

ALREADY...

So, the three EpiNet workshops are already over. Guam, Noumea and Apia: the Micronesian, Melanesian (and French-speaking countries and territories) and Polynesian sub-regions. These workshops were a big success. We at Inform'Action are grateful for the observations of Dr. Lepani Waqatakirewa and Dr. Siale 'Akau'olo, who were involved as both session chairmen and participants.



CONTENTS

Surveillance and Response

- **Influenza**
Valuable lessons learned from Exercise Virex in NZ4
Influenza in French Polynesia7
- **Dengue**
Report on a year of dengue surveillance in New Caledonia (2001)9
DEN-1 Outbreak in the Pacific – Update as at 30 April 200214
- Distance Education & Telehealth**
The Flexible Learning and Telehealth Unit at the Fiji School of Medicine17
- PPHSN News**
Outcomes of the three EpiNet Workshops ..19
 - Recommendations
 - Feedback

SOMMAIRE

Surveillance et réponse

- **Grippe**
Leçons utiles tirées de l'“Exercise Virex” ..4
La grippe en Polynésie française7
- **Dengue**
Bilan d'une année de surveillance de la dengue en Nouvelle-Calédonie (Année 2001)9
Épidémie de dengue I en Océanie – Mise à jour du 30 avril 200214
- Formation à distance & Télésanté**
Service d'apprentissage souple et de télésanté à l'École de médecine de Fidji .17
- ROSSP Actualités**
Bilan des trois ateliers EpiNet19
 - Recommandations
 - Feedback

DÉJÀ...

Voilà donc les 3 ateliers EpiNet finis. Guam, Nouméa et Apia, sous-régions micronésienne, mélanésienne (et pays et territoires francophones) et polynésienne... Ces ateliers ont été couronnés de succès. Nous sommes grés des échos, pour Inform'Action, du Dr Lepani Waqatakirewa et du Dr. Siale 'Akau'ola, tous deux impliqués à la fois comme présidents de séance et comme participants.

En tout, près de 70 professionnels de la santé océaniens membres des équipes nationales EpiNet ont participé à ces ateliers et contribué au développement des principes directeurs en matière de lutte contre les maladies cibles du ROSSP. Certaines de ces contributions ont été majeures, et, dans une volonté d'amélioration des services du ROSSP, une série d'idées fortes est ressortie sous forme de recommandations. Celles-ci ont crû en nombre d'atelier en atelier : 18 à Guam, 28 à Nouméa, et, comble d'inspiration, 39 à Apia !... Mais pourquoi se limiter, et ne pas rajouter d'autres idées à celles émises précédemment ?

Parmi ces recommandations, certaines ont été répétées ou développées d'atelier en atelier, dans une logique de continuité portée par une communauté d'esprits et d'intentions. Surtout, les ateliers se sont montrés complémentaires, non seulement parce que chaque atelier ciblait 2 maladies différentes, mais aussi par les solutions ou améliorations proposées à la structure et au fonctionnement des services du ROSSP en général.

Une recommandation commune aux 3 ateliers vise à améliorer la communication entre toutes les équipes EpiNet, tout en respectant les canaux officiels, dont l'aval est essentiel dans le domaine de la circulation de l'information. Ainsi il a été dit que “les ministères et les départements de la Santé sont invités à autoriser les membres des équipes nationales d'EpiNet à accéder à la liste de diffusion restreinte PACNET-restricted. De même, le serveur de liste restreinte PACNET-restricted devrait accepter tous les messages en provenance des membres des équipes EpiNet nationales. Les pays auraient néanmoins la faculté d'édicter s'ils le souhaitent des

In all, nearly 70 Pacific Island health professionals who are members of EpiNet national teams participated in these workshops and took part in developing guidelines for the control of PPHSN target diseases. There were some major contributions, and, with a view to improving PPHSN services, a whole series of important concepts came out as recommendations. These recommendations grew in number from one workshop to the next: 18 in Guam, 28 in Noumea and, in a burst of inspiration, 38 in Apia! But why limit oneself and not add other ideas to those given previously?

Some of the recommendations were repeated or developed from workshop to workshop, in an on-going dialogue maintained by a pooling of thoughts and intentions. What is most important is that the workshops proved to be complementary, not only because each targeted two different diseases, but also with regards to proposed improvements to or solutions for the overall structure and operation of PPHSN services.

One recommendation which came up at all three workshops aimed at improving communications between EpiNet teams while at the same time respecting official channels, whose approval is vital in the area of information distribution. This recommendation stated: "The official agreement of ministries/departments of health should be sought to allow all members of national EpiNet teams to receive messages on PACNET-Restricted. The PACNET-Restricted listserv would also accept all messages from national EpiNet members, although countries may wish to implement internal guidelines for their own team members about posting messages." All this so that: "Communication between the EpiNet national (and equivalent) teams must be strengthened."

With that in mind, a letter on this topic is going to be sent to health department and ministries to suggest that they enrol all their EpiNet team members in PACNET-Restricted. The PACNET-Restricted listserv was created to allow Pacific Island countries and territories access to "front-line" information on outbreaks or diseases which might lead to outbreaks. In the very early stages, this information is often sensitive and confidential because it is either unconfirmed and/or has not yet brought about what could be considered adequate public health measures. Health authorities often hesitate to put anything on PACNET and for that reason, only a limited number of members have access to the PACNET-Restricted listserv, i.e. one or two people from each health ministry or department, as well as the members of the PPHSN Coordinating Body.¹ It is mainly through the Coordinating Body's allied members that resources can be mobilised when a country or territory expresses such a need. The restricted list, which is an extension to PACNET, makes it possible to provide even more timely information about the detection of a possibly serious epidemic disease, thereby giving the countries and territories time to prepare themselves. Including EpiNet members on this distribution list will make it more operational, as they are key elements in any response given, particularly with the possibility the list provides to exchange experience between teams and to gain access to the resources described above.

1. The representative of 5 (soon 7) countries and territories currently serve as core member representatives. The Fiji School of Medicine, SPC, WHO, UNICEF, the CDN/ANZ Network and the Australian National University's National Center for Epidemiology and Population Health (NCEPH) are the allied members, with the latter two Australian agencies i.e. CDN/ANZ and NCEPH sharing a representative.

directives internes concernant l'envoi de messages par les membres de leur équipe". Ceci afin "de renforcer la communication entre les équipes EpiNet nationales (et équipes équivalentes)".

Une lettre va donc être adressée aux ministères et départements de la santé afin de leur proposer l'adhésion de tous les membres des équipes EpiNet à la liste "PACNET-restricted". Les membres de ces équipes ont déjà accès à PACNET. La liste restreinte de PACNET, "PACNET-restricted", a été créée afin de permettre aux pays et territoires océaniques d'avoir accès à une information de toute première heure sur des flambées épidémiques ou sur des cas de maladies pouvant provoquer ces dernières. Tout au début, cette information est souvent sensible et confidentielle parce que non-confirmée et/ou n'ayant pas encore entraîné des mesures de santé publique jugées suffisantes, et les autorités sanitaires hésitent souvent à poster quoique ce soit sur PACNET ; la liste "PACNET-restricted" est ainsi limitée en nombre de membres : une ou deux personnes clés de chaque ministère ou département de la santé, ainsi que les membres du groupe de coordination du ROSSP¹. C'est aussi essentiellement grâce aux membres alliés représentés dans le groupe de coordination que des ressources peuvent être mobilisées en cas de besoin exprimé par un pays ou territoire. Complément de PACNET, la liste restreinte permet d'informer encore plus à TEMPS qu'une maladie suspecte d'être potentiellement grave et épidémique est détectée, et de donner le TEMPS aux pays et territoires de se préparer. L'inclusion des membres des équipes EpiNet dans cette liste permettra de la rendre plus opérationnelle, étant donné que ce sont eux qui sont les éléments clés de la riposte à donner, avec notamment, par cette liste, une possibilité d'échange d'expériences entre équipes, et l'accès aux ressources comme décrit ci-dessus.

PACNET, quant à elle, demeure une liste de diffusion plus large, incluant non seulement les membres des équipes EpiNet, mais aussi de nombreux professionnels de la santé travaillant en Océanie, ou portant un intérêt à ce qui s'y passe – y compris des experts de renommée internationale. En cas de besoin, PACNET offre une ouverture plus large vers des ressources. À tout moment d'une épidémie, y compris tout à son début, elle demeure donc la liste préférentielle à utiliser lorsqu'on veut toucher un plus large éventail d'expertises et de ressources potentielles. Par ailleurs, lorsque le diagnostic est confirmé et que les mesures de santé publique sont prises, PACNET permet de diffuser, auprès d'un grand nombre de professionnels de la santé, une information plus exacte, fiable, professionnelle, et moins alarmiste ou "sensationnelle" que celle que l'on peut voir dans les médias, et d'avoir aussi, en échange, des réactions de ces professionnels de la santé.

Dans ce numéro sont donc exposées les recommandations des 2 derniers ateliers EpiNet de Nouméa et d'Apia (celles du premier atelier étaient incluses dans le numéro précédent). Elles vont permettre de continuer à développer et à améliorer le ROSSP et ses 3

1. Les représentants de 5 (bientôt 7) pays et territoires siègent actuellement en tant que représentants des membres statutaires. L'École de médecine de Fidji, la CPS, l'OMS, l'Unicef, le réseau CDN/ANZ et le National Center for Epidemiology and Population Health (NCEPH) de l'Université nationale australienne, représentent les membres associés — ces deux dernières institutions australiennes, (CDN/ANZ et NCEPH) ayant un représentant commun.

As for PACNET, it remains a broader distribution list which includes not only EpiNet team members but also a large number of health professionals working in the Pacific or who have an interest in what goes on there, including certain internationally known specialists. In times of need, the PACNET provides wider access to resources. All throughout an outbreak, including at the very beginning, it is, then, the preferred list to use to reach a broader range of potential expertise and resources. In addition, once the diagnosis has been confirmed and public health measures taken, PACNET makes it possible to provide a large number of health professionals with more precise, reliable, professional, and less alarmist or "sensational" information than that found in the media, and to have, in exchange, the reactions of those health professionals.

So, the recommendations from the last two EpiNet Workshops in Noumea and Apia are presented in this issue as those from the first workshop were included in the previous one. They will allow us to continue to develop and improve the PPHSN and its three arms—PACNET, LabNet and EpiNet, i.e. early warning, confirmation and response.

One recommendation which came out of the Noumea workshop, where one of the two target diseases was influenza, mentioned forming "an Influenza Specialist Group (ISG) from within the existing EpiNet personnel with interest and experience in influenza. A priority task for this group would be to develop a generic influenza pandemic plan for the region which countries could use as a framework for their own detailed plans." It does seem reasonable to believe that a new influenza pandemic is likely to appear. We should remember that the "Spanish flu" pandemic in 1918-1919 killed more than 20 million people and that deaths due to each of the pandemics in 1957 and 1968-69, respectively the "Asian flu" and the "Hong Kong flu", have been estimated at about one million. It is important to know that the 1957 influenza epidemic took only six months to spread throughout the world from its starting point in China, whereas, at the time, international travel was less rapid and widespread than it is today. For those reasons, this ISG should be set up fairly rapidly and develop an appropriate action plan to give interested countries and territories time to prepare themselves. Some have already begun to take measures... Given the prediction of an upcoming pandemic, the New Zealand Ministry of Health has decided to act and conducted a test preparation exercise, the "Virex Exercise" described in this issue of Inform'Action along with an example of how influenza tends to strike in the Pacific Islands provided by Dr. Bruno Hubert of French Polynesia.

In the meantime, let's not forget that a DEN-1 outbreak is still raging in the Pacific and that preparedness must be maintained.

Finally, in this issue we also get an optimistic note from the Fiji School of Medicine concerning telehealth developments, particularly with regards to distance education.

Happy reading to all and see you soon.

Dr Tom Kiedrzyński

bras : PACNET, LabNet et EpiNet, c'est-à-dire l'alerte, la confirmation et la riposte.

Une autre des recommandations, formulée à l'atelier de Nouméa où l'une des deux maladies ciblées était la grippe, mentionne "qu'un "groupe de spécialistes de la grippe" ("GSG"), composé de membres du réseau EpiNet qui s'intéressent à la grippe et en ont l'expérience, soit formé. L'une des tâches prioritaires de ce groupe serait d'élaborer un plan d'action en cas de pandémie de grippe pour la région, plan d'action dont les pays pourraient s'inspirer pour établir leur propre plan". En effet, il semble raisonnablement certain qu'une nouvelle pandémie de grippe risque de se produire. Pour mémoire, la pandémie de "grippe espagnole" 1918-1919 a tué plus de 20 millions de personnes, et les morts dues à chacune des pandémies de 1957 et 1968-69 (respectivement, de "grippe asiatique" et "grippe de Hong-Kong") sont estimées à 1 million environ. Il est important de savoir que l'épidémie de grippe de 1957 a mis seulement 6 mois à se mondialiser à partir de son point de départ en Chine, alors qu'à l'époque les voyages internationaux étaient moins rapides et nombreux qu'à l'heure actuelle... Ce "GSG" ne devrait donc pas tarder à se former et à développer le plan d'action en question, s'il faut pouvoir permettre aux pays et territoires qui le désirent, d'être prêts à temps. Certains ont déjà commencé à bouger... Vu la prédiction d'une pandémie à venir, le ministère de la santé de Nouvelle-Zélande a décidé d'agir et a mené un exercice exemplaire de préparation, "l'exercice Virex", qui est décrit dans ce numéro d'Inform'Action — à côté d'un exemple de la façon dont la grippe a tendance à frapper en Océanie, fourni par le Dr Bruno Hubert de Polynésie française.

Entre-temps, n'oublions pas que l'épidémie de dengue 1 sévit toujours dans le Pacifique, et que l'état d'alerte préventive doit être maintenu...

Enfin, nous avons aussi droit dans ce numéro à une note optimiste de l'École de médecine de Fidji concernant le développement de la télésanté et plus particulièrement de la formation à distance.

Bonne lecture à tous et à toutes et à bientôt.

Dr Tom Kiedrzyński

VALUABLE LESSONS LEARNED FROM EXERCISE VIREX

Valuable lessons about how to manage a situation where thousands of people die from a deadly strain of influenza are being learned by New Zealand's Ministry of Health and District Health Boards following a month-long nationwide emergency exercise.

The Ministry of Health's mock emergency, known as Exercise Virex, ended on February 14 and involved around 400 participants, exercise director Robyn Fitzgerald said.

'The purpose of the exercise was to update New Zealand's Influenza Pandemic Preparedness Plan so the country is as prepared as it can be for an influenza pandemic.

'No one in the world could ever be entirely ready for a pandemic but after holding this exercise we have identified the areas we need to work on. I am reassured New Zealand's health workforce is now better prepared to minimise disruption and death.'

An influenza pandemic is one of the biggest threats to public health; and if one were to strike, it could come with minimum warning, cause high rates of death and illness, and require a well coordinated national and regional response.

During Exercise Virex, an influenza pandemic scenario was drip-fed to participants over a month, mimicking the way an influenza pandemic might evolve in New Zealand. Participants received their last instalment of the scenario on February 14 and by then the hypothetical event had reached disaster proportions.

'The scenario didn't paint a pretty picture of the pandemic on February 14; hundreds of people were dying, hospitals were having to manage large numbers of patients while coping with reduced staff, and various public events were being cancelled.'

Mrs Fitzgerald said the new information for participants came with challenging questions for participants asking how each region would respond to the latest hypothetical events. 'Participants had three hours to come up with answers appropriate to their region, using their available resources.'

District Health Boards and Public Health Services took the exercise very seriously, and some participants consulted with various community groups on how they would respond, she said.

'We were very impressed with the level of urgency attached to this exercise. Many sound and innovative ideas were submitted by exercise participants. They appreciated the realism of the exercise and fully absorbed the potential for disaster.'

On February 14 participants also had to contend with a mock media corps provided by 24 students from Massey University's School of Journalism.

'The Ministry of Health wanted to make this exercise, which took nine months to plan, as real and as true-to-life as possible.'

LEÇONS UTILES TIRÉES DE L'EXERCISE VIREX

Au lendemain d'une simulation d'intervention qui s'est déroulée sur un mois, le ministère de la santé néo-zélandais et les Conseils de la santé de district savent mieux désormais comment faire face à une épidémie de grippe dont la souche tue des milliers de personnes.

L'intervention fictive, déclenchée par le ministère de la Santé, baptisée "Exercise Virex", a mobilisé 400 participants et a pris fin le 14 février, dit l'ordonnatrice des opérations, Robyn Fitzgerald.

Le but de cette simulation était d'actualiser le plan néo-zélandais d'intervention d'urgence de façon à préparer le mieux possible le pays à une pandémie de grippe.

"Il est impossible d'être totalement prêt à enrayer une pandémie mais maintenant que nous avons fait cet exercice, nous savons ce sur quoi il faut travailler. J'ai l'assurance que le personnel de santé néo-zélandais est à présent plus apte à limiter au minimum la désorganisation et les décès."

Une pandémie de grippe est l'une des plus grandes menaces de santé publique qui soit et si elle éclatait, elle entraînerait un grand nombre de décès et de cas de maladie, frapperait sans crier gare et exigerait une riposte nationale et régionale bien coordonnée.

Pendant le mois qu'a duré la simulation, les participants ont progressivement été exposés aux différentes scènes du scénario possible, démontrant comment une pandémie de grippe pourrait évoluer dans le pays. Lors de la dernière scène, le 14 février 2002, la situation avait atteint des proportions de catastrophe.

En effet, à cette date, les gens mouraient par centaines, les hôpitaux devaient accueillir un afflux de patients tout en travaillant avec des effectifs réduits. Plusieurs manifestations publiques étaient annulées.

Selon Mme Fitzgerald, chaque nouvel élément d'information était un nouveau défi pour les participants, qui devaient considérer la manière dont chaque région réagirait aux nouveaux développements de la situation.

"Les participants avaient trois heures pour trouver des solutions appropriées à leur région, avec les moyens dont ils disposaient."

"Les conseils de santé de district et les services de santé publique ont pris cet exercice très au sérieux et certains participants ont consulté plusieurs collectivités locales pour savoir comment elles réagiraient", ajoute-t-elle.

"Nous avons été très impressionnés par le caractère d'urgence que les participants ont accordé à cette simulation. Ils ont eu beaucoup de bonnes idées et ont trouvé des solutions novatrices. Ils ont vraiment joué le jeu et ont fait comme si la catastrophe était imminente."

Le 14 février, les participants ont également dû répondre aux questions des médias, dans le cadre d'une conférence de presse fictive organisée par 24 étudiants de l'école de journalisme de Massey.

"Le ministère de la santé voulait que cette simulation, dont l'organisation a pris neuf mois, soit le plus proche possible de la réalité."

Dr Bob Boyd, the Ministry of Health's Chief Advisor for Safety and Regulation, reviewed the planning, conduct, and control of Exercise Virex and the response to the emergency. His report is available on the Ministry's web site (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>).

National Pandemic Planning Committee chairman Dr Lance Jennings was scheduled to present a paper about Exercise Virex to infection control specialists in Australia in February, followed by a similar presentation by Mrs Fitzgerald at an Australian Disaster Medicines Group meeting in April.

Mrs Fitzgerald said Exercise Virex was a unique exercise that took nine months to plan. "Not many countries are small enough to be able to test a national influenza pandemic plan. International interest has been expressed from World Health Organisation members from Australia, Europe and the United States of America."

Why did the Ministry of Health hold Exercise Virex?

The world will experience another influenza pandemic in the foreseeable future. It could occur at any time. Everyone worldwide is at risk and New Zealand would almost certainly be affected by an influenza pandemic.

Because of this, the Ministry of Health has continuously updated its Influenza Pandemic Preparedness Plan. With the culmination of Exercise Virex the plan has been properly tested and will now be updated again and made more robust.

What is the purpose of the plan?

The purpose of the plan is to minimise the impact of an influenza pandemic on New Zealand.

The plan includes methods for the detection and management of a pandemic influenza in New Zealand. It details surveillance techniques and guidelines for the use of vaccines and anti-virals.

Who took part in Exercise Virex?

- ✓ Ministry of Health staff
- ✓ District Health Boards
- ✓ Medical Officers of Health/Public Health Services
- ✓ National Pandemic Planning Committee
- ✓ A simulated media corps made up of Massey University School of Journalism students

Who did the Ministry of Health invite to watch?

Thoracic Society, NZ Ambulance Service, NZ Blood Service, Department of the Prime Minister and Cabinet, Minister of Health, Civil Defence and Emergency Management, New Zealand Police, Ministry of Defence, Coroners Office, Wellington, BioSecurity, College of General Practitioners, New Zealand Nursing Council, Medical Council, Australian/New Zealand Society of Microbiologists, Institute of Environmental Science and Research, Ministry of Health Chief Advisers and Executive Team, Australian influenza pandemic experts, GlaxoSmithKline, Roche.

What is the scenario?

In brief, the scenario starts on 20 December 2001 as the World Health Organisation receives reports from the fictitious country of Wellsun about an influenza-like illness affecting people in a

Le Dr Bob Boyd, responsable du service Sécurité et Réglementation du ministère de la Santé, a examiné la manière dont cette simulation a été planifiée, conduite et supervisée et quelles ont été les réactions à cette situation d'urgence. Son rapport est disponible sur le site web du ministre de la Santé (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>).

Le Dr Lance Jennings, président du comité national de planification des interventions en cas de pandémie, a présenté un compte rendu de "Exercise Virex" à des spécialistes de la lutte contre l'infection en Australie en février. Mme Fitzgerald lui emboîta le pas en avril en relatant cette simulation à un Groupe australien de professionnels de la santé spécialisés dans les interventions d'urgence.

Selon Madame Fitzgerald, cette simulation a été une expérience unique qui a nécessité neuf mois de préparation. "Rares sont les pays qui sont assez petits pour pouvoir mettre à l'épreuve un plan national de lutte contre une pandémie de grippe. Des manifestations d'intérêt sont arrivées de partout dans le monde, de membres de l'Organisation mondiale de la Santé, d'Australie, d'Europe et des États-Unis d'Amérique.

Pourquoi le ministère de la Santé a-t-il organisé cette opération?

Pour autant qu'on puisse le prévoir, il faut s'attendre à une nouvelle pandémie de grippe. Elle pourrait éclater à tout moment. Le monde entier est exposé à ce risque et la Nouvelle-Zélande ne serait sans doute pas épargnée.

C'est pourquoi le ministre de la Santé actualise en permanence son plan d'intervention d'urgence en cas de pandémie de grippe. La simulation a permis de mettre à l'épreuve l'efficacité de ce plan, qui sera de nouveau actualisé et renforcé.

Quel est l'objectif de ce plan ?

Réduire au minimum l'incidence d'une pandémie de grippe sur la Nouvelle-Zélande

Le plan comprend des méthodes de détection et de prise en charge de la pandémie de grippe en Nouvelle-Zélande. Il décrit dans le détail les techniques de surveillance et donne des directives concernant l'utilisation de vaccins et d'antiviraux.

Qui a pris part à cette opération ?

- ✓ Le personnel du ministère de la Santé
- ✓ Les Conseils de la santé au niveau des districts
- ✓ Les médecins des services de santé et de santé publique
- ✓ Le Comité national de planification de la pandémie
- ✓ Des étudiants de l'école de journalisme de l'Université de Massey pour l'organisation d'une pseudo conférence de presse

Qui était invité par le ministère de la Santé à observer la simulation ?

Les entreprises Thoracic Society, NZ Ambulance Service, NZ Blood Service, le Cabinet du premier ministre, le Ministère de la Santé, de la défense civile et de la gestion des interventions en cas d'urgence, la police néo-zélandaise, le Ministère de la Défense, le bureau des coroners (médecins-légistes), à Wellington, l'entreprise BioSecurity, la Faculté de médecine générale, le conseil néo-zélandais de soins infirmiers, le conseil des médecins, la société australienne et néo-zélandaise de microbiologistes, l'Institut des sciences de l'environnement et de la recherche, les conseillers supérieurs et les membres de la direction du ministère de la Santé, les spécialistes australiens de la pandémie de grippe, les laboratoires GlaxoSmithKline et Roche.

Description du scénario

Tout commence le 20 décembre 2001 lorsque l'Organisation mondiale de la Santé reçoit des notifications du pays fictif de

large city. Flocks of chickens have also been affected by an undiagnosed illness in the country and the Center for Disease Control in Atlanta investigates the situation.

On 3 January 2002, an influenza virus is isolated in Hong Kong from a 40-year-old female patient. She dies following admission to intensive care with severe symptoms of influenza and respiratory failure. The woman had been ill with influenza-like symptoms for two days before arriving in Hong Kong from Wellsun in December.

Over the next few days, the World Health Organization Pandemic Taskforce declares a Pandemic Alert and countries around the world including New Zealand are asked to assist the WHO by activating their surveillance networks.

From here, the situation worsens and overseas high numbers of people are dying from the virus. In New Zealand, the Ministry of Health is already working closely with the National Pandemic Planning Committee. At this stage the virus is confined to Wellsun and Hong Kong.

However, by 20 January 2002 the virus has spread to Singapore. This causes the WHO to declare the onset of a new pandemic.

By 30 January 2002 there are confirmed outbreaks of the virus in New Zealand, Australia, Canada, the United Kingdom and Fiji. In New Zealand the first case is identified in a nurse who had been working in Australia but had come back to New Zealand for a holiday.

In response, the Director-General of Health, acting on behalf of the Minister of Health, gives written authorisation to Medical Officers of Health to exercise special powers for the purpose of lessening the impact of an influenza pandemic.

In the first two weeks of February, various events in New Zealand are threatened by the pandemic, including Waitangi Day celebrations and a number of festivals. Auckland is starting to report increased levels of influenza-like illness. Adding to the problems are the number of health workers succumbing to the virus.

By February 9, almost 30 percent of New Zealand's health care workforce has been forced to stay at home to recuperate and by February 12 that figure has leapt to 50 percent. In the week ending February 8 practitioners who are part of the surveillance network are reporting 700 cases of influenza-like illness per 100,000 population.

By 14 February 2002, mortality among hospitalised patients has reached 30 percent, placing considerable pressure on the country's morgue facilities.

At the same time New Zealand was identifying what assistance it could provide South Pacific nations and preparing itself for the probability of a second pandemic occurring and the issues arising.

For more information, contact:

Hayley Brock
Media Advisor
Communications
Corporate & Information Directorate
Ministry of Health
New Zealand

Wellsun, indiquant qu'un syndrome de grippe frappe les habitants d'une grande ville du pays. Des batteries de volailles sont également touchées par une maladie dont on ignore l'étiologie. Le Centre de lutte contre la maladie d'Atlanta étudie la situation.

Le 3 janvier 2002, une souche du virus de la grippe est isolée à Hong Kong chez une patiente de 40 ans. Elle décède juste après avoir été admise dans le service des soins intensifs de l'hôpital, ayant présenté des symptômes graves de grippe et d'insuffisance respiratoire. La femme souffrait apparemment de la grippe depuis deux jours lorsqu'elle était arrivée à Hong Kong, en provenance de Wellsun, en décembre dernier.

Dans les jours qui suivent, le groupe spécial chargée des pandémies de l'Organisation mondiale de la Santé lance une alerte concernant une pandémie et demande à plusieurs pays, dont la Nouvelle-Zélande, d'aider l'OMS en déclenchant activement leurs réseaux de surveillance.

La situation empire : un grand nombre de gens succombent au virus. En Nouvelle-Zélande, le ministère de la Santé collabore déjà étroitement avec le Comité national de planification de la lutte contre la pandémie. À ce stade, le virus est circonscrit à Wellsun et à Hong Kong.

Toutefois, le 20 janvier 2002, le virus gagne Singapour et l'OMS annonce le début d'une nouvelle pandémie.

Le 30 janvier 2002, des cas d'atteinte par ce virus sont confirmés en Nouvelle-Zélande, en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et à Fidji. En Nouvelle-Zélande, le premier cas touche une infirmière qui travaille en Australie et est rentrée en Nouvelle-Zélande pour des vacances.

Le directeur général de la santé, au nom du ministre de la Santé, confère aussitôt par écrit des pouvoirs exceptionnels aux médecins pour leur permettre de limiter l'incidence de la pandémie de grippe.

Durant les deux premières semaines de février, plusieurs manifestations en Nouvelle-Zélande sont annulées, dont les célébrations de la signature du traité de Waitangi et un certain nombre de festivals. Auckland commence à faire état d'une augmentation du nombre de cas de syndrome de grippe. De plus, un grand nombre d'agents de santé succombent au virus.

Le 9 février, près de 30 pour cent des agents de santé sont frappés par le virus, au repos forcé chez eux, et cette proportion atteint 50 pour cent le 12 février. À la fin de la semaine s'achevant le 8 février, les généralistes du réseau de surveillance rapportent 700 cas de syndrome de grippe pour 100 000 habitants.

Le 14 février 2002, la mortalité atteint 30 pour cent des patients hospitalisés et il n'y a plus de place dans les morgues du pays.

Dans le même temps, la Nouvelle-Zélande s'est demandée quelle aide elle pourrait apporter aux États et territoires du Pacifique Sud et s'est préparée à l'éventualité d'une deuxième pandémie et aux problèmes qu'elle poserait.

Pour tout complément d'information, prière de s'adresser à :

Hayley Brock
Media Advisor
Communications
Corporate & Information Directorate
Ministry of Health
Nouvelle-Zélande

INFLUENZA IN FRENCH POLYNESIA

Until recently, influenza was considered a rare disease in the intertropical zone and so no particular attention was paid to it. Improved surveillance systems, particularly the Sentinel Surveillance Network for Febrile Syndromes, now make it possible to identify outbreaks rapidly and confirm the problem's existence through virus isolation.



A review of the monthly distribution of flu syndromes observed since 1992 in public facilities (excluding the Territorial Hospital and private physicians and clinics) brought to light nine outbreaks:

- ✓ five moderate outbreaks (more than 2000 patient visits in the public sector) in September 1992, September 1996, February and November 1999, and June-July 2001;
- ✓ four large-scale outbreaks (with 5000 to 6000 patient visits in the public sector) in January 1992, April-May 1995, September 1997, and September 2000.

“As in most other countries, prevention is mainly based on vaccinating at-risk populations.”

When the seasonal variation of the nine outbreaks is examined, it can be seen that three of them occurred, for all practical purposes, at the same time as outbreaks in metropolitan France, and the other six followed outbreaks in the South Pacific during the Southern Hemisphere winter.

The first confirmations by virus isolation took place in 1997. The viruses identified during the later outbreaks were all covered by vaccines available before the outbreaks, so protection from vaccines does not vary according to where the outbreak originates, i.e. Northern or Southern

LA GRIPPE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

Jusqu'à récemment, la grippe était considérée comme une pathologie rare en zone intertropicale et n'avait donc pas fait l'objet d'une attention particulière. L'amélioration des systèmes de surveillance (en particulier le réseau sentinelle de surveillance des syndromes fébriles) permet maintenant d'identifier rapidement les épidémies et de confirmer la réalité du problème par des isolements de virus.

L'examen de la distribution mensuelle des syndromes grippaux observés dans les structures publiques (hors CHT, médecine libérale et cliniques privées) depuis 1992 met en évidence 9 épidémies :

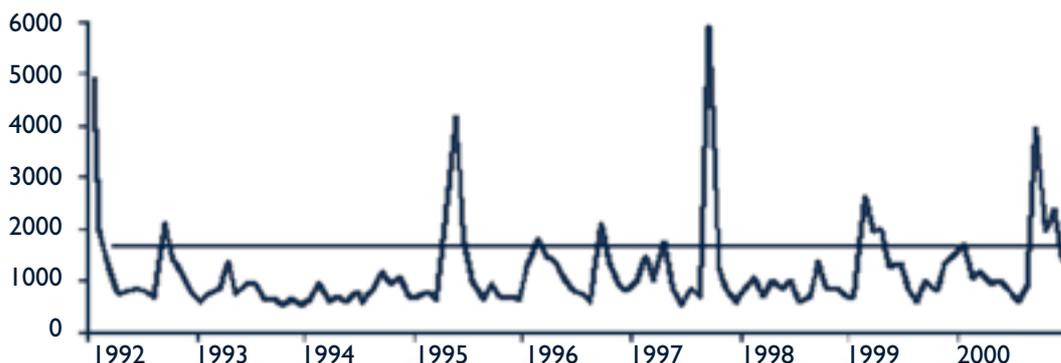
- ✓ 5 épidémies modérées (supérieures à 2000 consultations en secteur public) en septembre 1992, septembre 1996, février et novembre 1999, juin-juillet 2001.
- ✓ 4 épidémies importantes (avec 5 à 6000 consultations en secteur public) en janvier 1992, avril-mai 1995, septembre 1997 et septembre 2000.

“La prévention repose comme dans tous les autres pays sur la vaccination de groupes à risque”

Si l'on considère la saisonnalité de ces 9 épidémies, 3 d'entre elles sont pratiquement concomitantes des épidémies métropolitaines et les 6 autres font suite aux épidémies du Pacifique Sud pendant l'hiver austral.

Les premières confirmations par isolement du virus ont eu lieu en 1997. Les virus identifiés au cours des dernières épidémies étaient tous couverts par les vaccins disponibles avant ces épidémies. Ainsi, la protection conférée par ces vaccins ne varie pas selon la provenance de l'épidémie (hémisphère nord ou sud). Une vaccination annuelle en

Monthly number of flu syndromes observed in French Polynesian public facilities, 1992-2000
Nombres mensuels de syndromes grippaux observés dans les structures publiques de Polynésie française, 1992-2000



Source: BMT (Epistat Office – Health Department)
 Source : BMT (Bureau Epistat – Direction de la Santé)

Characteristics of flu outbreaks in French Polynesia from 1992 to 2001
Caractéristiques des épidémies de grippe entre 1992 et 2001 en Polynésie française

Date	01/1992	09/1992	04/1995	09/1996	09/1997	02/1999	11/1999	09/2000	06/2001
Season/ Saison	North/ Nord	South/ Sud	North/ Nord	South/ Sud	South/ Sud	North/ Nord	South/ Sud	South/ Sud	South/ Sud
Virus	?	?	?	?	A/Bayern (H1N1) A/Johannesburg (H3N2)	A/Sydney (H3N2) B/Beijing	Un-typed non typé A	A/New Caledonia (H1N1)	B/Sichuan
Scale/ Ampleur	++	+	+++	+	+++	++	+	+++	+
Death/ Décès	0		4	2	5	3		4	

Hemisphere. Using the vaccines available in metropolitan France to vaccinate at-risk populations once each year in October would have provided effective protection during these outbreaks.

In terms of mortality, over a seven-year period (1994-2000), 22 deaths directly attributable to influenza (main cause) were recorded; 75% of the deceased were over the age of 65. Deaths linked to decompensation of underlying illnesses during influenza were certainly more numerous but difficult to tally.

As in most other countries, prevention is mainly based on vaccinating at-risk populations. Unfortunately, this recommendation is limited by the fact that the costs of vaccinations are not covered by the Territory.

Bruno Hubert
 Health Department
 French Polynesia

This is an extract of the full report on Infectious Diseases in French Polynesia in 2001, published by the Health Department in December 2001.

Data were provided by the Epistat Office and the Health Department's GITE (field action and epidemiology group), Louis Malarde Institute and the Territorial Hospital (Medical Information Service and Laboratory), the French Polynesia Statistics Institute, and all the doctors who take part in surveillance.

octobre des groupes à risque par le vaccin disponible en métropole les aurait protégés efficacement au cours de ces différentes épidémies.

En terme de mortalité, sur une période de 7 ans (1994-2000), 22 décès directement attribués à la grippe (cause principale) ont été enregistrés ; 75% des personnes décédées étaient âgées de plus de 65 ans. Les décès liés à une décompensation de pathologies sous-jacentes au cours d'une grippe sont certainement plus nombreux mais difficiles à comptabiliser.

La prévention repose comme dans tous les autres pays sur la vaccination de groupes à risque. Malheureusement, cette recommandation est limitée par l'absence de prise en charge du vaccin grippal sur le Territoire.

Bruno HUBER,
 Direction de la Santé
 Polynésie française

Extrait du bilan complet sur les maladies infectieuses en Polynésie française en 2001, publié par la Direction de la Santé en décembre 2001.

À partir des données fournies par : le bureau Epistat et le GITE à la Direction de la santé, l'Institut Louis Malarde, le CHT (Service d'Information Médicale et Laboratoire), l'Institut Statistique de Polynésie française et tous les médecins qui participent à la surveillance.



REPORT ON A YEAR OF DENGUE SURVEILLANCE IN NEW CALEDONIA (2001)

Introduction

Over the past decade, New Caledonia has been affected by a number of dengue fever epidemics. Throughout this period, low background virus activity persisted between epidemics. It is likely that this situation of dengue endemicity ceased in June 1999, since which time no new biologically confirmed case has been reported.

This favourable situation results from the combined effect of drier weather, restricting mosquito breeding, and the effectiveness of the vector control action taken.

In 2001, the risk of a fresh epidemic was high because of the multiplication of type 1 dengue outbreaks in the Pacific and particularly in French Polynesia, where more than 32,000 people were affected, with eight fatalities. This threat materialised in some 20 imported cases and a local transmission cluster, which, fortunately, was swiftly contained.

The 2001 Sentinel Network

The structure of the sentinel network was reviewed early in 2001. It comprises 19 centres distributed over the whole country (as against 32 in 2000) and involves some 20 practitioners.

Results obtained

➤ Diagnostic algorithm

The laboratory now systematically tests for viral RNA (PCR) on early samples (day 1 to day 6 after emergence of the fever). This technique, which enables rapid response, is highly suited to the current situation in which a possible index case is sought.

With later samples (after day 6), screening targets specific IgMs.

On every possible occasion, a pair of samples, one early and one late, are requested in order to study the dynamics of the virological and serological parameters.

➤ Overall results (see Figure 1)

88.5% of the samples from the Sentinel Network were taken during the early phase of the disease (day 1 to day 5), most frequently on the second day.

BILAN D'UNE ANNÉE DE SURVEILLANCE DE LA DENGUE EN NOUVELLE CALÉDONIE (ANNÉE 2001)

Introduction

La dengue a frappé la Nouvelle Calédonie à l'occasion de plusieurs épidémies au cours de la décennie écoulée. Durant toute cette période, il a été constaté une persistance à bas bruit des virus en période inter épidémique. Il est probable que cette situation d'endémisation de la dengue ait cessé en juin 1999, date depuis laquelle aucun nouveau cas confirmé biologiquement n'a été signalé.

Cette situation favorable résulte de la conjonction de conditions météorologiques moins humides, limitant la pullulation des moustiques et de l'efficacité de la lutte anti vectorielle mise en œuvre.

En 2001, le risque d'un retour d'épidémie s'est retrouvé à un niveau élevé par la multiplication des foyers de Dengue 1 dans le Pacifique et plus particulièrement en Polynésie française où plus de 32 000 personnes ont été touchées parmi lesquelles 8 sont décédées. Cette menace s'est concrétisée par une vingtaine de cas importés et un foyer de transmission locale, heureusement rapidement circonscrit.

Le réseau sentinelle de l'année 2001

La composition du réseau sentinelle a été revue début 2001. Il comprend 19 centres répartis sur l'ensemble du Pays (contre 32 en 2000) et implique une vingtaine de praticiens :

Province	Number of sentinel sites Nombre de sites sentinelles
Islands/Îles	3
North/Nord	3
South (outside Nouméa)/ Sud (hors Nouméa)	5
Nouméa	8
Total	19

Résultats obtenus

➤ Algorithme de diagnostic:

Sur les prélèvements précoces (J1 à J6 par rapport à l'apparition de la fièvre) le laboratoire pratique désormais de façon systématique la mise en évidence de l'ARN viral (PCR). Cette technique, propre à fournir une

réponse rapide, est particulièrement adaptée à la situation actuelle de recherche d'un éventuel cas index.

Sur les prélèvements tardifs (au delà de J6), il est pratiqué une recherche des IgM spécifiques.

Chaque fois que possible, il est demandé une paire de prélèvements, précoce et tardif, pour étudier la dynamique des paramètres virologiques et sérologiques.

➤ Résultats globaux(voir figure 1) :

88,5% des prélèvements issus du réseau sentinelle ont été effectués à la phase précoce de la maladie (J1 à J5), le plus souvent au deuxième jour.



➤ Overall results

Résultats globaux

Number of patients tested/ Nombre de patients testés			Patients testing positive for dengue/ Patients testés positifs pour la dengue
Total activity/ Activité totale	Activity supplied by the Sentinel Network/ Activité fournie par le réseau sentinelle	Patients having provided repetitive samples (2 or more)/ Patient ayant eu des prélèvements itératifs (2 ou plus)	
956	192 (20.1%)	75 (7.8 %)	21 (2.2 %)

The 21 positive cases of dengue can be broken down as follows:

- ✓ cases confirmed by identification of the viral RNA: . . .16
- ✓ cases confirmed by IgM seroconversion on two successive samples: 1
- ✓ cases confirmed by the presence of IgMs on a single sample and by a strong epidemiological argument (patient recently returned from an active virus transmission zone or had contact with a carrier recently returned from French Polynesia): 4

Les 21 cas positifs de dengue se répartissent comme suit :

- ✓ cas confirmés par mise en évidence de l'ARN viral : . . .16
- ✓ cas confirmés par séroconversion en IgM sur 2 prélèvements successifs : 1
- ✓ cas confirmés par la présence d'IgM sur un prélèvement unique et d'un argument épidémiologique fort (retour récent d'une zone de circulation active des virus ou contact avec un malade au retour de Polynésie) :4

➤ Virus types responsible and geographical origin of positive cases

Types viraux en cause et origine géographique des cas positifs:

Virus Type/ Type viral	Geographical origin/ Origine géographique	Number of cases/ Nombre de cas
1, confirmed by PCR/ 1, confirmé par PCR	French Polynesia Polynésie française	13
	Samoa/ Samoa	2
	French Polynesia/ Polynésie française	2
1, probable (IgM + contexte)/ (IgM + contexte)	French Polynesia/ Polynésie française	2
	Secondary case resulting from contact with a carrier returning from French Polynesia/ Cas secondaire au contact d'un malade au retour de Polynésie	2
2, confirmed by PCR/ 2, confirmé par PCR	Indonesia/ Indonésie	1
Unknown/ Inconnu	India/ Inde	1

➤ Activity of the various sentinel sites

Activité des différents sites sentinelles :

Network sentinel sites Sites sentinelles du réseau	Number of suspected cases reported/ Nombre de cas suspects adressés
Territorial Hospital (emergencies:adults)/Centre Hospitalier Territorial (urgences adultes)	18
Territorial Hospital (emergencies:children)/Centre Hospitalier Territorial (urgences pédiatriques)	16
Centre Médical Polyvalent/Centre Médical Polyvalent	14
Dr Darjana (Nouméa-Sud)	14
Dr F.Vangheluwe (Vallée du Tir)	32
Dr Vergé (Rivière Salée)	7
Army Health Service/Service de santé des Armées	21
Dr Langeron (Ducos)	11
Institut PASTEUR	6
Other sites in Nouméa/Autres sites ponctuels à Nouméa	30
Drs Bezert and Ledos (Bourail Medical Centre)/Drs Bezert & Ledos (Centre Médical de Bourail)	2

Réseau International des Instituts PASTEUR et Instituts Associés



Network sentinel sites (contd)/ Sites sentinelles du réseau (suite)	Number of suspected cases reported/ Nombre de cas suspects adressés
Dr Michel Robin (Thio Medical Centre)/(Centre Médical de Thio)	3
Dr Laurent (Isle of Pines Medical Centre)/(Centre Médical de l'Île des Pins)	2
Dr de Barbeyrac (Yaté Medical Centre)/(Centre Médical de Yaté)	1
Dr Alain Joas / Dr PY Virieu (Dumbéa)	0
Other sites in the Southern Province/Autres sites ponctuels en Province Sud	3
Dr Lefèvre (Koumac Hospital)/(Centre Hospitalier Koumac)	1
Dr Pichereau (Poindimié Hospital)/(Centre Hospitalier Poindimié)	4
Dr Domingue (Houailou Medical Centre)/(Centre Médical Houailou)	6
Other sites in the Northern Province/Autres sites ponctuels en Province Nord	1
Chépénéhé Medical Centre, Lifou/Centre Médical Chépénéhé (Lifou)	0
La Roche Medical Centre, Maré/Centre Médical La Roche (Maré)	0
Ouloup Medical Centre, Ouvéa/Centre Médical Ouloup (Ouvéa)	0

➤ **Demographic and geographical characteristics of patients**

A majority of the 192 patients examined by the sentinel network are males (59.5%); the average age is 30 years (ranging from 0-73 years).

Most of these people live in Nouméa and surrounding urban areas. Their places of residence are distributed as follows:

➤ **Caractéristiques démographiques et géographiques des patients:**

Les 192 patients recrutés par le réseau sentinelle sont en majorité de sexe masculin (59.5%) et d'âge moyen 30 ans (extrêmes de 0 à 73 ans).

Il s'agit pour l'essentiel de personnes résidant dans l'agglomération de Nouméa. Leurs lieux de résidence se répartissent comme suit :

Place of residence/ Commune de résidence	Number/Nombre	%
Nouméa	123	64.1
Mont Dore	17	8.9
Dumbéa	7	3.6
Païta	4	2.1
Other Southern Province locations/ Autres communes province Sud	10	5.2
Northern Province/Province Nord	13	6.8
Islands Province/Province Îles	2	1.0
Overseas/Étranger	2	1.0
Not specified/Non précisé	14	7.3

19% of all patients (36 out of 192) had recently travelled outside New Caledonia, while 90% of those with a positive diagnosis (19 out of 21) had travelled.

La notion de voyage récent hors de la Nouvelle Calédonie est retrouvée chez 19% de l'ensemble des patients (36 sur 192), mais chez 90% de ceux ayant un diagnostic positif (19 sur 21).

➤ **Clinical characteristics of patients**

In addition to fever, which is considered as an obligatory patient inclusion criterion, a number of simple and typical symptoms were reported on the data and notification form. These can be broken down as follows:

➤ **Caractéristiques cliniques des patients**

À côté de la fièvre, considérée comme un critère obligatoire de recrutement des patients, un certain nombre de symptômes simples et classiques sont signalés sur la fiche de renseignements et de déclaration. Ils se répartissent comme suit :



Symptom present/ Symptôme présent	Total patients in network/ Total patients réseau Number /effectif = 192		Unconfirmed cases/ Cas non-confirmés Number /effectif = 171		Confirmed cases/ Cas confirmés Number /effectif = 21	
	Number/ Effectif	%	Number/ Effectif	%	Number/ Effectif	%
Sudden onset/Début brutal	123	64.1	105	61.4	18	85.7
Aches myalgia/Courbatures Myalgies	152	79.2	134	78.4	18	85.7
Headaches/Céphalées	156	81.2	139	81.3	17	80.9
Rash/Eruption	20	10.4	14	8.2	6	28.6
Retro-orbital pains/Douleurs rétro-orbitaires	69	35.9	59	34.5	10	47.6
Haemorrhaging/Hémorragies	13	6.8	11	6.4	2	9.5
Signs of shock/Signes de choc	1	0.5	0	0	1	4.8
Nausea and vomiting/Nausées vomissements	38	19.8	33	19.3	5	23.8

The most frequently identified symptoms in included patients were aches, myalgia and headaches. The most specific signs announcing a positive case were the sudden onset of fever and the presence of a skin rash: The frequency of these signs is significantly higher in patients with a confirmed biological diagnosis ($p < 0.05$).

Analysis

In 2001, New Caledonia was significantly exposed to the threat of a dengue epidemic arriving from neighbouring countries and territories, in particular from French Polynesia, to and from which there is frequent travel. In the Pacific region, the circulation of the type 1 virus began at the end of 2000, being reported from Palau first. The major epidemic then occurred from February to November in French Polynesia. It began in the island of Bora Bora and gradually spread to most of the rest of the group. Other outbreaks were reported from Samoa, Tokelau, Cook Islands and Hawaii. In New Caledonia, the first cases imported from French Polynesia arrived in mid-June, while the spread of the virus reached huge proportions in Tahiti. Despite the rapid response from the sentinel network and the vector control services, a local cluster was reported in one of the city's northern neighbourhoods (Rivière-Salée) where two autochthonous cases were identified. Fortunately, the combination of strong peri-focal control measures and prevailing weather conditions, which at that time were unfavourable to the multiplication of *Aedes*, meant that this outbreak had no serious consequences. From June to October, 17 patients returning with dengue from travel in the region were identified.

Two other imported cases should be mentioned: one type 2 coming back from Indonesia and another, unidentified, from India.

Most of the 21 diagnosed cases were uncomplicated forms. A single patient presented a haemorrhagic form (hematuria and hemoptysis) and was treated by the hospital emergency service and rapidly cured.

The number of patients recruited by the sentinel sites is almost three times higher than in 2000 and the proportion of activity provided by the surveillance network to the arbovirus laboratory has increased from 8.2% to 20%. This clearly shows that the sentinel doctors have been more actively involved this year.

Réseau International des Instituts PASTEUR et Instituts Associés

Les symptômes d'appel les plus constamment retrouvés chez les patients recrutés sont les courbatures ou myalgies et les céphalées. Les signes les plus spécifiques, prédictifs d'un cas positif, sont le début brutal et la présence d'une éruption cutanée : la fréquence de ces éléments est significativement plus élevée chez les patients présentant un diagnostic biologiquement confirmé ($p < 0.05$).

Analyse

La Nouvelle-Calédonie a été exposée de façon importante en 2001 à la menace d'une épidémie de dengue en provenance des états et territoires voisins, en particulier la Polynésie française avec laquelle les échanges de population sont importants et fréquents. Dans la région Pacifique la circulation du virus de type 1 à débuté fin 2000, où elle est d'abord signalée à Palau. L'épidémie majeure est alors survenue de février à novembre en Polynésie française. Elle a débuté à Bora-Bora puis a progressivement gagné l'essentiel de l'archipel. D'autres foyers épidémiques sont alors signalés aux Samoa, à Tokelau, aux îles Cook puis à Hawaï. En Nouvelle-Calédonie, les premiers cas importés de Polynésie surviennent à la mi-juin, alors que la circulation du virus est devenue massive à Tahiti. Malgré la réactivité du réseau sentinelle et des services de lutte anti vectorielle, un foyer de transmission locale est décrit dans un quartier nord de Nouméa (Rivière salée) où 2 cas autochtones sont mis en évidence. Fort heureusement, la conjonction d'une lutte péfocale vigoureuse et des conditions climatiques du moment, alors défavorables à toute pullulation des *Aedes*, a permis que cet épisode soit sans lendemain. De juin à octobre, 17 malades au retour d'un voyage régional seront identifiés.

Deux autres cas d'importation sont également à signaler : un de Dengue 2 au retour d'Indonésie et un autre non typé, en provenance d'Inde.

Pour l'essentiel des 21 cas diagnostiqués, il s'agit de formes non compliquées. Un seul patient a présenté une forme hémorragique (hématurie et hémoptysie) prise en charge par le service de réanimation du CHT et rapidement résolutive.

Le nombre de patients recrutés par les sites sentinelles est cette année presque 3 fois plus élevé qu'en 2000 et la proportion d'activité fournie par le Réseau de Surveillance au laboratoire des Arbovirus est passée de 8,2 à 20%. Ceci traduit clairement une meilleure mobilisation pour cette année des médecins sentinelles.



Conclusion

As at 31 December 2001, no sign that the type 1 dengue had become endemic was visible in New Caledonia, despite repeated virus introductions. This can be explained by:

- ✓ the probably satisfactory level of sensitivity of the current sentinel network;
- ✓ the mobilisation and unfailing effectiveness of the vector control services in the city of Nouméa and in its surrounding suburbs;
- ✓ rapid information transfer between the various dengue-control players;
- ✓ the many public information campaigns carried out.

However, this favourable situation does not formally exclude low-level transmission occurring in the territory, with the risk of an outbreak when weather conditions are favourable to vector propagation. This justifies extra vigilance in the sentinel network in the early part of 2002.

Alain BERLIOZ-ARTHAUD

IPNC, Centre de Biologie Médicale
 9-11, avenue Paul Doumer
 BP 61 – 98845 Nouméa Cedex
 New Caledonia
 Phone : + 687 27 02 85
 Fax : + 687 27 33 90
 E-mail : aberlioz@pasteur.nc

Conclusion

Au 31 décembre 2001, aucun signe d'endémisation de la dengue de type 1 n'est visible en Nouvelle-Calédonie, malgré des introductions répétées du virus. Ce constat s'explique par :

- ✓ le niveau de sensibilité, probablement satisfaisant, du réseau sentinelle actuel,
- ✓ la mobilisation et l'efficacité sans faille des services de lutte anti vectorielle sur Nouméa et sa périphérie,
- ✓ une circulation rapide de l'information entre les différents acteurs de la lutte contre la dengue,
- ✓ et les multiples actions de sensibilisation et d'information en direction de la population.

Toutefois, cette situation favorable n'exclut pas formellement qu'une transmission à bas bruit ait pu s'installer sur le territoire, avec un risque de flambée lorsque les conditions climatiques redeviendront favorables à la pullulation des vecteurs. Ceci justifie un surcroît de vigilance du réseau sentinelle en début d'année 2002.

A l a i n B E R L I O Z - A R T H A U D

IPNC, Centre de Biologie Médicale
 9-11, avenue Paul Doumer
 BP 61 – 98845 Nouméa Cedex
 Nouvelle-Calédonie
 Téléphone : + 687 27 02 85
 Télécopie : + 687 27 33 90
 aberlioz@pasteur.nc

Figure 1: Biological dengue diagnosis activities in 2001
Figure 1: Activité de diagnostic biologique de la dengue en 2001

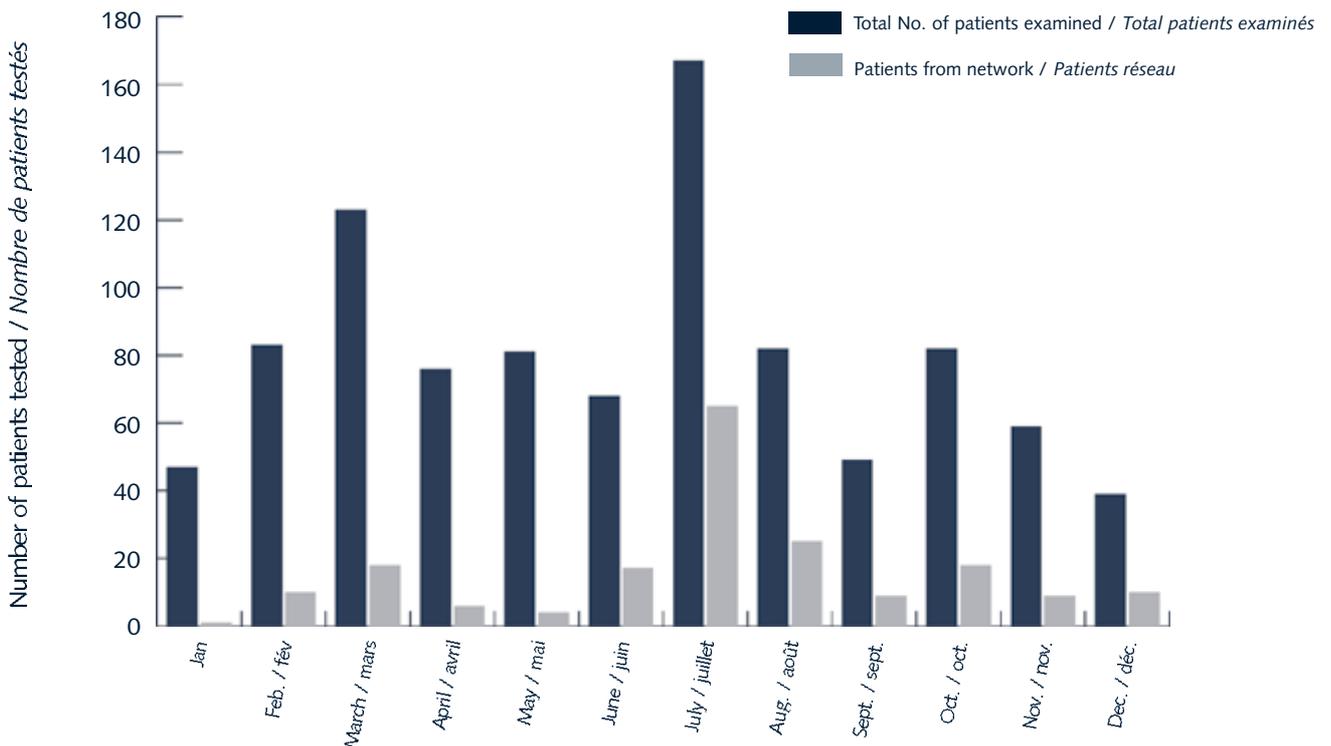
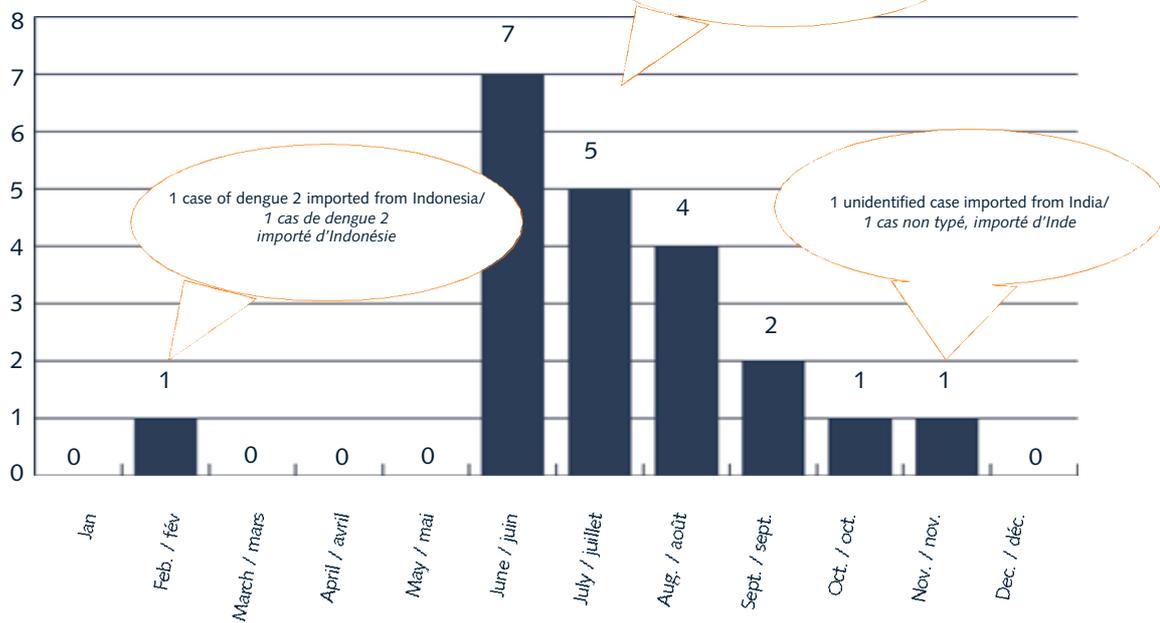




Figure 2: Confirmed cases of dengue in 2001
Figure 2 : Cas confirmés de dengue en 2001



Réseau International des Instituts PASTEUR et Institut Associés

DEN-1 OUTBREAK IN THE PACIFIC — UPDATE AS AT 22 MAY 2002

ÉPIDÉMIE DE DENQUE 1 EN OCÉANIE : MISE À JOUR DU 22 MAI 2002

The DEN-1 outbreak which has been affecting the region for the past 18 months is not over yet. Half of the Pacific Island countries and territories have been involved. The chart below shows the information we have on hand about this outbreak by country/territory and in chronological order of appearance.

Certain other countries and territories in the region have been affected by this outbreak. Hawaii recorded its first cases of dengue fever in June 2001 and reported 119 confirmed cases as of 5 April 2002¹. More recently, a new DEN-1 focus appeared on Easter Island in early February 2002. As at 5 April 2002, the estimated number of cases was 360, including 57 confirmed cases². Finally, Australia experienced some cases of DEN-1 in Townsville (Queensland) in April 2002³.

Christelle Lepers
 Surveillance Information Officer

L'épidémie de dengue 1 qui frappe la région depuis plus d'un an et demi n'est pas terminée. La moitié des pays et territoires du Pacifique ont déjà été touchés. Le tableau ci-contre liste les informations dont nous disposons sur les flambées par pays/territoire et par ordre chronologique de leur apparition.

D'autres pays et territoires de la région sont également atteints par l'épidémie. Hawaï a enregistré ses premiers cas de dengue en juin 2001 et rapportait 119 cas confirmés le 5 avril dernier¹. Plus récemment, un nouveau foyer épidémique de dengue 1 a fait surface sur l'île de Pâques début février 2002. Au 5 avril 2002, le nombre de cas estimés était de 360, dont 57 cas confirmés². Enfin, l'Australie a enregistré quelques cas de dengue 1 à Townsville (Queensland) en avril 2002³.

Christelle Lepers
 Chargée de l'information en surveillance de la santé publique

1. Source: Hawaii Department of Health web site: http://www.state.hi.us/doh/dengue/update_report.html.
 2. Source: ProMED-mail post - Virus DEN-1 confirmed.
 3. Source: ProMED-mail post.

1. Source: site web du département de la santé de 'Hawaï': http://www.state.hi.us/doh/dengue/update_report.html.
 2. Source: ProMED-mail post - Virus DEN-1 confirmé.
 3. Source: ProMED-mail post.



DEN-1 Outbreak in the Pacific — Update as at 22 May 2002

Country/ Territory	Mid-2002 population estimate	Virus serotype	Month outbreak began or first reported cases of dengue fever related to the current epidemic	Date/month of last official report	Number of suspected/ estimated cases	Hospitalisations (including severe forms)	Deaths	Comments / Notes
Palau	19,900	DEN-1 virus confirmed	September 2000	April 2001	1,120	543	1	Not all the cases from private medical facilities were reported. No end of outbreak report received as of late April 2002.
French Polynesia	239,800	DEN-1 virus confirmed	January 2001	21 December 2001	32,800	1,375 (including 631 severe forms)	8	No end of outbreak report received as of late April 2002.
Vanuatu	199,600	Serotype not identified	February 2001	December 2001	9	N/A	N/A	9 suspected cases reported between February and April 2001.
Samoa	175,000	DEN-1 virus confirmed	March 2001	Late May 2001	About 200	N/A	N/A	Only confirmed cases. No end of outbreak report received as of late April 2002.
American Samoa	60,000	DEN-1 virus confirmed	June 2001	July 2001	N/A	33	3 (*)	No end of outbreak report received as of late April 2002.
New Caledonia	229,300	DEN-1 virus confirmed	June 2001	22 May 2002	50	N/A	0	Since June 2001 inclusive: 23 imported cases and 27 cases resulting from local transmission. Details for 2001: see report from Institut Pasteur in this issue.
Cook Islands	17,900	DEN-1 virus confirmed	July 2001	22 May 2002	1,800	395	0	
Tokelau	1,538	Serotype not identified	July 2001	Early November 2001	More than 60	N/A	0	
Wallis and Futuna	14,700	DEN-1 virus confirmed	August 2001	August 2001	1	0	0	1 imported case
Fiji	823,300	Serotype not identified	2001	March 2002	N/A	N/A	N/A	Isolated cases were reported in 2001.
Solomon Islands	439,400	DEN-1 virus confirmed	February 2002	March 2002	N/A	N/A	N/A	3 cases imported from the Solomon Islands were uncovered in New Caledonia in early February 2002. Other cases were subsequently confirmed.

Source: PACNET, Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) list-server and monthly SPEHIS.

SPC Population/Demography Programme for population estimates.

N/A: not available.

(*) reported in the media.



Épidémie de dengue I en Océanie : Mise à jour du 22 mai 2002

Pays/territoire	Estimation de la population au milieu de l'année 2002	Sérotype du virus	Mois du début de la flambée épidémique ou de l'apparition des cas de dengue en relation avec l'épidémie actuelle	Date/mois du dernier rapport officiel	Nombre de cas suspects/estimés	Hospitalisations (dont formes sévères)	Décès	Remarques / Notes
Palau	19,900	Virus DEN-1 confirmé	septembre 2000	avril 2001	1 120	543	1	Tous les cas des structures médicales privées n'ont pas été rapportés. Pas de rapport de fin d'épidémie reçu fin avril 2002.
Polynésie française	239,800	Virus DEN-1 confirmé	janvier 2001	21 décembre 2001	32 800	1 375 (dont 631 formes sévères)	8	Pas de rapport de fin d'épidémie reçu fin avril 2002.
Vanuatu	199,600	Sérotype non identifié	février 2001	décembre 2001	9	n.d.	n.d.	9 cas suspectés entre février et mars 2001.
Samoa	175,000	Virus DEN-1 confirmé	mars 2001	fin mai 2001	environ 200	n.d.	n.d.	Cas confirmés seulement. Pas de rapport de fin d'épidémie reçu fin avril 2002.
Samoa américaines	60,000	Virus DEN-1 confirmé	juin 2001	juillet 2001	n.d.	33	3 (*)	Pas de rapport de fin d'épidémie reçu fin avril 2002.
Nouvelle-Calédonie	229,300	Virus DEN-1 confirmé	juin 2001	22 mai 2002	50	n.d.	0	Depuis juin 2001 inclus : 23 cas importés et 27 cas issus d'une transmission locale. Détail année 2001 : voir rapport dengue 2001 publié dans ce même bulletin, page 9.
Îles Cook	17,900	Virus DEN-1 confirmé	Juillet 2001	22 mai 2002	1 800	395	0	
Tokelau	1,538	Sérotype non identifié	Juillet 2001	début novembre 2001	plus de 60	n.d.	0	
Wallis et Futuna	14,700	Virus DEN-1 confirmé	août 2001	août 2001	1	0	0	1 cas importé.
Îles Fidji	823,300	Sérotype non identifié	2001	mars 2002	n.d.	n.d.	n.d.	Des cas isolés ont été rapportés en 2001.
Îles Salomon	439,400	Virus DEN-1 confirmé	février 2002	mars 2002	n.d.	n.d.	n.d.	3 cas importés des Îles Salomon ont été mis en évidence en Nouvelle-Calédonie début février 2002. D'autres cas ont été confirmés par la suite.

Source : PACNET, la liste de discussion du Réseau Océanien de Surveillance de la Santé Publique (ROSSP) et les rapports mensuels du SIESP. Programme Démographie/Population de la CPS, pour l'estimation de la population. n.d. : non disponible. (*) rapporté par les médias.

THE FLEXIBLE LEARNING AND TELEHEALTH UNIT AT THE FIJI SCHOOL OF MEDICINE

The Fiji School of Medicine (FSM) has established its Flexible Learning and Telehealth Unit (FLTU) with FJD 350,000 of assistance from the Australian Government as part of AusAID support to postgraduate training at FSM. The telehealth activities overseen by FLTU will be delivered with additional assistance from Ericsson Electronics worth FJD 220,000. Further funding from other regional and international donors is anticipated and will allow for the development of a wide range of related services. These developments allow FSM to work collaboratively with the

“Working with the Secretariat of the Pacific Community and other regional development partners to increase access to distance consultation and distance education for Pacific health professionals”



Secretariat of the Pacific Community (SPC) and other regional development partners in realising the goals of a Flexible Learning Program and a Telehealth Program that will see health training and telehealth services made more accessible to health professionals from throughout the region.

FLTU is co-directed by Dr Sitaleki Finau, FSM Professor and Head of the School of Public Health, and Dr Jan Pryor, FSM Director of Research and Academic Development. FLTU is provided guidance through the Flexible Learning and Telehealth Advisory Group with members representing SPC, WHO, USP, AusAID, NZAid, and regional countries.

The planned telehealth services are designed primarily as an Internet-based resource, which is nearing completion and which will provide support in the three areas of:

- ✓ distance education,
- ✓ distance consultation, and
- ✓ distance health-related information.

SERVICE D'APPRENTISSAGE SOUPLE ET DE TÉLÉSANTÉ À L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE FIDJI

L'École de médecine de Fidji a créé un service consacré à l'apprentissage souple et à la télésanté grâce au concours financier du gouvernement australien, d'un montant de 350 000 dollars fidjiens, consenti au titre de l'aide de l'Agence australienne pour le développement international à la formation supérieure à l'École de médecine de Fidji. Pour

“Collaborer avec le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique et d'autres partenaires régionaux du développement afin d'améliorer l'accès des professionnels de la santé océaniques aux téléconsultations et à la formation à distance”

mener ses activités dans le domaine de la télésanté, le service bénéficiera également d'une aide supplémentaire sous la forme d'une donation d'Ericsson Electronics s'élevant à 220 000 dollars fidjiens. Il est prévu de recevoir des fonds d'autres bailleurs d'aide régionaux et internationaux, ce qui permettra d'offrir une vaste gamme de services associés. Ainsi, l'École de médecine de Fidji est à même de collaborer avec le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique et d'autres partenaires régionaux du développement pour réaliser les objectifs d'un programme d'apprentissage souple et d'un programme de télésanté afin d'améliorer l'accès des professionnels de la santé de la région aux services de télésanté et à la formation à distance.

Ce service est dirigé conjointement par le Dr Sitaleki Finau, professeur à l'École de médecine de Fidji et directeur de l'École de santé publique, et par le Dr Jan Pryor, directeur de recherche et d'enseignement. Il bénéficie des conseils du groupe consultatif sur l'apprentissage souple et la télésanté, composé de représentants de la CPS, de l'OMS, de l'Université du Pacifique Sud, de l'Agence australienne pour le développement international, de l'Agence néo-zélandaise de coopération et de pays de la région.

Les services de télésanté qui ont été planifiés passent essentiellement par Internet et devraient être bientôt prêts à fonctionner. Ils serviront de support aux trois fonctions suivantes :

- ✓ Formation à distance,
- ✓ Téléconsultation,
- ✓ Information à distance liée à la santé.

Le service apportera un appui dans les domaines de la santé publique, de la médecine et des disciplines médicales connexes et pourra être consulté à partir d'un site

The service will support the areas of public health, medicine and allied health, and is being designed around a 'one-stop-shopping web-page.' To ensure equity for those without the Internet, the service will develop mechanisms to provide access to services via email, facsimile or telephone.

The FSM and SPC will be working collaboratively using complementary Internet-based services and links. While being transparent to the user, some of these services will be hosted at SPC's computer server in Noumea and others will be hosted at a computer server in Sydney through support from Curtin University and Optus Communications.

Flexible learning and distance education

'Flexible learning' is a process of learning and teaching that is learner-focused and that applies teaching modes that best serve the learner through accessibility and relevance. Distance education is one of the delivery formats for flexible learning.

In line with FSM's flexible learning objectives, health-training programmes will be made available through FSM to health professionals throughout the Pacific in various ways and using different technologies, including paper-based distance delivery, summer schools, computer-based CD-ROMs, web-based techniques, and other appropriate methods. With assistance from the Extension unit at the University of the South Pacific, FSM is developing distance-capable courses in several undergraduate and postgraduate disciplines. This activity will also take advantage of previous efforts by SPC in the development of training modules in epidemiology and public health surveillance.

Eventually, a range of methods including on-line training, short courses, summer schools, visiting lectureships, and other flexible learning modes will allow health professionals in the region to study at a distance in various health professional areas, some via links provided through the Telehealth Program organised as a 'Pacific HealthNet.' These types of activities will benefit those who cannot take the time off from work for full-time study and who need to upgrade their skills and qualifications.

Distance consultation

A service managed by FSM and in collaboration with a pool of consultants, will provide Pacific health professionals with access to distance consultation from their peers, specialists and experts from throughout the region. This activity will involve the sharing of information and imagery electronically as part of a virtual dialog between healthcare professionals in the region. This activity is similar to telemedicine services being offered in other parts of the world, but the FSM service will offer a wider range of consultation services including those in the areas of public health and allied health.

Distance health-related information

'Pacific-specific' information services will be developed by FSM and SPC to meet the unique needs of healthcare personnel in the region. The establishment of this service will see an increased access for regional professionals to appropriate health-related information. This will allow remote providers to access information not otherwise available for their own professional development,

Web faisant office de "guichet unique". Pour que ceux qui n'ont pas accès à Internet ne soient pas lésés, le service mettra au point des mécanismes permettant d'accéder à ses prestations par courrier électronique, par télécopie ou par téléphone.

L'École de médecine de Fidji et la CPS travailleront en collaboration en utilisant des services et des liens complémentaires sur Internet. Tout en étant transparents pour l'utilisateur, certains services seront disponibles à partir du serveur informatique de la CPS à Nouméa et d'autres à partir d'un serveur hébergé à Sydney par le biais de l'Université Curtin et de la société Optus Communications.

L'apprentissage souple et la formation à distance

L'apprentissage souple est un mode d'apprentissage et d'enseignement personnalisé, utilisant des méthodes pédagogiques qui, par leur facilité d'accès et leur pertinence, répondent parfaitement aux besoins de l'élève. La formation à distance est l'un des éléments de l'apprentissage souple.

Conformément aux objectifs de l'École de médecine de Fidji en ce qui concerne l'apprentissage souple, les programmes de formation à la santé seront proposés par l'intermédiaire de l'École aux professionnels de la santé dispersés dans tout le Pacifique sous diverses formes et à l'aide de différentes techniques, dont l'envoi de cours sur support papier, l'organisation de cours d'été, des cédéroms, des échanges par le Web et autres moyens appropriés. Avec l'aide du service de vulgarisation de l'Université du Pacifique Sud, l'École de médecine de Fidji met au point des cours d'enseignement à distance dans plusieurs disciplines de premier et de deuxième cycles universitaires. Elle mettra également à profit les modules de formation en épidémiologie et en surveillance de la santé publique conçus par la CPS.

Enfin, toute une gamme de méthodes dont la formation en ligne, le suivi de cours de brève durée, de cours d'été, de conférences données par des intervenants extérieurs et d'autres modes d'apprentissage à la carte permettront aux professionnels de la santé de la région d'étudier à distance diverses disciplines médicales grâce au système de télésanté mis en place sous la forme d'un réseau océanique pour la santé. Ces types d'activité bénéficieront à ceux qui ne peuvent quitter leur poste pour s'adonner à plein temps à des études et qui ont besoin d'actualiser leurs connaissances et leurs qualifications.

Téléconsultation

L'École de médecine de Fidji gèrera avec la collaboration d'un groupe de consultants un service qui permettra aux professionnels océaniques de la santé de consulter à distance leurs homologues, des spécialistes et des experts où qu'ils se trouvent dans la région. Ils pourront ainsi se transmettre des informations et l'imagerie médicales par la voie électronique en établissant entre eux un dialogue virtuel. Cette activité s'apparente aux services de télé-médecine qui sont offerts dans d'autres régions du monde, si ce n'est que les services de consultation qu'offrira l'École de médecine de Fidji seront plus diversifiés, puisqu'ils incluront la santé publique et des domaines connexes.

to assist in the care of their patients, and for the development of relevant programs, policies and projects. This activity will also increase networking between health professionals throughout the Pacific region.

Benefits

The efforts of FSM, SPC and other regional development partners to deliver flexible learning and telehealth services through FLTU will assist in overcoming the common challenges of physical and professional isolation. This activity also addresses the key issue of affordability of services and training, and the need to increase interaction between health professionals in the region. As such, the beneficiaries of these new services and related developments will be the health professionals in the Pacific region and those that they serve.

For further information contact:

Rodney Yee
Manager of Marketing and Development
Fiji School of Medicine
Tel. +679 331-1700 Ext. 1203
Fax +679 330-5781
Email: r.yee@fsm.ac.fj

Transmission à distance d'informations liées à la santé

L'École de médecine de Fidji et la CPS vont établir des services d'information proprement "océaniques" afin de répondre spécifiquement aux besoins des milieux de la santé de la région. De cette façon, les professionnels de la santé de la région auront un meilleur accès aux informations sanitaires qu'ils recherchent. Les prestataires de soins vivant en des lieux isolés pourront perfectionner leurs compétences en obtenant des renseignements qu'ils ne pourraient avoir sur place et recevoir des conseils sur le traitement de leurs patients. Ce service permettra aussi de concevoir des programmes, des politiques et des projets adaptés au contexte local. Désormais, la communication entre les professionnels de la santé s'étendra à toute la région.

Avantages

Les efforts que mènent l'École de médecine de Fidji, la CPS et d'autres partenaires du développement régionaux pour offrir des services d'apprentissage souple et de télésanté par l'intermédiaire du service créé à cet effet contribueront à surmonter les obstacles que constitue l'isolement physique et professionnel. Ces activités résolvent aussi le problème crucial que pose le coût de ce type de services et de la formation et pourvoient au besoin de renforcer l'interaction des professionnels de la santé de la région. Les bénéficiaires de ces nouveaux services et des applications qui y seront rattachées seront les professionnels de la santé de la région océanique et leurs patients.

Pour tout complément d'information, veuillez vous adresser à :

Rodney Yee
Directeur de commercialisation et développement
École de médecine de Fidji
Téléphone +679 331-1700 poste 1203
Télécopie +679 330-5781
Email: r.yee@fsm.ac.fj

PPHSN NEWS

OUTPUTS OF THE EPI NET WORKSHOPS

The three EpiNet sub-regional workshops, jointly funded and organised by the Secretariat of the Pacific Community (SPC) and the World Health Organisation (WHO) and held between December 2001 and March 2002, were very productive. Altogether, some seventy public health professionals from the national EpiNet teams and from the PPHSN Coordinating Body, advised by specialists, worked on the resources required to set up a Pacific-wide co-ordinated action system for epidemic response.

The results obtained are positive, as the long list of recommendations shows! Confirmation of this also came from the participants themselves.

RÉSULTATS DES ATELIERS EPI NET

Les trois ateliers sous-régionaux EpiNet, financés et organisés conjointement par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entre décembre 2001 et mars 2002, ont été très fructueux. Dans l'ensemble, près de soixante-dix professionnels de la santé publique, membres des équipes nationales EpiNet et du groupe de coordination du ROSSP, conseillés par des experts, ont réfléchi et travaillé ensemble sur les moyens de mettre en place un système coordonné d'interventions à l'échelle du Pacifique en cas d'épidémie.

Le bilan est positif, les longues listes de recommandations en témoignent ! De même que les commentaires des participants eux-mêmes.

EpiNet Workshop I

This first workshop for the Micronesian sub-region took place in December 2001 in Guam, where 20 participants focused on two of the six diseases under special surveillance by PPHSN: cholera and leptospirosis.

The workshop recommendations have been published in the previous issue of Inform'Action.

EpiNet Workshop II



The second workshop, for the Melanesian sub-region and the French-speaking countries and territories, took place at SPC headquarters in Nouméa from 4 to 8 March 2002. Its focus was dengue fever and influenza control. It assembled 21 members of the EpiNet teams from the Fiji Islands, New Caledonia, Papua New Guinea, French Polynesia, Solomon Islands, Vanuatu and Wallis and Futuna, together with three participants from Nauru and Palau who had not been able to take part in the first workshop.

New Caledonia was duly represented and made a major contribution. In addition to the four senior officials and technicians from the local public health service who took part in the discussions with their Pacific Island counterparts, two virus specialists from the Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie assisted their WHO and SPC colleagues in running the workshop and provided their up-to-date expertise in influenza and dengue fever surveillance and control.



From left to right: Dr Yvan Souares; M. Aukusitino Manuohalalo, member of the Government of New Caledonia, responsible for supervising the health and social protection sector; Yves Corbel, Deputy Director-General of SPC

De gauche à droite : Dr Yvan Souarès, M. Aukusitino Manuohalalo, Membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Chargé d'animer et de contrôler le secteur de la Santé et de la Protection Sociale, M. Yves Corbel, Directeur-général adjoint de la CPS

Atelier EpiNet I

Le premier atelier destiné à la sous-région micronésienne s'est déroulé en décembre 2001, à Guam, où une vingtaine de participants se sont concentrés sur deux des six maladies particulièrement surveillées par le ROSSP : le choléra et la leptospirose. Les recommandations de cet atelier ont été publiées dans le numéro précédent d'Inform'ACTION.

Atelier EpiNet II

Le second organisé à l'intention de la sous-région mélanésienne et des États et territoires francophones s'est tenu à Nouméa, au siège de la CPS, du 4 au 8 mars 2002. Il portait sur la lutte contre la dengue et la grippe. Il a rassemblé vingt et un membres des équipes EpiNet en provenance des Îles Fidji, de Nouvelle-Calédonie, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, de Polynésie française, des Îles Salomon, de Vanuatu et de Wallis et Futuna, ainsi que trois participants de Nauru et de Palau qui n'avaient pas pu participer au premier atelier micronésien.

La Nouvelle-Calédonie y était dûment représentée et y apporta aussi un soutien important. Outre les quatre hauts responsables et techniciens supérieurs de la santé publique locale qui participèrent aux travaux en compagnie de leurs homologues océaniques, deux spécialistes des virus de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie assistèrent leurs collègues de l'OMS et de la CPS dans l'encadrement de



From left to right: Dr Mike O'Leary and Dr Tom Kiedrzyński at the opening ceremony for the EpiNet II workshop at SPC Headquarters on Monday 4 March 2002.

De gauche à droite : Dr Mike O'Leary et Dr Tom Kiedrzyński. Cérémonie d'ouverture de l'atelier EpiNet II, au siège de la CPS, le lundi 4 mars 2002.

M. Manuohalalo honoured us by delivering an opening address and chairing the first part of the workshop proceedings on Monday 4 March.

Some extracts from his address follow:

I wanted to say how happy I am to be able to work with you this morning. Although I am not a doctor by training, I am deeply interested in social issues and particularly anything affecting people's health. And no country, not even the smallest island, is spared by disease, despite the progress of science. On the contrary, as travelling is becoming easier and easier, diseases are now being communicated by travellers and traded goods.

The regional Directors of Health, at the 15th regional health conference organised by the SPC in March 1996 in this same city, therefore recommended the creation of the Pacific Public Health Surveillance Network, in order to provide an effective response to the problems occurring in the region. [...] The surveillance and alert services became operational in 1997 through the PACNET service network, which was supplemented in 2000 with LabNet, a network of public health laboratories. Lastly, ... 2001 saw the establishment of EpiNet, which is a way of pooling national and regional epidemic control resources. Through this network, health professionals can now maintain regular communication. [...] I wish also to thank and warmly congratulate the WHO and the SPC as well as all the members of the Pacific Public Health Surveillance Network in other sub-regions for their valuable contributions and urge you, on behalf of the Government of New Caledonia, to pursue your efforts....

l'atelier et y apportèrent leur expertise de pointe en matière de surveillance et de lutte contre la grippe et la dengue.

M. Manuohalalo nous a fait l'honneur de prononcer un discours d'ouverture et de présider le début des travaux de l'atelier le lundi 4 mars.

Voici quelques passages de son discours :

" Je souhaitais aussi...dire combien il m'est agréable de partager cette matinée avec vous... Car bien que n'étant pas médecin de formation, je me passionne pour les problèmes sociétaux et tout particulièrement sur tout ce qui touche la santé des populations. Et aucun pays, pas même la plus petite île, n'est épargné par la maladie malgré les progrès scientifiques. Bien au contraire, les voyages s'effectuant de plus en plus aisément, les maladies se véhiculent avec les hommes et les marchandises. Et c'est pour cette raison, lors de la quinzième Conférence régionale de la Santé organisée par la CPS, en mars 1996 à Nouméa, que les Directeurs de la Santé, dans l'objectif d'apporter une réponse efficace aux problèmes qui se posent dans la région, ont recommandé la création du Réseau océanien de surveillance de la Santé publique. [...] Je rappellerai que les services de surveillance et d'alertes sont devenus opérationnels dès 1997, grâce aux réseaux de service PACNET,..., puis LabNet, dès 2000, qui est un réseau de laboratoires de santé publique.

Enfin,... l'année 2001 a vu la création d'EpiNet qui est une mise en réseau de moyens nationaux et régionaux de lutte contre les épidémies. Grâce à ce réseau EpiNet, les professionnels de santé peuvent désormais entretenir entre eux une communication régulière. [...] Je tiens également à remercier et à féliciter vivement l'OMS et la CPS ainsi que tous les membres du réseau océanien de surveillance de la Santé publique des autres sous-régions pour leurs travaux et vous encourage, au nom du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, à poursuivre vos efforts..."

PPHSN EpiNet Workshop II Melanesian sub-region and French-speaking countries and territories Noumea, 4-8 March 2002

Recommendations

Target diseases

1. Quality sentinel surveillance with laboratory support is recommended for dengue, influenza, leptospirosis and measles. It should have defined criteria for the essential elements of the system, geographically cover strategic places, be based on syndromic reporting, and be supplemented by comprehensive outbreak surveillance and laboratory-based surveillance.

2. National health authorities should ensure that dengue test strips are available in level 1 laboratories as needed.

3. WHO/SPC should make recommendations as to the most appropriate rapid tests to be adopted by level 1 labs.

Recommandations issues du deuxième atelier d'EpiNet (ROSSP) Nouméa, Nouvelle-Calédonie 4-8 mars 2002

Il est recommandé :

Maladies cibles

1. Qu'une surveillance sentinelle de qualité, accompagnée de l'appui des laboratoires, soit mise en place pour la dengue, la grippe, la leptospirose et la rougeole. Cette surveillance doit répondre à des critères définis pour les éléments essentiels du mécanisme, être localisée de manière à porter sur des sites stratégiques, se fonder sur la notification des syndromes et être complétée par une surveillance globale des flambées épidémiques et une surveillance de laboratoire.

2. Que les autorités sanitaires nationales veillent à ce que des tests pour la dengue sur bandelettes réactives soient mis à la disposition des laboratoires de niveau 1 selon les besoins.

3. Que l'OMS et la CPS formulent des recommandations au sujet des tests rapides les plus appropriés que les laboratoires de niveau 1 devraient adopter.



From the second day, the mornings were used for group work. In the afternoon, all the participants came back together to exchange ideas and adopt common conclusions. À partir du deuxième jour, les matinées étaient consacrées aux travaux de groupe. Tous les participants se réunissaient ensuite dans l'après-midi, afin d'échanger leurs idées et d'aboutir à des conclusions communes.

4. That the current WHO recommendations for influenza vaccination to be administered to at-risk groups be adopted by PPHSN and implemented where affordable.

5. Formation of an Influenza Specialist Group (ISG) from within the existing EpiNet personnel with interest and experience in influenza. A priority task for this group would be to develop a generic influenza pandemic plan for the region which countries could use as a framework for their own detailed plans.

Stockpiles

6. The PPHSN Co-ordinating Body should ensure the provision of adequate stockpiles of supplies and equipment for PPHSN/EpiNet activities and operations in case of outbreaks.



Dr Salanieta Saketa (Fiji Islands), Dr Jean-Paul Grangeon and Dr Thierry Jubeau (New Caledonia) listening carefully/ Dr Salanieta Saketa (Îles Fiji), Dr Jean-Paul Grangeon et Dr Thierry Jubeau (Nouvelle-Calédonie) écoutant avec attention.

7. An inventory system for the management of stockpile supplies should be introduced into the LabNet/EpiNet system.

EpiNet teams

8. EpiNet team membership and functions should be a reflection of either:

- ✓ existing communicable disease surveillance and response mechanisms; or
- ✓ the foundation of such systems in countries where these are being established or strengthened.

9. Encourage national EpiNet teams to function as a formal, proactive team with a regular function and specific terms of reference (ToR). A model EpiNet team ToR delineating specific team composition and encompassing specific roles in surveillance, communication, prevention,

4. Que les recommandations actuelles de l'OMS prévoyant l'administration du vaccin de la grippe aux groupes à risque soient adoptées par le ROSSP et appliquées dans la mesure des moyens disponibles.

5. Qu'un "groupe de spécialistes de la grippe" ("GSG"), composé de membres du réseau EpiNet qui s'intéressent à la grippe et en ont l'expérience, soit formé. L'une des tâches prioritaires de ce groupe serait d'élaborer un plan d'action en cas de pandémie de grippe pour la région, dont les pays pourraient s'inspirer pour établir leur propre plan.

Constitution de stocks

6. Que le groupe de coordination du ROSSP veille à assurer l'approvisionnement en matériel et en fournitures pour les activités et les opérations du ROSSP/EpiNet en cas d'épidémie.

7. Que le système de fonctionnement de LabNet/EpiNet inclue un système d'inventaire permettant la gestion des stocks.

Équipes EpiNet

8. Que la composition et les fonctions des équipes EpiNet soient déterminées par :

- ✓ soit, les systèmes existants de surveillance et de riposte aux maladies transmissibles;
- ✓ soit, les fondements de tels systèmes, dans les pays où ceux-ci se mettent en place ou sont en cours d'amélioration.

9. Que les équipes nationales EpiNet soient encouragées à fonctionner régulièrement en tant qu'équipe constituée en bonne et due forme, prête à intervenir et dotée d'une fonction régulière et d'un mandat. Que le groupe de coordination du ROSSP élabore un mandat type établissant comment l'équipe doit être composée et définissant les rôles spécifiques qu'elle doit jouer dans la surveillance, la communication, la prévention, la riposte et la formation, que les pays pourront modifier selon leurs besoins.

10. Que le groupe de coordination du ROSSP et les équipes nationales EpiNet élaborent et mettent en œuvre un mécanisme régulier de suivi et d'évaluation du fonctionnement des équipes EpiNet (aux niveaux national et régional) et de compte rendu des activités et opérations menées par les équipes EpiNet au niveau national et par le biais du ROSSP.

11. Que le groupe de coordination du ROSSP constitue une équipe régionale EpiNet, c'est-à-dire un noyau formé

response and training might be developed by the PPHSN-CB to be modified as appropriate by countries.

10. PPHSN-CB and EpiNet national teams should develop and implement a regular mechanism for the monitoring and evaluation of EpiNet teams (i.e., national and RET) function and for the reporting of EpiNet team activities and operations both nationally and through the PPHSN.

11. PPHSN-CB should organise a Regional EpiNet Team, i.e., a core group of EpiNet national and regional team members, who take turns to respond in the first instance to requests for assistance from national EpiNet teams.

12. PPHSN-CB should create a mechanism to categorise human resources available to EpiNet to allow ready identification of specific expertise (e.g. for outbreak response, for training, etc.) and to provide redundancy in the composition of the RET.

13. Convene regular regional meetings of the EpiNet teams (note: costs might be reduced by scheduling such meetings to coincide with other regional meetings where EpiNet team members are likely to be present).

Training

14. PPHSN-CB to develop and implement a PPHSN/EpiNet Training Strategy based on an inventory of available resources and training needs, and which includes opportunities for the incremental acquisition of necessary capacity and qualifications through a combination of formal training activities, episodic opportunities for training (e.g. outbreak investigations, research activities, etc.), and exchange schemes.

LabNet

15. The possibility of a LabNet Level 2 laboratory for Papua New Guinea should be explored with appropriate authorities in PNG by the LabNet Technical Working Body.

16. Quality assurance standards should be developed for Level 1 and Level 2 laboratories and Level 2 laboratories activity in relation with LabNet referrals should be regularly assessed by LabNet TWB.

PACNET

17. Ensure reliable and coordinated communication to EpiNet team members through the continued use of PACNET with the following considerations:

- ✓ The whole membership of PACNET-restricted should be reviewed and endorsed by the national health authority.
- ✓ The official agreement of ministries/-departments of health should be sought to allow all members of national EpiNet teams to receive messages on PACNET-Restricted. The PACNET-Restricted listserver would also accept all messages from national EpiNet members, although countries may wish to implement internal guidelines for their own team members about posting messages.

de membres d'équipes nationales et de partenaires régionaux EpiNet se relayant pour répondre dans les meilleurs délais aux demandes d'aide émanant d'équipes nationales EpiNet.

12. *Que le groupe de coordination du ROSSP crée un mécanisme qui permette de répertorier par spécialité les ressources humaines disponibles pour le réseau EpiNet afin de pouvoir identifier rapidement les compétences spécifiques à disposition (pour la riposte aux flambées épidémiques, la formation, etc.) et pour doter l'équipe régionale EpiNet de capacités de suppléance.*

13. *Que des réunions régionales soient organisées régulièrement pour les équipes EpiNet (note : il pourrait être possible de réduire les coûts de ces réunions en les faisant coïncider avec d'autres conférences régionales auxquelles des membres des équipes EpiNet sont susceptibles d'assister).*

Formation

14. *Que le groupe de coordination du ROSSP élabore et mette en œuvre une stratégie de formation ROSSP/EpiNet qui se fonde sur un recensement des ressources disponibles et des besoins en formation, et offre la possibilité d'acquérir les capacités et les qualifications nécessaires grâce à une combinaison d'activités de formation structurées, d'occasions ponctuelles de formation (investigations d'épidémies, travaux de recherche, etc.) et de programmes d'échanges.*

LabNet

15. *Que le groupe de travail technique de LabNet étudie, en collaboration avec les autorités de Papouasie-Nouvelle-Guinée, la possibilité d'établir un laboratoire LabNet de niveau 2 en Papouasie-Nouvelle-Guinée.*

16. *Que des normes d'assurance de la qualité soient élaborées pour les laboratoires de niveaux 1 et 2 et que le groupe de travail technique de LabNet évalue régulièrement l'activité des laboratoires de niveau 2 en ce qui concerne les échantillons envoyés à ces laboratoires.*

PACNET

17. *Qu'une communication fiable et coordonnée soit garantie aux équipes EpiNet par une utilisation continue de PACNET, compte tenu des conditions suivantes :*

- ✓ *la liste des personnes ayant accès au forum de discussion restreint de PACNET-restricted devrait faire l'objet d'un nouvel examen, avant d'être définitivement avalisée par les autorités sanitaires des États et territoires de la région;*
- ✓ *les ministères et les départements de la Santé sont invités à autoriser les membres des équipes nationales d'EpiNet à accéder à la liste de diffusion restreinte PACNET-restricted. De même, le serveur de liste restreinte PACNET-restricted devrait accepter tous les messages en provenance des membres des équipes nationales EpiNet. Les pays auraient néanmoins la faculté d'édicter s'ils le souhaitent des directives internes concernant l'envoi de messages par les membres de leur équipe.*

- ✓ That EpiNet team members be made aware of the existence of the PACNET archive of messages on the SPC website.
- ✓ That Level 2 labs be included in the PACNET-restricted list.
- ✓ That Level 1 laboratories be included into PACNET-Lab.

18. PACNET should be used to facilitate the sharing of national and international legislation and regulations, and other pertinent guidelines and information in areas related to surveillance and control.

19. PACNET should be used to alert countries to training opportunities, and these opportunities should be organised through a calendar of EpiNet-related activities.

Airlines and logistics

20. PPHSN-CB should engage regional airline companies, courier services, and relevant country customs and other officials, to raise awareness on the need to ensure the swift and secure transport of LabNet biological specimens, and to reach a widely understood and clearly articulated agreement as to how this will occur.

21. At least one Health Department and veterinary services representative from each country should obtain appropriate training and certification for packaging and shipping of dangerous goods.

22. Updating and distribution of import permits for all countries should be coordinated by WHO/SPC.

General

23. Develop and implement a PPHSN/EpiNet Communication Strategy targeting increased awareness of PPHSN/EpiNet activities and operations among national health systems.

24. Encourage the development and availability of mapping software that can be used by EpiNet team members.

25. Pursue ongoing regional political support for PPHSN/EpiNet through inclusion on the agenda of the biennial Heads of Health Meetings, and through involvement with the Pacific Forum through the CROP (Council of Regional Organisations in the Pacific) Health and Population Working Group.

26. Engage other pertinent regional and international organisations (e.g. INCLIN – the International Clinical Epidemiology Network, TEPHINET – the Network of Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions, APEC – the Asian-Pacific Economic Cooperation forum) to become informed about and, as appropriate, involved with the activities of the PPHSN/EpiNet.

27. The PPHSN CB and national EpiNet team members should explore options for ensuring a sustainable political and financial support of EpiNet activities including team development, training and support, and for the prevention and control of outbreaks—e.g., core operational budget based on voluntary contributions from governments and other donors, including research projects.

- ✓ *que les membres des équipes EpiNet soient informés de l'existence d'archives PACNET sur le Web;*
- ✓ *que les laboratoires de niveau 2 soient inclus dans le réseau PACNET-restricted;*
- ✓ *que les laboratoires de niveau 1 soient inclus dans le réseau PACNET-lab.*

18. *Que PACNET soit utilisé pour faciliter les échanges d'informations au sujet des réglementations et législations nationales et internationales ainsi que d'autres principes directeurs et informations intéressant la surveillance et la lutte contre les épidémies.*

19. *Que PACNET soit utilisé pour avertir les pays des possibilités de formation et que ces formations soient programmées dans le calendrier des activités liées à EpiNet.*

Compagnies aériennes et logistique

20. *Que le groupe de coordination du ROSSP incite les compagnies aériennes régionales, les services de messagerie privée, les administrations des douanes et d'autres autorités à faire prendre conscience de la nécessité d'assurer un transport sûr et rapide des échantillons biologiques transmis au réseau LabNet et à s'entendre, de façon claire et bien comprise, sur la manière d'y parvenir.*

21. *Qu'au moins un représentant du ministère de la Santé et des services vétérinaires de chaque pays acquière la formation et l'agrément appropriés pour le conditionnement et l'expédition de marchandises dangereuses.*

22. *Que l'OMS et la CPS coordonnent la mise à jour et la distribution des permis d'importation pour tous les pays.*

Autres recommandations de caractère général

23. *De concevoir et mettre en œuvre une stratégie de communication ROSSP/EpiNet destinée à mieux faire connaître au sein des systèmes nationaux de santé les activités et les actions du ROSSP.*

24. *D'encourager l'élaboration et la mise à disposition d'un logiciel de cartographie à l'usage des équipes EpiNet.*

25. *De veiller à ce que le réseau ROSSP/EpiNet bénéficie d'un soutien politique continu au niveau de la région en mettant cette préoccupation à l'ordre du jour des conférences biennales des directeurs de la santé et en intervenant auprès du Forum des îles du Pacifique par l'intermédiaire du Groupe de travail Santé et population du CORP (Conseil des organisations régionales dans le Pacifique).*

26. *D'inciter d'autres organisations régionales et internationales concernées (par exemple, le International Clinical Epidemiology Network (ICLEN — Réseau international d'épidémiologie clinique); le Network of Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions (TEPHINET — Réseau de formation en épidémiologie et d'intervention en santé publique); et le Asian-Pacific Economic Cooperation Forum (APEC — Forum de coopération économique Asie-Pacifique) à s'informer sur les activités du ROSSP/EpiNet et, le cas échéant, à participer aux activités du Réseau.*



Working group / Groupe de travail

28. In light of the increasing administrative workload anticipated from the progressive implementation of PPHSN/EpiNet activities and operations, ensure adequate administrative support through lobbying from the PPHSN membership for the maintenance of adequate support for the PPHSN-CB focal point at SPC, and exploration by the PPHSN-CB as to how administrative tasks might be shared across the PPHSN membership.

27. Que le groupe de coordination du ROSSP et les membres des équipes EpiNet nationales étudient les moyens d'obtenir un soutien politique et financier durable pour les activités menées dans le cadre du réseau EpiNet, notamment le perfectionnement, la formation et le soutien des équipes EpiNet et la lutte contre les épidémies sous la forme, par exemple, de l'établissement d'un budget de fonctionnement alimenté par des contributions volontaires des gouvernements et d'autres bailleurs, notamment pour des projets de recherche précis.

28. Qu'en vue de l'augmentation attendue de la charge de travail administrative du fait de la mise en œuvre progressive des activités du Réseau EpiNet/ROSSP, d'essayer d'obtenir un appui administratif adéquat en intervenant auprès des membres du ROSSP pour qu'ils continuent d'apporter un soutien suffisant au point de contact du groupe de coordination du ROSSP à la CPS, et demander au groupe de coordination d'étudier les moyens de partager la charge de travail entre les membres du ROSSP.

Feedback

from Dr Lepani D. Waqatakirewa, who kindly agreed to chair the proceedings for most of the duration of Noumea workshop.

I was indeed honoured invited by the host country of Caledonia, to chair the meeting for Melanesian and French territories. This was the second meeting that I had attended in the magnificent conference hall and it is comforting to relate to familiar structures, objectives and themes.

There are six diseases under surveillance for PPHSN; these are influenza, dengue fever, measles, leptospirosis, typhoid and cholera. These diseases are common to all countries in the region but with varying incidences.

The meeting in Noumea focussed on two of the diseases under surveillance, influenza and dengue. There were a lot of lessons learnt and information shared in the meeting and during the interactions; the tour of the Pasteur Institute was one of the highlights of the meeting.

The role of SPC in supporting, coordinating and facilitating the activities of the Pacific Public Health Surveillance Network is increasingly being recognised and appreciated in the region, particularly in Fiji. EpiNet and LabNet should be supported locally so as to ensure that their full potential is realised and utilised in country health programmes.



Feedback

de la part du Dr Lepani Waqatakirewa qui a aimablement accepté d'occuper le poste de Président de séance durant la majeure partie de l'atelier de Nouméa :

Il fut un grand honneur pour moi d'être invité par le pays hôte, la Nouvelle-Calédonie, à présider l'atelier et organisé à l'intention des pays mélanésiens et des territoires francophones. C'est la deuxième fois que je prends part à une réunion dans le magnifique centre de conférence de la CPS. Il est toujours agréable de retrouver un mode d'organisation, un environnement et des thèmes qui nous sont familiers.

Le ROSSP conduit un travail de surveillance de six maladies, à savoir la grippe, la dengue, la rougeole, la leptospirose, la typhoïde et le choléra. Tous les pays de la région sont concernés par ces maladies, selon une incidence différente.

Les participants à la réunion qui s'est tenue à Nouméa ont porté leur attention sur deux des maladies surveillées, la grippe et la dengue. Lors des débats, ils ont tiré de nombreux enseignements de leur expérience et partagé maintes informations. La visite de l'Institut Pasteur a été un des points forts de la conférence.

Le rôle de la CPS qui soutient, coordonne et facilite les activités du Réseau océanien de surveillance de la santé publique est de plus en plus souvent reconnu et apprécié dans la région, particulièrement à Fidji. Le travail d'EpiNet et de LabNet doit être appuyé au plan local pour que se concrétisent les progrès dont ils sont porteurs, et qu'ils soient utilisés dans les programmes sanitaires des pays.

La dengue continuera de constituer une menace pour la région tant que nous verrons son vecteur fleurir parmi nous. Maîtriser ce vecteur, cependant, est une réelle gageure, car il nous faut nous assurer de la participation

Dengue fever will continue to be a threat in the region as long as we have the vector thriving amongst us. Controlling the vector, though, is a tremendous challenge, as ongoing community participation will have to be enlisted and ensured for any successful control efforts. As health staff, we should continue to carry out our own vector control activities, particularly in peak incidence seasons.

Influenza is also a communicable disease of increasing significance and the recent development of vaccines is a welcomed addition to our control efforts. However, there are limitations to the use of vaccines, and I believe most countries in the region will have to continue with the traditional control measures for a while longer.

Most recently in Fiji, we have been concerned with the increasing incidence of leptospirosis. Leptospirosis is a re-emerging communicable disease long thought to be eliminated in Fiji. The need for better coordination of diagnostic capabilities has been highlighted for leptospirosis and we see LabNet as an important structure and mechanism to assist country control efforts.

Iwould like to thank the country participants from Vanuatu, Solomon Islands, Papua New Guinea, New Caledonia, French Polynesia, Wallis and Futuna, Palau, and Fiji for their participation. The excellent support of SPC, WHO and the government of New Caledonia ought to be commended too.

Vinaka Vakalevu and my best wishes for PPHSN.

Dr Lepani Waqatakirewa

Acting Director Primary & Preventive Health Services
Ministry of Health
Fiji

permanente des populations locales pour que nos efforts de lutte portent leurs fruits. En tant que services de santé, nous devons, quoi qu'il en soit, poursuivre nos propres activités de lutte contre les vecteurs, surtout en période d'incidence maximale.

La grippe est elle aussi une maladie transmissible toujours plus présente. Les progrès réalisés récemment pour ce qui est des vaccins viennent heureusement compléter nos propres efforts de lutte. Toutefois, le recours à la vaccination a ses limites, et à mon sens, la plupart des pays de la région devront continuer à appliquer des mesures de lutte classiques pendant encore quelque temps.

ÀFidji, nous avons récemment eu matière à inquiétude devant la progression de l'incidence de la leptospirose, une maladie transmissible ré-émergente que nous croyions avoir éradiquée de notre pays. Il est évident qu'il convient de mieux coordonner les moyens de diagnostic de la leptospirose à Fidji. Selon nous, LabNet est un mécanisme important pouvant étayer les efforts de lutte des pays.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux participants qui ont représenté leur pays, à savoir Vanuatu, les Îles Salomon, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, Wallis et Futuna, Palau et Fidji. La CPS, l'OMS et la Nouvelle-Calédonie doivent également être remerciés pour la qualité de leur soutien.

Vinaka vakalevu, et meilleurs vœux de réussite au ROSSP.

Dr LepaniWaqatakirewa

Directeur p.i.
Services de Santé primaire et de prévention
Ministère de la Santé
Fidji

EpiNet Workshop III

The third and last workshop in the series took place in Apia, Samoa from 18 to 22 March. It brought together some 20 members of EpiNet teams from the Polynesian sub-region, i.e. American Samoa, Cook Islands, Niue, Samoa, Tokelau, Tonga and Tuvalu, as well as one participant from Fiji who had been unable to attend the workshop in Nouméa. It focused on the last two of the six diseases targeted by the PPHSN: typhoid and measles.

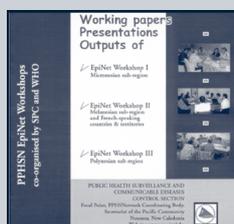


Tofa Mulitalo Siafausa Vui, Hon. Minister of Health, Samoa delivering an opening address - Opening ceremony on Monday 18 March/ prononçant un discours lors de la cérémonie d'ouverture du lundi 18 mars.

Atelier EpiNet III

Le dernier atelier de la série a eu lieu à Apia, du 18 au 22 mars, avec une vingtaine de membres des équipes EpiNet de la sous-région polynésienne (anglophone), venus plus exactement des Samoa américaines, des Îles Cook, de Niue, de Samoa, de Tokelau, de Tonga et Tuvalu, ainsi qu'un participant de Fidji qui n'avait pas pu assister à l'atelier de Nouméa. Il était centré sur les deux dernières des six maladies ciblées par le ROSSP : la typhoïde et la rougeole.

A CD-ROM containing the working papers, presentations and recommendations from the three workshops is being prepared. A copy will soon be sent to all members of the national EpiNet teams.



Un cédérom rassemblant les documents de travail, les présentations et les recommandations des trois ateliers est en cours de préparation. Tous les membres des équipes nationales EpiNet recevront une copie de ce CD très prochainement.

EpiNet workshop III, Polynesian sub-region Apia, Samoa

Recommendations

Target diseases

1. To achieve a wide coverage, measles surveillance should be primarily community-based in order to detect all suspected cases of measles. At same time, the hospital-based system (fever and rash surveillance) integrated with the existing AFP surveillance must continue to detect wider range of fever and rash diseases in selected hospitals, and be evaluated after one year. Where appropriate (varies between countries), surveillance should expand to include private practitioners and hospitals as they may be the first to see suspected measles cases.

2. The suspected measles case investigation form should be revised accordingly to conform to the community-based and hospital-based surveillance systems based on the WHO-recommended case investigation form.



Working group / Groupe de travail

3. Investigation that include epidemiological assessment and laboratory testing should be conducted for every suspected measles case. Every case should be reported immediately. Suspected important outbreaks of measles should be confirmed by conducting laboratory testing on selected cases (e.g. the first 5-10 cases).

4. Mass vaccination should be carried out immediately when a measles outbreak is suspected, without waiting for laboratory confirmation if there is enough clinical and epidemiological information to suspect measles outbreak. Contacts should be vaccinated within 72 hours after exposure.

5. Administration of Vitamin A to children at the time of measles diagnosis has been shown to decrease both the severity of disease and the case-fatality rate and is therefore recommended.

6. Communicable disease surveillance must be supplemented by environmental surveillance whenever appropriate, especially in the case of diseases with faecal-oral transmission like typhoid fever.

7. Environmental preventive measures should be preferred to disease-specific interventions as they can prevent other diseases transmitted by feces.

8. One of the primary goals of environmental surveillance should be to identify high-risk areas and risk factors and to monitor changes over time, in order to support infrastructure development, coordination, and collaboration across sectors.

9. At community level, environmental surveillance must use a participatory methodology to identify problems and priority areas for the communities in order to start working in

Recommandations issues du troisième atelier d'EpiNet (ROSSP) A'api'a Samoa

Il est recommandé :

Maladies cibles

1. Que, pour assurer une couverture étendue, la surveillance de la rougeole se fasse en premier lieu au sein de la population de façon à détecter tous les cas suspects. La surveillance à l'hôpital (des états fébriles aigus accompagnés d'une éruption cutanée) intégrée actuellement à la surveillance de la paralysie flasque aiguë, doit se poursuivre afin de détecter un plus large éventail de maladies accompagnées d'un état fébrile aigu avec une éruption cutanée; cette surveillance fera l'objet d'une évaluation au bout d'un an. Le cas échéant (c'est-à-dire selon les pays), la surveillance devrait s'étendre aux médecins libéraux et aux cliniques privées qui sont parfois les premiers à recevoir des cas suspects de rougeole.

2. Que le formulaire d'investigation concernant les cas suspects de rougeole soit remanié de façon qu'il soit conforme aux systèmes de surveillance au sein de la population et à l'hôpital, en se fondant sur le modèle recommandé par l'OMS.

3. Qu'une investigation soit menée pour tout cas suspect de rougeole, s'appuyant sur une évaluation épidémiologique et des résultats d'examens en laboratoire, et que tous les cas soient déclarés immédiatement. Toute flambée importante de cas suspects de rougeole devrait donner lieu à une investigation sérologique d'un nombre établi de cas (par exemple, les cinq ou dix premiers cas), destinée à confirmer le diagnostic.

4. De conduire une vaccination de masse dès les premiers soupçons, sans attendre la confirmation par le laboratoire, si l'information clinique et épidémiologique disponible est suffisante pour suspecter une flambée de rougeole. Les personnes ayant eu des contacts avec des cas suspects devraient être vaccinées dans les 72 heures qui suivent l'exposition.

5. D'administrer de la vitamine A aux enfants au moment du diagnostic de la rougeole. Il a été constaté que cela permet d'atténuer la gravité de la maladie et son taux de létalité.

6. Que la surveillance des maladies transmissibles soit complétée par une surveillance du milieu, lorsque cela s'impose, en particulier dans le cas de maladies à transmission féco-orale comme la typhoïde.

7. Que les mesures de prévention appliquées au milieu soient préférées aux interventions spécifiques pour enrayer une maladie, car elles peuvent prévenir d'autres pathologies transmises par les fesses.

8. Qu'un des premiers objectifs de la surveillance du milieu soit l'identification des zones à haut risque et des facteurs de risque et le suivi, au fil du temps, de l'évolution de la situation, afin de mieux orienter le développement infrastructurel, la coordination et la collaboration intersectorielles.

9. Que la surveillance du milieu soit exercée au niveau communautaire en recourant à la participation des habitants afin de déterminer les problèmes et les domaines d'intervention qui leur paraissent prioritaires et de commencer à agir en premier sur ces domaines. Les locaux occupés par des services publics (par exemple, les écoles et les dispensaires) doivent aussi faire l'objet en priorité des améliorations de la salubrité de l'environnement, afin qu'ils soient un modèle de

these areas first. Public facilities (e.g. schools, clinics) must also be priorities for environmental health improvement to exemplary sanitary standards so that they serve as examples of good practice.

10. WHO/SPC, together with PPHSN-allied laboratories, should evaluate the existing rapid tests for typhoid fever and make recommendations as to the most appropriate ones for the Pacific and as to the way/circumstances in which they should be used.

11. All countries should have laboratory capacities to meet minimum standard requirements for typhoid fever and cholera testing (culture, identification and anti-microbial susceptibility of *S. Typhi* and *V. Cholerae*). [This should be a priority in endemic countries and territories. In other places, if this is not practical, pre-arranged shipment of specimens should be first organised and done, as soon as possible, to a Level 2 laboratory.]*

12. Phage typing may be carried out at ESR in NZ only for selected isolates.

13. Safety procedures should be enforced in all laboratories that carry out culture of *S. Typhi*. These should include basic safety measures and proper use and maintenance (including testing), and, if possible, installation of safety cabinet.

Stockpiles

14. Create an environmental health stockpile of supplies (including soap, disinfectant, chlorine, pesticides, water purification tablets) and equipment (including sprayers, water quality test kits, mosquito nets) at strategic locations. These locations should be decided in coordination with disaster management committees.

15. Policy that permits allocation of emergency funds for outbreak control should be a priority in each country.

16. A cheap and rapid procurement system should be established for supplies that are necessary for outbreak control.

EpiNet teams

17. Country level CD surveillance and response (EpiNet) teams should have clearly defined roles and responsibilities, and well developed action plans aimed at responding to epidemic situations. Their membership must be based on expertise/position at least in the following key areas: public health, epidemiology, laboratory, clinical setting, environmental health; and one person (position) should have a clearly defined leadership and co-ordination role in the team.

18. A regional outbreak response team (Regional EpiNet Team) including national and regional experts, co-ordinated by SPC and WHO, should be established and organised, with clear ToR and an official mandate endorsed by the DoH and MoH of the PI region, to provide support and expertise to PICTs whenever needed or requested.

l'application de normes sanitaires et constituent un exemple de bonnes pratiques.

10. *Que l'OMS et la CPS, de pair avec les laboratoires associés au ROSSP, fassent le point sur les tests rapides de détection de la typhoïde et recommandent ceux qu'elles jugent les plus adaptés à l'Océanie, en précisant comment et dans quelles circonstances il faut les utiliser.*

11. *Que tous les pays disposent de services de laboratoire suffisants pour satisfaire aux normes minimales exigées en matière de détection de la fièvre typhoïde et du choléra (culture, identification et sensibilité antimicrobienne de *S. Typhi* et *V. Cholerae*). [Ceci devrait être une priorité dans les pays et territoires où ces maladies sont endémiques. Ailleurs, si cette pratique n'est pas possible, il faudrait que l'envoi des échantillons soit organisé et effectué aussi vite que possible vers un laboratoire de niveau 2, en suivant des procédures préétablies.]**

12. *Que la lysotypie effectuée à l'Institut ESR, en Nouvelle-Zélande, ne puisse concerner que certains isolats.*

13. *Que des procédures de sécurité soient appliquées dans tous les laboratoires qui cultivent *S. typhi*. Ces procédures devraient comprendre des mesures de sécurité élémentaires et l'installation (si possible), l'utilisation adéquate et l'entretien (avec contrôles) d'une hotte de sécurité.*

Constitution de stocks

14. *De constituer des réserves de produits (savon, désinfectants, chlore, pesticides, comprimés pour la stérilisation de l'eau, etc.) et de matériel (pulvérisateurs, trousseaux de contrôle de la qualité de l'eau, moustiquaires, etc.) de protection de la salubrité du milieu dans des endroits stratégiques. Ceux-ci devraient être choisis avec la collaboration des comités chargés des interventions en cas de catastrophe.*

15. *Que chaque pays considère comme une priorité l'établissement d'une politique permettant l'allocation de fonds d'urgence pour la lutte contre les épidémies.*

16. *De mettre en place un mécanisme rapide et peu onéreux pour l'achat des fournitures nécessaires en cas de flambée épidémique.*

Équipes EpiNet

17. *D'assigner des fonctions et responsabilités clairement définies aux équipes (équipes EpiNet) chargées de la surveillance des maladies transmissibles et de la riposte à celles-ci, et de dresser soigneusement des plans d'action pour intervenir en cas de situation épidémique. Les membres de ces équipes doivent être des personnes choisies pour leurs compétences et/ou le poste qu'elles occupent (au moins dans les domaines suivants : santé publique, épidémiologie, laboratoire, médecine clinique, salubrité de l'environnement); un des membres de l'équipe devra assumer un rôle clairement défini d'encadrement et de coordination.*

18. *De mettre en place et d'organiser, sous la coordination de la CPS et de l'OMS, une équipe régionale d'intervention en cas de flambée épidémique (équipe EpiNet régionale), regroupant des experts nationaux et régionaux, en lui assignant un mandat clair et une mission officielle avalisés par les directeurs et les ministres de la Santé du Pacifique, afin d'apporter le soutien et l'expertise*

* The recommendations have been further edited as agreed at the end of the workshop. The sentences between [] have been added for clarity purposes.

* Les recommandations ont été plus amplement éditées comme convenu à la fin de l'atelier. Les phrases entre crochets [] ont été ajoutées dans un but de clarté.

19. PPHSN-CB must continue to work with the National EpiNet teams to further organise their network, develop surveillance and response guidelines (including preparedness) and support measures in outbreak situations.

20. Evaluation tool(s) and method(s) should be developed by the PPHSN-CB, and used during and after outbreak situations by the EpiNet teams in order to improve their present and future activities.



Working group / Groupe de travail

21. The National Disaster Committees (or equivalent) must liaise with the National EpiNet teams and consider outbreaks of priority epidemic CDs as emergency situations taking priority over other work.

22. The country EpiNet focal point should notify the PPHSN-CB focal point (SPC) as soon as any changes are made in EpiNet membership.

Training

23. PPHSN-CB to develop and implement a PPHSN/EpiNet Training Strategy based on an inventory of available resources and training needs. This should include opportunities for the incremental acquisition of necessary capacity and qualifications through a combination of formal training activities, episodic opportunities for training (e.g. outbreak investigations, research activities, on-the-job training etc.), and exchange schemes. Counselling techniques for all health workers should be included in the training courses.

24. The PPHSN should encourage the exchange of experience and expertise between PICTs regarding the control and prevention of outbreak-prone diseases. This type of exchange should also be used for training purposes.

25. Case studies on outbreak investigation and control from the PI region must be used to develop training materials.

26. Health care workers must be instructed prior to public notification in the ways to prevent/control outbreaks. [So that they are able to deliver proper messages to patients and communities, and help implementing proper prevention and control measures.]*

LabNet

27. Due to close proximity, accessibility and availability of flights, most of the Polynesian countries send specimens for confirmation to New Zealand. Hence, it is proposed that New Zealand must have at least one L2 level laboratory included in LabNet.

28. PACNET-Lab should be further expanded to facilitate communication among laboratories at all levels.

voulus aux États et territoires océaniques lorsqu'ils en ont besoin ou le demandent.

19. *Que le groupe de coordination du ROSSP continue de travailler avec les équipes EpiNet nationales afin d'affiner l'organisation du réseau et d'élaborer des principes directeurs en matière de surveillance et d'intervention, et des mesures de soutien en cas de flambée épidémique (préparation y compris).*

20. *Que le groupe de coordination du ROSSP mette au point des outils et des méthodes d'évaluation qui seront utilisés pendant et après les épidémies par les équipes EpiNet afin d'améliorer les activités en cours et à venir.*

21. *Que les comités nationaux d'intervention en cas de catastrophe (ou leur équivalent) soient en contact avec les équipes EpiNet nationales et considèrent toute flambée épidémique d'une maladie transmissible prioritaire comme une situation d'urgence prenant le pas sur toute autre activité.*

22. *Que le point de contact national du réseau EpiNet avise le point de contact du groupe de coordination du ROSSP (à savoir la CPS) dès qu'un changement intervient dans la composition de l'équipe EpiNet.*

Formation

23. *Que le groupe de coordination du ROSSP élabore et mette en œuvre une stratégie de formation ROSSP/EpiNet qui se fonde sur un recensement des ressources disponibles et des besoins en formation. Cette stratégie devrait offrir la possibilité d'acquies progressivement les capacités et les qualifications nécessaires en combinant des actions de formation structurées, des occasions ponctuelles de formation (par exemple, investigation en cas de flambées, travaux de recherche, formation en cours d'emploi, etc.) et des programmes d'échange. Il y aurait lieu également d'inscrire les techniques de conseil aux programmes de formation de tous les agents de santé.*

24. *Que le ROSSP encourage l'échange d'expériences et de connaissances techniques concernant la prévention des épidémies et les moyens de les enrayer, entre les États et territoires océaniques. Ce type d'échange devrait aussi être utilisé pour la formation.*

25. *Que les études de cas émanant des investigations des flambées épidémiques et de la lutte contre celles-ci dans la région océanique soient exploitées dans la conception de matériel pédagogique.*

26. *Que les agents des soins de santé soient instruits en matière de prévention et de lutte contre les épidémies avant le public. [De telle sorte qu'ils soient capables de délivrer des messages adéquats aux patients et aux communautés, et aident à mettre en place les mesures de prévention et de lutte appropriées.]**

LabNet

27. *La plupart des pays de la région polynésienne envoient pour confirmation leurs échantillons biologiques en Nouvelle-Zélande, du fait de la proximité géographique de ce pays et de la fréquence des liaisons aériennes. Il est donc recommandé que la Nouvelle-Zélande ait au moins un laboratoire inclus dans le réseau LabNet en tant que laboratoire de niveau 2.*

* The recommendations have been further edited as agreed at the end of the workshop. The sentence between [] has been added for clarity purposes.

* Les recommandations ont été plus amplement éditées comme convenu à la fin de l'atelier. Les phrases entre crochets [] ont été ajoutées dans un but de clarté.

29. All laboratories must be able to demonstrate minimum requirement for essential procedures, with a regular assessment by an adequate quality control programme.

PACNET

30. Communication between the EpiNet national teams or other 'communicable disease control committees' must be strengthened. In any case, the focal point must be responsible for disseminating the information to the other team members. The official agreement of ministries/ departments of health should be sought to allow all members of national EpiNet teams to receive messages on PACNET-Restricted. The PACNET-Restricted listserver would also accept all messages from national EpiNet members, although countries may wish to implement internal guidelines for their own team members about posting messages. The same should apply for PACNET.

Airlines and logistics

31. Whenever specimens need to be shipped, clear communication with all parties must be initiated in order to ensure the shipment is done properly and received on time.

32. The PPHSN should assist in organising training in logistics and packaging whenever it is needed.

33. All necessary documents (forms and guidelines) and appropriate shipping materials should be available to all L1 laboratories.

34. Arrangements and procedures required by airlines and courier companies should be negotiated in advance.

General

35. Use all means of mass media and involve interest groups to inform and educate the public on outbreak prevention and control measures.

36. SPC, as focal point of the PPHSN-CB, and WHO should ask the PICTs to seek political commitment and support from their respective governments, and from the Forum Secretariat (through the director and minister of health, and the head of the government), for the development of outbreak control and prevention activities at national and regional level.

37. PPHSN-CB should mobilise resources and seek proper funding in order to secure PPHSN development and activities (including training).

38. Communication should be improved through new ICTs (including Internet-based communication), and appropriate training in these.

28. Que PACNET-Lab soit développé de manière à faciliter la communication entre les laboratoires à tous les niveaux.

29. Que tous les laboratoires soient en mesure de répondre au minimum exigé par les procédures essentielles et soient régulièrement soumis à un programme adéquat de contrôle de la qualité.

PACNET

30. De renforcer la communication entre les équipes EpiNet nationales/ou d'autres comités de lutte contre les maladies transmissibles. En tout état de cause, le point de contact doit être chargé de la communication des informations aux autres membres de l'équipe. La liste des personnes ayant accès au forum de discussion restreint de PACNET-restricted doit faire l'objet d'un nouvel examen, avant d'être définitivement avalisée par les autorités sanitaires des États et territoires de la région. Les ministères et les départements de la Santé sont invités à autoriser les membres des équipes nationales d'EpiNet à accéder à la liste de diffusion restreinte PACNET-restricted. De même, le serveur de liste restreinte PACNET-restricted devrait accepter tous les messages en provenance des membres des équipes nationales EpiNet. Les pays auraient néanmoins la faculté d'édicter s'ils le souhaitent des directives internes concernant l'envoi de messages par les membres de leur équipe. Idem pour PACNET.

Compagnies aériennes et logistique

31. Que, lorsqu'il est nécessaire d'envoyer des échantillons, toutes les parties concernées en soient dûment et clairement informées pour que l'expédition se déroule bien et que les échantillons soient reçus en temps voulu.

32. Que le ROSSP aide à l'organisation d'actions de formation aux questions de logistique et de conditionnement, dans la mesure des besoins.

33. Que tous les documents requis (formulaire et directives) et le matériel d'emballage approprié soient à la disposition de tous les laboratoires de niveau 1.

34. De négocier à l'avance, avec les compagnies aériennes et les sociétés de messagerie, les dispositions et les procédures concernant le transport d'échantillons.

Autres recommandations de caractère général

35. D'utiliser tous les moyens de communication de masse et de faire participer divers groupes d'intérêt afin d'informer et d'éduquer la population en matière de lutte contre les flambées épidémiques.

36. Que la CPS (en tant que point de contact du groupe de coordination du ROSSP) et l'OMS incitent les États et territoires océaniques à obtenir l'engagement et le soutien de leurs gouvernements respectifs ainsi que du Secrétaire général du Forum (par le truchement du directeur et du ministre de la Santé, et du chef de gouvernement), afin que soient renforcées, tant à l'échelon national que régional, les activités de prévention et de lutte contre les épidémies.

37. Que le groupe de coordination du ROSSP mobilise des ressources et des fonds suffisants pour que le ROSSP et ses activités (dont la formation) se développent.

38. Que la communication soit améliorée par l'adoption des techniques nouvelles d'information et de communication, dont Internet, et la formation à leur utilisation.

Feedback

from Dr Siale 'Akau'ola, who kindly agreed to chair a part of the proceedings of Apia Workshop.

In general, I believe that the workshop was a success. The recommendations made accurately reflected the different strategies formulated by the participants. The participatory approach utilised during the workshop definitely encouraged open dialogue between the participants.

Two important items highlighted during the workshop were the needs for better communication and planning in a co-operative manner. Clearly, in a Pacific region comprised of small island nations with limited resources, the burdens associated with living in isolation and obscurity can be much easier to overcome when nations communicate, plan and pool their resources.

The principles behind Infectious Disease Surveillance, to me, are classic examples of the kind of communication and planning activities that one should apply to most situations in life and not only to infectious diseases. One can go further and say that medicine without disease surveillance could be likened to an army without an intelligence service. Obviously, in such a situation, one is not expected to win the battle since everyone would be plagued with uncertainty, ignorance and a lot of worries. The late Sir Winston Churchill once said, 'Let our advanced worrying become advanced thinking and planning.'

The recent EpiNet Workshop III definitely provided Pacific Island health workers with a forum to come together and learn, think, plan and formulate effective strategies that can protect their people from the ravages of any future infectious disease outbreaks.

I believe that it is now time for all concerned Pacific Island health workers to take on the initiatives that have been launched by PPHSN, SPC and WHO, and start implementing the recommended strategies. After all, as the saying goes, 'practice makes perfect.' In other words, to win the battle against infectious diseases, we have to be committed to planning, communication and co-operation, and at the same time enjoy the challenges provided by the different activities that need to be implemented, to make it all a convincing win in the end.

Dr Siale 'Akau'ola

Senior Medical Officer
In charge of Laboratory Services
Laboratory Section
Vaiola Hospital
Tonga

Feedback

de la part du Dr Siale 'Akau'ola qui a aimablement accepté d'occuper le poste de Président de séance durant une partie de l'atelier d'Apia:

Dans l'ensemble, j'estime que l'atelier a été couronné de succès. Les recommandations formulées reflétaient exactement les différentes stratégies énoncées par les participants. L'approche participative appliquée a assurément incité les participants à entamer un dialogue franc et ouvert.

Deux points importants, entre autres, ont été abordés pendant l'atelier : la nécessité d'une meilleure communication et la planification fondée sur la coopération. Il est évident que, dans la région océanique constituée de petites nations insulaires aux ressources limitées, il sera plus facile de surmonter l'obstacle que représentent l'isolement et l'absence d'information si les nations communiquent, planifient et mettent en commun leurs ressources.

À mon avis, les principes qui président à la surveillance des maladies infectieuses illustrent parfaitement le genre d'activités de communication et de planification applicables à la plupart des situations de la vie courante, et pas nécessairement aux seules maladies transmissibles. On peut même aller plus loin et dire que, sans ces actions, la surveillance des maladies pourrait se comparer à une armée sans service de renseignements. Naturellement, dans une telle situation, il ne faudrait pas s'attendre à remporter la victoire, car tout le monde souffrirait d'incertitude, d'ignorance et d'un tas de soucis. Comme l'a dit un jour feu Sir Winston Churchill, "Au lieu de nous inquiéter par avance, réfléchissons et planifions à l'avance."

Le récent atelier EpiNet III, a donné aux agents de santé océaniques l'occasion de se réunir, d'apprendre, de réfléchir, de planifier et de formuler des stratégies efficaces qui permettront de protéger leur population des ravages d'éventuelles épidémies de maladies transmissibles à l'avenir.

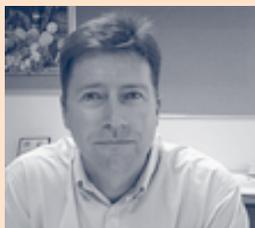
Je pense que le moment est venu, pour tous les agents de santé océaniques, de prendre le relais des initiatives prises par le ROSSP, la CPS et l'OMS et de mettre en œuvre les stratégies préconisées. Après tout, comme le dit le proverbe, "c'est en forgeant qu'on devient forgeron". Autrement dit, pour gagner la bataille contre les maladies transmissibles, il faut s'engager dans la planification, la communication et la coopération tout en relevant avec enthousiasme les défis qu'impliquent les différentes activités à mener afin, au bout du compte, de remporter une victoire convaincante.

Dr Siale 'Akau'ola

Médecin Chef des services de laboratoire
Hôpital de Vaiola
Royaume de Tonga

A New Manager for SPC Public Health Programme

Recently Mark Jacobs was appointed to this re-created position at SPC. Before that, Mark most recently served as the Director of Public Health for Tasmania in Australia, where he managed a broad range of public health activities at the state level and took on a national leadership role in areas like environmental health and HIV/AIDS.



Mark has also worked in public health in other parts of Australia, and in medical jobs in both hospitals and community practice.

He has had a wealth of experience in areas ranging from infectious disease surveillance and control to environmental health, epidemiology, and development of public health legislation, as well as injury prevention, tobacco control, nutrition, diabetes prevention, and sexual health. He is especially interested in health impact assessment, environmental health and development of healthy public policy.

Mark looks forward to travelling throughout the Pacific Islands region and getting to know and work with people who share his enthusiasm for public health.

Un nouveau directeur pour le département Santé publique de la CPS

Mark Jacobs a été récemment nommé à ce poste, qui vient d'être rétabli à la CPS. Avant d'assumer ces fonctions, il était directeur du service de la santé publique en Tasmanie (Australie) et gérait toute la gamme des activités que cet État mène en matière de santé publique. Mark était également une des figures de proue nationale dans des domaines tels que la salubrité de l'environnement et la lutte contre le VIH/SIDA.

Auparavant, Mark avait travaillé dans le secteur de la santé publique dans d'autres régions d'Australie, et exercé en tant que médecin dans des hôpitaux et en cabinet de ville.

Il a acquis une vaste expérience dans tout un éventail de disciplines, de la surveillance et de la lutte contre les maladies infectieuses, à la salubrité de l'environnement, l'épidémiologie et l'élaboration de lois en matière de santé publique, en passant par la prévention des traumatismes, la lutte contre le tabagisme, la nutrition, la prévention du diabète et la santé sexuelle. Il s'intéresse plus particulièrement à l'évaluation des impacts sur la santé, à la salubrité de l'environnement et à l'élaboration de plans d'action en faveur de la santé publique.

Mark se félicite de ses prochaines missions dans la région et de l'occasion qui lui est donnée de connaître des personnes qui partagent son enthousiasme pour la santé publique et de travailler avec elles.

Inform'ACTION is the quarterly bulletin of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN). It contains news and information about public health surveillance activities in the Pacific Islands. Six diseases in particular (dengue, measles, influenza, leptospirosis, cholera and typhoid) — but not exclusively — are targeted by the PPHSN's Early Warning System and PACNET, its communication tool.

Printed at SPC (Noumea) with the support of the French Government and NZODA. Production: PHS & CDC Section, SPC, BP D5, 98848 Noumea Cedex, New Caledonia. Tel: (687) 26.20.00; Fax: (687) 26.38.18; <http://www.spc.int/phs>. Editorial office: Yvan Souarès (YvanS@spc.int), Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int) Coordinated by Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int) Published by the Publications and Translation Sections for the PHS & CDC section.

Contributions covering any aspect of public health surveillance activities are invited.

© Copyright Secretariat of the Pacific Community 2002.

All rights for commercial / for profit reproduction or translation, in any form, reserved. The SPC authorises the partial reproduction or translation of this material for scientific, educational or research purposes, provided that SPC and the source document are properly acknowledged. Permission to reproduce the document and/or translate in whole, in any form, whether for commercial / for profit or non-profit purposes, must be requested in writing.

Original SPC artwork may not be altered or separately published without permission.

Inform'ACTION est un bulletin trimestriel publié par le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP). Il contient des informations et des nouvelles sur les activités de surveillance de la santé publique dans les pays et territoires du Pacifique. Six maladies sont particulièrement — mais pas exclusivement — ciblées par le système d'alerte précoce du ROSSP et son outil de communication, PACNET : la dengue, la rougeole, la grippe, la leptospirose, le choléra et la fièvre typhoïde.

Imprimé à la CPS (Nouméa) avec le concours financier du gouvernement français et de NZODA. Production : Section SST & LMT, CPS, BP D5, 98848 Nouméa, Nouvelle-Calédonie. Tel: (687) 26.20.00; Fax: (687) 26.38.18; Mél: ChristelleL@spc.int; <http://www.spc.int/phs>. Comité de lecture : Yvan Souarès (YvanS@spc.int) Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int) Publié sous la direction de Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int) avec le concours des sections Publications et Traduction pour la section SST & LMT de la CPS

Les contributions couvrant tous les aspects des activités de surveillance de la santé publique sont les bienvenues.

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2002

Tous droits réservés de reproduction ou de traduction à des fins commerciales/lucratives, sous quelque forme que ce soit. Le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique autorise la reproduction ou la traduction partielle de ce document à des fins scientifiques ou éducatives ou pour les besoins de la recherche, à condition qu'il soit fait mention de la CPS et de la source. L'autorisation de la reproduction et/ou de la traduction intégrale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, à des fins commerciales/lucratives ou à titre gratuit, doit être sollicitée au préalable par écrit. Il est interdit de modifier ou de publier séparément des graphismes originaux de la CPS sans autorisation préalable.