donc que regretter que les experts européens en santé publique n'aient pas, dès l'apparition du virus, pris conseil auprès de leurs homologues dans les pays asiatiques, dont la compétence et la connaissance en matière de risque épidémique apparaissent aujourd'hui plus solides.

A Taïwan, l'inquiétude qui a fait consensus dans la communauté médicale et qui a donc présidé aux premières décisions de politique de santé face à ce virus était en partie le résultat d'un épisode relativement récent, celui du SRAS en 2003, qui a laissé des souvenirs très amers et un fort sentiment d'échec dans les

¹⁴ Plus de 100 000 cas confirmés, plus de 4 000 morts, présence du virus attestée dans plus de 109 pays. Source OMS : <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200310-sitrep-50-covid-19.pdf?sfvrsn=55e904fb2>

milieux médicaux¹⁵. Ce traumatisme, gravé dans les mémoires, constituait au début de l'épidémie de SARS-CoV-2 un contre-exemple de gestion épidémique à éviter absolument.

En janvier 2020, les autorités taïwanaises de santé n'ont donc pas cherché à rassurer la population et ont au contraire mis à profit les réactions instinctives de peur et le souci de protection personnelle des individus pour rendre légitimes, dès le début, des décisions sévères de contrôles aux frontières, de quarantaine et d'isolement, et pour mobiliser la population dans la mise en œuvre des gestes et comportements barrières. Elles ont choisi non pas de minimiser le problème dans leur communication publique, mais de faire preuve d'une grande transparence et d'une réelle pédagogie sur les risques encourus et sur les moyens choisis pour y faire face.

Cette approche n'a pas été altérée par une triple crainte qui a beaucoup eu cours en Europe : crainte de la panique ou de la psychose collective, crainte de la révolte des populations face aux contraintes imposées et crainte de l'incapacité des populations à comprendre des mesures trop complexes (idée, par exemple, que le port du masque pouvait donner un « faux sentiment de sécurité »). Les populations européennes ont pourtant montré, dans la suite de l'épidémie, à quel point elles étaient en réalité capables de compréhension, d'efforts, de sang-froid, de respect des règles et de solidarité en se pliant à des mesures de confinement très strictes, avec des conséquences économiques très lourdes.

Il serait ainsi utile, pour l'avenir, que nos communautés médicales, scientifiques, et de politique de santé entretiennent des contacts plus étroits avec leurs homologues dans les pays asiatiques et s'inspirent davantage des bonnes pratiques qui y ont été développées. Par ailleurs, l'exemple taïwanais montre qu'en matière de communication publique de crise, il existe une voie qui permet de tenir aux populations un discours transparent et pédagogique, sans les rassurer faussement, ni les conduire forcément à la panique.

2.2 Renforcer les bases du consensus scientifique et national

La communauté scientifique médicale, très déchirée en Europe tout au long de cette crise, a rencontré de grandes difficultés pour parvenir à un consensus avec suffisamment de célérité pour qu'il soit utile dans le contrôle de l'épidémie. Cette même communauté s'est ensuite révélée assez peu capable de faire appliquer en son sein les règles minimales de l'éthique scientifique, et de limiter l'écho donné par la presse à des chercheurs en rupture avec les principes méthodologiques les plus fondamentaux. Ces dissensions non tranchées au sein de la communauté scientifique, sans tout expliquer ni être la cause de tout, ont laissé les gouvernements et les opinions publiques assez démunis en termes de compréhension de l'épidémie dans les premiers mois, et ont contribué à entretenir la défiance des populations quant aux mesures adoptées aux différentes étapes de la crise.

A Taïwan, le consensus scientifique sur la gravité du risque épidémique et sur les mesures à mettre en place pour y faire face a été rapidement atteint et peu remis en cause au sein même de la communauté médicale. La presse taïwanaise, pas moins libre que la presse des pays européens, pas moins avide de débats et de confrontations, et pas moins soumise à la pression de la recherche de l'audience dans un marché hyper concurrentiel, n'a pourtant pas donné aux voix en rupture avec le consensus scientifique la place de choix que la presse française, par exemple, leur a attribuée. La presse de Taïwan a bien entendu rendu compte du débat politique parfois très vif, entre le gouvernement et l'opposition, sur l'interprétation du risque et les moyens à adopter face au virus, mais elle n'a pas diffusé de messages relativistes ou « rassuristes » qui seraient venus éroder la confiance de la population sur le consensus scientifique autour duquel la communauté médicale s'était rassemblée.

Ceci devrait nous encourager à interroger, pour l'avenir, d'une part la formation générale des scientifiques européens en matière de méthodologie et d'épistémologie, d'autre part la formation scientifique des journalistes, et le niveau de culture scientifique des citoyens dans leur ensemble. L'effort de vulgarisation scientifique est aujourd'hui visiblement trop faible en Europe, et la science est quasiment absente de l'information poussée par les réseaux sociaux vers les jeunes utilisateurs. Or, la confiance dans la science et dans la rationalité est essentielle pour rassembler un consensus minimal face à toute crise. Les démocraties

¹⁵ Le SARS-CoV-1 avait causé à Taïwan, en 2003, 73 décès pour 664 cas probables, et il avait notamment conduit au confinement d'un hôpital de Taipei avec tous ses patients et tout son personnel médical, débouchant sur un cluster de 150 cas et 35 morts.

ne peuvent pas se résoudre à attendre qu'une crise soit installée et que ses conséquences apparaissent déjà clairement pour cueillir comme un fruit mûr un consensus trop tardif. Taïwan a ici montré que cette capacité à créer un consensus en amont des problèmes n'est nullement l'apanage des dictatures ou le talon d'Achille des démocraties.

2.3 Rapprocher la logique scientifique et celle de la décision politique

Le défaut d'articulation, voire l'opposition, entre science et décision politique a contribué à affaiblir les capacités des gouvernements européens à répondre efficacement à l'épidémie. La France, par exemple, a mis sur pied un comité scientifique *ad hoc*, donnant ses recommandations au gouvernement et les rendant publiques. Ce comité a été clairement présenté comme indépendant de la décision politique et a d'ailleurs lui-même rappelé régulièrement cette indépendance, même si c'était pour reconnaître que d'autres facteurs que le seul critère sanitaire entraient légitimement en jeu dans la décision politique – facteurs économiques, sociaux, d'acceptabilité populaire... Mais les divergences entre les avis du comité scientifique et les décisions prises par les dirigeants politiques, même justifiées et légitimes, ont amoindri la confiance que la population pouvait porter à ces décisions.

A Taïwan, la gestion de l'épidémie a été unifiée dès l'origine, en application des plans de contingence préexistants. Le Central Epidemic Command Center (CECC, Centre de commandement épidémique central), activé le 20 janvier 2020 sous le commandement du ministre de la Santé, regroupe au sein d'une structure unique les efforts des différentes branches de l'administration, du monde médical, de la communauté scientifique et du secteur privé. Il comprend aussi un comité scientifique placé sous la supervision hiérarchique du commandant en chef du Centre, et dont les avis ne sont pas rendus publics indépendamment des décisions politiques qu'ils sous-tendent. Le ministre de la Santé, commandant en chef du CECC, donne une conférence de presse quotidienne sur l'évolution de l'épidémie et sur les mesures prises, entouré de quatre collaborateurs spécialisés auxquels il donne la parole sur des sujets spécifiques, en fonction des questions posées par les journalistes.

La Présidente de la République¹⁶ est relativement peu intervenue publiquement au sujet de l'épidémie, par comparaison avec les chefs d'État et de gouvernement des pays européens, qui sont apparus en première ligne, et les décisions prises sont donc apparues plus collégiales. La Présidente a laissé l'essentiel de la communication publique au commandant en chef du CECC¹⁷ – mais il faut dire que Taïwan n'a pas eu, pendant seize mois, à annoncer de mesures lourdes type confinement général de la population. Les informations fournies à la population par les autorités taïwanaises à travers le mécanisme du CECC ont été nombreuses, régulières, transparentes, reprises quotidiennement par tous les médias, et n'ont donc émané que d'un seul canal, ce qui a assuré dès le début de l'épidémie une grande cohérence de la communication publique, assise sur une articulation institutionnalisée entre logique scientifique et logique de la décision politique.

3. Une utilisation démocratique d'outils contraignants de contrôle de l'épidémie

3.1 Gestion volontariste des pénuries

La gestion du problème de la pénurie de masques a également été, à Taïwan, particulièrement exemplaire. Aux premiers jours de l'épidémie, la doctrine officielle n'était pas différente de celle prônée par l'OMS, c'est-à-dire que le port du masque n'était pas recommandé pour le grand public asymptomatique. Cependant, deux différences importantes avec la situation en Europe se sont rapidement dessinées.

D'abord, la recommandation officielle selon laquelle il n'était pas utile pour le grand public de porter le masque s'est immédiatement heurtée à la volonté populaire de le porter autant que possible, pour se protéger et protéger les autres, comme les Taïwanais et beaucoup d'autres populations asiatiques avaient déjà l'habitude de le faire en cas de simple rhume ou de grippe. En Europe, au contraire, la recommandation officielle de ne pas porter le masque allait dans le sens de l'opinion, qui était *a priori* réticente, voire hostile, au

¹⁶ Mme Tsai Ing-wen, réélue en janvier 2020, qui dispose de la réalité du pouvoir exécutif sur un modèle assez proche de la Cinquième République française. Le vice-président de la République au début de l'épidémie, jusqu'en mai 2020, était M. Chen Chien-jen, épidémiologiste de formation.

¹⁷ M. Chen Shih-chung, dentiste de formation, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale depuis 2017.

masque. Les autorités taïwanaises savaient donc, dès les premiers jours, que la demande de masques serait forte et que l'opinion jugerait le gouvernement sur sa capacité à y répondre, ce qui a contribué à la décision très rapide, face à la pénurie imminente, de réglementer l'accès aux masques, d'organiser leur distribution et d'en développer la production.

Ensuite, les autorités sanitaires taïwanaises ont assez rapidement changé de position sur le port du masque, sans l'imposer en tous lieux, mais en le rendant progressivement obligatoire dans les lieux clos, les commerces, les bâtiments publics, les transports en commun, lors des rassemblements intérieurs et extérieurs, ou encore dans les marchés de plein air. L'ensemble de ces obligations était entièrement en place début avril 2020. Des ajustements de ces contraintes réglementaires à la hausse ou à la baisse sont intervenues depuis, en fonction de l'évolution du risque épidémique ; en pratique, le port du masque est resté généralisé, y compris en extérieur dans les rues des villes, par choix de la population davantage que par obligation juridique.

S'agissant de la gestion de la disponibilité des masques, aux premiers jours de l'épidémie, Taïwan avait une production réelle de moins de 2 millions de masques par jour, et une capacité de production maximale théorique de 4 millions de masques par jour (en faisant tourner ses lignes 24h/24)¹⁸. Pour une population de 23 millions, l'île était relativement dépendante des importations en provenance de Chine continentale (environ 400 millions de masques importés de Chine en 2019). Il a donc été décidé dès le 24 janvier 2020 d'interdire l'exportation de masques, de réquisitionner la totalité de la production locale et des stocks, d'augmenter massivement les capacités de production¹⁹, et de rationner la vente à la population générale.

Chaque personne étant titulaire d'une carte d'assurance maladie universelle²⁰ pouvait se rendre à la pharmacie de son choix pour acheter, à prix unique (environ 15 centimes d'euro), d'abord 2 masques chirurgicaux par personne et par semaine, chiffre ensuite porté à 3 par semaine début mars, puis à 9 masques tous les 14 jours, à mesure que la production se développait. Une application sur téléphone portable était mise au point en quelques jours, sur une initiative non gouvernementale mais s'appuyant sur les données publiques ouvertes, pour indiquer, en temps réel, les stocks de masques disponibles dans chaque pharmacie. Cette méthode a permis de garantir l'équipement de l'ensemble de la population en masques pendant les semaines nécessaires à l'accroissement de la production locale. Les exportations ont été de nouveau autorisées à partir du moment où la production est devenue suffisante. Taïwan a alors commencé, à partir du 27 avril 2020, à faire don de masques à un grand nombre de pays, y compris aux pays européens, en encourageant chaque Taïwanais à indiquer, *via* une application spécifique sur téléphone portable, s'il était prêt à renoncer à une partie de son quota pour abonder l'aide internationale. Si la production mondiale de masques chirurgicaux a aujourd'hui atteint des niveaux suffisants pour satisfaire la demande sans nécessiter de rationnement, ce modèle taïwanais de gestion de la pénurie et de développement d'une autonomie locale de production reste une bonne référence pour l'avenir.

3.2 Isoler tous les cas avérés, symptomatiques ou non

Depuis le début de l'épidémie, et jusqu'en mai 2021, quand l'augmentation du nombre de cas ne l'a plus permis, tout patient constituant un cas confirmé d'infection au SARS-CoV-2 à Taïwan était placé d'office à l'isolement à l'hôpital, dans une chambre individuelle à pression négative, que le patient présente ou non des symptômes. Cette politique n'a pu être suivie que pendant la période où le nombre total de cas restait faible, et elle ne peut évidemment pas être mise en œuvre avec une telle rigueur dans le cas d'une épidémie déjà généralisée, avec plusieurs centaines ou plusieurs milliers de cas nouveaux par jour, par manque de chambres d'isolement disponibles. Mais, en début d'épidémie, avec peu de cas confirmés, et en fin d'épidémie, cet isolement complet en milieu hospitalier offre les meilleures garanties de non-contagion, et a probablement, à Taïwan, joué un rôle crucial pour contenir le virus.

¹⁸ Chiffres au 31 janvier 2020.

¹⁹ 92 nouvelles lignes de production de masques ont été mises en place en deux mois, entre la fin janvier et la fin mars 2020. De 4 millions par jour, la production est passée à plus de 8 millions début mars 2020, pour finalement se stabiliser autour de 20 millions par jour en avril.

²⁰ Taïwan dispose d'une couverture maladie universelle, publique, à laquelle tous les habitants de l'île sont obligatoirement affiliés. Chacun est titulaire d'une carte à puce retraçant ses droits, lisible par les professionnels de santé.

La sortie de chambre d'isolement pour les personnes contaminées au SARS-CoV-2 était autorisée, jusqu'en janvier 2021, uniquement après que le patient ait été testé deux fois négatif à 24 heures d'intervalle par test PCR. Prenant en compte le dernier état de la science montrant l'improbabilité de la contagiosité des patients dix jours après l'apparition des symptômes et présentant un test PCR avec un cycle seuil (cycle *threshold*, ou CT) supérieur à 30²¹, il a été décidé début 2021 de permettre la sortie d'isolement pour les patients dont les symptômes sont apparus depuis plus de dix jours et ont disparu depuis au moins trois jours, et dont deux tests PCR consécutifs ont été soit négatifs, soit positifs avec un cycle seuil supérieur à 34 (chiffre ramené à 30 en mai 2021). Ces précisions sont ici données pour montrer que les critères pour décider de l'isolement et de sa durée sont basés sur des éléments objectifs, fondés sur la connaissance scientifique du virus et de la maladie : ceci permet donc de justifier, en droit, la privation de liberté que constitue l'isolement, et de la limiter au strict nécessaire.

Taïwan dispose de 167 000 lits d'hôpital (dans 483 hôpitaux)²², soit 41,9 lits pour 10 000 habitants, dont environ 7 000 lits en unités de soins intensifs (*intensive care units*), soit 29 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants²³. Les hôpitaux étaient équipés de 1 100 lits en chambre d'isolement à pression négative au début de l'épidémie. Au 4 mai 2021, 74 patients positifs au SARS-CoV-2, symptomatiques ou non, se trouvaient isolés dans ces chambres, représentant la totalité des cas avérés actifs à cette date.

3.3 Rechercher et isoler les cas contacts

S'agissant des cas contacts à Taïwan, il faut d'abord souligner le travail très minutieux de recherche, qui utilise à la fois les informations fournies par les malades eux-mêmes, mais aussi, si nécessaire, les données de géolocalisation de leurs téléphones portables, fournies par les compagnies de téléphonie aux autorités de santé²⁴. Au-delà des cas contacts avérés, auxquels est imposé soit une période d'isolement à domicile, soit un protocole de vigilance individuelle pour les cas contacts moins rapprochés, les lieux fréquentés par une personne infectée pendant la période où elle est considérée comme potentiellement contagieuse sont rendus publics, et il est demandé à ceux ayant fréquenté les mêmes lieux aux mêmes horaires de surveiller leur santé et d'alerter les autorités médicales en cas de symptômes.

Dans certains cas, au début de l'épidémie en mars et avril 2020 (par exemple après l'escale d'un bateau de croisière qui s'est avéré contaminé, et dont les passagers avaient visité l'île), il a été procédé au rapprochement des données de géolocalisation des téléphones portables des personnes potentiellement infectées avec tout autre téléphone portable s'étant trouvé dans le voisinage immédiat, alors destinataire d'un message d'alerte et de vigilance. Mais cette méthodologie, qui visait des « cas contacts potentiels » plutôt que des « cas contact avérés » a été relativement peu utilisée, en raison de sa précision limitée, du très grand nombre de personnes destinataires de l'alerte (plusieurs dizaines de milliers pour un cas) et parce que l'amélioration du contrôle aux frontières l'a rendue moins nécessaire²⁵.

Jusqu'en mai 2021, un travail approfondi était réalisé sur chaque cas d'infection avérée au SARS-CoV-2 pour tenter de déterminer l'origine et la temporalité de l'infection, ce qui permettait ensuite une identification plus efficace des cas contacts, en amont et en aval de l'infection. Ce travail reposait sur trois données principales récoltées lors des tests :

- le séquençage génomique du virus, qui permet à la fois de connaître le variant (et donc d'en tirer des conclusions sur sa contagiosité), et aussi de savoir si le virus dont est porteur le cas étudié

²¹ La valeur du cycle seuil indique le nombre de cycles d'amplification nécessaires en laboratoire pour que l'ARN viral présent dans un prélèvement devienne détectable. Il s'agit donc d'un marqueur de concentration virale, ou autrement dit de niveau de charge virale. Cette notion, peu connue du grand public en Europe, est relativement plus familière pour le grand public taïwanais, parce que les informations rendues publiques par les autorités sur les cas individuels détectés sont souvent accompagnées de la valeur du cycle seuil, qui donne une approximation de la contagiosité et de l'historique de cette contagiosité pendant les jours ayant précédé le test.

²² Chiffres de 2019, tirés de « [2019 Taiwan Health and Welfare Report](#) », Ministry of Health and Welfare.

²³ Chiffre de 2015 pour les lits en soins intensifs, tiré de C.-C. Lai, C.-H. Ho, C.-L. Chang, K.-C. Cheng, « [Availability of critical care services in Taiwan under National Health Insurance](#) », *British Journal of Anaesthesia*, août 2017.

²⁴ Les autorités sanitaires n'utilisent que les données de géolocalisation résultant du bornage des téléphones sur les antennes relais des opérateurs de télécommunications, qui sont relativement peu précises mais sont immédiatement disponibles. Taïwan n'utilise pas, dans le cadre du contrôle épidémique, la géolocalisation par satellite (GPS), bien qu'elle soit plus précise.

²⁵ Po-Chang Lee, Shih-Chung Chen, Tai-Yuan Chiu, Chi-Mai Chen, Chunhui Chi, « [What we can learn from Taiwan's response to the covid-19 epidemic](#) », blog du *British Medical Journal*, 21 juillet 2020.

provient d'un autre cas connu, afin de retracer avec autant de précision que possible la chaîne de contamination ;

- la valeur de cycle seuil du test PCR, qui donne une idée de la concentration du virus dans l'organisme, et fournit donc une approximation de la date de contamination. La recherche des cas contacts peut donc se concentrer sur une fenêtre temporelle relativement précise ;
- les résultats d'un test sérologique antigénique spécifiant la présence ou non d'immunoglobulines M et G (IgM et IgG), dont l'apparition est décalée dans le temps après une infection au SARS-CoV-2, et qui donne donc également des indications sur la date possible de l'infection et contribuent ainsi à remonter plus efficacement l'historique des cas contacts.

Une fois les cas contacts identifiés, l'isolement à domicile pendant 14 jours leur est imposé dans la majorité des cas. Cet isolement est surveillé par des moyens humains et électroniques, basés sur la géolocalisation des téléphones portables. Si le téléphone portable s'éloigne de la zone définie pour l'isolement, s'il est éteint, ou si la personne isolée ne répond pas sans délai à un message ou à un appel téléphonique, une alerte automatique est lancée par le système et une visite sur place est enclenchée dans les minutes qui suivent. Des messages automatiques sont envoyés quotidiennement, auxquels il faut répondre immédiatement. Des messages ou appels téléphoniques par un personnel administratif ou policier sont également adressés au moins quotidiennement, qui permettent aussi de s'assurer par des moyens humains de la bonne santé physique et mentale des personnes à l'isolement. Des visites inopinées sur le lieu de l'isolement peuvent aussi intervenir pour vérification.

Le non-respect de l'isolement en tant que cas contact ou de la quarantaine des voyageurs provenant de l'étranger (voir ci-dessous) est sanctionné par des amendes dissuasives, allant de 300 à 30 000 euros selon les cas. Les personnes contraintes à l'isolement en tant que cas contacts peuvent bénéficier d'une aide d'environ 30 euros par jour si elles en font la demande, ainsi que d'une assistance quotidienne pour l'approvisionnement ou pour satisfaire des besoins médicaux ou autres.

Cette méthodologie sophistiquée et contraignante de recherche et d'isolement de cas contacts a été systématiquement mise en œuvre depuis janvier 2020, à chaque fois que Taïwan a été confrontée à des épisodes de transmission communautaire, y compris sur des cohortes de plusieurs milliers de personnes, prouvant ainsi sa validité à grande échelle. Le nombre d'infections locales a ainsi pu rester, pendant 16 mois jusqu'en mai 2021, relativement faible en comparaison avec le nombre de cas importés (une centaine de cas de transmission locale, pour environ un millier de cas importés durant cette période).

3.4 Contrôler efficacement les frontières et imposer des quarantaines strictes aux voyageurs en provenance de zones à risque

A partir du 31 décembre 2019, des contrôles médicaux ont été effectués systématiquement sur les passagers en provenance de Wuhan, à l'arrivée des vols à Taïwan et avant même la sortie de l'avion. Les vols directs de et vers Wuhan étaient suspendus le 23 janvier 2020, les voyages de groupe en Chine – interdits à partir du 25 janvier. L'entrée à Taïwan des nationaux de la République populaire de Chine en provenance des régions touchées était interdite progressivement à partir du 26 janvier 2020 ; le 6 février, l'interdiction était étendue à l'ensemble de la Chine, puis à tout étranger ayant visité la Chine récemment.

Une quarantaine stricte à domicile de 14 jours (suivie d'une période de suivi médical personnel de 7 jours) était imposée à partir du 27 janvier 2020 à tout voyageur ayant un historique de visite dans le Hubei, obligation étendue le 10 février 2020 à l'ensemble de la Chine, puis progressivement, à partir du 27 février 2020, à tous les autres pays de circulation active du virus. Le 19 mars 2020, l'obligation de visa et de quarantaine à l'arrivée était étendue aux voyageurs en provenance de tout pays, qui devaient en outre présenter avant l'embarquement un certificat de test PCR négatif de moins de 3 jours. Ces mesures restent en place jusqu'à aujourd'hui²⁶. La quarantaine à domicile a été progressivement restreinte aux personnes vivant seules à leur

²⁶ Peu d'aménagements ont été introduits, et uniquement pour les voyageurs d'affaires en provenance de pays et régions à risque faible, dont la quarantaine a pu être réduite à 5 jours ou 7 jours, sous réserve de test PCR négatif en fin de quarantaine. Au 4 mai 2021, seuls 12 pays et régions étaient considérés comme présentant un risque faible.

domicile, puis, à partir de juin 2021, en raison de la contagiosité accrue du variant Delta, la quarantaine devait s'effectuer obligatoirement en centre gouvernemental ou en hôtel dédié.

Les autorités sanitaires de Taïwan ont donc agi plus rapidement que la plupart de leurs homologues dans le reste du monde pour imposer des contrôles sanitaires aux frontières, des restrictions d'entrée sur le territoire en provenance des zones de circulation active du virus, mais surtout en mettant en place très vite un régime de quarantaine stricte à l'arrivée, qui a été progressivement renforcé à mesure que de nouveaux variants plus contagieux devenaient majoritaires dans le monde. Les méthodes employées pour contrôler la mise en œuvre de la quarantaine par les voyageurs sont similaires à celles utilisées pour contrôler l'isolement des cas contacts.

La mobilisation des moyens électroniques a rendu ce contrôle très efficace, nécessitant relativement peu de personnel pour gérer un grand nombre d'individus en quarantaine. Cela a notamment permis de ne pas fermer entièrement les frontières et de laisser la possibilité aux Taïwanais de revenir à Taïwan ou de se rendre à l'étranger en cas de nécessité, et aux catégories d'étrangers indispensables à l'économie taïwanaise de continuer à arriver (techniciens, voyageurs d'affaires, ouvriers de l'industrie ou des services, situations humanitaires...). A titre d'exemple pour illustrer la relativement grande capacité d'accueil que permet cette quarantaine pourtant très stricte, au début avril 2020, le système de contrôle par la localisation des téléphones portables s'appliquait à 55 000 personnes se trouvant en quarantaine à domicile ou dans des hôtels de quarantaine. Le nombre d'étrangers admis sur le territoire est régulé par le nombre de visas émis, qui a été réduit à mesure de la propagation du variant Delta dans le monde.

Depuis le début de la pandémie, Taïwan a enregistré environ 100 000 passagers par mois sur des vols internationaux entrants et sortants, à comparer avec plus de 4 millions de passagers internationaux par mois avant la crise. Ce chiffre illustre qu'il reste possible de gérer efficacement des contraintes de quarantaine lourdes et strictes pour un nombre relativement important de passagers à l'arrivée si les moyens adéquats sont utilisés, sans avoir à fermer entièrement les frontières pendant une longue période. Les pays européens, qui ont considéré au début de la crise que la fermeture ou le contrôle des frontières, ou encore l'imposition de quarantaines aux voyageurs à l'arrivée, n'étaient pas envisageables, en particulier entre pays européens, pour des raisons pratiques ou de principe, doivent sans doute réfléchir à la manière de rendre ce type de moyens mobilisable pour l'avenir, en gardant à l'esprit que les mesures de confinement imposées en Europe pendant de nombreuses semaines ont constitué des contraintes de déplacement et des privations de liberté bien plus lourdes, bien plus longues et bien plus universelles que les 14 jours d'isolement, même très sévère, imposés aux seuls cas contacts et voyageurs en provenance de l'étranger.

3.5 Privation de liberté, restrictions de circulation et utilisation des données personnelles dans un cadre démocratique

Taïwan est une démocratie vivante et exigeante, dotée d'un Etat de droit solide, encadrée par un système judiciaire indépendant, contrôlée par une opinion publique vigilante et par une presse libre et plurielle. Aucune des mesures mises en place pour lutter contre l'épidémie n'est apparue au législateur, au juge ou à l'opinion comme contraire aux principes constitutionnels et démocratiques, ou disproportionnée par rapport à l'objectif légitime de protection de la santé publique. Aucune de ces mesures ne paraît incompatible avec les mêmes principes en vigueur dans les pays européens, y compris dans la manière spécifique dont ils ont été réaffirmés à l'occasion de cette crise, par exemple par le Conseil constitutionnel en France lorsqu'il a été saisi.

La privation de liberté que constitue l'isolement des malades et des cas contacts ou la quarantaine des voyageurs en provenance de l'étranger, les restrictions aux libertés de circulation avec l'étranger, ou encore l'accès d'autorités publiques à des données personnelles pour assurer le contrôle électronique des mouvements par la géolocalisation des téléphones portables, forment certes des exceptions à des principes sur lesquels, en temps normal, on ne saurait transiger. Mais en l'occurrence, l'expérience taïwanaise a bien montré que ces exceptions étaient justifiées non seulement par leur ciblage et leur proportionnalité au regard du risque de santé publique que représente la dispersion d'un tel virus dans la population, mais encore, *a posteriori*, par leur efficacité constatée pour atteindre l'objectif de protection des populations.

Sur la question de la privation de liberté, Taïwan a choisi d'imposer des contraintes très fortes, mais à un nombre restreint et ciblé d'individus, pendant des périodes limitées à 14 jours, et avec une efficacité

La stratégie de Taïwan face à la pandémie : quels enseignements pour les pays européens ?

élevée pour empêcher la transmission du virus à la communauté. En contrepartie, Taïwan a pu éviter pendant une longue période d'avoir à confiner l'ensemble de la société, son économie a pu continuer à fonctionner sans encombre pour la quasi-totalité de ses activités en dehors de celles liées au trafic international de passagers, et les restaurants, théâtres, cinémas ont pu rester ouverts (bien que soumis à des mesures de distanciation et de jauge) jusqu'en mai 2021. Autrement dit, en échange de mesures lourdes imposées à un petit nombre, le très grand nombre a pu bénéficier d'une protection sanitaire et économique de niveau élevé. Le bilan est donc particulièrement positif, y compris sur le plan de la privation de liberté, par comparaison avec les confinements généralisés et à répétition imposés aux populations de nombreux pays, et ce succès sanitaire est donc, aussi, un succès démocratique et en termes de droit des individus.

Le contrôle des frontières, qui s'est heurté au début de l'épidémie, et en Europe en particulier, au principe de la libre circulation, aurait pu être légitimement instauré avec les premières régions touchées par le virus, pour en limiter la propagation. Une telle restriction à la liberté de circulation aurait été d'autant plus légitime, rétrospectivement, que des restrictions finalement beaucoup plus sévères ont souvent dû être imposées aux populations dans leur ensemble, contraintes pendant des semaines de ne pas s'éloigner de plus de quelques kilomètres de leur domicile.

La réticence des sociétés européennes à mettre des moyens de contrôle électronique au service de la santé collective, dans le cadre d'un usage par des autorités publiques sous la supervision de systèmes judiciaires indépendants, est d'autant moins justifiable si l'on considère l'utilisation peu limitée et peu contrôlée de ces mêmes données personnelles, qu'opèrent largement à l'insu des usagers des entreprises privées poursuivant des objectifs de profit dénués de bénéfice collectif. Ainsi, par exemple, la récolte systématique de données de géolocalisation par un grand nombre de fournisseurs privés de services en ligne serait parfaitement acceptable pour les Européens, mais ils se devraient de se refuser à eux-mêmes le bénéfice de ces mêmes moyens pour contrôler une épidémie ? Les Européens ont sans doute intérêt, de ce point de vue, à remettre leurs priorités en ordre.

L'expérience de Taïwan, sur ces trois points (privation de liberté, restrictions de circulation, utilisation de données personnelles), montre bien que la démocratie n'est nullement un obstacle à la lutte contre une épidémie, pour autant que les moyens exceptionnels, dérogatoires, qui sont mis en œuvre restent proportionnés par rapport aux fins.

4. Une stratégie « zéro contamination » difficile à tenir sur le long terme

A partir de mai 2021, Taïwan s'est trouvée confrontée pour la première fois à un épisode de circulation majeure du virus dans la société. Cette contamination communautaire est le résultat d'une combinaison de facteurs : régime allégé de quarantaine des équipages des compagnies aériennes (le virus a vraisemblablement été introduit par un pilote) ; non-respect des règles de quarantaine par un hôtel, facilitant l'échappement du virus ; dissimulation de certaines activités par des personnes infectées (fréquentation de bars à hôtesse), qui ont amoindri l'efficacité du traçage des cas contacts ; enfin, contagiosité accrue du variant anglais à l'origine de cet épisode.

La stratégie poursuivie jusqu'en mai 2021 a donc dû être adaptée pendant quelques semaines à un nombre de cas ne permettant plus d'assurer le traçage complet des contacts amont et aval de chaque cas avéré, ni d'isoler chaque cas avéré, même non symptomatique, en milieu hospitalier. Taïwan a cependant choisi de ne pas imposer la contrainte maximale prévue dans son plan de lutte épidémique, à savoir le confinement généralisé (niveau 4), mais de s'arrêter au niveau 3, dont le caractère contraignant pour les activités économiques et sociales, et pour les libertés individuelles, est lourd mais demeure en deçà des contraintes imposées par les confinements mis en place en Europe depuis le printemps 2020 (en particulier pas de contrainte horaire sur les sorties du domicile, ni de couvre-feu, ni de limitation ou d'obligation de justification des déplacements). Les mesures ont été focalisées sur l'interdiction des regroupements (limités à 5 personnes n'appartenant pas à une même famille à l'intérieur, et 10 personnes à l'extérieur), la fermeture des écoles (un mois et demi d'enseignement à distance, suivi de deux mois de vacances d'été), l'interdiction de la consommation sur place dans les restaurants, la fermeture des établissements recevant du public en milieu fermé (restaurants, cinémas, musées, lieux de culte...), le port systématique du masque à l'extérieur du

La stratégie de Taïwan face à la pandémie : quels enseignements pour les pays européens ?

domicile, l'enregistrement électronique obligatoire à chaque visite dans un magasin ou une administration, aux fins de traçage éventuel, et l'encouragement au télétravail.

Cette stratégie a porté ses fruits et permettait de nouveau, à partir de la mi-juin 2021, de traiter chaque nouvelle contamination comme dans la période précédente, avec un effort intense de traçage et d'isolement des cas contacts. Les autorités, à la mi-juillet 2021, considéraient toutefois qu'il était peu vraisemblable qu'un retour à une situation « zéro contamination » soit possible avant d'avoir atteint un niveau d'immunité élevé par la vaccination.

Cette chaîne de contamination locale est en effet intervenue à un moment où la population était encore peu immunisée, Taïwan ayant rencontré des difficultés pour se procurer des doses de vaccin sur le marché international, et les deux vaccins développés localement n'étant pas encore prêts. A la mi-mai 2021, moins de 1 % de la population avait reçu une première injection. Grâce à la livraison progressive des commandes passées par les autorités aux laboratoires AstraZeneca et Moderna, et aux dons de doses à Taïwan par le Japon et les Etats-Unis, la proportion de la population ayant reçu au moins une première injection était passée à 33 % au 1er août 2021, soit davantage que la Nouvelle-Zélande (22 %), autant que l'Australie (33 %) mais moins que le Japon (40 %). La stratégie vaccinale suivie a d'abord ciblé en priorité les plus âgés, mais aussi les populations les plus exposées (professionnels de santé, gestionnaires d'hôtels de quarantaine...), les secteurs les plus stratégiques (marchés de gros, armée...), les professions les plus susceptibles de transmettre le virus (chauffeurs de taxi, livreurs...) ainsi que l'environnement des clusters identifiés. Cette vaccination ciblée, dans un contexte de relative pénurie de doses par rapport aux pays européens, visait donc dans un premier temps non seulement à protéger, mais aussi à ralentir la propagation.

Cette flambée épidémique, même limitée en ampleur par rapport aux vagues qu'a connues l'Europe, illustre la précarité du maintien de l'objectif « zéro contamination » par une société qui ne veut pas fermer entièrement ses frontières quand la circulation du virus dans le reste de monde demeure intense. Taïwan, en continuant à accepter un nombre relativement élevé de voyageurs en provenance de l'étranger, a ainsi laissé pénétrer sur son territoire, en moyenne, plus de 2 personnes porteuses du virus chaque jour depuis janvier 2020. La pression à la contamination n'a donc jamais cessé, et elle s'est aggravée avec l'augmentation de la contagiosité des nouveaux variants.

Pour autant, Taïwan, comme d'autres pays qui ont choisi dans un premier temps une politique de contamination zéro, est parvenue depuis janvier 2020 à limiter considérablement les conséquences humaines, économiques et sociales de l'épidémie. En ayant gagné plus d'un an sur le virus, Taïwan a pu se préparer, bénéficier de l'expérience accumulée ailleurs, attendre les vaccins en relative sécurité et entamer sa campagne de vaccination sur la base d'un bilan humain bien moins défavorable. Il faut également noter que les pays ayant suivi cette politique auront aussi contribué, au profit du reste du monde, à éviter l'apparition de nouveaux variants du virus sur leur sol et leur diffusion à d'autres régions. Enfin, leur expérience face au SARS-CoV-2 fournit un ensemble d'enseignements utiles pour préparer à mieux affronter les menaces épidémiques dans l'avenir, à condition que l'on prenne effectivement leur expérience en considération.

FRS PROGRAMME TAIÛWAN
SUR LA SÉCURITÉ ET LA DIPLOMATIE

FONDATION
pour la RECHERCHE
STRATÉGIQUE