

Télésanté et lutte contre les épidémies : fondements et avancées du Réseau océanien de surveillance de la santé publique

YVAN SOUARÈS*

Résumé

Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP), dont PACNET fait aujourd'hui partie intégrante, a été créé en 1996. Le ROSSP est un moyen technique et novateur de communication consacré à la détection et la maîtrise des flambées épidémiques. Il regroupe plusieurs organismes nationaux et internationaux, ainsi que des réseaux et des institutions qui œuvrent en faveur du développement de la santé dans les 22 États et territoires insulaires océaniques. Son but est d'améliorer durablement la surveillance de la santé publique en Océanie. À l'heure actuelle, il donne la priorité à l'alerte et à l'intervention en cas de flambée épidémique.

Le présent article retrace l'historique du ROSSP, auquel se sont greffés après PACNET, le Réseau de laboratoires de santé publique (LabNet) et, plus récemment, EpiNet, service régional d'investigation et d'intervention. L'article aborde également le thème de la télésanté et tente de répondre aux questions suivantes : quels services le ROSSP peut-il fournir à l'heure actuelle ? Quelles améliorations peut-on envisager de lui apporter pour le rendre à même de contribuer activement au développement dynamique et au bien-être des communautés océaniques au XXI^e siècle ?

Introduction

Il y a bientôt 3 ans, dans ce même journal, nous présentions déjà le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP), en général, mais plus spécialement à travers la mise en place récente de PACNET, organe de communication technique novateur dans le domaine stratégique et prioritaire de la lutte régionale contre les épidémies (1). Notre propos, dans les pages qui suivent, est de faire partager notre point de vue sur la physionomie actuelle du Réseau, les évolutions struc-

turelles et techniques de ces trois dernières années, et les perspectives de développement qui s'offrent à notre communauté professionnelle et d'utilisateurs des services de santé, en Océanie (2).

Le but du ROSSP est d'améliorer la surveillance de la santé publique dans le Pacifique, de façon durable.

Quels services le ROSSP est-il aujourd'hui en mesure de rendre ? Sur quels axes potentiels d'amélioration et d'expansion est-il en mesure d'évoluer dans un futur proche, afin de s'affirmer en tant que structure et outil de santé publique moderne – approprié, adaptable et durable – capable de contribuer activement au développement et au bien-être dynamique des communautés océaniques du XXI^e siècle ? A ce (double) titre, que représente la télésanté ?

Les défis

Le concept et la pratique des multiples facettes de la télésanté illustrent sans doute les avancées et les promesses les plus sensibles de la modernité technologique et technique, au sein du ROSSP. Et ceci dans les contextes, intriqués, de l'évolution de l'Océanie et d'une mondialisation qui s'impose avec autant de force dans la lutte contre les épidémies que dans d'autres domaines du développement humain. Réalités et enjeux sont à la mesure des attentes des différents acteurs :

complexes, justifiés, relatifs. Aujourd'hui, à l'instar des individus et groupes que nous sommes, les maladies transmissibles – connues et émergentes – peuvent voyager vite et facilement autour de la planète et entre les îles du Pacifique... toute prétention à lutter efficacement contre leur propagation et leurs méfaits, doit impérativement permettre qu'informations et ressources circulent et soient accessibles, plus rapidement encore ! Il faut donc viser, du mieux possible et progressivement, à :

- parer à l'isolement ;
- être préparé à la survenue d'une épidémie ;
- la détection précoce et à la dissémination rapide de l'information utile (utilité qui se décline, précisément, de différentes manières selon les circonstances) ;
- la bonne coordination et à la mobilisation rapide de ressources adaptées à la réponse de santé publique ;
- la pérennité et à l'adaptabilité des structures et des moyens mis en place.

Le ROSSP est un moyen technique et novateur de communication consacré à la détection et la maîtrise des flambées épidémiques.

* *Épidémiologiste, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique. Responsable de la Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles, Point de contact du Groupe de coordination du ROSSP.*

Ces défis, le ROSSP doit se montrer capable de les relever, entre autre, en ayant recours à la télésanté de façon pertinente. En sachant aussi se situer et interagir dans la conjoncture mondiale de la santé publique (que le concept même de télésanté ne peut que " rapprocher " des ses utilisateurs), toujours au bénéfice d'un contexte océanien qu'il est bon de résumer ici.

Le contexte océanien

" C'est le rivage qui définit l'île (3). "

Au commencement, il y a l'Océan Pacifique. Le Pacifique, l'Océan, est à la fois tout et partie de ce contexte océanien. Mais puisqu'il faut bien, ici, en parler de façon plus pragmatique, *immensité, diversité, mobilité* et *appartenance* sont, à nos yeux, les points cardinaux d'un portrait schématique, mais " parlant " (4).

Immensité et diversité d'une région approchant les 30 millions de kilomètres carrés, dont 98% sont constitués par les eaux de l'Océan Pacifique, lien naturel et culturel de référence entre les îles. Sur les 2% que représentent les terres émergées, 7,5 millions d'habitants, seulement, se répartissant de part et d'autre de l'équateur dans des milliers d'îles de toutes tailles, dont la nature géologique, le climat et autres paramètres biologiques et environnementaux, sont aussi complexes et variables que ce à quoi l'on peut s'attendre d'une telle multitude géographique, éparpillée sur un cinquième de la surface du globe environ. Diversité historique des peuplements (dont les courants s'étalent de 70.000 ans en arrière à quelques dizaines d'années), des langues (environ 1.200 sont parlées en Océanie, pour seulement 2 langues véhiculaires d'expression régionale : l'anglais et le français), des cultures (le point de vue simpliste occidental a coutume de décrire trois grandes aires culturelles : la Mélanésie, la Polynésie et la Micronésie), mais aussi des influences coloniales et de l'actuel statut politique des 22 Etats ou territoires insulaires qui composent la région. Une grande mobilité des populations, elle aussi, à l'origine, liée à l'omniprésence de la mer — à son rôle historique et mythique, voire originel — à la force et à l'étendue des liens familiaux, à la culture et à la science de la navigation. Aujourd'hui, cette grande mobilité doit aussi beaucoup au contexte socio-économique, et aux disparités en la matière entre les îles océaniques, et entre les îles et leurs anciennes puissances coloniales ou les riches Etats riverains de la grande région Asie-Pacifique.

La simple énumération de ces quelques traits régionaux permet d'entrevoir sans peine les principales difficultés auxquelles le développement de la surveillance va devoir se mesurer : logistique, communication et développement des ressources humaines. Autant de domaines dans lesquels l'apport possible de la télésanté va logiquement devoir être exploré.

Au-delà du classique inventaire des éventuels points faibles et besoins exprimés — particulièrement " tout naturel " pour les écoles de gestion et de planification de la santé — il convient de s'intéresser, plus naturellement encore, aux atouts océaniques, toujours dans le domaine qui nous préoccupe. En l'occurrence, contredisant ce qui pourrait, à première vue, donner l'impression d'une mosaïque disloquée ou d'une entité régionale aux contours flottant au gré des vents géopolitiques des marchés, l'Océanie trouve un niveau de forte cohérence d'ensemble dans le sentiment commun d'appartenance " au Pacifique ". C'est là notre perception. Il se trouve qu'il s'agit aussi, à l'expérience, de l'un des fondements du Réseau océanien de surveillance de la santé publique. Ce sentiment d'appartenance est un élément déterminant et moteur pour une communauté telle que celle formée par les membres d'un réseau. C'est aussi l'un des critères reconnus comme des plus positifs en terme d'évaluation des actions de développement humain. Le développement et l'animation du ROSSP devront toujours en tenir compte, en général, mais aussi et surtout dans l'approche particulière de la télésanté, et pour la lutte contre les épidémies. Diversité biologique et capacité de grande mobilité, quoique plus ambivalents, nous paraissent également des éléments potentiellement positifs, à inclure dans l'inventaire des ressources. Enfin, au même titre, il est fondamental pour nous, membres du ROSSP, de souligner qu'en regard de l'occupation des terres, des liens sociaux et des systèmes de parenté (pour ne piocher que dans les références les plus communément admises) la structure et le fonctionnement des réseaux sont solidement ancrés dans la culture et l'histoire de l'Océanie, depuis bien avant que la mondialisation et l'Internet ne leur assurent une reconnaissance planétaire.

Insularité, distances immenses, isolement relatif, intense mobilité au sein même et en dehors de la région, diversité biologique et culturelle et disparités socio-économiques sont autant de caractéristiques premières de la région océanienne...

Insularité, distances immenses, isolement relatif, intense mobilité au sein même et en dehors de la région, diversité biologique et culturelle et disparités socio-économiques sont autant de caractéristiques premières de la région océanienne qui, en rapport avec l'exposition au risque épidémique et la capacité de réponse, vont déterminer les termes du fragile équilibre de la santé publique (5). Points faibles, obstacles naturels, environnement et atouts spécifiques. C'est dire toute l'importance à accorder au contexte océanien dans les avancées du ROSSP et à la recherche d'axes d'amélioration nécessaire. A notre avis, une telle démarche ne peut aboutir au succès que si elle se fait " à l'écoute " du contexte océanien, et à son avantage — tout en pouvant bénéficier de d'autres (6).

Ceci posé, en quoi la télésanté et ses applications pratiques peuvent-elles contribuer à apporter des améliorations nécessaires à la panoplie de services rendus par le ROSSP, dans lutte contre les épidémies ?

Télésanté : définitions, idées-forces... et l'Océanie

Force est de constater, à travers une rapide revue de la littérature (7), que le florilège de références et les multiples tentatives de description qui s'attachent à la télésanté ne font que souligner l'absence de normalisation du concept par une définition unanimement employée. Si ce sont là des signes de nouveauté et d'engouement largement diffus, cela devient symptomatique : la télésanté est un concept " à la mode " ! Sans percevoir ce phénomène de manière nécessairement péjorative, il faut bien dire que le danger des modes est d'avoir tendance à sacrifier la finalité à la forme. En matière d'initiative de développement humain, les conséquences d'une telle dérive peuvent s'avérer dramatiques. Il est donc primordial, pour les membres du ROSSP, d'éviter les pièges tendus de l'opportunisme irresponsable et du simple attrait de ce qui brille... Avant toute chose, il nous faut clairement définir la finalité de la pratique de la télésanté, puis identifier ses formes d'application réalistes dans le cadre du Réseau océanien de surveillance de la santé publique.

Un noyau d'idées-forces se profile néanmoins très clairement à la lecture des éléments de définition donnés par les différents auteurs. En voici notre perception :

- pratiquer la télésanté implique l'utilisation de l'informatique et des technologies de l'information et télécommunication dans le but de permettre, d'étendre ou d'améliorer l'action des services de santé ;
- dans l'absolu, il est difficile de définir les limites précises des actions envisageables, compte-tenu de l'évolution constante et rapide du support et des outils technologiques ; c'est le contexte d'application qui doit permettre d'être plus concret. Toutefois, la palette des services les plus communément envisagés comprend les soins curatifs et préventifs, l'information et l'éducation sanitaire, la gestion des services et la formation des professionnels de santé ;
- stratégiquement, la télésanté vise à pallier les problèmes de distance et d'isolement géographique et professionnel — d'accessibilité en général — de communication et de développement des ressources humaines ; ceci au bénéfice de la santé publique, et tout en réduisant le coût de secteurs tels que la logistique (équipements et évacuations sanitaires principalement), les télécommunications, la formation (8).

En regard des principaux défis qui nous sont posés en Océanie, ce premier examen nous permet d'ores et déjà de mieux voir en quoi la télésanté peut contribuer à améliorer et étendre les services du ROSSP. Concrètement, c'est le contexte océanien qui doit guider le choix des applications

pratiques les plus appropriées et les plus réalistes ; à court et à long terme.

La première incursion de la télésanté dans les eaux du Pacifique insulaire date de 1993 et n'a, initialement, aucun caractère régional. L'initiative vient des Etats-Unis d'Amérique, du service de santé des armées plus précisément, et s'applique à un atoll des Iles Marshall. Elle se pratique entre le dispensaire de la base militaire de Kwajalein et l'hôpital militaire Tripler, à Honolulu, dans l'État d'Hawaii. Sa finalité est de réduire les dépenses de l'armée américaine liées aux trop nombreuses évacuations sanitaires vers Tripler, en mettant en place un système de consultation médicale spécialisée, à distance (télé médecine) (9). Au départ limitée, relativement peu sophistiquée techniquement et presque confidentielle, la mesure s'avère rapidement efficace. Convaincus, ses promoteurs y consacreront plus de moyens et, le succès aidant, l'idée fera son chemin dans le contexte océanien au gré des complicités professionnelles. L'adaptation se fera avec bonheur dans des registres différents, mais complémentaires. Deux premières applications " régionales " de télésanté voient le jour en 1997 :

- l'une de télé médecine, le Western Pacific HealthNet (WPHNet), lancée sous l'impulsion d'une association médicale — Pacific Basin Medical Association (PBMA) — dans le prolongement d'un programme de formation de médecins en Micronésie, est de nature à soutenir la pratique clinique et les soins curatifs ;
- l'autre de télésanté au sens générique, PACNET, mise en service à l'instigation du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) dans le cadre d'un ROSSP fraîchement établi, vise à renforcer la lutte contre les épidémies en Océanie, poursuivant une logique d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique régionale, de prévention et de contrôle (10).

...c'est le contexte océanien qui doit guider le choix des applications pratiques les plus appropriées et les plus réalistes ; à court et à long terme.

Formation, information, gestion, soins curatifs et prévention : à l'évidence, la télésanté a commencé par faire ses gammes en Océanie, dans la pratique, en appliquant les éléments de définitions... qui ne viendront que plus tard. A ce propos, qu'en est-il aujourd'hui — en nous en tenant simplement aux instigateurs des premiers voyages en télésanté ?

Pour le *U.S. Office for the Advancement of Telehealth*, la télésanté se définit comme suit : " La télésanté est la prestation à distance, par le recours aux moyens électroniques d'information et de télécommunication :

- de soins de santé clinique (ce qui pourrait s'appeler aussi la télé médecine) ;
- de services d'éducation des patients et d'enseignement et d'information des professionnels de la santé ;
- de services de santé publique ;
- et d'administration des services de santé. "

Cette définition est reprise par l'École de Médecine de Fidji, en précisant qu'elle englobe effectivement la gamme d'activités envisagées dans le Pacifique (11), mettant en jeu différents outils d'information :

- consulter un expert par téléphone pour connaître son avis;
- communiquer par radio HF avec un agent de santé se trouvant confronté, sur une île isolée, à une situation clinique difficile;
- solliciter l'avis, par courrier électronique, d'un spécialiste de santé publique au sujet d'un projet de recherche ;
- utiliser une page Internet spécialisée dans la réception et le triage des demandes de consultations cliniques, pour les orienter vers un médecin spécialiste référent ;
- faire une recherche documentaire en compilant sur Internet des ouvrages de médecine;
- participer en direct à des conférences audio ou vidéo dans le cadre d'un enseignement ou d'une consultation à distance, etc. "

Pour la CPS et la PBMA, coorganisateurs de la Conférence sur la télésanté dans le Pacifique, soutenir la pratique de la télésanté – au sein du ROSSP – cela veut dire " Promouvoir et développer l'accès aux [et l'utilisation des] technologies de l'information et de la communication (TIC) afin d'améliorer la gestion et la prestation des services de santé dans les États et territoires membres du ROSSP, particulièrement dans les secteurs suivants :

- prévention et lutte contre les flambées épidémiques ;
- surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies ;
- téléconsultation clinique, épidémiologique et de santé publique ;
- enseignement à distance (12)."

On le voit, s'il reste encore un peu de travail aux membres du ROSSP pour adopter une définition commune de la télésanté et de ces composantes (télémédecine, téléformation, etc.), il existe un consensus rassurant sur la finalité et sur les bases d'une complémentarité indispensable des applications pratiques. Parce que la télésanté répond stratégiquement au contexte océanien et parce ses outils permettent de tisser et de renforcer des liens à travers le Pacifique, il faudra bien garantir ce consensus à long terme, pour l'équilibre de la santé publique en Océanie.

Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique

Notre intention, dans ce chapitre, est d'esquisser la physionomie actuelle du ROSSP en évitant du mieux possible les redondances, pour l'audience des " initiés ", tout en respectant le légitime besoin de comprendre de tous les autres et en mettant en avant les modifications ou renforcement structurels qui sont intervenus au cours des trois dernières années.

Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique a été officiellement établi en décembre 1996, par le Séminaire océanien (CPS/OMS) sur la surveillance de la santé publique. À l'origine, la conception d'un réseau régional de surveillance découle d'un simple constat et de la reconnaissance, par l'ensemble des acteurs régionaux et internationaux concernés, d'un problème technique " chronique " concernant la lutte contre les maladies transmissibles : une surveillance régionale de médiocre qualité et des systèmes de surveillance nationaux de niveaux très disparates mais tous surchargés, en grande partie du fait de la demande régionale et internationale. En 1995, la CPS propose, à travers la *Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles*, une solution conceptuelle et technique : identifier, méthodologiquement, des priorités communes et des partenariats complémentaires (13). Un groupe de travail régional est alors formé, en décembre 1995, qui va s'atteler à la mise en œuvre d'une solution pratique, communément proposée : établir un réseau régional de surveillance de la santé publique (14). Il faudra un an de travail intensif à ce groupe pour assembler les premières propositions institutionnelles, structurelles et techniques nécessaires, afin de réunir le forum international qui mettra le ROSSP sur les fonds baptismaux.

Quelques principes de base guident notre démarche de mise en réseau :

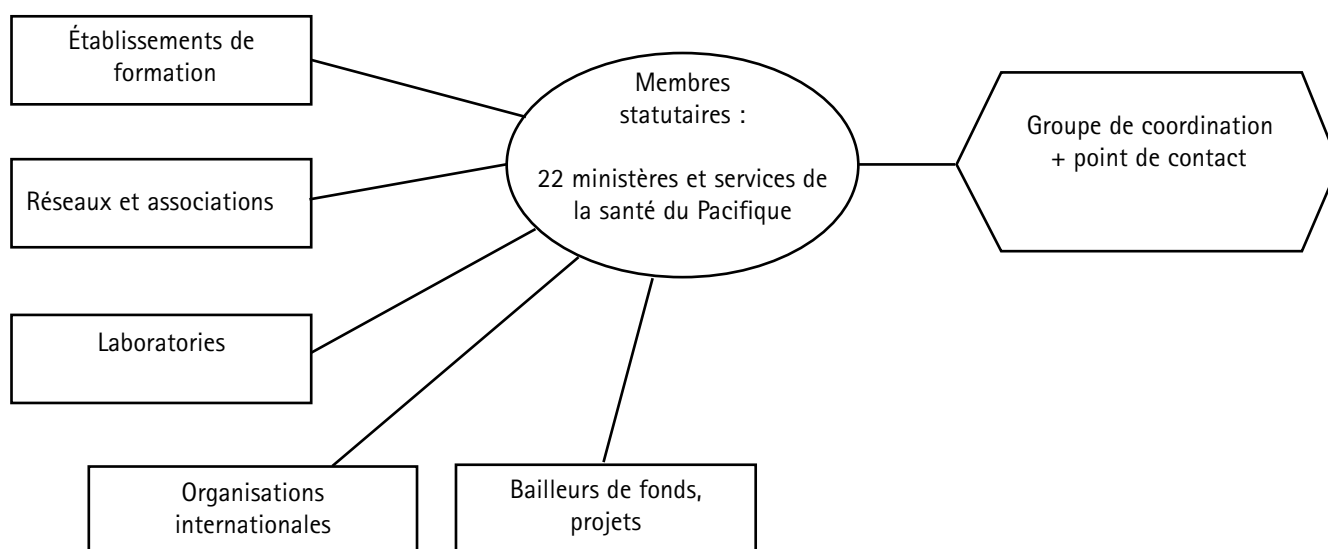
- bâtir à partir de ce qui existe, pour minimiser les coûts et la bureaucratie, et pour agir sans délai excessif;
- renforcer une approche ascendante des besoins en information, sans sous-estimer le point de vue des niveaux supérieurs ou centraux (15) ;
- identifier les enjeux communs et renforcer la complémentarité des ressources appropriées existantes ;
- profiter des progrès technologiques (TIC).

Cadre institutionnel

Même si le ROSSP a pour philosophie initiale d'être un réseau de services avant toute autre chose – et non une nouvelle institution régionale – il doit aussi présenter une structure qui permette le partenariat, dans un but partagé, de diverses institutions, nationales, régionales et internationales, liées au développement et à la santé publique. L'organisation, au service de la santé publique en Océanie, de ces relations institutionnelles, des rôles et des prérogatives souhaitables de chaque groupe de partenaires, s'est remarquablement structurée au cours des trois dernières années (figure 1).

Les membres statutaires du ROSSP sont les 22 départements et ministères de la santé des pays et territoires insulaires du Pacifique. Ce sont eux qui décident, en dernier lieu, des avancées structurelles et techniques du Réseau. Les membres associés sont des organisations, des réseaux, des institutions qui désirent engager des ressources en partenariat, afin d'aider le ROSSP à atteindre son but ; par exemple : la Communauté du Pacifique, l'Organisation mondiale de la

Fig. 1. Organisation institutionnelle du ROSSP



Santé (OMS), l'École de Médecine de Fidji, le Réseau international des Instituts Pasteurs, l'Université nationale australienne, l'Unicef, le Réseau australien et néo-zélandais de surveillance des maladies transmissibles (CDN/ANZ), la *Pacific Basin Medical Association*, et beaucoup d'autres.

La coordination et l'animation du développement du ROSSP sont assurées par le Groupe de coordination. Ce dernier est issu, dans la continuité, du groupe de travail régional qui a conçu et guidé la mise en place du Réseau. Le Groupe de coordination se compose de 10 membres institutionnels (16) : 5 représentants des membres statutaires, plus 5 membres associés. La CPS – *Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles* – est le Point de contact du Groupe de coordination du ROSSP. Le Groupe se réunit une à deux fois par an (17), rend compte aux membres statutaires du ROSSP par l'intermédiaire de son Point de contact, puis agit en conséquence des commentaires et directives reçues en retour. Depuis la création du ROSSP, le Groupe de coordination s'est efforcé d'améliorer la pertinence et la qualité des services offerts aux États et territoires océaniques, dans la lutte contre les épidémies en priorité. Ces efforts ont essentiellement consisté à capitaliser sur un partenariat de mieux en mieux structuré et basé sur la complémentarité des ressources en général, mais, en tout premier lieu, parmi les membres du Groupe. Ces derniers se sont réunis pour la sixième fois les 17 et 18 avril 2000, à Nouméa (au siège de la CPS), pour débattre, comme à l'habitude, des avancées structurelles et techniques du ROSSP et pour mettre la dernière main à l'organisation de la *Réunion inaugurale du Réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP* (qui s'est tenue dans la foulée, les 19 et 20 avril 2000).

Les principaux résultats, ainsi que les améliorations techniques envisageables des services offerts par le ROSSP, feront

l'objet des pages suivantes. Sur le plan de la structuration du Réseau, les propositions actuelles concernent : l'extension, en 2001, du Groupe de coordination à 12 membres institutionnels, par addition de 2 membres statutaires supplémentaires ; et le renouvellement, progressif et partiel, à intervalles réguliers, des membres du Groupe de coordination. Les modalités détaillées de ces propositions doivent être soumises à l'ensemble des membres statutaires avant de devenir effectives.

Cadre stratégique

Cinq grandes stratégies guident le développement et les activités du ROSSP :

- Harmonisation des données de surveillance et développement de systèmes de surveillance adéquats (en priorité pour les maladies transmissibles à caractère épidémique aigu) ;
- Développement d'applications informatiques pertinentes et coût-efficaces ;
- Formation adaptée aux besoins régionaux, en épidémiologie de terrain et en surveillance de la santé publique ;
- Extension du réseau de communication électronique à de nouveaux partenaires, à de nouveaux services et à d'autres réseaux de santé publique ;
- Publication/diffusion d'informations précises, pertinentes et d'actualité, sous diverses formes.

Qu'en est-il de la télésanté ?

Outre la priorité donnée à la lutte contre les épidémies, il ressort du faisceau de stratégies ci-dessus que formation, information, et communication, soutenues par les technologies informatique et électronique, esquissent un cadre de travail destiné à intégrer la pratique de la télésanté. A ce propos, il est aussi fort intéressant de constater que la stratégie de mise en réseau de réseaux professionnels existants – corolla-

ire logique de la dynamique des réseaux d'information – n'est ni plus ni moins que la définition de ce qu'est l'Internet en matière de communication, en général. Dans le Pacifique, s'il est important de souligner que la radio HF, le téléphone et la télécopie sont toujours pertinents et d'actualité, notamment à la périphérie des systèmes de soins, il faut toutefois reconnaître que ces technologies permettent essentiellement, dans les faits, la pratique de la télésanté " de point à point ". Non pas en réseau. En matière de lutte contre les épidémies, de surveillance et de santé publique en général, à fortiori à l'échelle d'une région, et qui plus est en Océanie, c'est une logique de réseau qui s'impose et qui dispose, nous l'avons vu, d'atouts spécifiques pour réussir. Allant de pair avec celle-ci, l'Internet – et tout spécialement le courrier électronique, application moins sophistiquée, plus accessible, et au rapport coût-efficacité remarquable – a permis le véritable " décollage " de la télésanté à l'échelle régionale, et reste porteur des promesses d'avancées les plus significatives.

Pour autant, peut-on penser réduire le problème d'une amélioration de la santé publique en Océanie, à une simple équation : (structure + culture) de réseau * Internet = succès de la télésanté ?

Pour nos collègues des services de santé des îles océaniques, l'accès à cette modernité technologique reste encore un problème – essentiellement économique – même si, aujourd'hui, cela concerne surtout les services périphériques (les 22 pays et territoires du Pacifique insulaire disposent de connexions externes dont bénéficient 19 ministères et départements de la santé, certains utilisant aussi un réseau interne) (18). Le cadre institutionnel du ROSSP peut les aider, en particulier en devenant leur porte-voix et en démontrant les

avantages et le bien-fondé de la télésanté en Océanie, auprès des prestataires de services de télécommunication et des décideurs économiques et politiques. Il s'agit d'ailleurs d'un aspect déjà intégré, en pratique, à notre panoplie stratégique.

Fort heureusement, le développement humain, et par conséquent celui de la santé publique, dépasse largement la seule logique des modèles mathématiques et des sciences exactes. Au-delà de l'accessibilité matérielle à la technologie, nous pensons que le véritable enjeu d'un développement maîtrisé de la santé publique en Océanie est beaucoup plus de garantir la pérennité et la complémentarité des moyens mis à disposition (équipements, financements, expertise et savoir-faire), conjuguées à la pertinence et l'appartenance, professionnelles et culturelles, du contenu des services de télésanté.

Qu'en est-il dans le domaine de la lutte contre les épidémies ?

La lutte contre les épidémies : faire savoir et savoir-faire, dans le Pacifique

La recherche d'une amélioration à lutte contre les maladies transmissibles dans la région est à l'origine du travail en commun qui a conduit à concevoir, puis établir, le réseau actuel. Le choix de la lutte contre les épidémies (présentée parfois, dans un sens plus large, comme la lutte contre les maladies émergentes et ré-émergentes) est l'expression directe, par les pays et territoires océaniques, de l'urgence à reconnaître des priorités régionales en matière de surveillance des maladies transmissibles, telle que l'ont démontrée, dès 1995, les travaux initiaux des membres de l'actuel Groupe de coordination.

Fig. 2. Répartition des membres de PACNET (mél), au 30 novembre 2000

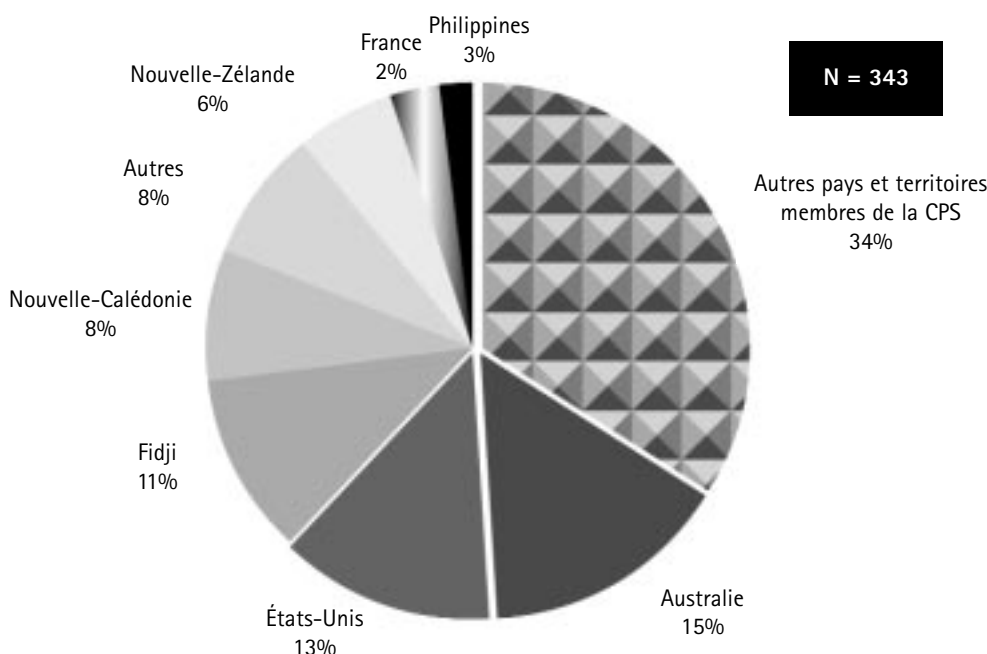
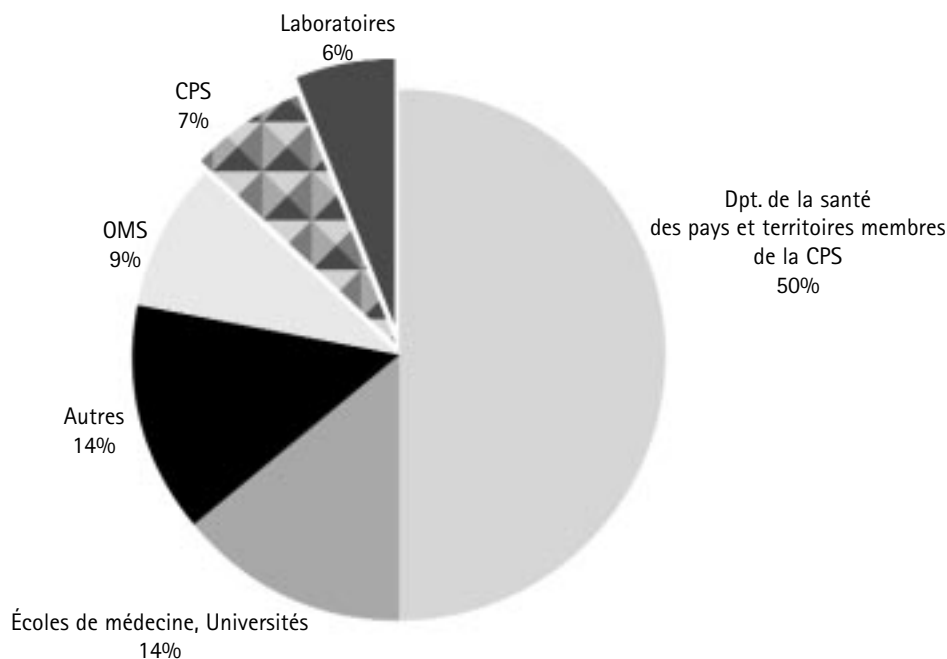


Fig. 3. Répartition des membres de PACNET (mél) par organisation, 31 octobre 2000

Dans le contexte océanien, les maladies ciblées aujourd'hui par les services du ROSSP (mais dont la liste n'est pas figée) présentent un profil épidémiologique – épidémique ou endémo-épidémique – propice à la brusque apparition de flambées épidémiques. De manière universelle, non content de mettre à mal la santé publique, toute épidémie mal gérée induit une crise générale qui déstabilise les sociétés concernées, parfois gravement et pour longtemps, pénalisant ainsi leur développement. L'Histoire regorge de situations de ce genre, et le Pacifique a payé cher pour le savoir (19). Dans le contexte océanien contemporain les enjeux sont les mêmes et, pour citer un sujet des plus communs, flambées épidémiques et tourisme ne font pas du tout bon ménage. Il en va de même du commerce international des produits alimentaires, et nous en connaissons des exemples très récents. Est-ce justifié ? La réponse peut paraître simple, les explications sont souvent complexes et l'expérience montre que les appréciations varient presque toujours en fonction de la position dans laquelle on se trouve...

En revanche, ces mêmes maladies aujourd'hui sélectivement visées par la surveillance régionale sont pourtant toutes propices à des programmes de lutte bien connus, alliant mesures de prévention et de contrôle (20). Concernant les professionnels de santé, la lutte contre les épidémies a ceci de particulier et d'important, en pratique, qu'elle fait appel aux compétences de multiples praticiens (21), dans divers domaines de la santé publique : cliniciens, microbiologistes, épidémiologistes, ingénieurs sanitaires, vétérinaires et entomologistes, pour ne citer que les plus communément impliqués. Cette nécessaire complémentarité interdisciplinaire, si elle présente certaines difficultés – de coordination et de communication, notamment – représente, par ailleurs, l'énorme avantage,

pour la santé publique, de recomposer un ensemble de compétences et de savoir-faire, dans un même contexte professionnel de santé communautaire, et vers un même objectif opérationnel : le contrôle ou la prévention d'une crise épidémique. Il s'agit donc, pour le ROSSP, d'accroître l'efficacité de la lutte contre les épidémies dans le Pacifique, en développant et en utilisant comme support des réseaux de services inter et transdisciplinaires. Pour cela, il nous faut renforcer les compétences des acteurs de terrain, leur permettre d'échanger leurs informations, et relier entre elles les capacités d'intervention de tous les praticiens de la santé publique, afin d'obtenir la synergie la plus performante possible dans la réponse aux épidémies.

Services de formation, d'information, de coordination, de laboratoires, pratique clinique, mesures préventives, on l'aura compris, la lutte contre les épidémies a beaucoup à gagner de la pratique de la télésanté, dans la finalité de laquelle elle s'inscrit. En retour, en bâtissant à partir de ce qui existe et en permettant à la lutte contre les épidémies de réconcilier et de recomposer, sur le terrain comme à l'échelle régionale, une palette de pratiques de santé publique trop souvent cloisonnées et isolées, à la fois professionnellement et géographiquement, la télésanté trouve un domaine d'application pertinent, dont l'appartenance océanienne de première intention peut s'enrichir activement, au sein du ROSSP, d'un partenariat complémentaire, réaliste et constructif. De notre point de vue, la dynamique actuelle du Réseau et les services que le ROSSP est en mesure de rendre aujourd'hui, donnent corps à cette double analyse.

Il devient classique de décrire la lutte contre les épidémies en la décomposant en trois phases opérationnelles (22) :

- Préparation et alerte
- Vérification et identification
- Investigation et réponse

De l'information à l'action de santé publique (23), en Océanie, la pratique du faire savoir, tout comme le savoir-faire, vont régulièrement s'appuyer sur la télésanté. Ce sont ces interactions qu'il s'agit d'examiner à présent.

Préparation et alerte

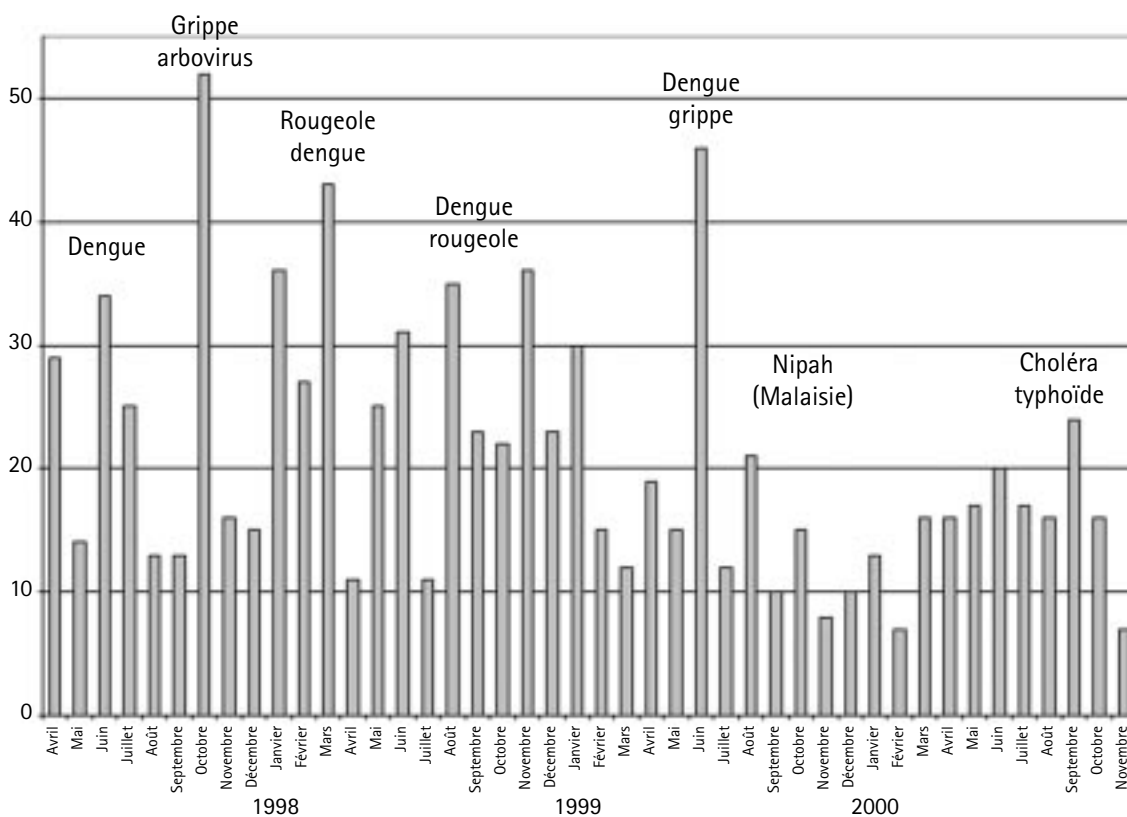
La première tâche dont les Etats et territoires océaniques ont chargé le Groupe de coordination a été la mise en place d'un système d'alerte précoce des flambées épidémiques susceptibles d'intéresser l'Océanie. PACNET est lancé, dans ce but, en avril 1997. Initiative novatrice de télésanté régionale, PACNET est conçu pour répondre aux exigences d'un réseau de communication rapide et économique, qui permette à l'information sanitaire de circuler dans la région plus rapidement que les épidémies, et aux ressources adéquates d'être plus facilement accessibles pour des services de santé océaniques le plus souvent mal préparés à la menace épidémique. Autant la structure du ROSSP passe par une mise en réseau d'institutions, autant la nature de PACNET est de relier des individus entre eux. Le support technologique consiste en une liste de discussion basée sur le courrier électronique, toutefois relayée par la télécopie pour près d'un tiers des abonnés de la première heure (26/83) afin de s'adapter aux contraintes d'accessibilité de l'é-

poque. En l'occurrence, l'ensemble des responsables des 22 ministères et départements de la santé océaniques est, à ce moment là, connecté à PACNET par télécopie.

La situation aujourd'hui n'a plus rien de comparable. En moins de quatre ans, et pour un coût dérisoire pour une initiative de développement (24), PACNET a étendu son audience à près de 350 professionnels de la santé, dont 5 seulement ne sont pas connectés par mél. Si l'arrivée dans le Pacifique de la pandémie médiatique de l'Internet a, évidemment, beaucoup contribué à la propagation de PACNET, le mérite des membres du Groupe de coordination, et de la CPS en particulier, a été de l'anticiper correctement et de se saisir rapidement de cette fantastique opportunité de pratiquer adéquatement la télésanté, au service de la lutte régionale contre les épidémies. Outre la spectaculaire progression du nombre de ses utilisateurs, d'autres indicateurs, illustrant plus précisément la qualité de l'audience et le fonctionnement de PACNET, témoignent de la pertinence et du degré d'appartenance de ce réseau océanique d'alerte et de réponse aux flambées épidémiques. Sans toutefois reprendre les détails déjà exposés précédemment (25), il est nécessaire d'en fournir une mise à jour.

A l'examen de la répartition géographique des membres de PACNET (figure 2), il ressort que plus de la moitié d'entre eux est basée dans les États et territoires membres statutaires du ROSSP. Également déployé vers l'Australie et la Nouvelle-Zélande, les Philippines (siège du bureau régional de l'OMS

Fig. 4. Fluctuations des messages PACNET par mois, avril 97–30 novembre 2000



pour le Pacifique occidental), Hawaii et le reste des États-Unis d'Amérique, le réseau PACNET recrute 90% de ses membres entre les rives du grand bassin du Pacifique insulaire. C'est la première condition à une efficacité opérationnelle reconnue à plusieurs reprises. C'est encore le potentiel du système à parvenir à cette même finalité, qui se trouve illustré par la distribution des membres de PACNET selon la spécificité professionnelle des institutions auxquelles ils appartiennent — en d'autres termes, suivant le type de ressources éventuellement disponibles au sein du ROSSP (figure 3). C'est sans surprise que l'on y retrouve les grandes catégories professionnelles qui regroupent les moyens humains, techniques et financiers du ROSSP, nécessaires au soutien des trois phases opérationnelles de la lutte contre les épidémies : départements de la santé des États et territoires membres de la CPS (50% des abonnés), organismes techniques internationaux (CPS et OMS, principalement), laboratoires de santé publique, établissements de formation, réseaux professionnels, bailleurs de fonds.



" Trop d'information tue l'information... ". C'est en ces termes qu'est souvent brocardée la logique marchande de la communication de l'ère moderne, et spécialement le déluge, ou l'abondance presque infinie, d'informations disponibles qui caractérise Internet et le Web. En vertu de cette logique, certains réseaux professionnels sont victimes du nombre croissant de leurs membres. Ce n'est pas le cas de PACNET. Le suivi mensuel du nombre de messages postés sur la liste depuis sa mise en service (figure 4) montre que, non seulement le volume de communication sur PACNET est indépendant de l'évolution du nombre d'abonnés, mais plus exactement, sur la base d'un " bruit de fond " d'environ une dizaine de messages par mois, ce volume fluctue en fonction de l'activité épidémique régionale, ou potentiellement dangereuse — comme ce fut le cas pour l'émergence épidémique, chez l'homme, du virus Nipah en Malaisie, en 1999, ou du virus grippal A(H5N1) à Honk Kong, en 1997, par exemple.

A l'heure actuelle, PACNET surveille plus spécialement six maladies : dengue, rougeole (visée par le programme d'élimination mené par l'OMS) (26), grippe, leptospirose, fièvre typhoïde et choléra. Cette liste, nous l'avons déjà signalé, n'est pas fixée une fois pour toutes ; elle correspond avant tout à un compromis, aujourd'hui réaliste, entre les priorités établies dans le contexte épidémiologique océanien et les moyens dont le ROSSP peut disposer systématiquement — c'est à dire en routine, comme l'impose la surveillance, par définition (27). L'autre caractéristique technique essentielle qui élargit potentiellement la liste ci-dessus et définit PACNET, à savoir la *sensibilité* délibérée du système, est liée au choix de la surveillance syndromique, qui revient à permettre une ouverture plus large sur la surveillance d'autres maladies transmissibles émer-

gentes ou ré-émergentes. La surveillance des fièvres éruptives aiguës (voire des syndromes viraux), tout comme celle des syndromes diarrhéiques, sont les méthodes de surveillance encouragées par le Groupe de coordination du ROSSP, particulièrement en rapport avec PACNET. Cependant, si un tel choix technique garanti une certaine souplesse au réseau de veille, il découle principalement d'une autre logique : celle de la rapidité de communication d'une information utile, telle que

nous la mettons en exergue au tout début de cet article, à propos des défis proposés à la surveillance en Océanie.

Établir le diagnostic spécifique d'une flambée épidémique, étiologique et qui plus est microbiologique, n'est pas chose facile et nécessite à la fois expérience, savoir-faire et équipements techniques. Ces différents moyens ne sont pas, loin s'en faut, disponibles à tous les niveaux des services de soins des États et territoires océanien. Il est d'ailleurs fréquent — en particulier pour les maladies d'origine virale — que la combinaison idéale de ces moyens n'existe tout simplement pas sur place, même au niveau national. En tout état de cause, plus on s'enfonce à la périphérie des systèmes de soins

et moins les agents de santé disposent des moyens nécessaires. En de telles circonstances, l'exercice de la surveillance épidémiologique doit s'adapter, sous peine de contribuer lourdement à la faillite de la santé publique.

...l'exercice de la surveillance épidémiologique doit s'adapter, sous peine de contribuer lourdement à la faillite de la santé publique

Parer à l'isolement professionnel et géographique, disséminer rapidement une information utile et se préparer à un épisode épidémique, tout cela représente très précisément ce que la télésanté, alliée à la surveillance syndromique, permettent de mettre en pratique dans la lutte contre les épidémies. Un diagnostic syndromique, *clinique*, des phénomènes infectieux sous surveillance est l'information utile et adaptée qui, rapidement disponible, peut également permettre, à distance de l'épicentre épidémique, de prendre des mesures destinées à se préparer à — ou mieux encore, à prévenir — la propagation d'une flambée épidémique, dans le contexte du Pacifique insulaire. Combinée à l'outil de télésanté qu'est PACNET, c'est l'information adaptée, par excellence, à la phase d'alerte et de préparation, en rendant possible, tout à la fois, une détection précoce de la menace épidémique et la dissémination rapide " à ceux qui ont besoin de savoir " pour décider et agir, conformément à un premier niveau de réponse. Il s'agit, à cet effet, de la première étape d'une longue chaîne d'opérations et de prise de décisions, méthodiques et scientifiques, répondant au principe général d'" *information pour l'action* " qui définit simplement la surveillance de la santé publique en général.

L'efficacité de la lutte contre les épidémies en Océanie dépend donc, en premier lieu, des performances du système utilisé dès cette première phase d'alerte — égale-

ment liées à l'utilisation d'outils de télésanté – et, en règle générale, de l'exigence absolue de décliner *l'utilité* d'une information de surveillance en fonction des moyens disponibles et en adéquation avec le contenu de la réponse de santé publique :

- l'information clinique sensible constitue le diagnostic syndromique et autorise l'alerte et la préparation ;
- l'information microbiologique fournit le diagnostic étiologique spécifique et permet de décider du traitement approprié et/ou des mesures préventives adéquates ;
- quant à l'information épidémiologique, notamment grâce aux éléments issus de l'observation et de l'investigation, elle éclaire sur les facteurs de risque, les modes de contamination et voies de transmission, et facilite l'adaptation et l'évaluation des mesures de prévention et de contrôle, prises sur le terrain (28).

En parallèle, l'utilité de la recherche et l'efficacité de ses applications en deviennent d'autant mieux intégrées à la pratique de la lutte contre les épidémies, que la logique d'ensemble et la finalité sont plus facilement discutées et mieux comprises par chacun, dans le cadre d'un réseau de services tel que le ROSSP. Il en ira de même de la formation.

S'il faut insister sur cette notion capitale d'utilité de l'information, c'est avant tout parce la réponse aux épidémies est tributaire de *l'utilisation* des informations de surveillance par les décideurs et les acteurs de terrain. Si bien, que si *l'utilité* d'une information ne peut être concrètement définie que dans un contexte précis – à fortiori dans le cadre de la télésanté – c'est aussi parce que c'est la perception qu'en ont les utilisateurs qui déterminera, finalement, *l'utilisation*. Cela nous rappelle donc, si besoin était, que l'évolution du réseau et de PACNET, en tant que système d'alerte épidémique et application de télésanté, ne peut se faire efficacement qu'à l'écoute du contexte océanien. En l'occurrence, une catégorie d'utilisateurs, les décideurs, membres statutaires du ROSSP, ont récemment fait prévaloir, à juste titre, leur perception de l'utilité d'une information *sensible*. En d'autres termes, faire savoir, oui, mais il s'agit maintenant pour PACNET de gérer sa croissance et d'identifier comment rendre l'information plus utile pour les premiers concernés.

À ce sujet, il est important de rappeler avec force que PACNET n'est pas conçu pour " qu'on en parle ", mais pour que " l'on y parle "... en confiance, et avec les garanties de confidentialité nécessaires à une utilisation efficace de l'information. Si une information syndromique est *sensible* d'un point de vue épidémiologique – donc grossière, en ce qui concerne la cause d'une épidémie – elle est aussi *sensible* d'un point de vue relationnel ou, disons, politique. En effet, on comprend bien que la volonté d'informer rapidement, ses voisins et ses clients, sur les problèmes de santé de son pays s'accompagne

d'une même volonté de pouvoir le faire en des termes bien compris de tous les interlocuteurs, de telle sorte que la communication reste positive et constructive. Cela appelle une évolution à trois facettes du flot d'information existant sur PACNET :

- la communication rapide des informations sensibles (à la fois au sens épidémiologique et relationnel), permettant l'alerte et la préparation, reste prioritaire mais doit se limiter à une audience de décideurs responsables et directement concernés ;
- l'information syndromique doit pouvoir être simultanément vérifiée et affinée par les services du ROSSP (devenir spécifique au sens épidémiologique) afin de permettre de prendre les mesures appropriées ;
- l'ensemble des membres de PACNET doit alors avoir accès

à une information spécifique et de qualité, comprenant un résumé des mesures prises ou envisagées, en réponse à la flambée épidémique détectée.

Ce constat a donné lieu à de multiples discussions parmi les membres du Groupe de coordination du ROSSP, concernant les avancées

techniques et les modifications de fonctionnement à mettre en place à ce propos. Les résultats peuvent être résumés ainsi :

- la CPS établira une liste de distribution restreinte au sein même de PACNET, qui comprendra uniquement les décideurs de chacun des départements ou ministères de la santé des membres statutaires du ROSSP (deux ou trois personnes à identifier) auxquels s'ajouteront les membres du Groupe de coordination ;
- les services du ROSSP s'étofferont d'un réseau de laboratoires de santé publique performants, axé sur les maladies ciblées par PACNET, dont la mission sera de permettre une vérification et une identification de la cause suspectée, de l'alerte épidémique ;
- l'ensemble des membres de PACNET sera rapidement informé, de manière précise, de la détection et de la vérification du diagnostic de l'épidémie, ainsi que des mesures prises et envisagées sur le terrain et à l'échelle régionale ;
- le site Web du ROSSP sera développé au plus vite, en partenariat, et inclura la documentation adéquate en matière de préparation aux épisodes épidémiques ciblés (protocoles, ressources, contacts, etc.) ; cette même documentation sera également disséminée sur demande ou lorsque les circonstances l'exigeront, via les moyens de communication appropriés.

Chacune de ces mesures touche évidemment à l'amélioration des applications de télésanté dans la lutte contre les épidémies. Toutes visent à améliorer l'efficacité de l'alerte, mais toutes concernent aussi, à divers degrés, les différentes phases opérationnelles de la lutte. Le réseau de laboratoire de santé

Si une information syndromique est sensible d'un point de vue épidémiologique – donc grossière, en ce qui concerne la cause d'une épidémie – elle est aussi sensible d'un point de vue relationnel ou, disons, politique.

publique est néanmoins au cœur de la phase que nous avons désignée comme celle de " vérification et identification ". Il s'agit, à ce jour, de l'avancée technique (et structurelle) la plus récente et la plus ambitieuse du ROSSP. Qu'en est-il en pratique ?

Vérification et identification

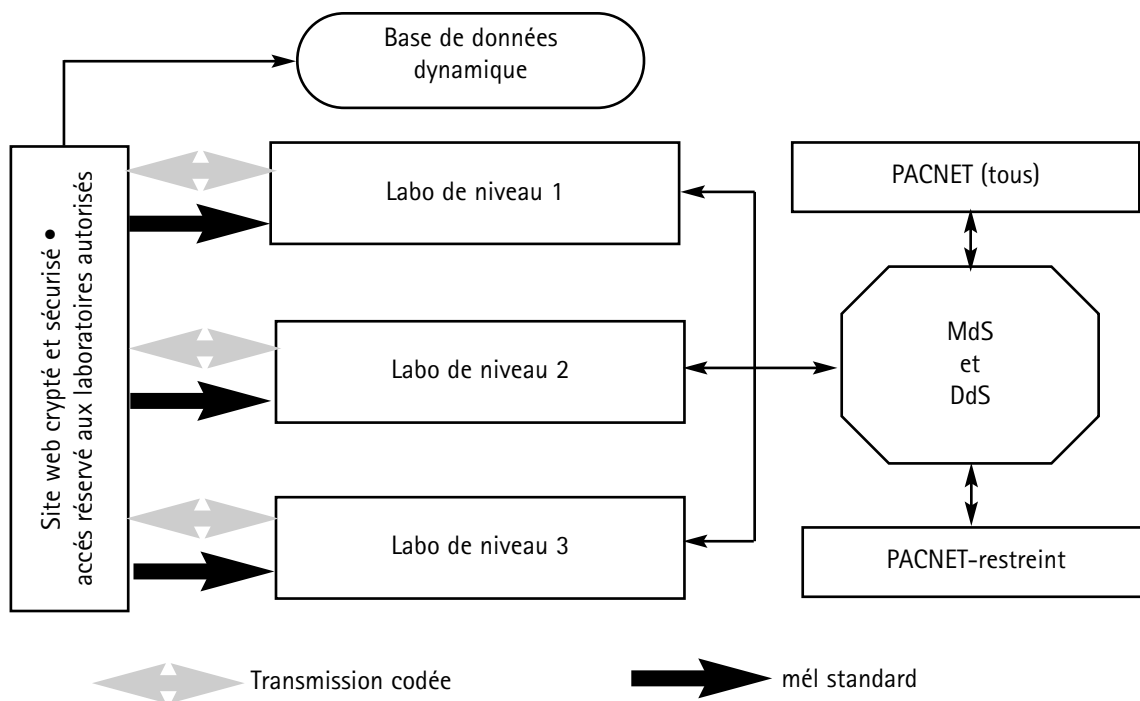
La mise en place des mesures de réponse appropriées, pour une épidémie donnée, nécessite des informations fiables et spécifiques. Ceci, nous l'avons vu, passe impérativement par la vérification de la nature de l'épidémie et par l'identification de l'agent infectieux en cause. L'accès à des services de laboratoire de santé publique performants conditionne l'essentiel de cette phase de la lutte contre les épidémies.

Le réseau existant des centres collaborateurs de l'OMS reposant sur des établissements très spécialisés, tous situés dans les pays industrialisés du pourtour océanien, un réseau complémentaire à l'échelle du Pacifique insulaire était en fait, de longue date, l'une des réalisations que les professionnels de santé de la région appelaient de leurs vœux. Le retard à concrétiser un tel projet nous semble s'expliquer, en grande partie, par un manque de concertation multilatérale, allié à des besoins et des intérêts mal équilibrés en terme de perception de l'utilité des informations nécessaires (entre les impératifs opérationnels du terrain et ceux, plus larges, de la recherche sur les maladies émergentes et réémergentes) et, pour finir, par des moyens de communication jusqu'ici peu

adéquats. Avec l'avènement du ROSSP et les nouvelles opportunités de télésanté, la capacité et l'orientation technique de quelques laboratoires océanien permettaient d'envisager, à court terme, de disposer des moyens de cette ambition, moyennant quelques efforts nécessaires d'équipement et d'organisation. A cette même époque, sous la plume de ses plus hauts responsables en la matière, l'OMS faisait connaître sa vision planétaire de la lutte contre les épidémies et les quelques partenariats tangibles, mondiaux et régionaux, sur lesquels celle-ci pouvait prétendre s'appuyer pour se concrétiser efficacement (29,30). On y retrouvait, nommément cités aux différents niveaux, deux institutions partenaires du ROSSP – le réseau mondial de surveillance des maladies émergentes du Département de la Défense des Etats-Unis d'Amérique (DoD-GEIS) et le Réseau international des Instituts Pasteur – ainsi que PACNET, souvent assimilé au ROSSP par les observateurs extérieurs au réseau océanien. Il semblait très opportun d'essayer de tirer profit de ces dispositions globales, en les adaptant au bénéfice du contexte océanien.

Le débat entamé à ce propos, en 1998, entre l'Organisation mondiale de la Santé et la CPS, s'est vite prolongé et élargi, en pratique, lors de la Conférence sur la télésanté dans le Pacifique. A cette occasion, l'un des groupes de travail de la Conférence a tracé les grandes lignes d'un plan d'action, dont la conduite a aussitôt été placée sous la responsabilité du Groupe de coordination du ROSSP, en vue d'établir un réseau océanien de laboratoires de santé publique. La première

Fig. 5. ROSSP, Développement des circuits d'information



étape, d'évaluation des capacités insulaires existantes, a été confiée aux experts de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC), avec l'appui technique et financier de l'OMS. Sur la base des conclusions de ces travaux (31), il restait au Groupe de coordination à identifier la configuration optimale et les modalités techniques et financières, qui permettent à l'Océanie de disposer d'un réseau de services de laboratoires de santé publique. C'est dans ce but que la CPS et l'OMS ont conjointement organisé la *Réunion inaugurale du Réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP*, les 19 et 20 avril 2000. A l'issue des débats de cette réunion — qui regroupait les membres du Groupe de coordination et les experts représentant les diverses institutions concernées ainsi que les pays et territoires dont elles dépendent — un réseau de services adaptés aux priorités actuelles a pu être établi. Tout en étant d'appartenance insulaire en première intention, celui-ci est aussi soutenu par les capacités en place sur les rives du Pacifique, dans la logique de développement du ROSSP.

Répondant à l'acronyme de LabNet, le système comporte trois niveaux d'accès géographiques et de prestations :

- Le niveau 1 comprend les laboratoires centraux des pays et territoires membres du ROSSP ;
- Le niveau 2, de référence régionale, est basé sur les capacités de 4 laboratoires insulaires situés à Fidji (Centre national de services scientifiques sur la virologie et les maladies à transmission vectorielles), Guam (Laboratoire territorial de santé publique), Nouvelle-Calédonie (Institut Pasteur) et Polynésie française (Institut Malardé) ;
- Le niveau 3, de référence internationale, repose d'une part sur des centres collaborateurs de l'OMS situés en Australie — à Melbourne (laboratoire de référence des maladies infectieuses de l'État de Victoria, VIDRL) et à Brisbane (Services scientifiques et sanitaires du Queensland) — et en Nouvelle-Zélande (32) et, d'autre part, sur le Centre de recherches médicales de la Marine américaine, NAMRU 2, installé à Jakarta, en Indonésie (participant au réseau DoD-GEIS).

Le schéma général encourage et favorise une articulation entre des niveaux de performance de plus en plus sophistiqués. Toutefois, là encore, l'agencement en réseau de structures préexistantes donne au système une souplesse et une complexité supérieures à ce que permettrait la logique simple d'un modèle où les hiérarchies géographique et technique se confondent — ce qui ne représente qu'une possibilité parmi d'autres. En pratique, dans notre contexte océanien, il convient de ne pas systématiquement confondre niveau de référence, proximité géographique et niveau des prestations disponibles. Dans les faits, l'IPNC sera considéré, tout à la fois, comme laboratoire de niveau 1 pour la Nouvelle-Calédonie, de niveau 2 en général (bien qu'à priori plus rapidement

accessible pour le Vanuatu que pour Palau) et de niveau 3 d'où que vienne la demande de confirmation d'un diagnostic de leptospirose, par exemple. En revanche, le laboratoire national des Iles Cook, en vertu des facilités de transport aérien et des réalités économiques et culturelles du moment, aura le choix d'en référer, soit au laboratoire de niveau 2 situé à Fidji, soit à l'Institut Malardé de Polynésie française, voire même, directement, à celui de niveau 3 en Nouvelle-Zélande. Un dernier exemple, Nauru, à son tour et selon la situation, pourra choisir entre Fidji, Guam et l'Australie, pour ne citer que les destinations facilement desservies par les compagnies aériennes, au départ de Nauru.

Les cas de figures sont nombreux et dépendent du contexte entourant l'éventuelle épidémie. Pour l'heure, afin de suivre et de guider la mise en place opérationnelle de LabNet, l'animation et la coordination de ce réseau ont été confiées à un *Organe de travail technique* (OTT) composé de représentants de la CPS, de l'OMS et du Réseau international des Instituts Pasteur (en pratique, l'IPNC). L'Organe de travail technique est responsable devant le Groupe de coordination du ROSSP, à travers la CPS, Point de contact.

En pratique, dans notre contexte océanien, il convient de ne pas systématiquement confondre niveau de référence, proximité géographique et niveau des prestations disponibles.

En complément des efforts collectifs d'organisation de LabNet, décrits en détails, il faut aussi souligner le soutien particulier, en terme d'équipement, que l'Organisation mondiale de la Santé apporte à la mise en service

de LabNet — aussi bien pour renforcer les laboratoires de niveau 2 à Fidji et à Guam, qu'en ce qui concerne la mise à disposition de kits de diagnostics rapide de la dengue au niveau des laboratoires nationaux (niveau 1).

Quelles applications de télésanté pour LabNet ?

En terme d'infrastructure de communication, la Réunion inaugurale du Réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP recommande, dans son plan d'action (33) :

“Établir l'infrastructure nécessaire pour mettre en œuvre les politiques et les procédures de communication de LabNet

- poursuivre les activités dans le cadre de PACNET-LAB pour y débattre des questions de développement au sein d'un groupe de travail élargi ;
- établir une liste de diffusion PACNET restreinte pour ce qui est de la vérification des données concernant les épidémies ;
- mettre à disposition un serveur doté de procédures de sécurité à la CPS ;
- créer un site Web personnalisé pour la transmission d'informations cryptées au sein de LabNet ;
- élaborer une base de données dynamique qui rende compte de toutes les activités sur le Web et prévoir un système de suivi et d'analyse de ses consultations ;
- établir un système de contrôle de la qualité pour expérimenter, contrôler et modifier le système ci-dessus ;

- augmenter la capacité de tous les utilisateurs de LabNet pour leur permettre d'utiliser le système basé sur Internet dont il est question ci-dessus — équipement dédié, accès durable à Internet, formation, soutien technique ”.

PACNET-LAB est une liste de discussion dont le serveur est commun avec PACNET. Cette liste avait été mise en place en décembre 1998, pour permettre à un groupe de travail régional, issu de la Conférence sur la télésanté dans le Pacifique et désigné par le Groupe de coordination du ROSSP, de poursuivre les travaux visant à mettre en place le réseau de laboratoires de santé publique. Tombée en désuétude depuis quelques mois, le lancement de LabNet a amené la CPS a “revitaliser” la liste, en novembre 2000, conformément à la recommandation ci-dessus. À ce jour, PACNET-LAB comporte 19 membres représentant les institutions membres de l'Organe de travail technique et chacun des laboratoires des niveaux 2 et 3 de LabNet. Les communications partagées concernent des problèmes techniques et de fonctionnement, propres à la mise en service progressive de LabNet.

Aux différentes avancées techniques et structurelles du ROSSP doivent correspondre, logiquement, autant d'évolutions du flux des informations échangées au sein du réseau. Les recommandations émises par la réunion inaugurale de LabNet en montrent les grandes orientations (34). La figure 5 en schématise les grandes lignes les plus opérationnelles.

Sans les reprendre dans les détails, on peut clairement y discerner l'influence du développement de la phase de “ vérification et identification ”, à la fois sur la multiplication des circuits et sur la confidentialité et la sécurité des données échangées, au sein du ROSSP. Clé de voûte du dispositif, parmi les usagers : les professionnels responsables des services de santé des pays et territoires océaniques. C'est au plus près du terrain, que le réseau doit permettre à la circulation et à l'utilisation des informations de surveillance d'être les meilleures possibles : au contact du problème et de la réponse de santé publique. C'est vers ce but que doivent tendre tous les efforts de développement du ROSSP, quels qu'ils soient.

La réalité du terrain est le meilleur juge. Seule l'utilisation effective va pouvoir démontrer l'utilité relative d'un modèle, en pratique, et permettre de le rendre plus performant ou d'en changer. Moins de deux semaines après le lancement de LabNet, l'épidémie de choléra déclarée à Pohnpei, États fédérés de Micronésie (35), a permis de mieux percevoir ces ressources dont le ROSSP dispose pour voyager loin. L'excellente collaboration entre le laboratoire de l'hôpital de Pohnpei (isolement du vibron cholérique), le laboratoire de santé publique de Guam (sérotypage, de *V. cholerae* O1 Ogawa) et l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (biotypage de *V. cholerae* O1 Ogawa El Tor), a confirmé que le modèle de réseau

de laboratoires de santé publique, tout juste adopté, pouvait fonctionner efficacement, en pratique.

Toujours dans le cadre de cette même épidémie de choléra, nous avons également pu tester un premier usage de l'information à accès restreint. Certains éléments du rapport préliminaire d'investigation épidémique ont été placés sur une page sécurisée du site Web de la CPS. Les clés d'accès étaient disponibles, pour les seuls abonnés de PACNET, sur demande explicite et personnelle. Réalisé dans l'urgence, cet essai c'est avéré très instructif et concluant en matière de sécurité des données, tout en étant différent — mais complémentaire — du support technologique qui servira la future liste de distribution restreinte par courrier électronique, sous-ensemble de PACNET destiné aux alertes épidémiques non-vérifiées.

Moyens d'action appropriés et coordonnés, capacités de communication et de décision éclairée, sont les indispensables ingrédients du succès. On en déduit facilement l'importance capitale des liens entre les acteurs et de la complémentarité des ressources.

Enfin, la crise de santé publique qui a touché Pohnpei, a aussi permis au Groupe de coordination (et au ROSSP, en extrapolant) d'évaluer “ dans le feu de l'action ”, quelles étaient actuellement ses capacités opérationnelles de réponse à une flambée épidé-

mique : pour venir instantanément en soutien des capacités locales, si besoin est, mais aussi pour préparer l'avenir.

Investigation et réponse

L'investigation précoce d'une menace ou d'une flambée épidémique fait partie intégrante des éléments de réponse systématique. C'est l'une des premières mesures de protection de la santé publique.

L'investigation permet d'être mieux renseigné sur la nature de l'agression et constitue le premier lien interdisciplinaire entre cliniciens, épidémiologistes de terrain, microbiologistes et décideurs. Développer et maintenir des capacités effectives d'investigation et de réponse sont les challenges essentiels de la lutte contre les épidémies, dans l'absolu. Il s'agit aujourd'hui également, aussi bien au niveau du terrain qu'à l'échelle régionale, d'un engagement déterminant pour la maîtrise du développement de la santé publique en Océanie, plus précisément.

Pourquoi insister autant sur l'importance de l'enjeu, dans cette phase d'investigation et de réponse ?

C'est à ce stade que s'exprime le sens profond de la lutte contre les épidémies et la validité, ou le non-sens, de l'ensemble des mesures qui composent cette lutte, en pratique. Parce que dans l'acte victorieux et complexe de réponse à une menace ou une agression épidémique, réside la finalité de la lutte. Sans une réponse appropriée, les autres efforts restent lettre morte : place à la crise.

Moyens d'action appropriés et coordonnés, capacités de communication et de décision éclairée, sont les indispensables

ingrédients du succès. On en déduit facilement l'importance capitale des *liens* entre les acteurs et de la *complémentarité* des ressources. Face une menace épidémique, la mise en application du principe d'action universel de "protection de la santé publique" — qui motive le mandat de notre communauté professionnelle — dépend directement des liens (interdisciplinaires) entre les différents praticiens de santé publique, des liens (transdisciplinaires) entre praticiens et décideurs, et des ressources accessibles. Ces liens doivent exister ou être tissés, et doivent être fiables : il est nécessaire d'avoir confiance dans les moyens dont on dispose et dans les liens qui les associent, pour stopper la course de l'épidémie dans le filet ainsi déployé. Ceci s'applique à tous les niveaux (aussi bien local que régional ou international) et en dépit des frontières géopolitiques, pour lesquelles les épidémies n'ont que peu de considération. Mais il faut bien admettre que c'est d'abord sur le terrain que la lutte va s'engager ; qu'elle s'y déroule et qu'elle y trouvera son épilogue, plus ou moins heureux ou dramatique.

C'est en renforçant les capacités nationales que les services du ROSSP contribueront à étoffer l'ensemble des capacités régionales en matière d'investigation et de réponse aux épidémies. Ce faisant, le Réseau océanien de surveillance de la santé publique contribuera, en final, à donner aux îles du Pacifique les moyens de mieux maîtriser l'équilibre sanitaire de leurs communautés. Pour atteindre notre but, la nécessité de pérenniser les moyens indispensables à cette phase-clé passe par la mise en place de services qui visent, de manière durable, à :

- développer les ressources humaines ;
- établir l'interdisciplinarité et encourager la transdisciplinarité ;
- favoriser les partenariats dynamiques et la mobilisation des ressources régionales.

A ce titre, le rôle du Groupe de coordination est primordial : proposer des mesures et des plans appropriés, et s'appliquer à les traduire dans les actes en mobilisant, en complémentarité, les énergies dont il dispose et l'ensemble des ressources accessibles au réseau océanien. Sur une proposition de l'OMS, le Groupe travaille à l'heure actuelle à la mise en service, après PACNET et LabNet, d'une troisième application pratique du réseau, dénommée EpiNet. Ce projet répond, dans l'esprit et la configuration, à la finalité et aux trois axes de développement de la phase d'investigation et de réponse, tels que cités ci-dessus. Basé sur la mise en place de petites cellules interdisciplinaires au niveau national (3 ou 4 praticiens de santé publique), EpiNet vise à renforcer les capacités nationales et régionales en alliant des services de formation à la mise en réseau d'une expertise océanienne d'investigation et de réponse aux épidémies. En d'autres termes, en permettant de rassembler et de structurer harmonieusement les efforts fait par les uns et les autres depuis des années et les ressources en matière de formation à l'épidémiologie appliquée (et à la pratique de la santé publique, en général), EpiNet contribuerait à la constitution progressive d'un véritable réservoir d'expertise océanienne caractéristique ; une demande main-

te fois exprimée par les responsables des services de santé océanien. Dans le cadre déjà solide du ROSSP et aux côtés des services déjà existants, l'avènement de ce nouveau réseau de services parachèverait la disposition technique du Réseau océanien de surveillance de la santé publique.

Si EpiNet se situe dans l'avenir immédiat du ROSSP, le passé récent illustre aussi, utilement et abondamment, les diverses mesures pratiques prises dans un but similaire, par les membres du Groupe de coordination en particulier : activités de formation et constitution d'équipes d'investigation et de réponse, regroupées sous l'égide du ROSSP.

La formation à l'épidémiologie appliquée et à la pratique de la santé publique, en général, est très certainement l'un des axes stratégiques du ROSSP offrant le plus de promesses d'avancées potentielles, quelles que soient les facettes opérationnelles de la lutte contre les épidémies dans le Pacifique. C'est aussi un domaine dans lequel la pratique de la télésanté présente des avantages considérables et doit produire d'énormes bénéfices, spécialement dans le contexte océanien (développement de la formation à distance ou téléformation). Nous ne reprendrons pas le détail de cette approche largement discutée, par ailleurs, dans ce numéro de *Pacific Health Dialog* (36). Nous nous contenterons de mettre, ici, l'accent sur la formation sur le terrain, tout spécialement, qui combine l'acquisition et l'échange de connaissances, d'attitudes et de pratiques professionnelles. L'application concrète de la formation de terrain à des situations de crise épidémique est à la base des nombreux programmes de *Field Epidemiology Training Programme* (FETP) et *Public Health Schools without Walls* (PHSW) qui existent dans la région Asie-Pacifique et à travers le monde. C'est en référence à ce même concept, que le Groupe de coordination a commencé de matérialiser les interventions sous l'égide du ROSSP, en matière d'investigation et de réponse aux épidémies dans les îles du Pacifique.

A Nauru, en avril 1999, c'est un partenariat entre les services de santé nationaux, l'OMS, l'École de Médecine de Fidji, les CDC (37) et la CPS, qui a permis de répondre efficacement à une épidémie de fièvre typhoïde. Aux États fédérés de Micronésie (EFM), en juin 2000, en pleine épidémie de choléra, c'est la mobilisation rapide des ressources de partenaires, tous membres du Groupe de coordination — services de santé nationaux et de l'État de Pohnpei, CDN/ANZ, École de Médecine de Fidji, OMS et CPS — qui a permis une réponse régionale exemplaire dans sa mise en action : le recrutement de 3 professionnels régionaux pour l'équipe d'investigation s'est fait en 48 heures ; l'arrivée des renforts sur le terrain était effective une semaine après que la requête a été formulée par le Gouvernement des EFM. A chaque reprise, un solide partenariat entre la CPS et l'OMS a permis de trouver les financements nécessaires pour placer ces interventions sous l'égide du ROSSP. Tant à Nauru qu'à Pohnpei, les équipes d'investigation et de contrôle mises en place par le Groupe de coordination ont associé des professionnels de santé océanien non encore aguerris et des experts confirmés, dans le

double but de :

- venir rapidement en soutien des capacités locales ;
- renforcer, de manière durable, par la formation sur le terrain, la capacité des îles océaniques à lutter contre les épidémies.

Ce sont de telles opportunités de formation sur le terrain qu'il faut chercher à multiplier et à entourer d'un cadre institutionnel formel, qui garantisse les résultats recherchés : supervision et évaluation de qualité, efficacité immédiate dans la résolution de la crise épidémique, reconnaissance académique valorisant l'expérience professionnelle acquise, et volonté partagée de renouveler et de pérenniser un tel service. Ce réseau est celui qui permettra au réseau d'expertise océanique d'ancrer ses racines.

Pour sa part, l'actualité de la menace épidémique, en revanche, est permanente et on ne peut aucunement en attendre un répit bienveillant... Actuellement, dans la grande majorité des cas, les îles océaniques frappées par une flambée épidémique doivent se résoudre à faire appel à des ressources extérieures, d'un double point de vue local et du Pacifique insulaire. Il est aujourd'hui important de souligner, à la lumière des projets en cours au sein du ROSSP, qu'un tel recours devrait se faire en partenariat étroit avec les instances de coordination du ROSSP. Tout apport de ressources extérieures, même guidé prioritairement par un souci d'efficacité immédiate, ne doit ni se substituer, ni se faire au détriment du renforcement des capacités locales et régionales. Il doit, au contraire, systématiquement y être associé, dans le but de devenir de moins en moins nécessaire. Il en va de la maîtrise responsable du développement de la santé publique en Océanie. A court et à long terme. Nous nous répèterons sciemment : il est nécessaire d'avoir confiance dans les moyens dont on dispose et dans les liens qui les associent, pour stopper la course de l'épidémie dans le filet ainsi déployé.

La pratique de la télésanté contribuera, à cet effet, de manière peut-être moins " spectaculaire " mais tout aussi pertinente, en assurant les liens d'échange d'information et de suivi entre les acteurs, en permettant une coordination des décisions et des opérations en temps réel – ou quasiment – en dépit des distances, et en rendant possible la téléformation à la lutte contre les épidémies sur le théâtre même des opérations futures ou en cours, dans le contexte même d'application.

Dans la quête permanente d'un équilibre de la santé publique, poursuivie par les communautés humaines, la compétition avec la vie microbologique est une constante originelle intrinsèque de laquelle il convient de ne jamais se désengager. Agression et réponse évoluent en fonction d'un contexte multidimensionnel population, espace, temps. A nous d'avoir la bonne réponse au bon moment et au bon endroit. Avec les moyens d'aujourd'hui, instruits par les expé-

riences du passé, en se préparant aux défis de demain.

Conclusion

Arrivés au terme de ce tour d'horizon nous avons le sentiment d'avoir fourni, pour l'essentiel, les éléments de réponse aux interrogations posées en introduction, à propos du Réseau océanique de surveillance de la santé publique : quels sont actuellement les services offerts par le ROSSP, quels sont les axes envisageables d'avancées potentielles et que représente la télésanté, à ce double

titre ? Nous espérons que notre perception aura permis un éclairage pertinent de ce que nous pensons être, de notre point de vue, les fondements et avancées du Réseau océanique de surveillance de la santé publique.

Le contexte océanique

Le contexte océanique en premier lieu : raison d'être et déterminant souverain des efforts engagés et à venir. Expression d'une dynamique historique, géophysique et culturelle de la pratique des réseaux, il représente, en tant que contexte régional d'application, un fort potentiel de développement maîtrisé et durable, dans le domaine de la lutte contre les épidémies ; pour autant que l'appartenance au Pacifique en reste un trait dominant.

La télésanté

Les technologies modernes de l'information et de la communication ont rendu possible la pratique de la télésanté en configuration de réseau déplaçant, du même coup, l'information sanitaire et la surveillance de la santé publique, dans un complexe espace-temps plus propice à un développement efficace de la lutte contre les épidémies dans le contexte océanique. Parce qu'elle répond stratégiquement au contexte océanique et parce ses outils permettent de tisser et de renforcer des liens à travers le Pacifique, la télésanté est à la fois fondatrice du ROSSP et porteuse de beaucoup de promesses de développement adapté, pour la surveillance de la santé publique.

Nous avons souligné à plusieurs reprises l'importance de l'appartenance et de la pertinence, culturelles et professionnelles, du contenu des applications de télésanté dans le contexte océanique. Il serait contraire à l'éthique professionnelle de risquer de passer sous silence les dangers potentiels de la pratique de la télésanté, dans sa globalité. Quelles que soient les pratiques encouragées, il est essentiel de ne pas réduire la télésanté à l'accès " facile " à des équipements dont la maintenance s'avérerait un fardeau trop lourd à moyen terme ou à une expertise située à la marge du Pacifique, quand bien même ces moyens s'offrent gratuitement, aujourd'hui. La maîtrise responsable du développement de la santé

Il serait contraire à l'éthique professionnelle de risquer de passer sous silence les dangers potentiels de la pratique de la télésanté, dans sa globalité.

publique en Océanie impose, avant tout, de développer les ressources intrinsèques du Pacifique insulaire. Le développement de programmes de formation pertinents (y compris de téléformation) doit être la priorité jumelle de toute application de télésanté. L'évolution économiste qui accompagne la mondialisation se répercute actuellement dans la gestion des services de santé, en terme de réformes visant à rationaliser les dépenses publiques. Pour les îles océaniques, il convient, à ce titre, de se prémunir de toute dépendance économique évitable qu'entraînerait inmanquablement la privatisation de services d'expertise technique extérieurs (*de télésanté*), aujourd'hui "gratuits", mais demain éventuellement convaincus d'un réalisme économique pandémique.

Au registre de la télésanté, il convient de préciser, dans ce dernier chapitre, que nous n'avons volontairement pas développé dans nos discussions l'application spécifique qu'est la télé-médecine. Dans le Pacifique, grâce au *Western Pacific HealthNet*, la télé-médecine est l'une des deux applications régionales de télésanté qui soient bien établies. Initialement presque limitée à une zone micronésienne située au nord de l'équateur – reflétant l'appartenance à la PBMA – la couverture du WPHNet tend aujourd'hui à se prolonger vers le Pacifique Sud, avec l'implication en relais de l'École de Médecine de Fidji. Bien qu'il soit concevable et souhaitable que la télé-médecine puisse participer à la surveillance de la santé publique et, occasionnellement, s'intégrer dans la lutte contre les épidémies (aide au diagnostic, par exemple) son domaine d'application, tout en étant complémentaire, demeure assez éloigné de la pratique clinique en situation épidémique – dans les faits comme dans les écrits (38). Nous sommes donc restés attentifs à l'objet de notre travail (39). On ne peut cependant pas clôturer sur ce sujet sans mentionner la demande d'information complémentaire exprimée, en mars 1999, à Palau, par la réunion des directeurs des services de santé des pays et territoires insulaires océaniques. Expriment leur désir d'être mieux éclairés avant de décider, ces derniers ont demandé à l'OMS et à la CPS de leur fournir des informations plus explicites sur le rapport coût-efficacité de la télé-médecine, en particulier à long terme. Les problèmes potentiels de non-pertinence "universelle" d'un modèle établi et de pérennité des moyens nécessaires étant pressentis, à juste titre, comme des risques importants à mieux cerner – spécialement dans des situations complexes, à l'exemple de certains pays mélanésiens. Tout comme pour la sensibilité des informations dans l'alerte épidémique, il s'agit, ici aussi, de la perception par les décideurs de l'utilité d'un outil.

La lutte contre les épidémies

Parce qu'elle a des impératifs inter et transdisciplinaires pour pouvoir être efficace, la lutte contre les épidémies présente, elle aussi, un élément fondamental dans une perspec-

tive de développement des services de santé et dans la dynamique d'un réseau comme le ROOSP.

La lutte contre les épidémies crée des liens, les renforce ou les remet en évidence.

Devant une épidémie, les divers praticiens de santé, les décideurs et les communautés se retrouvent, ensemble, brutalement confrontés à l'importance concrète du concept global de la santé et à la difficulté de préserver un équilibre. Sans les efforts nécessaires pour le reconnaître et pour collaborer efficacement, la flambée épidémique les dépasse et débouche inévitablement sur une crise sociale (et souvent politique) plus ou moins grave. Dans le succès comme dans la faillite, la pratique et l'analyse de la lutte contre les épidémies permettent à bien des acteurs de "redécouvrir" que la santé publique se pratique, et qu'elle se pratique bien au-delà des trop répandus stéréotypes, étiés autant qu'erronés, de la bureaucratie contre la médecine, de la chasse gardée des épidémiologistes, ou encore du problème qui relèverait de la seule responsabilité des professionnels de la santé. En l'absence de problème patent, cette dernière perception se révèle d'ailleurs particulièrement difficile à battre en brèche, lorsqu'il s'agit de renforcer la prévention et la préparation aux épidémies.

Bien qu'il soit concevable et souhaitable que la télé-médecine puisse participer à la surveillance de la santé publique et, occasionnellement, s'intégrer dans la lutte contre les épidémies...

La surveillance et la lutte contre les épidémies, en général, sont parfaitement soutenues par l'utilisation d'applications de télésanté et s'inscrivent idéalement dans une logique de réseau. Cette dernière permet, en particulier, la mise en place de plusieurs configurations fonctionnelles (par exemple PACNET, LabNet et EpiNet) au sein d'un même ensemble structurel (le ROOSP). Le challenge est de toujours œuvrer à une plus grande intégration opérationnelle, à l'encontre de la présentation quelque peu artificielle de la lutte contre les épidémies en trois phases techniques que l'on pourrait croire faciles à distinguer, en pratique et dans leur chronologie. Dans la finalité, il ne s'agit en fait que d'un seul et même mouvement et que d'un seul et même réseau professionnel. Dans les faits, à fortiori dans une optique régionale, les phases se chevauchent souvent dans le temps, se recoupent fonctionnellement et font appel à des ressources communes, surtout humaines (interdisciplinarité et polyvalence des praticiens). Dans ce même registre des avancées potentielles, on devra également prendre avantage de la structure du réseau océanique pour consacrer également ces mêmes efforts d'intégration opérationnelle interdisciplinaire, à deux composantes transversales de la lutte contre les épidémies que sont la formation et la recherche, afin d'en renforcer la pertinence et l'appartenance.

Pour terminer, il nous paraît fondamental de mettre en avant l'expression régionale des maladies transmissibles et

des épidémies en Océanie, en contrepoint des améliorations apportées et des progrès à accomplir, par l'intermédiaire et au sein du Réseau océanien de surveillance de la santé publique. À la lumière de l'histoire et de l'actualité (réémergence du choléra en Micronésie, par exemple), il est incontestable que la lutte contre les épidémies dans le Pacifique ne peut être efficace que sur la base d'une approche régionale. Cela explique pourquoi la lutte contre les épidémies est un fondement primordial du Réseau océanien de surveillance de la santé publique, et justifie que l'engagement des membres du ROSSP contre un épisode épidémique se fasse de manière coordonnée, dans une optique de développement durable des capacités régionales à lutter contre les épidémies : pour un meilleur équilibre de la santé publique en Océanie.

Références

1. SOUARÉS Yvan, PPHSN and PACNET : the Pacific islands are now tuned into the 21st century, *Pacific Health Dialog*, vol. 5, n°1, March 1998, pp. 200-204
2. La Communauté du Pacifique, anciennement Commission du Pacifique Sud (CPS) est un organisme intergouvernemental qui comprend aujourd'hui 27 pays et territoires membres. Fondée en 1947, c'est la plus ancienne des organisations régionales. Son siège, le Secrétariat général, est implanté à Nouméa, Nouvelle-Calédonie (avec une importante antenne à Suva, Fidji). Le mandat de la CPS est de favoriser le développement socio-économique des populations océaniques. La CPS développe, en ce sens, de nombreux programmes. La *Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles* fait partie du Département de la Santé. Son rôle a été prépondérant dans l'établissement du ROSSP, et notre section assume aujourd'hui les fonctions de Point de contact du Groupe de coordination du Réseau.
3. BONNEMAISON, Joël, *La dernière île*, Arlea et ORSTOM, Paris, 1986, p. 153
4. Mes amis(e), collègues et autres lecteurs/lectrices océanien(ne)s me pardonneront, j'espère, de prendre ainsi la parole à ce sujet, aujourd'hui. Ils comprendront aussi les raccourcis et les omissions propres à toute tentative de résumé et à une expérience fragmentaire de l'Océanie. Quant à ma perception et mes interprétations personnelles du contexte océanien dont je m'efforce de brosser les grandes lignes, elles n'ont pour but que d'étayer les fondements du développement d'un réseau océanien de surveillance et de lutte contre les épidémies; j'en assume les biais et la subjectivité, et j'accepterais toute contradiction éventuelle. Il n'est nullement dans mes intentions d'en faire des vérités universelles et péremptives. Je serais d'ailleurs heureux d'en discuter en toutes circonstances, et de saisir la chance d'échanger, d'apprendre toujours plus et de donner ce que je peux.
5. D'autres caractéristiques macroscopiques, plus conjoncturelles, ont aujourd'hui aussi un rôle important en Océanie : l'urbanisation par exemple, en modifiant la densité de population peut bouleverser les modes de contamination, les voies de transmission, la sévérité et l'impact en général des maladies infectieuses ; il ne s'agit toutefois pas de spécificité du contexte océanien, mais plutôt d'une expression de la mondialisation.
6. Les phénomènes épidémiques ne s'embarassant d'aucune considération pour les délimitations géopolitiques, toute amélioration de la lutte contre les épidémies dans le Pacifique insulaire représente aussi un avantage sanitaire direct pour les pays du pourtour et pour la grande région Asie-Pacifique et sert, indirectement, la lutte mondiale contre les maladies émergentes et réémergentes.
7. Pour un ensemble de références détaillées, se référer aux différentes contributions et rubriques qui composent ce même numéro de *Pacific Health Dialog*.
8. La réduction du " coût humain " entraîné par la morbidité, la mortalité ou un éventuel handicap est, quant à lui compris, en ce qui nous concerne, dans l'action au bénéfice de la santé publique.
9. Pour plus de détails voir : NORTON A. Scott et al., *La télémédecine en Micronésie*, in *Surveillance de la santé publique dans le Pacifique*, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, Nouméa, 1998
10. La mise en place d'un système d'alerte précoce pour une liste restreinte de maladie à potentiel épidémique élevé (exemples initialement envisagés : dengue, rougeole, grippe et choléra) était l'une des priorités d'action identifiées lors de la réunion fondatrice du ROSSP, en décembre 1996. Voir, Séminaire océanien CPS/OMS sur la surveillance de la santé publique, *Rapport de conférence*, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), Nouméa, 1998.
11. Voir, dans ce même numéro : PRYOR Jan, *La télésanté dans les îles du Pacifique : bilan et perspectives de l'École de médecine de Fidji*.
12. Conférence sur la télésanté dans le Pacifique - PACNET/Western Pacific HealthNet, *Rapport de conférence - Objectifs*, p.II, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), Nouméa, 1999
13. SOUARÉS, Yvan, SAUVÉ Laura, *Harmonisation des données sanitaires régionales : les besoins du Pacifique*, in : *Surveillance de la santé publique dans le Pacifique*, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, Nouméa, 1998.
14. Conférence interorganisations sur les besoins d'information sanitaire dans le Pacifique Sud, *Rapport de conférence*, Commission du Pacifique Sud, Nouméa, 1997.
15. Je voudrais avouer ici combien, malgré sa signification systématique imagée, ce jargon technique paraît pourtant obsolète, aujourd'hui encore plus qu'en 1995. Dans le Pacifique comme ailleurs, l'accès plus diffus aux technologies modernes de télécommunication a, en grande partie, rendu possible le développement accéléré de multiples circuits d'information collatéraux, pluridimensionnels, dans le temps et dans l'espace. De fait, les structures de réseau se posent, et se poseront de plus

- en plus, en alternatives modernes bien plus souples et efficaces — en terme de dissémination rapide de l'information destinée à décider et à répondre — au classique modèle de système d'information sanitaire (vertical, pyramidal et centralisateur) enseigné et utilisé jusque là. C'est cette logique alternative, précisément, qui soutient le développement de la télésanté.
16. Les États fédérés de Micronésie, Fidji, la Nouvelle-Calédonie, Samoa, et les Îles Salomon siègent actuellement en tant que 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.
 17. Bien que des tentatives aient déjà eu lieu en ce sens, et que la sixième réunion du Groupe de coordination ait recommandé des réunions semestrielles, les calendriers de travail respectifs des membres du groupe rendent la pratique aléatoire. Ces réunions sont organisées, le plus souvent possible, à l'occasion de conférences, séminaires et autres ateliers régionaux, de manière à rationaliser les dépenses. Entre décembre 1995 (date de création du groupe de travail régional sur la surveillance de la santé publique) et décembre 2000, les membres du Groupe de coordination du ROSSP se sont réunis six fois.
 18. À la fin de l'année 2000, seuls les services de santé de Tuvalu, Nauru et Pitcairn ne sont pas connectés à PACNET par courrier électronique.
 19. McARTHUR Norma, *Island Population of the Pacific*, Canberra, Australian National University Press, 1967.
 20. Dengue, rougeole, grippe, leptospirose, fièvre typhoïde et choléra.
 21. "Personne qui connaît la pratique d'un art, d'une technique." nous dit le dictionnaire, en l'opposant au " théoricien " et en donnant du mot une première acception qui va bien au-delà du seul "médecin [ou chirurgien], qui exerce, soigne les malades", toutefois également cité pour l'opposer, de la même manière, au "chercheur, théoricien".
 22. Une telle présentation est essentiellement justifiée par souci de clarté. En pratique, ces trois phases sont très intriquées et leur chronologie, de même que les ressources nécessaires à chacune, sont souvent superposées ou confondues. De manière amusante (si l'on veut bien s'amuser... aussi), on peut voir dans ce découpage une analogie presque anatomique : la tête, qui observe et qui perçoit l'alerte ; le corps et ses vérités microscopiques ; les jambes et les empreintes de pas de ceux qui parcourent le terrain... à l'image des célèbres épidémiologistes " à chaussures de cuir ". En passant, je dirais qu'ici, pieds nus ou en " claquettes ", ça marche aussi !
 23. "Information for action" en anglais ou " L'information pour l'action " est la définition fonctionnelle la plus courte et la plus communément admise de la surveillance, dans le petit monde des épidémiologistes de terrain.
 24. Pendant plus de deux ans — d'avril 1997 à septembre 1999 — PACNET a fonctionné à l'aide d'un logiciel téléchargé gratuitement depuis le Web (*World Wide Web*) et hébergé par un serveur informatique de la Division des ressources marines de la CPS. Actuellement, PACNET utilise un logiciel commercial plus sophistiqué, exploité aussi par l'ensemble des programmes de la CPS, et basé sur un serveur informatique utilisé par l'ensemble du Département de la santé de la CPS. L'administration et l'animation de la liste sont toujours assurées par la *Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles*, et la maintenance du système informatique est prise en charge par la *Section Technologies de l'information et de la communication* de la CPS. Depuis son lancement, les coûts d'investissement et d'entretien matériel, propres à PACNET, sont inférieurs à 5.000 dollars américains. Son coût de fonctionnement spécifique, essentiellement lié au temps de travail consacré à la liste elle-même et au système informatique, est difficilement évaluable car totalement intégré dans l'ensemble des activités des personnels concernés. Nul doute, néanmoins, que celui-ci reste marginal, à la fois en regard du temps de travail et des bénéfices récoltés pour la santé publique dans le Pacifique.
 25. SOUARÉS Yvan, PPHSN and PACNET [...], op. cit.
 26. Le Pacifique s'inscrit parfaitement dans ce programme, puisque aucun cas de rougeole n'a été déclaré dans la région depuis plus de trois ans maintenant.
 27. "La surveillance de la santé publique (parfois appelée surveillance épidémiologique) désigne la collecte, l'analyse et l'interprétation, systématiques et continues, des données sanitaires essentielles à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la pratique de la santé publique, étroitement intégrées à la dissémination des résultats en temps opportun à ceux qui ont besoin de savoir. Le dernier maillon de la surveillance est l'application de ces données à la prévention et au contrôle des maladies et des préjudices physiques chez l'homme." THACKER Stephen, in *Field Epidemiology*, edited by GREGG Michael B., Oxford University Press, New York, 1996
 28. La clinique et l'épidémiologie peuvent aussi, dans certaines circonstances, fortement orienter le diagnostic vers une étiologie précise ; ceci s'avère d'autant plus vrai que les praticiens de santé publique disposent de données cliniques et épidémiologiques, et que leurs interprétations sont basées sur l'ensemble de ces informations. Il ne peut toutefois s'agir que d'éléments de présomption, et non de preuve irréfutable comme peut en fournir la microbiologie... dans un contexte clinique et épidémiologique donné.
 29. HEYMAN David, RODIER Guénaël, Surveillance mondiale des maladies infectieuses, *Aide Mémoire* n° 200, OMS, juin 1998
 30. HEYMAN David, RODIER Guénaël, Global Surveillance : An Essential Public Health Instrument, *Emerging Infectious Diseases*, vol.4, n°3, July-September 1998, p. 363-365
 31. O'LEARY Michael, Vers la constitution d'un réseau océanien de laboratoires de santé publique, *Inform'ACTION*, n° 6, mars 2000, pp. 13-15

32. Il appartient à nos collègues néo-zélandais de préciser quelle sera l'implication respective de l'*Institute of Environmental Science and Research* (ESR) et du *Pacific Paramedical Training Center* (PPTC, également centre collaborateur OMS) dans le réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP. Ces deux institutions ont contribué à la réunion inaugurale avec autant d'intérêt que de complémentarité.
33. Réunion inaugurale du Réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP, *Projet de rapport*, CPS/OMS, Nouméa, avril 2000.
34. Nous résumerons les nouveaux défis identifiés, en trois larges catégories de problèmes à résoudre :
- Rendre accessible les moyens de diagnostic : conformité avec les règlements en vigueur dans les transports internationaux (aériens) des échantillons biologiques, législation des contrôles phytosanitaires, mécanismes pérennes de financement ;
 - Assurer un circuit de l'information efficace et sûr : diffusion confidentielle d'informations et de matériels sensibles, cadre bioéthique et respect de la propriété intellectuelle ;
 - Etablir des services fiables et durables : renforcement continu des capacités nationales et régionales, à savoir programmes de formation, équipement approprié et mécanisme d'assurance qualité.
- La résolution progressive de ces différents défis passe par l'ouverture du ROSSP vers de nouveaux partenariats avec les compagnies aériennes, les autorités phytosanitaires nationales et régionales (Organisation pour la protection des végétaux dans le Pacifique/Pacific Plant Protection Organisation — PPPO), l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), etc.
35. Les premiers cas étaient diagnostiqués, par les cliniciens de l'hôpital de Pohnpei, au moment même où se tenait, à Nouméa, la *Réunion inaugurale du Réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP...*
36. Adaptation des contenus au contexte océanien, développement de la formation à distance et harmonisation des divers types de formation existants : formation continue, formation initiale, projet de programme régional formation à l'épidémiologie de terrain. Voir, entre autres contributions sur ce thème, KIEDRZINSKY Tom : *La formation à la surveillance de la santé publique à l'échelle régionale : où en sommes-nous ? Le point de vue de la CPS.*
37. *Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services* (DHHS), agence technique du Gouvernement des Etats unis d'Amérique.
38. La télémédecine est, de loin, la pratique de télésanté ayant suscité le plus de communications (publications) dans la sphère mondiale des professionnels de santé, si l'on en juge par les références retrouvées. Aucune de ces dernières, catégorisée " télémédecine ", ne fait état d'une pratique clinique en relation avec une situation épidémique (d'origine infectieuse).
39. Par ailleurs, au sein même de ce numéro de PHD, les nombreuses contributions de nos collègues à propos de télémédecine traitent, dans le détail, d'un sujet dont la pratique leur est familière.