

## NEW HORIZONS

The surveillance and response section of this issue contains excellent articles from Micronesia, Polynesia and Melanesia: one on the recent measles cases in Guam, another on dengue in Solomon Islands and a third on an outbreak of diarrhoea with mucus and blood due to *Shigella flexneri* on the island of Futuna. We are very grateful to our colleagues Ronald G. Balajadia from Guam, Dennie Iniakwala, Andrew Darcy

### CONTENTS

#### Surveillance and Response

- **Measles**  
Guam 2002 measles experience .....3
- **Dengue**  
Dengue Fever in the Solomon Islands .....7

*Shigella flexneri* bloody mucoid diarrhoea outbreak on the island of Futuna .....14

#### PPHSN and Health Sector Reforms

The PPHSN and the Health Sector Reform Agenda from Samoa's health sector reform perspective as per strategic objectives .....18

#### PPHSN News

- LabNet Technical Working Body meets .....21
- 8th PPHSN Coordinating Body meeting .....24

### SOMMAIRE

#### Surveillance et réponse

- **Rougeole**  
Cas de rougeole survenus à Guam en 2002 ... 3
- **Dengue**  
La dengue aux Îles Salomon .....7

Épidémie de diarrhées glairo-sanglantes à *Shigella flexneri* sur l'île de Futuna .....14

#### ROSSP et réformes du secteur de la santé

Le ROSSP et le programme de réforme du secteur de la santé du Samoa : Perspectives compte tenu des objectifs stratégiques ... 18

#### ROSSP Actualités

- L'organe de travail technique de LabNet se réunit .....21
- 8ème réunion du Groupe de coordination du ROSSP .....24



## VERS DE NOUVEAUX HORIZONS...

*La rubrique surveillance et réponse est cette fois-ci alimentée d'excellents articles en provenance de Micronésie, de Mélanésie et de Polynésie : un article sur les récents cas de rougeole à Guam, un autre sur la dengue aux Îles Salomon, et un dernier sur une épidémie de diarrhées glairo-sanglantes à Shigella flexneri sur l'île de Futuna. Un grand merci à nos collègues Ronald G. Balajadia de Guam, Dennie Iniakwala, Andrew Darcy & Hugo Bugoro des Salomon, et Jean-François Yvon de Wallis et Futuna !*

*Dans ce douzième numéro d'Inform'ACTION, vous trouverez aussi un compte rendu de la huitième réunion du Groupe de coordination (GC) du ROSSP avec de nouveaux projets, et quelques pages consacrées à la première réunion de l'Organe de travail technique (OTT) de LabNet ne manquant pas non plus de nouveautés. Vous découvrirez, entre autres, un logo spécialement conçu pour le ROSSP ainsi que l'adresse Internet du nouveau site web du réseau.*

and Hugo Bugoro in the Solomons and Jean-François Yvon in Wallis and Futuna for these contributions.

In this 12<sup>th</sup> issue of Inform'ACTION, you will find a report on the 8<sup>th</sup> meeting of the PPHSN Coordinating Body (CB), addressing new projects, and a report on the 1<sup>st</sup> meeting of the Technical Working Body (TWB) of LabNet, also offering lots of new information. You will also find a logo specially designed for PPHSN and the network's new website address.

The members of the CB were enthusiastic about a very interesting paper on the role of the PPHSN in the implementation of reform in the health services in Samoa, prepared by M. Nuualofa Tuuai Potoi and Elize Gershater for the 8<sup>th</sup> meeting of the CB. The paper is printed in this issue. We are grateful to Dr Potoi for this excellent contribution, which stresses the impact that PPHSN can make at the national level.

The first renewal of the core membership of the PPHSN Coordinating Body is an important milestone in the history of the network. This procedure commenced in early July with an initial call for nominations to all the Pacific Island countries and territories, many of which have now sent in their proposals. These nominations will be circulated for the final choice of people to occupy the four subregional seats for the countries and territories to be made (one for each sub-region: Melanesia, Micronesia, Polynesia and francophone). The three other members will be selected by the sitting CB from the list of nominees put forward by the Pacific countries and territories. In making its choice, the CB will take various factors into account, such as the need for balanced representation of the level of development of the surveillance system, geographical representation and continuity of activities.

Lastly, we would conclude on a more nostalgic note in announcing the departure of Dr Yvan Souares of SPC and Dr Michael O'Leary of WHO, who were both founder members of the PPHSN. We wish to warmly thank them for their valuable contribution to the development of the network. We wish them good luck and fair wind in their new endeavours to reach new horizons, knowing that Dr O'Leary is still in the region as regional medical epidemiologist with PIHOA/CDC, based in Guam.

Enjoy this issue and we'll meet again in the next one.



**M. Nuualofa Tuuau Potoi and Salanieta Saketa saying goodbye to Yvan Souarès / M. Nuualofa Tuuau Potoi et Salanieta Saketa disant au revoir à Yvan Souarès.**

Les membres du GC ont fait l'éloge d'un document fort intéressant concernant le rôle du ROSSP dans la mise en œuvre de la réforme des services de santé au Samoa, préparé par M. Nuualofa Tuuau Potoi et Elize Gershater pour la huitième réunion du GC, et reproduit dans ce numéro. Nous sommes grés de cette contribution remarquable du Dr M. Nuualofa Tuuau Potoi dans ce domaine, faisant valoir les avantages que présente le ROSSP au niveau national.

Le premier renouvellement des membres statutaires du groupe de coordination (GC) du ROSSP marque également une étape importante pour le ROSSP. Cette procédure a été lancée début juillet avec l'envoi d'un premier appel à candidatures à tous les États et territoires océaniques concernés. Nombreux parmi ceux-ci ont maintenant envoyé leur nomination. Ces nominations vont être re-circulées pour le choix final des 4 sièges sous-régionaux (un pour chacune des sous-régions : mélanésienne, micronésienne, polynésienne et francophone) par les pays et territoires. Les 3 autres sièges vont être sélectionnés par le GC en place, dans la liste des nominés restants proposés par les États et territoires océaniques. Pour faire ce choix, le GC s'appuie sur diverses considérations, telles que la nécessité d'une représentation équilibrée du niveau de développement du système de surveillance, la représentation géographique et la continuité des activités.

Enfin, nous terminerons sur une note plus nostalgique en vous annonçant le départ du Dr Yvan Souarès de la CPS et du Dr Michael O'Leary de l'OMS, tous deux membres fondateurs du ROSSP, que nous tenons à remercier vivement pour leur précieuse contribution au développement du réseau. Nous leur souhaitons bonne chance et bon vent dans leurs nouvelles entreprises vers de nouveaux horizons... sachant que le Dr O'Leary reste néanmoins dans la région en tant qu'épidémiologiste médical régional PIHOA/CDC basé à Guam.

Bonne lecture et rendez-vous au prochain numéro !

**La rédaction.**

**The editors**



## GUAM 2002 MEASLES EXPERIENCE

### Introduction

On 13 April 2002, the first report to the Guam Department of Public Health and Social Services (DPHSS) Immunization Program concerning a suspect measles case came from the Guam Memorial Hospital (GMH) emergency room. The Immunization Program staff investigating the case quickly mobilised and interviewed family members and

contacts. In the course of the initial investigation at GMH, another child was found hospitalised for suspect measles that was not originally reported to the programme. The first two cases presenting to GMH did not show classic measles symptoms, and were diagnosed as drug allergic reactions. Since measles had not been seen on Guam for several years, the index of suspicion for measles among Guam physicians was quite low. Listed in the table are the rash onset dates of the nine confirmed cases.

### Data on confirmed measles cases

#### Données concernant les cas de rougeole confirmés

Case no. / N° du cas	Date of birth Date de naissance	Gender / Sexe	Rash onset / Début de l'éruption
1	23 Jan. 1999	M	13 April/avril 2002
3	27 Nov. 1999	F	31 March/mars 2002
4	5 Oct. 1998	M	10 April/avril 2002
5	25 Nov. 2000	M	11 April/avril 2002
6	29 Jan. 2001	M	12 April/avril 2002
7	16 June/juin 2000	M	25 April/avril 2002
8	17 Oct. 1981	M	28 March/mars 2002
37	1 Dec. 1997	M	7 May/mai 2002
50	12 Sept. 1995	M	10 May/mai 2002

Intensive investigative work performed by the Immunization Program staff determined links for several children related by familial ties. The age for those with confirmed measles ranged from 15 months to 20 years of age. Of the nine individuals with confirmed measles, seven (78%) had not received any measles containing vaccine (MCV). One individual had one dose while the last one had two doses of MCV. The investigative work was time consuming and difficult. Staff had problems obtaining truthful and accurate information since most families were ashamed and embarrassed that their children had come down with this disease and also that the children were very behind in their immunisation shots.

### Public health response

After the initial reports of suspected measles cases, the Immunization Program prepared a Medical Alert to all Physicians/Clinics, informing them of the cases and asking

## CAS DE ROUGEOLE SURVENUS À GUAM EN 2002

### Introduction

Le 13 avril 2002, le service des urgences du Guam Memorial Hospital (GMH) a signalé pour la première fois un cas suspect de rougeole au Programme de vaccination. Le personnel affecté à ce programme, qui relève du département de la Santé publique et des services sociaux de Guam, et chargé d'étudier le cas, mobilisa et interrogea sans tarder les membres de la famille du malade et les personnes avec lesquelles le patient avait été en contact. Au cours de l'investigation initiale menée au GMH, un autre enfant fut hospitalisé pour un cas suspect de rougeole qui n'avait pas été déclaré au programme. Les deux premiers patients admis au GMH ne présentaient pas les symptômes classiques de la rougeole. Des réactions d'allergie médicamenteuse furent diagnostiquées. Aucun cas de rougeole n'ayant été observé à Guam depuis plusieurs années, l'indice de suspicion de la rougeole parmi les praticiens de Guam fut très faible. Le tableau 1 indique les dates de début d'éruption des neuf cas confirmés.

Le travail d'investigation approfondi réalisé par le personnel du Programme de vaccination a permis de mettre en lumière des similitudes chez plusieurs enfants ayant des liens familiaux. Les cas de rougeole confirmés touchaient des personnes âgées de 15 mois à 20 ans. Sur les neuf cas de rougeole confirmés, sept patients (78%) n'avaient pas reçu de vaccin contenant le virus de la rougeole. Un patient avait reçu une dose, et le dernier deux doses de vaccin antirougeoleux (MCV). Les investigations ont pris du temps et se sont révélées difficiles. Le personnel a eu du mal à recueillir des informations fiables et exactes, la plupart des familles éprouvant de la honte et de l'embarras du fait que leurs enfants aient contracté cette maladie et qu'ils soient très en retard sur leur calendrier vaccinal.

### Réaction du département de santé publique

Après les premières notifications de cas suspects de rougeole, le Programme de vaccination adressa un bulletin d'alerte médicale à tous les médecins et dispensaires pour les informer de

them to report all individuals with measles like symptoms to the DPHSS Immunization Program. The same alert was disseminated to all school health nurses. Key public health programmes were contacted for a meeting to strategise and develop a plan of action concerning these events. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, Georgia, was informed of the suspect cases and technical advice was requested. Key providers on-island were contacted and a meeting was set up, to include the public, private and military sectors, to come up with an island-wide strategy to contain the possible outbreak.

An important strategy during the epidemic was to immunise all children age 1 and older with a dose of measles, mumps and rubella (MMR) vaccine if they have never received a dose. Another part of the strategy was to lower the age of receiving MMR vaccine dose #2. The recommended age for dose #2 is at 4–6 years of age. As long as one month has elapsed since the receipt of a valid dose #1, then a dose #2 can be administered. Both the military and private sectors were asked to provide services to their clientele to minimise the flow into and relieve the burden on public health clinics. The Department of Public Health took responsibility for all other individuals.

The Immunization Program staff was mobilised to receive all reports of suspect cases and perform case investigations. The staff identified contacts to suspect cases and performed thorough interviews to determine date of onset of rash, possible exposure periods and contacts to suspect cases. In addition, staff contacted all schools and day care centres to determine immunisation coverage rates for all the children enrolled.

The Immunization Program worked hand in hand with the school nurses and the various day care centres to ensure all children attending these institutions had a minimum of one dose of MMR vaccine and, if they had not yet received their second MMR vaccine, to receive it. The percentage of children having received one dose of MMR vaccine in the school system and day care system was close to 100%.

The Nursing Bureau mobilised both the district and clinic nurses to provide assistance in immunising children against measles. The district nurses performed house-to-house assessments within a 1-mile radius of confirmed measles cases. The immunisation status of children within the 1-mile radius was assessed and those lacking immunisations were vaccinated. The particular areas where the identified positive cases resided had very poor immunisation levels. The nurses were told to provide all recommended vaccines to the children seen, since frequently they were behind in vaccinations other than MMR.

This method became increasingly burdensome and time consuming, so a change to giving only MMR vaccine was ordered since the window of opportunity to immunise the amount of individuals needed to stop the spread of the disease was closing rapidly. All three Public Health Centers were open for walk-in MMR immunisations. The initial target group were individuals who had never had an MMR vaccine between the ages of 1 and 6 years. A week later, the target group was expanded to include all those individuals 1 year of age or above who had never had a dose of MMR vaccine and also those who had never had a second dose.

*ces cas et leur demander de lui déclarer tous les cas présentant des symptômes faisant penser à la rougeole. Le même bulletin fut communiqué à tout le personnel soignant des écoles. Les principaux services de santé publique furent conviés à une réunion afin d'établir une stratégie et d'élaborer un plan d'action en action à ces événements. Les Centres de lutte contre la maladie (CDC) d'Atlanta (Géorgie) ont été informés des cas suspects et leur avis technique sollicité. Les principaux agents de santé de l'île ont été avertis, et une réunion a été organisée où des représentants des secteurs public, privé et militaire étaient appelés à élaborer une stratégie nationale de lutte contre une éventuelle épidémie. Parmi les principales mesures à prendre, il a été décidé d'administrer une dose de vaccin ROR (contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) à tous les enfants d'un an et plus qui n'avaient encore jamais été vaccinés. Un autre élément de la stratégie a consisté à abaisser l'âge minimal pour l'administration de la deuxième dose de vaccin ROR. Il est généralement recommandé d'injecter la deuxième dose entre 4 et 6 ans. À partir du moment où il s'est écoulé un mois depuis une première injection efficace, on peut administrer une deuxième dose. On a prié les secteurs militaire et privé de s'occuper de la vaccination de leur clientèle afin de diminuer l'afflux de patients dans les dispensaires de santé publique et d'alléger la tâche de ceux-ci. Le ministère de la Santé publique a pris en charge tous les autres patients.*

*Le personnel du programme de vaccination, lui, a été chargé de centraliser les notifications de cas suspects et de mener des investigations. Il a identifié les sujets ayant été en contact avec des cas suspects et conduit des entretiens approfondis afin de noter la date de début d'éruption cutanée, les durées d'exposition éventuelle et les sujets en contact avec des cas suspects. En outre, le personnel a fait des enquêtes auprès de tous les établissements scolaires et des garderies pour déterminer les taux de couverture vaccinale des enfants scolarisés.*

*Les agents du programme de vaccination ont travaillé en étroite collaboration avec les infirmières scolaires et les garderies pour faire en sorte que tous les enfants fréquentant ces centres reçoivent au moins une dose de vaccin ROR et qu'une seconde dose soit administrée à ceux qui ne l'avaient pas encore reçue. Le pourcentage d'enfants ayant reçu une dose de vaccin ROR dans les écoles et garderies était proche de 100 pour cent.*

*Le Bureau des soins infirmiers mobilisa le personnel soignant de proximité et des dispensaires pour aider à vacciner les enfants contre la rougeole. Les infirmiers de proximité visitèrent toutes les maisons situées à proximité des cas de rougeole confirmés dans un rayon d'un kilomètre et demi. La situation vaccinale des enfants a été évaluée dans ce périmètre et les enfants jamais vaccinés l'ont été. Les zones où des cas positifs avaient été identifiés présentaient un très faible taux de vaccination. Les infirmiers ont reçu l'instruction d'administrer tous les vaccins recommandés aux enfants qu'ils voyaient car ceux-ci étaient souvent en retard pour les vaccins autres que le ROR.*

*Cette méthode devenant par trop contraignante et laborieuse, il fut décidé de n'administrer que le ROR car les possibilités de vacciner la population en nombre suffisant pour enrayer l'épidémie s'amenuisaient rapidement. Les trois centres de santé publique mirent en place des services de vaccination, sans rendez-vous, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le premier groupe visé était constitué de personnes qui n'avaient jamais reçu de vaccin ROR entre 1 et 6 ans. Une semaine après, ce groupe fut élargi aux personnes d'un an et plus qui n'avaient jamais reçu de vaccin ROR du tout et à celles qui n'avaient jamais reçu de deuxième dose.*

The private clinics provided measles immunisation shots for their clientele. Hours of operation were posted and disseminated to the public. Most clinics were able to contact clients who attend their respective clinics to ensure they come into the clinic and get the needed shot. The military provided immunisations with the MMR vaccine to their specific population and they also performed assessments to ensure children were up to date with their MMR vaccine.

Once we had laboratory confirmation of measles and the number of suspect cases kept increasing, the DPHSS Director requested the CDC for technical assistance. The CDC was able to send Dr Robert Perry, Medical Epidemiologist and Pediatrician, to help out with the outbreak. In addition, MMR vaccines were sent to Guam via CDC to help in immunising large numbers of individuals to prevent further spread of the disease to susceptible individuals.

The department disseminated information to the public through local media. Information was printed in the newspaper, and broadcast on TV and radio stations. A daily report regarding outreach vaccination clinics as well as a listing of suspect cases, positive cases and discarded cases was transmitted to the public to keep them informed. The media also provided information concerning the importance of immunising susceptible individuals, reminding the community that the last epidemic in 1994 claimed the lives of three individuals.

### Possible reasons for the outbreak

There are multiple reasons why this outbreak occurred. DPHSS has had a shortage of nurses for several years. Due to this shortage, the Nursing Bureau reduced the number of immunisation walk-in clinics offered and the number of clients seen at each clinic at the Central Public Health site, and also stopped the village immunisation outreach clinics. These changes have greatly decreased immunisation opportunities on the island, especially for the uninsured. Even parents actively seeking immunisations for their children may encounter delays for appointments up to 6–8 months.

Another problem the Immunization Program faced was the delayed reporting of suspect and confirmed cases. There was a breakdown in both the hospital and private clinics reporting suspect cases to the Immunization Program. On Guam, measles is one of many diseases reportable by law to DPHSS. By not receiving reports on a timely basis, the investigative work was hindered and the spread of the disease continued.

In addition, laboratory testing to confirm measles is performed off-island. Testing for IgM antibodies is performed in California and for IgG antibodies is performed in Hawaii. There was an extreme delay in receiving laboratory results since samples had to wait to be processed in Hawaii prior to going to California for the other antibody test. This caused delays in determining the next best course of action. The program even sent samples to the CDC for testing since it took so long for results to return from the regional laboratory.

Finally, many parents have not been sufficiently vigilant about ensuring their children are properly immunised against vaccine preventable diseases. Based on an island-wide cluster survey of 2-year-olds in 2000, the MMR #1 coverage rate for the island was only 74% (unpublished data).

*Les dispensaires privés administrèrent des injections de vaccin antirougeoleux à leurs clients. Les heures d'ouverture furent affichées et annoncées au public. La plupart des dispensaires purent prendre contact avec leurs clients pour les inviter à venir se faire faire l'injection requise. L'armée administra également le vaccin ROR à ses effectifs et ses familles et effectua des enquêtes pour s'assurer que les enfants étaient à jour de leur vaccin ROR.*

*Une fois l'épidémie de rougeole confirmée en laboratoire et devant l'augmentation du nombre de cas suspects, le Directeur du département de la Santé publique et des services sociaux sollicita l'assistance technique des CDC. Ceux-ci purent déléguer le docteur Robert Perry, épidémiologiste et pédiatre, pour aider à combattre l'épidémie. En outre, les CDC envoyèrent des vaccins ROR à Guam pour immuniser le maximum de personnes et empêcher la propagation de la maladie aux sujets vulnérables.*

*Le ministère informa le public par le truchement des médias locaux—presse écrite, télévision, radio. Les médias diffusèrent un bulletin quotidien qui leur était remis, fournissant la liste des dispensaires de proximité qui assuraient la vaccination et donnant des détails statistiques sur les cas suspects, les cas positifs et les cas écartés. Les médias sensibilisèrent aussi la population à l'importance de la vaccination des sujets vulnérables et rappelèrent que la dernière épidémie, en 1994, avait coûté la vie à trois personnes.*

### Les raisons possibles de l'épidémie

*Il y a de multiples explications à cette épidémie. Le ministère de la Santé publique et des services sociaux souffrait d'une pénurie de personnel soignant depuis plusieurs années. C'est pourquoi le Bureau des soins infirmiers avait réduit le nombre de services de vaccinations sans rendez-vous, le nombre de patients reçus dans chaque service du centre de santé publique et arrêté l'envoi de personnel itinérant pratiquant des vaccinations dans les villages. Ces mesures ont considérablement réduit les capacités de vaccination de l'île, au détriment surtout des personnes non assurées. Ainsi, les parents qui veulent faire vacciner leurs enfants peuvent parfois attendre de six à huit mois avant d'obtenir un rendez-vous.*

*Un autre problème rencontré par le Programme de vaccination a été la déclaration tardive des cas suspects et confirmés. Il y a eu des négligences en la matière tant à l'hôpital que dans les cliniques privées. À Guam, la rougeole est l'une des nombreuses maladies que la loi impose de déclarer au département de la Santé publique et des services sociaux. Faute de recevoir les déclarations en temps opportun, les agents de santé n'ont pu effectuer leur travail d'investigation, et la maladie a continué de se propager.*

*De plus, les tests de confirmation de la rougeole en laboratoire ne sont pas réalisés sur l'île. La recherche d'anticorps IgM se fait en Californie, celle d'anticorps IgG à Hawaii. Il fallait attendre longtemps avant de recevoir les résultats du laboratoire, les échantillons devant être d'abord traités à Hawaii avant d'être expédiés en Californie pour l'autre test. Cela retardait d'autant la prise d'une décision sur la conduite à tenir. Le programme de vaccination préféra même envoyer des échantillons aux CDC, vu le temps que prenait le renvoi des résultats par le laboratoire régional.*

*Enfin, de nombreux parents avaient été négligés et n'avaient pas vérifié sur le carnet de santé de leurs enfants s'ils étaient bien immunisés contre des maladies qu'un vaccin permet d'éviter. D'après un sondage par grappes réalisé sur tout le territoire et portant sur les enfants âgés de 2 ans en l'an 2000, le taux de couverture de vaccination par une dose de ROR n'était que de 74 pour cent pour toute l'île (chiffre non publié).*

## How to prevent a future outbreak

In order to provide a level of immunity capable of preventing outbreaks of measles on Guam, the immunisation level must increase to 95%. If this level is not reached, we will see intermittent cases occurring on the island and spreading within the community among those who are susceptible. To accomplish this high rate of immunisations, DPHSS needs to provide better access to immunisations. Walk-in immunisation clinics should be provided, and village immunisation outreaches should be reinstated for those individuals who have transportation or other difficulties in accessing medical care.

Another means of enhancing an island-wide safety net is to include the private sector, since data from the cluster survey in 2000 showed 49% (unpublished data) of those interviewed had private insurance. The private sector needs to perform their part in ensuring they provide the necessary services especially immunisations. They need to stress the importance of a 'medical home' and have their clientele return to their clinic for all immunisation services in addition to other doctor visits. This will ensure immunisation records are maintained in one place; the private practitioner can complete all necessary immunisation shots and will also know the history of the children they provide services for.

Another aspect needing attention is the prompt reporting of suspect cases of vaccine preventable diseases to the Immunization Program for investigations by programme staff. By reporting suspect cases promptly, staff can perform needed investigative measures to determine where the disease came from and to monitor its spread, and therefore implement strategies to stop the disease from going any further.

Conducting laboratory confirmed tests to know whether you truly have the disease present gives a major advantage in the fight against vaccine preventable diseases. With rapid turnaround of laboratory tests, key decisions and strategies can be employed more quickly to help end the outbreak. Hopefully we will have the ability to perform these tests in our Public Health lab in the near future.

Last but not least, there is a need to educate parents on the importance of immunisations against vaccine preventable diseases. In this day and age, most parents are spared the horror of what diseases can do to their children. The reality is that immunisation has performed an incredible job in reducing the incidence of diseases that previously afflicted children worldwide. However, as Guam's experience shows, when we let down our guard against vaccine preventable diseases, diseases like measles can enter the community, producing panic, fear and, in some cases, death. We are lucky this outbreak did not take any lives. The question we need to ask ourselves is if we will be as lucky the next time. Why even ask that question — when we know we can protect our children and ourselves by something so simple as immunisations?

**Ronald G. Balajadia, M.S.**  
**Immunization Program Manager**  
**Guam Department of Public Health and**  
**Social Services**

## Comment prévenir une épidémie future

*Il faut porter à 95 pour cent le taux de vaccination si l'on veut prévenir des épidémies de rougeole à Guam. Si ce taux n'est pas atteint, des cas intermittents se déclareront sur l'île et la contagion touchera les personnes vulnérables de la population. Pour atteindre ce taux élevé d'immunisation, le département de la Santé publique et des services sociaux devrait rendre les services de vaccination plus accessibles. Des services de vaccination sans rendez-vous devraient être assurés et les campagnes de vaccination dans les villages relancées pour les personnes dépourvues de moyen de transport ou ayant des difficultés à accéder à des soins médicaux.*

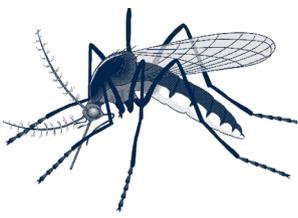
*Pour renforcer la couverture vaccinale de l'île, il faudrait également y impliquer le secteur privé, car les résultats du sondage par grappes de 2000 montraient que 49 pour cent (chiffre non publié) des personnes interrogées étaient couvertes par une assurance privée. Le secteur privé devrait jouer son rôle en fournissant les services nécessaires, en particulier de vaccination. Les prestataires privés devraient montrer à leur clientèle l'importance d'avoir un "médecin de famille" chez qui on va régulièrement, non seulement pour les consultations médicales mais pour aussi le suivi des vaccinations. De la sorte, les dossiers de vaccination sont conservés en un même lieu et les praticiens privés peuvent effectuer toutes les injections de vaccins nécessaires et connaître le dossier médical des enfants qu'ils suivent.*

*Un autre impératif est la déclaration rapide au programme de vaccination des cas suspects de maladies pouvant être prévenues par la vaccination, afin que le personnel se livre aux investigations nécessaires. Si les cas suspects sont signalés rapidement, le personnel peut enquêter pour déterminer le foyer de la maladie et surveiller sa propagation. Il peut ainsi mettre en œuvre des stratégies afin d'enrayer l'épidémie.*

*La réalisation des tests de confirmation en laboratoire offre un avantage majeur dans la lutte contre les maladies pouvant être prévenues par la vaccination, car elle permet de savoir si l'on est réellement en présence de la maladie. Si l'on dispose rapidement des résultats des tests effectués en laboratoire, on peut prendre des décisions essentielles et déclencher des interventions plus rapidement pour stopper l'épidémie. Nous espérons avoir prochainement la possibilité d'effectuer ces tests dans notre laboratoire de santé publique afin de procéder à des analyses rapides et d'obtenir des résultats dans les plus brefs délais.*

*Enfin et surtout, il faut convaincre les parents de l'importance de l'immunisation aux maladies pouvant être prévenues par la vaccination. À notre époque, la terrible vision des ravages que peuvent faire des maladies chez leurs enfants est épargnée à la plupart des parents. En fait, la vaccination a apporté d'immenses progrès en réduisant l'incidence de la rougeole qui frappait autrefois les enfants du monde entier. Toutefois, comme le montre l'expérience de Guam, dès que nous baissons la garde face à des maladies pouvant être prévenues par la vaccination, des maladies telles que la rougeole peuvent s'abattre sur la population, semant la panique, la peur et parfois la mort autour d'elle. Nous avons de la chance que cette épidémie n'ait entraîné aucun décès, mais aurons-nous autant de chance la prochaine fois ? À vrai dire, pourquoi se poser cette question, sachant que nous pouvons nous protéger, nous et nos enfants, par une démarche aussi simple que la vaccination ?*

**Ronald G. Balajadia, M.S.**  
**Directeur du programme de vaccination**  
**Département de la Santé publique et**  
**des services sociaux de Guam**



## DENGUE FEVER IN THE SOLOMON ISLANDS

## LA DENEGUE AUX ÎLES SALOMON

### Introduction

Until recently, dengue fever has not been taken seriously in the Solomon Islands. A cabinet paper on vector-borne disease policy, which includes dengue fever and malaria, was passed by the government only in March 2001. A retrospective study and literature search by Andrew Darcy et al.<sup>1</sup> showed circulation of dengue fever in the country every 10 years. As this year is about 10 years after the last outbreak, it should be expected that another outbreak is possible. Unfortunately, due to the effects of the civil unrest and government's inability to fund health activities there is very little surveillance or preparedness in place. This is despite neighbouring countries reporting outbreaks of dengue fever in 2001.

### Alert notice

The dengue alert was actually posted to the National EpiNet team via PacNet-restricted on 7 February 2002, following a case of dengue fever imported from the Solomon Islands to New Caledonia. On receiving the alert, the national EpiNet laboratory team member set up an active sero-conversion surveillance on the negative-malaria fevers at the Medical Laboratory and the Solomon Islands Malaria Training and Research Institute (SIMTRI). In a total of 10 patients tested for dengue antibodies using Panbio rapid IgG/IgM duo, three were reactive. One of the three had been a clinical finding by a clinician who was not aware of the dengue alert.

### Confirmation

Nine specimens from the original 10 were then sent to the Arbovirus Reference Laboratory at Queensland Health & Scientific Services. The results are shown in the table below.

From the confirmation results it was concluded that about 90% of the fever cases negative for malaria are caused by dengue fever. Two of the three PCR positive specimens were positive for culture, and this was identified as dengue 1. The initial PCR from the alert, as well as the sample group, also showed DEN-1.

	IgM/IgG antibody negative <i>Anticorps Igm/IgG négatifs</i>	IgM/IgG antibody positive <i>Anticorps Igm/IgG positifs</i>	Total
PCR positive	3	0	3
PCR negative	1	5	6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

Antigen positive rate / *Taux d'antigènes positifs* : 3/9 (33%)  
 Antibody positive rate / *Taux d'anticorps positifs* : 5/9 (55%)  
 Total positive rate / *Taux total de cas positifs* : 8/9 (88%)

### Introduction

Il y a peu de temps encore, la dengue n'était pas prise au sérieux aux Îles Salomon. Ce n'est qu'en mars 2001 que les pouvoirs publics ont adopté un texte officiel sur la politique applicable aux maladies à transmission vectorielle, dont la dengue et le paludisme. Andrew Darcy et al.<sup>1</sup> ont établi, après une étude rétrospective et la compilation d'articles sur le sujet, que le virus de la dengue refait surface dans ce pays tous les dix ans. Comme la dernière épidémie date, cette année, d'environ dix ans, on est fondé à penser qu'une nouvelle flambée est possible. Malheureusement, en raison des troubles sociaux dont le pays est le théâtre et de l'incapacité des pouvoirs publics de financer des actions en faveur de la santé, la surveillance et la préparation aux interventions en cas d'urgence sont très limitées. Pourtant, des pays voisins ont notifié des flambées de dengue en 2001.

### Lancement d'une alerte

Le 7 février 2002, un cas de dengue importée des Îles Salomon en Nouvelle-Calédonie ayant été notifié, l'alerte à la dengue a été donnée à l'équipe nationale EpiNet, par l'intermédiaire de la liste PACNET restreinte. Immédiatement, les membres de l'équipe EpiNet ont organisé une surveillance active de la séroconversion à l'Institut de formation et de recherche sur le paludisme des Îles Salomon (SIMTRI) et au laboratoire médical qui lui est attaché, à partir des cas de fièvre pour lesquels les frottis sanguins à la recherche d'un paludisme étaient négatifs. Au total, sur dix patients pour lesquels on a recherché des anticorps dirigés contre la dengue à l'aide d'un test de détection rapide Panbio des IgM/IgG, trois se sont révélés positifs, dont un avait été diagnostiqué par un médecin qui n'avait pas eu connaissance de l'alerte à la dengue.

### Confirmation

Neuf échantillons sur les dix prélevés ont été envoyés au laboratoire de référence sur les arbovirus, qui relève des services sanitaires et scientifiques du Queensland. Le tableau ci-dessous fait état des résultats obtenus.

Il résulte de ces chiffres que, dans près de 90 pour cent des cas pour lesquels la recherche d'un paludisme était négative, la fièvre était imputable à la dengue. Une dengue de type 1 a été mise en évidence par culture dans deux des trois échantillons pour lesquels la PCR était positive. Les examens initiaux réalisés par PCR dans le cadre de l'alerte, ainsi que pour le groupe des échantillons, ont également révélé une dengue de type 1.

1 Darcy A. et al. 1992/93. Report of dengue tests on samples of blood collected for Hep. B test. (Solomon Islands)

1. Darcy A. et al. 1992/93. Rapport de recherches de la dengue à partir des échantillons de sang prélevés pour la détection de l'hépatite B. (Îles Salomon).



### Spread

Dengue fever was also suspected and confirmed in the western Solomon Islands region. Gizo (capital of Western Province) hospital reported a clinical case and this was confirmed both by the rapid kit as well as by the Flavivirus IgM at the reference laboratory. Investigation in the neighbouring Hellena Goldie Hospital (in Munda, New Georgia, Western Province) showed some dengue activity. The results were:

Total tested	7
Panbio rapid IgG/IgM positive	2
Confirmation Flavivirus EIA positive	3

Thus there was 42% dengue infection in patients sampled from the Munda/Noro area. There is no surveillance done in any province other than the Western Province. The Central laboratory does not have any resource to do the surveillance and thus the extent of the spread could not be established at this stage.

### Laboratory data

The Medical Laboratory started receiving specimens for dengue antibodies testing on 10 February 2002. The guide for selection of patients was quickly drawn up, but training was too short to get it implemented properly. Three sentinel sites were established, but due to severe shortage of syringes these sites could not collect blood for testing. This really affected the monitoring of the outbreak.

### Propagation

Une suspicion de dengue a également été confirmée dans la région occidentale des Îles Salomon. L'hôpital de Gizo (capitale de la Province occidentale) a fait état d'un cas clinique qui a été rapidement confirmé par le kit rapide de détection ainsi que par les IgM de flavivirus mis en évidence au laboratoire de référence. Renseignements pris à l'hôpital voisin Helena Goldie (à Munda, Nouvelle-Géorgie, Province occidentale), il est apparu que la dengue sévissait également dans cette région. Les résultats sont les suivants :

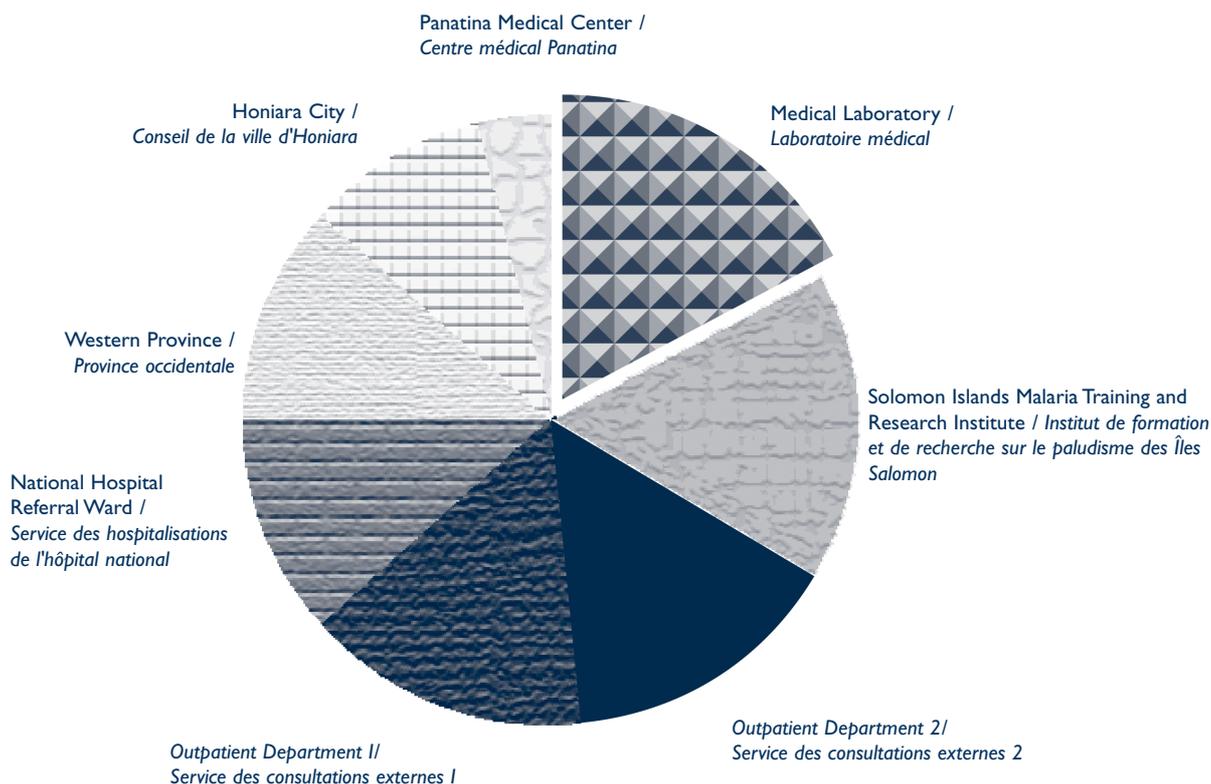
Total de cas testés :	7
Cas positifs détectés par la méthode Panbio de recherche d'IgG/IgM :	2
Confirmation de cas positifs de flavivirus :	3

Par conséquent, sur les patients soumis à des tests dans la région de Munda et de Noro, 42 pour cent étaient infectés par la dengue. Aucune activité de surveillance n'est menée dans d'autres provinces que la Province occidentale. Le laboratoire central n'ayant pas les moyens de se charger de cette surveillance, il n'a pas été possible d'établir l'ampleur de l'épidémie à ce stade.

### Données de laboratoire

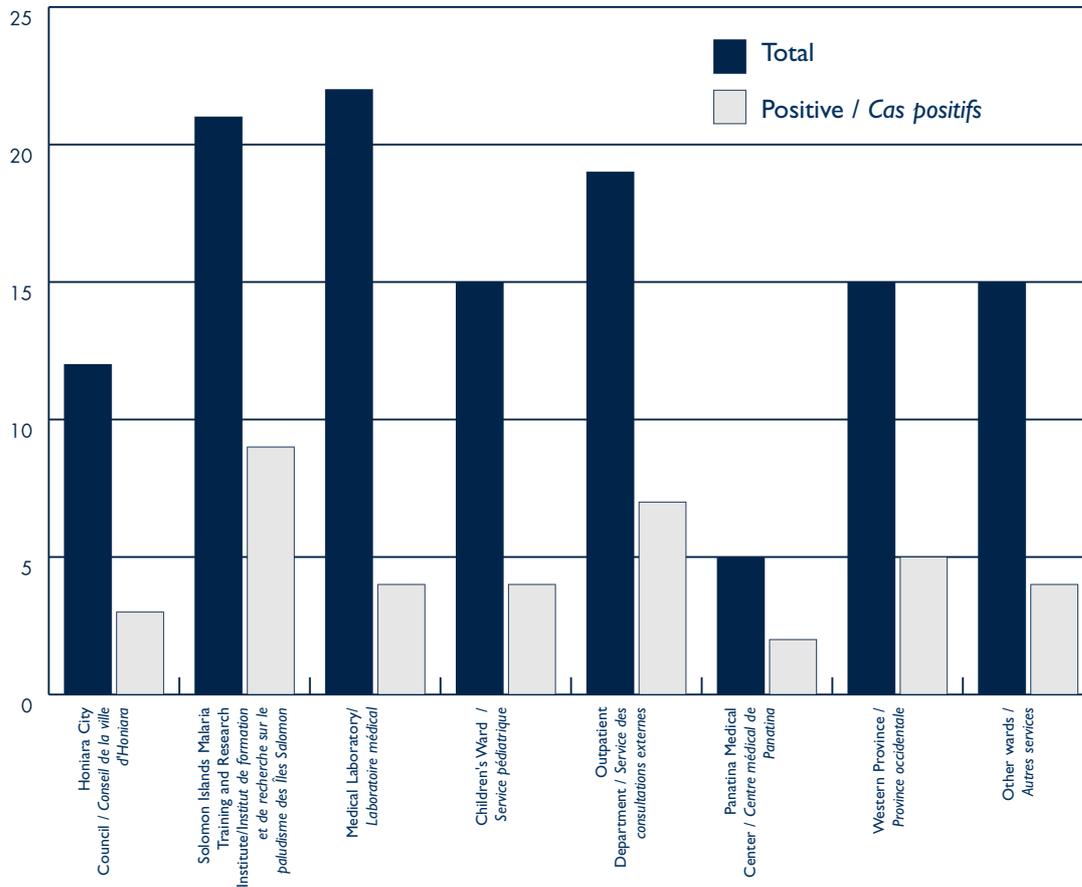
Le 10 février 2002, le laboratoire médical a commencé à recevoir des spécimens destinés à être soumis à des tests pour la recherche d'anticorps contre la dengue. Les critères de sélection des patients ont été rapidement établis mais la formation du personnel a été trop brève pour que celui-ci soit apte à les appliquer correctement. Trois sites sentinelles ont été créés mais, faute de seringues, il n'a pas été possible de recueillir des échantillons de sang aux fins des tests sur ces sites. D'où la difficulté de surveiller la flambée épidémique.

**Figure 1: Wards requesting dengue testing**  
**Services ayant demandé des tests à la recherche de cas de dengue**





**Figure 2: Number of specimens received with results**  
**Nombre de spécimens reçus et résultats correspondants**



## Response

The first dengue meeting was held on 18 February 2002, followed by a dengue working committee a day later. The committees accepted the provisional results and activated a dengue plan of action as a response. The activities involved in the response action include:

- ✓ Clinical awareness and training for the nurses on diagnosis and treatment of dengue fever
- ✓ Prevention and control measures for vector-borne disease personnel
- ✓ Increase in all health education activities with increased concentration on dengue fever.
- ✓ Involving the community in the control programmes.

## Mosquito identification

A survey was conducted to identify the species of mosquito responsible for the dengue outbreak. Larvae collected were brought into the laboratory and reared to adult mosquitoes. The mosquitoes were killed by putting them into a deep freezer for five minutes. The mosquitoes were then mounted and identified. The *Aedes* key developed by Harry Steadfast in SIMTRI in 1997 was followed.

## Riposte

La première réunion consacrée à la dengue s'est tenue le 18 février 2002 et a été suivie le lendemain de celle d'un groupe de travail chargé de cette question. Les participants à ces réunions ont pris acte des résultats provisoires et lancé un plan d'intervention. Ce plan comprenait les activités suivantes :

- ✓ information sur les symptômes cliniques de la dengue et formation des infirmières au diagnostic et au traitement de cette maladie;
- ✓ mesures de prévention et de lutte pour le personnel qui s'occupe de maladies à transmission vectorielle;
- ✓ renforcement de toutes les activités liées à l'éducation sanitaire, concernant en particulier la lutte contre la dengue;
- ✓ association des collectivités aux programmes de lutte.

## Identification des moustiques

On a mené une enquête afin d'identifier les espèces de moustique responsables de la flambée épidémique. On a recueilli des larves de moustiques et on les a élevées en laboratoire jusqu'au stade adulte. On a tué ces moustiques en les plaçant dans un congélateur pendant cinq minutes. On a ensuite disséqué les moustiques afin de les identifier. Au vu des caractéristiques établies par Harry Steadfast au SIMTRI en 1997, il s'agissait bien de l'espèce *Aedes*.



<b>Mosquito species by locality</b> <i>Espèces de moustique par localité</i>			
<b>Locality / Localité</b>	<b><i>Aedes aegypti</i></b>	<b><i>Aedes albopictus</i></b>	<b>Others / Autres</b>
Naha	0	11	17
Mbua Valley	0	9	0
White River 1	0	21	0
White River 2	0	19	0
Rove	0	5	13
Bishop Epale	0	1	3
Rove Barracks	0	0	9
Rifle Range	0	5	6
Independent Valley	0	16	13
Lengakiki	0	27	0

The table shows the absence of *Aedes aegypti*; only *Aedes albopictus* has been identified. The mosquito species in the column 'Others' were mostly *Culex*, but no further identification was done. The survey confirmed a previous survey by Thornly et al. in 1997. The implication therefore is that, because *Aedes aegypti* is absent, one can conclude that the possible transmitter of dengue in Solomon Islands recently is *Aedes albopictus*. This mosquito species is commonly referred to as a secondary vector, but it has been here in large numbers and is capable of causing the minor dengue outbreak.

**Outcome**

Since malaria is endemic and the clinical presentation of dengue and malaria are very similar, it is impossible to rely on nurses' reports on dengue as the diagnosis. This has created a huge problem for the monitoring team. Thus certain indicators were used to determine the effectiveness of the control measures.

The dengue plan of action was implemented in February 2002 following the increased incidence of fever reported, as shown in the following diagram. The subsequent fall in reports of fever shows up clearly in the diagram.

Figure 5 reveals that the clinical malaria data showed an increase in January but levelled out in February, which can be attributed to the publication of information about the dengue fever outbreak. This was also followed by a reduction in March 2002.

**Entomological surveys**

An entomological survey conducted after the control interventions showed only the number of containers being reduced. In 1997, breeding sources include tyres, drums, tins, coconut shells and others such as tree holes and banana leaf axils. An increase in vehicle repair workshops has resulted in more harbours which provide an excellent breeding source for *Aedes* mosquito. In addition, the lack of dependable water supply has encouraged the use of an array of makeshift household water storage containers such as drums in Honiara. This resulted in the higher container index in 2002. However, the high container index (53.6%) did not correlate with the low Breteau index (18%, below the WHO standard threshold of 20%). The explanation could be that there is an increase in truck tyres and drums but not containers in individual residential houses (see table below).

L'absence d'*Aedes aegypti* ressort du tableau ci-dessus. Seul *Aedes albopictus* a été identifié. Parmi les espèces figurant dans la colonne "Autres", il s'agissait essentiellement de *Culex*, mais aucune autre identification n'a été réalisée. L'étude a confirmé les résultats d'une étude précédente réalisée par Thornly et al. en 1997. Il en ressort qu'en l'absence d'*Aedes aegypti*, c'est *Aedes albopictus* qui est probablement le vecteur des flambées épidémiques de dengue qui ont éclaté récemment aux Îles Salomon. Cette espèce de moustique est généralement considérée comme un vecteur secondaire, mais il est abondant aux Îles Salomon et capable de provoquer des flambées de dengue de moindre importance.

**Conséquences**

Étant donné que le paludisme est endémique et que les tableaux cliniques de la dengue et du paludisme sont très proches, il est impossible de se fier aux rapports du personnel infirmier notifiant des diagnostics de dengue. Cela a posé un énorme problème à l'équipe chargée de la surveillance de la dengue. Celle-ci a donc dû utiliser certains indicateurs pour déterminer l'efficacité des mesures de lutte.

Le plan d'intervention contre la dengue a été mis en œuvre en février 2002 après qu'une recrudescence des cas de dengue eut été signalée, comme le montre le diagramme ci-dessous. On y observe une baisse importante des notifications de dengue à compter du déclenchement de la riposte.

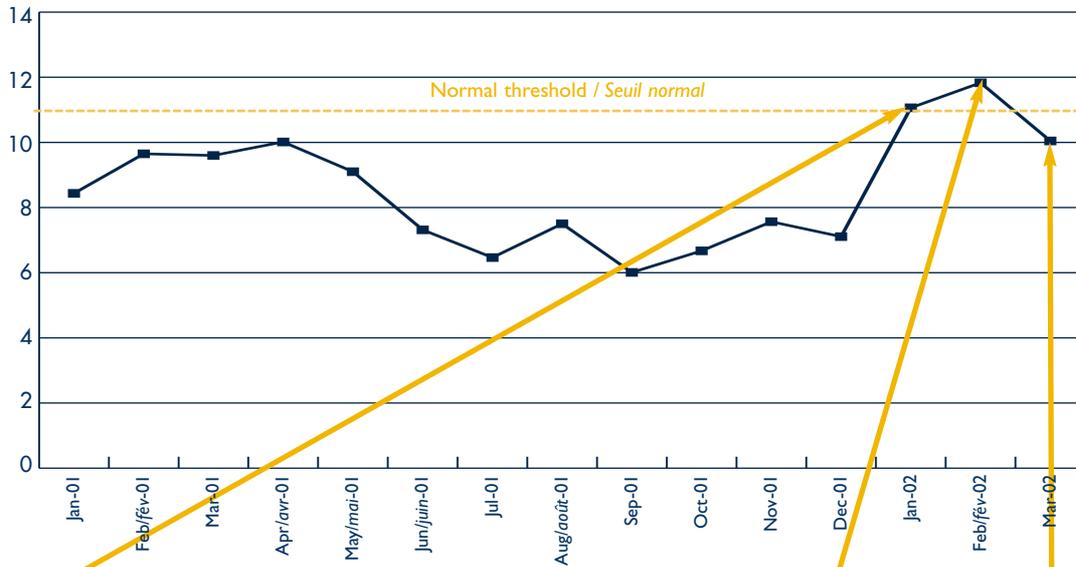
Il ressort du graphique que des données cliniques concernant les cas de paludisme de la figure 5 une augmentation en janvier suivie d'un plateau en février que l'on peut attribuer à la diffusion d'informations concernant la flambée épidémique de dengue. Une diminution des cas a également été observée en mars 2002.

**Enquêtes entomologiques**

Il ressort d'une enquête entomologique réalisée après les interventions menées contre la dengue que le nombre de récipients pouvant contenir des larves a diminué. En 1997, les pneus, barils, boîtes de conserve, coques de noix de coco ou encore les creux dans les arbres et les aisselles de feuilles de bananier figuraient parmi les gîtes larvaires. Le nombre d'ateliers de réparation des véhicules ayant augmenté, il en a résulté une augmentation des gîtes de larves d'*Aedes*. En outre, l'irrégularité de l'alimentation en eau a poussé les ménages à utiliser toute une gamme de récipients pour stocker l'eau, tels que des barils à Honiara. Il en a résulté une augmentation de l'indice des conteneurs en 2002. Toutefois, cet indice élevé (53,6%) ne correspondait pas au faible indice établi par Breteau (18%, inférieur à la norme de l'OMS fixée à 20%). Ce phénomène



**Figure 3: Fever data / Données concernant les cas de fièvre**  
**Incidence rate total fever / Taux d'incidence des cas de fièvre**



**A** Increased incidence rate for fever in Honiara City Council / Augmentation du taux d'incidence des cas de fièvre au Conseil de la ville d'Honiara

**B** Intervention control activities begin / Début des interventions contre la dengue

**C** Fever incidence rate falls to normal value / Retour au taux d'incidence normal de la dengue

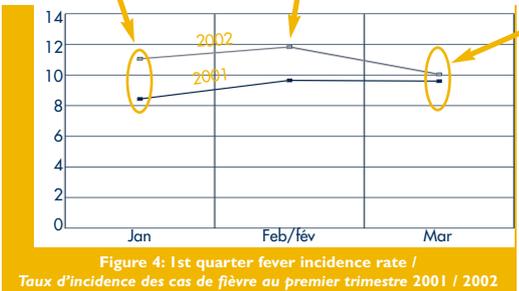
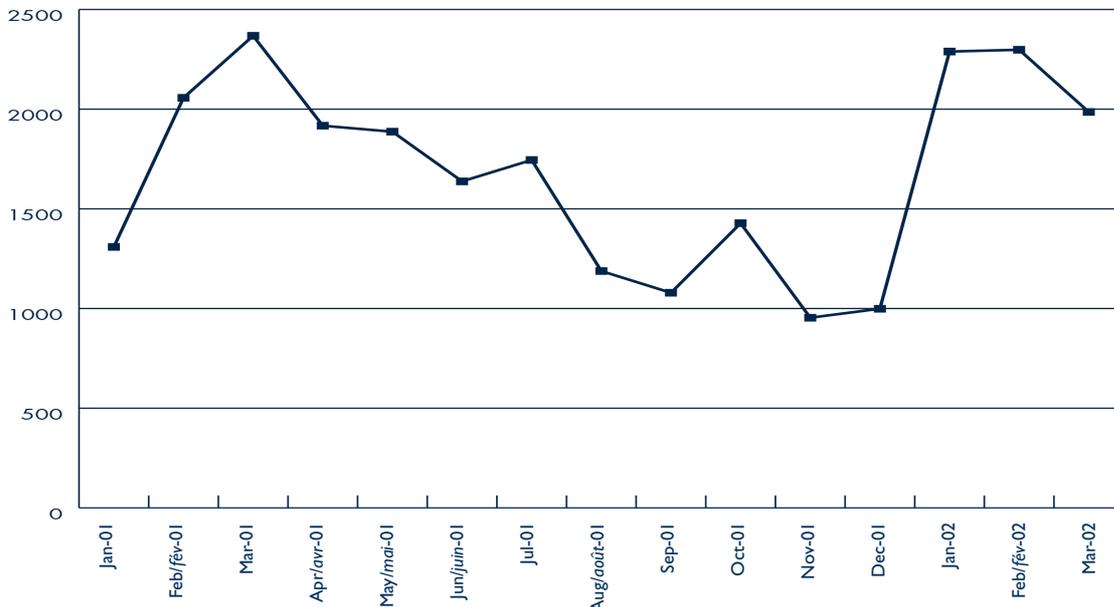
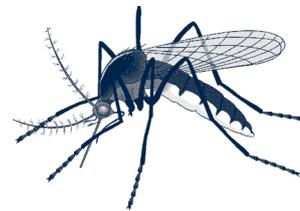


Figure 4: 1st quarter fever incidence rate / Taux d'incidence des cas de fièvre au premier trimestre 2001 / 2002

**Figure 5: Malaria data (Honiara City Council)**  
**Données concernant le paludisme (Conseil de la ville d'Honiara)**





	1997 (%)	2002 after intervention (%) 2002 après interventions (%)
Breteau index / Indice Breteau	29.2	18.0
Container index / Indice récipient	27.0	53.6

Figure 6 showed details of container index by locality. In 2002, all localities had an index of more than 5% (WHO standard threshold), indicating sensitivity to dengue transmission. In 1997, some of the localities registered 0%. Due to the fact that breeding sources are tyres and drums from vehicle repair workshops and some residual houses, the two-day clean-up campaign conducted was not enough, and it may be that workshop owners did not participate in the clean-up campaign.

The average Breteau index (Figure 7) indicated that Honiara is not very sensitive to dengue transmission. Although contrary to what is indicated by the high container index, this may be due to fact that the majority of residential homes are free of containers. The container index increase is due to the increase in the number of workshops that harbour tyres and unused trucks and other water collecting rubbish within their vicinity.

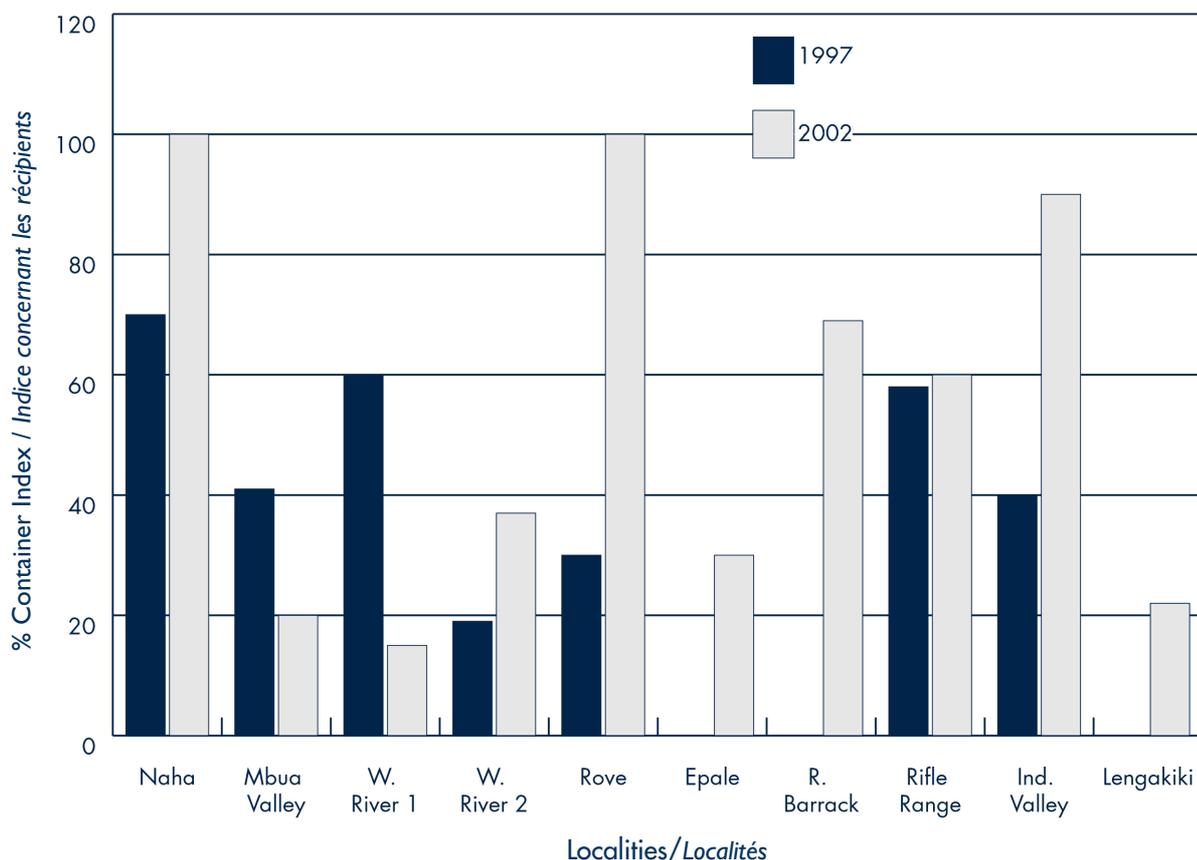
pourrait s'expliquer par une augmentation des pneus de camion et de barils parce que le nombre de récipients conservés dans les ménages n'a pas, lui, augmenté (voir tableau ci-dessus).

La figure 6 fait apparaître une ventilation de l'indice concernant le nombre de récipients par localité. En 2002, toutes les localités présentaient un indice de plus de 5 pour cent (seuil établi par l'OMS), et donc une susceptibilité de transmission de la dengue, tandis qu'en 1997, ce taux était nul dans certaines de ces localités. Étant donné que l'on trouve les gîtes larvaires dans les pneus et les barils situés dans les ateliers de réparation de véhicules et parfois autour des maisons, la campagne de nettoyage qui a été menée pendant deux jours n'a pas suffi à éradiquer tous les gîtes. Il se peut d'ailleurs que les propriétaires des garages n'y aient pas participé.

Les données moyennes de l'indice Breteau (figure 7) indiquent qu'Honiara ne risque pas beaucoup de favoriser la transmission de la dengue. Bien que contraire à ce que semble indiquer l'indice élevé du nombre de récipients, cela peut être imputable au fait que ces récipients ont disparu des maisons particulières. La hausse de l'indice vient de l'augmentation du nombre d'ateliers où les pneus et les camions immobilisés, ainsi que d'autres objets, où l'eau stagne.

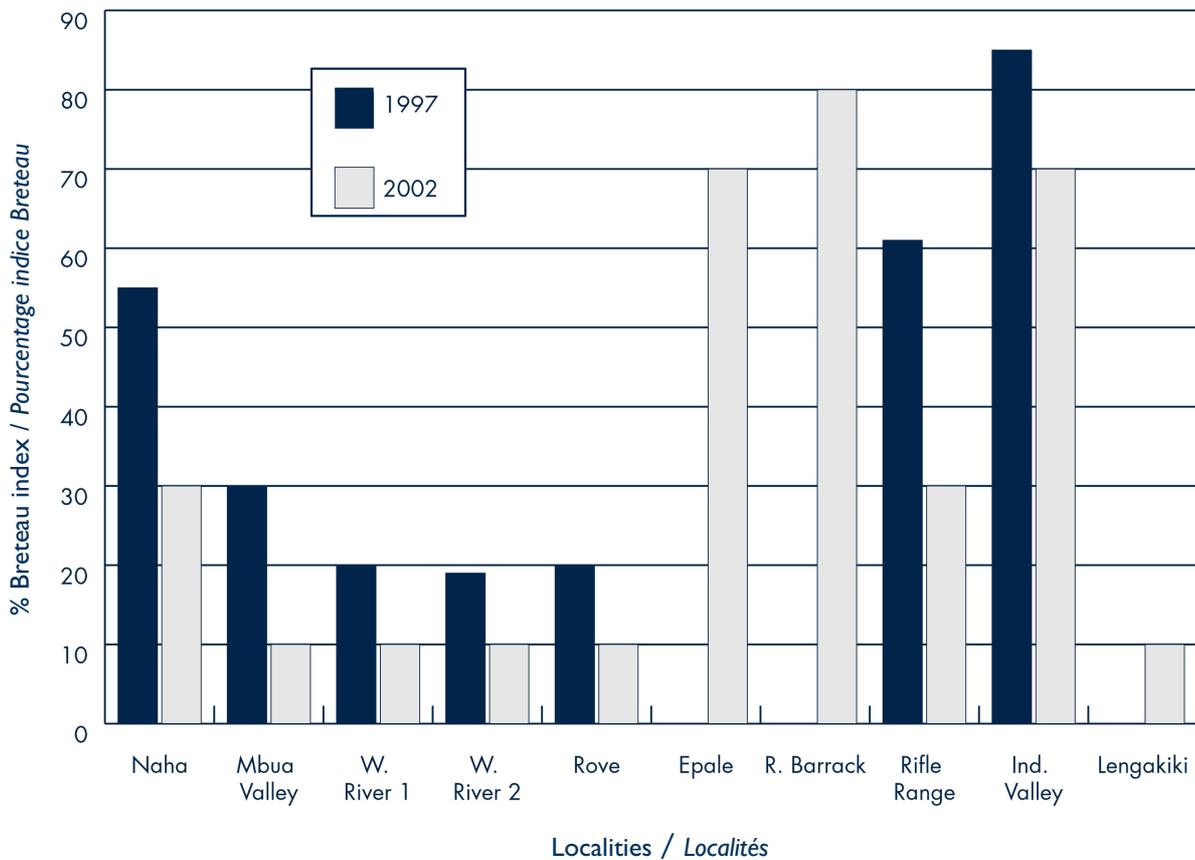
Dr Dennie Iniakwala

**Figure 6: Comparison of container index (1997 vs 2002)**  
**Comparaison de l'indice relatif aux récipients (1997 par rapport à 2002)**





**Figure 7: Comparison of Breteau index (1997 vs 2002)**  
**Comparaison de l'indice Breteau (1997 contre 2002)**



**Dr Dennie Iniakwala**  
 Undersecretary, Health Improvement  
 Ministry of Health and Medical Services  
 Honiara  
 Solomon Islands

**Andrew Darcy**  
 Head of Microbiology Laboratory  
 National Referral Hospital  
 Honiara  
 Solomon Islands

**Hugo Bugoro**  
 Principle Entomology Officer  
 Solomon Islands Malaria Training and Research Institute  
 Honiara  
 Solomon Islands

Sous-secrétaire, Amélioration de la santé publique  
 Ministère de la Santé et des services médicaux  
 Honiara  
 Îles Salomon

**Andrew Darcy**  
 Chef du laboratoire de microbiologie  
 Hôpital national  
 Honiara  
 Îles Salomon

**Hugo Bugoro**  
 Entomologiste principal  
 Institut de formation et de recherche sur le paludisme  
 des Îles Salomon (SIMTRI)  
 Honiara  
 Îles Salomon

## SHIGELLA FLEXNERI BLOODY MUCOID DIARRHOEA OUTBREAK ON THE ISLAND OF FUTUNA

In May 2000, a fairly large epidemic of bloody mucoid diarrhoea broke out on Futuna, putting the EpiNet National Team for the Territory of Wallis and Futuna on alert for the very first time. This outbreak, whose total number of suspected cases reached nearly 800 in late June 2002, affected some 16% of Futuna's population. It was the first time in several years that the island of Futuna was so hard hit by an acute diarrhoea outbreak. The outbreak gave us an opportunity to note not only the imperfections in our surveillance system but also how useful it is for a territory like Wallis and Futuna to have access to an EpiNet Team team and the support of a regional outbreak and response agency.

Traditionally, the months of April, May and June are rich in religious festivals which give rise to a large number of gatherings and custom meals open to all. In addition to these festivals, this year there were political meetings for the French legislative and presidential elections. What's more, the weeks preceding this outbreak were particularly humid. The first cases of bloody mucoid diarrhoea accompanied by fever were seen during exams at the hospital on Futuna on 29 April 2002 — that is, 24 hours after the Festival of St Pierre Chanel which brought a large part of the community together at the Poi Basilica (where St Pierre Chanel's sepulchre is located). Over the following week, about 100 suspected cases were recorded. As Futuna's Kaleveleve Hospital does not have a laboratory capable of properly handling stool samples, doctors did not request any faecal cultures or parasite tests during the first week. The blood tests which were sent to the laboratory at Sia Hospital on Wallis basically showed increased C-reactive protein levels of 150 mg/l accompanied by leukocytosis. The large majority of cases came from Taoa and Ono, two villages in the Kingdom of Alo.

At the end of the following week, given the rapid increase in the number of cases following the Ascension holiday and the pilgrimage in honour of the relics of St Theresa, Futuna's EpiNet member Dr Gwenaël Roualen contacted me by telephone to explain the situation. It was then decided to send a few bloody mucoid stool samples to Wallis to try to identify the causal agent. At first, the parasite tests on three of the five stool samples proved positive for *Entamoeba histolytica* cysts without any vegetative forms of *Entamoeba histolytica histolytica*, but the next day, the bacteriological culture revealed the presence of *Shigella flexneri* in all five samples. A study on the pathogen's sensitivity to antibiotics revealed the presence of a penicillinase which rendered the use of amoxicilline ineffective. As Bactrim proved to be active, it was chosen as the preferred treatment. Nearly 300 suspected cases had been recorded by then and the outbreak was no longer confined to two villages but had spread throughout the island.

## ÉPIDÉMIE DE DIARRHÉES GLAIRO-SANGLANTES À SHIGELLA FLEXNERI SUR L'ÎLE DE FUTUNA

Une importante épidémie de diarrhées glairo-sanglantes fébriles s'est déclarée à Futuna au mois de mai 2002 mettant en alerte pour la première fois l'équipe EpiNet du territoire des îles Wallis et Futuna. Cette épidémie, dont le nombre de cas suspects total s'élevait à près de 800 à la fin du mois de juin 2002, aura touché près de 16 % de la population futunienne. C'est la première fois depuis plusieurs années que l'île de Futuna subit de plein fouet un tel épisode aigu de diarrhées. À cette occasion, nous avons pu prendre conscience des imperfections de notre système de surveillance mais aussi de l'utilité pour un territoire comme Wallis et Futuna de disposer d'une équipe EpiNet et surtout d'un organisme régional de surveillance des épidémies et d'intervention.

Les mois d'avril, mai et juin sont traditionnellement riches en fêtes religieuses propices à de nombreux rassemblements et repas coutumiers populaires. À ces fêtes religieuses, se sont rajoutées cette année les réunions politiques pour les élections présidentielles et législatives françaises. De plus, les semaines qui ont précédé l'épidémie ont été particulièrement humides.

Les premiers cas de diarrhées glairo-sanglantes fébriles ont été vus en consultation à l'hôpital de Futuna le 29 avril 2002 soit vingt-quatre heures après la fête de St Pierre Chanel qui a rassemblé à la basilique de Poi (lieu de sépulture de St Pierre Chanel) une grande partie de la population. Dans la semaine qui a suivi, une centaine de cas suspects ont été enregistrés. L'hôpital de Kaleveleve à Futuna ne disposant pas de laboratoire pouvant prendre en charge correctement les prélèvements de selles, aucune coproculture ni examen parasitologique des selles ne furent demandés par les médecins la première semaine. Les prélèvements sanguins envoyés au laboratoire de l'hôpital de Sia à Wallis montraient essentiellement une élévation de la Protéine C-Réactive à 150 mg/l ainsi qu'une hyperleucocytose. La très grande majorité des cas provenaient de deux villages du royaume d'Alo : Taoa et Ono.

En fin de semaine suivante, devant l'amplification du phénomène consécutive à la fête de l'Ascension puis au pèlerinage en l'honneur des reliques de Ste Thérèse, le Dr Gwenaël Roualen membre EpiNet de Futuna me contacte par téléphone pour m'exposer la situation. Il est alors décidé d'envoyer sur Wallis quelques prélèvements de selles glairo-sanglantes afin de tenter d'identifier l'agent causal. Dans un premier temps, trois selles sur cinq ont montré à l'examen parasitologique la présence de kystes d'*Entamoeba histolytica* sans formes végétatives d'*Entamoeba histolytica histolytica* ; mais le lendemain la culture bactérienne a révélé la présence de *Shigella flexneri* dans les cinq prélèvements. L'étude de la sensibilité du germe aux antibiotiques révèle la présence d'une pénicillinase rendant inefficace l'utilisation de l'amoxicilline. Le Bactrim se révélant actif, il fut choisi comme

So, three weeks into the epidemic, I went to Futuna, both to confirm the presence of *Shigella flexneri*, as this pathogen does not support a prolonged stay in the stools due to acidification, and to set up, with Dr Roualen's help, an investigation, which, at that stage, would largely be retrospective. The coprocultures conducted on site once again revealed the presence of *Shigella flexneri*, and the antibiotic sensitivity study still showed a resistance to amoxicilline and a sensitivity to both Bactrium and fluoroquinolones. However, for economic reasons, Bactrium remained the first-choice treatment.

Given the size of the outbreak, which, by late May, had affected some 10% of the total population and was causing our Bactrium stocks to diminish rapidly, we contacted Dr Tom Kiedrzyński to get some advice on how to set up an epidemiological investigation. Since there is no access to Internet on Futuna at the present time, we asked him to conduct bibliographical research on treating bloody mucoid diarrhoea with fluoroquinolones so as to find an alternative treatment in case the Bactrium supplies ran out.

A report highlighting the basic food hygiene measures to be followed was televised to raise awareness in the community.

For the epidemiological investigation, we worked with the core health team at Futuna's Kaleveve Hospital on reviewing all the cases of diarrhoea which had been seen during hospital visits since the beginning of the year, in order to be able to confirm the epidemic and present a possible transmission scenario (see Figure 1). Given the Prevention and Hygiene Services' limited human resources and infrastructure, we had to decide against a 'case control' study and simply opted for weekly surveillance of the outbreak's evolution. The outbreak slowly decreased in size in June but, there were still a few recontamination peaks.

*traitement de choix. À ce stade, près de 300 cas suspects ont été enregistrés et l'épidémie n'est plus uniquement confinée à deux villages mais s'est répandue sur toute l'île.*

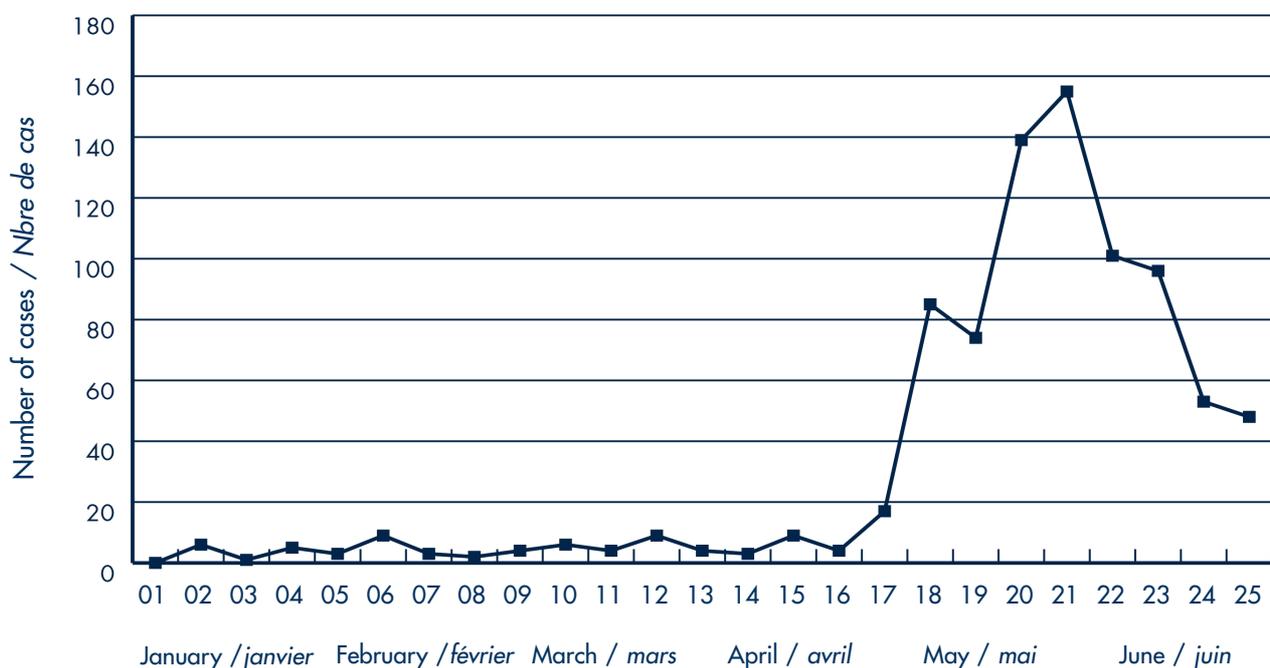
*C'est donc après trois semaines d'épidémie que je pars sur Futuna. Le but de ma visite est, non seulement de confirmer la présence de *Shigella flexneri*, ce germe ne supportant pas un séjour prolongé dans les selles du fait de l'acidification, mais aussi de mettre en place avec le Dr Roualen une enquête qui, à ce stade de l'épidémie, sera surtout rétrospective. Les coprocultures effectuées sur place mettent de nouveau en évidence la présence de *Shigella flexneri*, et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques montre toujours une résistance à l'amoxicilline et une sensibilité au Bactrim, ainsi qu'aux fluoroquinolones. Toutefois, pour des raisons économiques, le Bactrim reste le traitement de première intention.*

*Devant l'ampleur de l'épidémie, qui touche à la fin du mois de mai 10 % de la population totale et qui voit nos stocks de Bactrim diminuer rapidement, nous prenons contact avec le Dr Tom Kiedrzyński pour nous conseiller dans la mise en place de l'enquête épidémiologique. L'accès à internet n'étant pas possible à ce moment sur l'île de Futuna, le Dr Kiedrzyński effectue à notre demande une recherche bibliographique sur le traitement des diarrhées glairo-sanglantes par les fluoroquinolones, afin de trouver un traitement alternatif en cas de rupture de stock du Bactrim.*

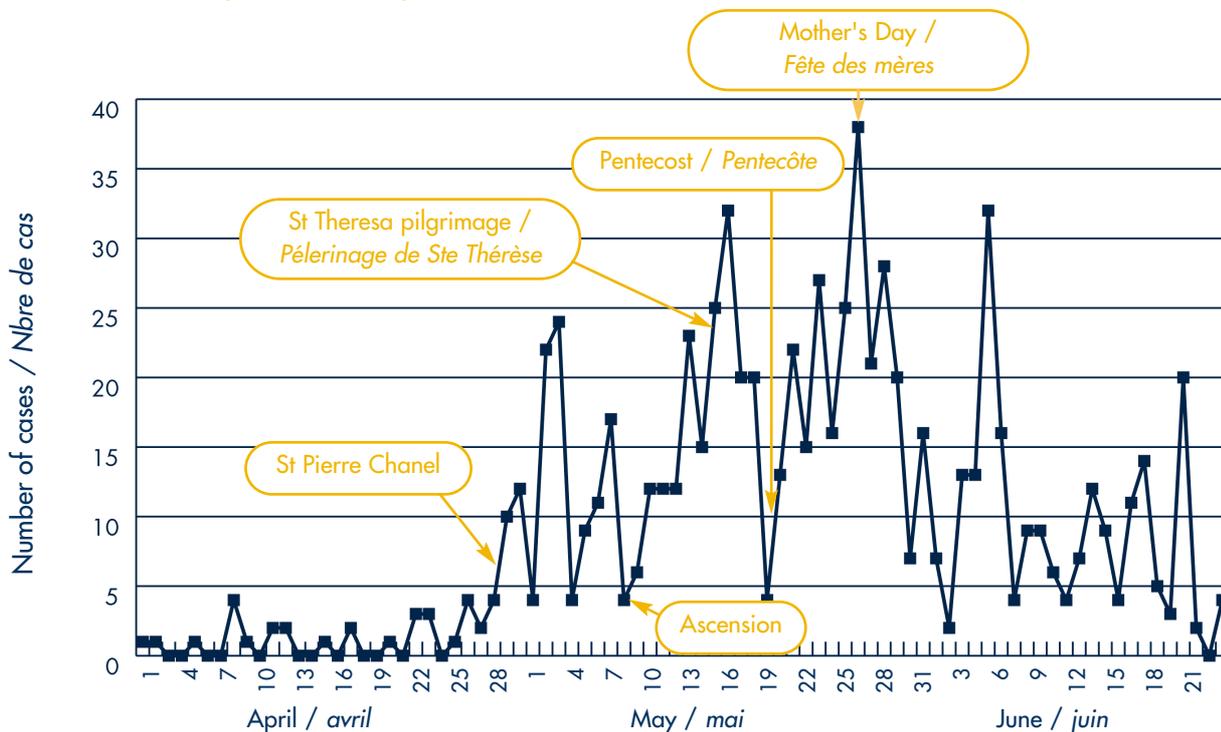
*Un reportage télévisé insistant sur les mesures d'hygiène alimentaire de base à respecter est diffusé afin de sensibiliser la population.*

*Pour l'enquête épidémiologique, avec l'équipe sanitaire de base de l'hôpital de Kaleveve de Futuna, nous re prenons l'ensemble des cas de diarrhées vus en consultation à l'hôpital depuis le début de l'année afin de pouvoir affirmer l'épidémie*

**Figure 1: Weekly record of cases of diarrhoea on Futuna**  
**Relevé hebdomadaire des diarrhées à Futuna**



**Figure 2: Daily reports on the diarrhoea epidemic**  
**Relevé quotidien de l'épidémie de diarrhées**



As at 23 June, a total of 754 suspected cases has been recorded, 34 people had been hospitalised (including 11 children under the age of 10 and 11 adults over the age of 60). There were no deaths. A retrospective study involving questioning all the patients so as to classify the cases as either suspected (=diarrhoea) or probable (bloody mucoid diarrhoea) is now under way.

In conclusion, the absence in the Territory of any surveillance based on weekly reports from all medical care facilities which would then be submitted to a central location kept us from getting any early warning of a rise in the number of cases involving bloody mucoid diarrhoea with fever, and we only learned about the outbreak at the end of the second week from the EpiNet National Team member physician. On the other hand, the responsiveness of the EpiNet National Team, once the causal agent had been identified, and the regional support given by the SPC's Public Health Surveillance and Communicable Diseases Control Section made it possible to:

- ✓ recommend that Bactrim be used as the treatment of choice and to plan an alternative treatment if stocks should run out;
- ✓ implement daily monitoring<sup>1</sup> of cases of diarrhoea;
- ✓ raise awareness in the community through use of the media.

et émettre une hypothèse sur le mode de transmission (voir les figures 1 et 2). Devant la faiblesse des moyens humains et de l'infrastructure du service d'hygiène et de prévention, nous renonçons à une enquête "cas/témoin"; nous décidons simplement de surveiller de façon hebdomadaire l'évolution de l'épidémie qui décroît lentement au mois de juin mais avec quelques pics de recontamination malgré tout.

Au total, au 23 juin, 754 cas suspects auront été enregistrés, 34 personnes auront été hospitalisées (dont 11 enfants de moins de 10 ans et 11 adultes de plus de 60 ans) et aucun décès n'est à déplorer. Une étude rétrospective avec interrogatoire de tous les patients afin de faire une classification en cas suspects (= diarrhée) et cas probables (diarrhées glairo-sanglantes) est en cours de réalisation.

En conclusion, l'absence de surveillance sur le territoire des grands syndromes par un relevé hebdomadaire dans chaque lieu de consultation puis centralisé nous a empêché de détecter suffisamment tôt la flambée de diarrhées glairo-sanglantes fébriles; celle-ci n'a été soulevée qu'à la fin de la deuxième semaine par le médecin membre de l'équipe EpiNet. Par contre, une fois l'agent causal identifié, la réactivité de l'équipe EpiNet et le support régional apporté par la section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles de la CPS ont permis :

- ✓ de préconiser l'utilisation du Bactrim en première intention et de prévoir un traitement alternatif en cas de rupture de stock,
- ✓ de mettre en place un suivi quotidien<sup>1</sup> des cas de diarrhées,
- ✓ de sensibiliser la population par les médias.

1. In order to monitor a bacillary dysentery outbreak and theorise on possible transmission modes, daily monitoring (as in Figure 2) is the most appropriate approach, given the short incubation time for bacillary dysentery in general, i.e. 1 to 3 days.

1. Pour suivre une épidémie de dysenterie bacillaire et émettre des hypothèses sur le ou les mode(s) de transmission, le suivi quotidien (comme sur la figure 2) est plus approprié vu la courte durée d'incubation des dysenteries bacillaires en général (1 à 3 jours).

## Isolating *Shigella* under everyday working conditions at the Wallis and Futuna laboratory

Under normal working conditions, the Health Agency isolates *Shigella* using a Hektoen culture medium. Suspicious colonies are, then, lactose (-) —that is, green, bluish or clear without a black centre. For suspicious

colonies, we test for cytochrome oxidase using the disk sensitivity method, for urease with a urea-indole broth, a fresh stool exam for mobility (*Shigella* are oxidase (-), urea (-) and immobile). Once those various characteristics have been identified, we conduct a biochemical identification test and re-isolation on a lactose agar with bromocresol purple. The next day, if the existence of *Shigella* is confirmed (LDC (-) and absence of glucose gas), the *Shigella* are serotyped using *Shigella* agglutinating anti-serums (Bio Rad,) and an antibiogram is seeded. Penicillinase research is also conducted using the Cefinase disk method so as to determine the best treatment.

The experience we gained during this outbreak led us to note the following points:

- ✓ The imbalance in faecal flora, demonstrated by the Gram stain, was relative stable but not as clearly as described in the literature; on average: 80% Gram (-) bacteria; 10% Gram (+) bacteria and 10% Gram (+) cocci.
- ✓ Suspicious colonies were not dominant on the culture media, but this was probably due to the delays in sending the stool samples (*Shigella* is sensitive to stool acidification).
- ✓ Two types of selective media were used. At first, we used Hektoen media on which *Shigella flexneri* colonies did indeed appear dark green. As we ran out of Hektoen media we then had to use SS culture media (which we normally use to test for *Salmonella* after enrichment) as we ran out of Hektoen media. On the SS media, *Shigella* colonies (theoretically clear with no black centre) were much more difficult to see, and if we had not suspected a *Shigella flexneri* outbreak, we might have had a lot more difficulty in discovering the germ.
- ✓ The profiles from the biochemical identification tests **associated with the *Shigella* agglutinating anti-serums** made it possible to get a positive identification.
- ✓ Finally, the first stool samples analysed were sent to us more than 24 hours after collection, and so it was not easy to prove the existence of *Shigella flexneri*. However, as **'bloody mucoid stools are always pathological'**, we persevered in testing for the causal agent and were finally able to identify the germ responsible for the outbreak.

**Wallis and Futuna laboratory: Mme Helena Malivoa, lab technician, using a haemoculture to seed a culture medium**

**Laboratoire de Wallis & Futuna : Mme Helena Malivoa, technicienne de laboratoire, ensemençant un milieu de culture à partir d'une hémoculture**



## Isolement des *Shigella* en pratique quotidienne au laboratoire de Wallis & Futuna

En pratique courante, l'isolement des *Shigella* se fait au laboratoire de l'Agence de Santé sur milieu Hektoen. Les colonies suspectes sont alors lactose (-), c'est à dire vertes, bleuâtres ou incolores sans centre noir. Sur les colonies suspectes, nous pratiquons une recherche de la cytochrome oxydase par la méthode des disques, de l'uréase à l'aide d'un bouillon urée-indole, un état frais pour étude de la mobilité [les *Shigella* sont oxydase (-), urée (-) et immobiles]. Lorsque ces différents caractères sont réunis, nous faisons une galerie d'identification biochimique et un réisolement sur une gélose lactosée au bromocrésol pourpre. Le lendemain, si la présomption de *Shigella* se confirme [LDC (-) et absence de gaz en glucose], un sérotypage des *Shigella* est effectué à l'aide de sérums agglutinants anti-*Shigella* (Bio Rad) et un antibiogramme est ensemencé. Une recherche de pénicillinase à l'aide d'un disque de céfinase est également pratiquée pour orienter le traitement.

L'expérience que nous avons vécue au cours de l'épidémie nous amène à plusieurs constats :

- ✓ Le déséquilibre de la flore fécale, mis en évidence à la coloration de Gram, était relativement constant mais pas de façon aussi franche comme peut le décrire la littérature ; en moyenne : 80 % de bactéries à Gram (-), 10 % de bacilles à Gram (+) et 10 % de cocci à Gram (+).
- ✓ Sur les milieux de culture, les colonies suspectes n'étaient pas majoritaires, ceci étant probablement dû aux délais de transmission des selles (*Shigella* est sensible à l'acidification des selles).
- ✓ Deux types de milieux sélectifs ont été utilisés : dans un premier temps le milieu Hektoen où les colonies de *Shigella flexneri* apparaissaient bien vertes foncées, puis ensuite nous avons été obligés d'utiliser le milieu SS (que nous utilisons habituellement comme milieu pour la recherche des *Salmonella* après enrichissement) du fait d'une rupture de stock en milieu Hektoen. Sur le milieu SS, les colonies de *Shigella* (théoriquement incolores sans centre noir) sont beaucoup plus difficiles à repérer, et sans la notion d'épidémie à *Shigella flexneri*, nous aurions peut être eu plus de difficultés à mettre le germe en évidence.
- ✓ Les profils issus des galeries biochimiques d'identification **associés aux sérums agglutinants anti-*Shigella*** nous ont permis de poser une identification certaine.
- ✓ Enfin, les premières selles analysées nous ayant été transmises plus de vingt-quatre heures après leur émission, la mise en évidence de *Shigella flexneri* n'a pas été facile. Mais, **"une selle glairo-sanglante étant toujours pathologique"**, nous avons persévéré dans la recherche de l'agent causal pour arriver finalement à l'identification du germe responsable.

**Dr Jean-François Yvon, Biologiste,  
Wallis and Futuna Health Agency**

**Dr Jean-François Yvon, Biologiste  
Agence de Santé des îles Wallis et Futuna**

# THE PPHSN AND THE HEALTH SECTOR REFORM AGENDA FROM SAMOA'S HEALTH SECTOR REFORM PERSPECTIVE AS PER STRATEGIC OBJECTIVES

# LE ROSSP ET LE PROGRAMME DE RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ DU SAMOA : PERSPECTIVES COMPTE TENU DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES

## Introduction

This document was produced to serve as a background paper for Dr M. Nuualofa Tuuau Potoi's 'Brief on Health Sector Reforms and PPHSN's Plan of Action', at the 8th PPHSN-CB meeting, 24–26 July 2002.

It is based on the reform agenda as outlined in the Government of Samoa's Health Sector Strategic Plan 1998–2003, but it can also be applied more broadly to reforms that are ongoing in many other countries in the region.



**M. Nuualofa Tuuau Potoi**

## Introduction

Le document reproduit ici est celui dont s'est servi le Dr M. Nuualofa Tuuau Potoi pour présenter la réforme du secteur de la santé et ses rapports avec le plan d'action du ROSSP à la huitième réunion du Groupe de coordination du ROSSP qui s'est tenue à Nouméa du 24 au 26 juillet 2002.

Il s'appuie sur le programme de réformes exposé dans le plan stratégique du secteur de la santé pour 1998–2003, élaboré par le gouvernement samoan, mais il peut s'appliquer de manière plus large aux réformes en cours dans de nombreux autres pays de la région.

There are several strategic objectives of the Samoa Health Sector Reform agenda in which the PPHSN Plan of Action could fit. These are:

1. To provide health services to improve, promote and protect health;
2. To improve the quality of health services;
3. To ensure the communities' access to safe, appropriate and affordable treatment options;
4. To provide sustainable and well-coordinated health programs according to health sector goals and objectives;
5. To improve the quality of advice to Government on health sector funding, policy, regulation, legislation and management;
6. To build the capacity of health sector managers to effectively and efficiently manage health services; and
7. To train and develop the health work force to ensure sustainability of quality health services<sup>1</sup>.

### 1) To provide health services to improve, promote and protect health

There has been a shift in emphasis from curative to preventive health services. The PPHSN has the potential to be instrumental as a public health surveillance tool to provide and share information with colleagues in the region about relevant epidemiological data, clinical experiences and current emerging issues. In this way,

Le programme de réforme du secteur samoan de la santé prévoit plusieurs objectifs qui cadrent avec le plan d'action du ROSSP, à savoir :

1. offrir des services de santé pour améliorer, promouvoir et protéger la santé;
2. améliorer la qualité des services de santé;
3. assurer l'accès à des traitements sans danger, appropriés et d'un coût abordable;
4. offrir des programmes de santé durables et bien coordonnés, conformes aux buts et objectifs assignés au secteur de la santé;
5. améliorer la qualité des conseils donnés aux pouvoirs publics concernant le financement, les politiques, la réglementation, la législation et la gestion de ce secteur;
6. donner aux responsables du secteur de la santé les moyens de gérer efficacement et avec efficacité les services de santé; et
7. former le corps médical et lui permettre de se perfectionner pour offrir des services de santé durables et de qualité<sup>1</sup>.

### 1) Offrir des services de santé pour améliorer, promouvoir et protéger la santé

Les services de santé préventifs gagnent en importance par rapport aux services curatifs. Le ROSSP, en tant qu'instrument de surveillance de la santé publique, peut grandement contribuer à la diffusion des données épidémiologiques, d'observations cliniques et

1. Government of Samoa, Health Sector Strategic Plan 1998–2003, p.11

1. Gouvernement du Samoa, Plan stratégique du secteur de la santé 1998–2003, p. 11.

member countries can use information provided through the network to be proactive with preventive efforts, including immunisations, public health campaigns, and preventive strategies for re-emerging infectious diseases. Members of the network can share information about successful health promotion strategies.

**2) To improve the quality of health services**

Resources in the PPHSN such as the established PacNet (and when further developed in the future, LabNet and EpiNet) can contribute to improved regional and national communication, surveillance and responses to communicable diseases. This could be broadened to non-communicable diseases as currently envisaged as an additional priority to the PPHSN's TORs and as outlined in a brief prepared for Dr Potoi entitled 'Inclusion of NCDs into the PPHSN'.

LabNet can provide capacity for laboratory testing through shared services, thereby maximising the use of limited resources in the region. The PPHSN Outbreak Surveillance and Response Guidelines are currently in draft form and, once implemented, will hopefully improve the quality of surveillance and response to outbreaks in the region. Improved surveillance, laboratory services and public health response have a direct impact on the quality of health services provided, as long as the appropriate management processes are in place.

**3) To ensure the communities' access to safe, appropriate and affordable treatment options**

Sharing of information, guidelines, expertise and resources under the framework of the PPHSN allows greater parity of access to quality care across the region.

**4) To provide sustainable and well-coordinated health programs according to health sector goals and objectives**

Health sector priorities are now shifting from communicable diseases towards non-communicable diseases, as they are the most common cause of death and morbidity and are showing an upward trend in prevalence and incidence. NCDs now consume a large proportion of the health care budget and this trend is increasing. It is well recognised that this trend will increase further unless prevention is emphasised. The PPHSN could enhance communication, coordination and collaboration on NCD programs as well as CD programs.

**5) To improve the quality of advice to Government on health sector funding, policy, regulation, legislation and management**

Quality advice depends upon quality information, which is enhanced by the information and communications technology (ICT) offered by the PPHSN. The PPHSN aims to provide relevant and useful information to the right people at the right time. Policies, regulations, legislation and management strategies need not be developed in isolation; many countries in the region will share similar

*d'informations à propos de questions qui se font jour. De cette manière, les pays membres peuvent exploiter les informations qui leur parviennent par le réseau pour agir avec anticipation en prenant des mesures préventives, notamment en menant des campagnes de vaccination et de santé publique, et élaborer des stratégies visant à prévenir la réapparition de maladies infectieuses. Les membres du réseau peuvent s'informer mutuellement au sujet des stratégies de promotion de la santé qui donnent de bons résultats.*

**2) Améliorer la qualité des services de santé**

*Avec les moyens dont il dispose, le ROSSP, notamment par le biais de PACNET (et, lorsqu'ils seront bien établis, de LabNet et d'EpiNet), peut contribuer à améliorer la communication, la surveillance et les ripostes aux maladies transmissibles aux niveaux régional et national. On pourrait étendre ces activités aux maladies non transmissibles, ce qu'il est actuellement envisagé d'ajouter en tant que priorité supplémentaire dans le cahier des charges du ROSSP, possibilité déjà évoquée dans un document de réflexion établi pour le Dr Potoi, intitulé "Prise en compte des maladies non transmissibles par le ROSSP".*

*Le réseau LabNet offre les moyens de réaliser des tests en laboratoire en mettant à disposition les services de divers laboratoires, ce qui permet de maximiser l'emploi des ressources limitées de la région. En cours de rédaction, les plans directeurs du ROSSP concernant la surveillance des flambées épidémiques et les principes de riposte devraient, espère-t-on, améliorer la qualité de la surveillance des épidémies dans la région et des interventions destinées à les enrayer. L'amélioration de la surveillance, des services de laboratoire et des ripostes en santé publique ont une incidence directe sur la qualité des services de santé, pour autant que de bons mécanismes de gestion soient en place.*

**3) Assurer l'accès des populations à des traitements sans danger, appropriés et d'un coût abordable**

*La transmission des informations, des plans directeurs, la mise en commun des connaissances spécialisées et des ressources dans le cadre du ROSSP offrent des chances plus équitables d'accès à des soins de qualité dans la région.*

**4) Offrir des programmes de santé durables et bien coordonnés, conformes aux buts et aux objectifs assignés au secteur de la santé**

*En ce qui concerne les priorités du secteur de la santé, les maladies non transmissibles prennent le pas sur celles qui se transmettent, parce qu'elles sont la première cause de décès et de morbidité et que leur prévalence et leur incidence vont augmentant. Les dépenses imputables au traitement des maladies non transmissibles grèvent une grande partie du budget des soins de santé et cela ne fait qu'empirer. On sait que cette tendance se renforcera si on n'augmente pas la prévention. Le ROSSP est un moyen d'améliorer la communication, la coordination et la collaboration au profit de la lutte contre les maladies non transmissibles aussi bien que de celle contre les maladies transmissibles.*

policy needs and could share expertise, information and resources through the PPHSN. International Health Regulations (IHR) could be shared through the PPHSN.

**6) To build the capacity of health sector managers to effectively and efficiently manage health services**

The devolution of management responsibilities and budget control has been a central tenet of health care reform in Samoa, as in many other parts of the world. Clinician-led management is a current trend in health reform, whereby heads of clinical departments are given more autonomy over management of their own teams and budgets. This should, theoretically, lead to more efficient micro-level decision-making. The PPHSN would enable individual clinician-managers to make more informed health care and management decisions through communication and the establishment of collaborative networks.

**7) To train and develop the health work force to ensure sustainability of quality health services**

The PPHSN offers some training workshops and modules, conferences, and has the potential for distance education for health care workers in the region. For example, it offers workshops on basic and advanced public health surveillance, and the use of Epi Info 6 software. This will serve to improve local capacity for public health surveillance and response in the region.

**Conclusion**

Health care reform is an ongoing reality in Samoa, as elsewhere in the Pacific region and the rest of the world. From Samoa's Health Sector Reform perspective, PPHSN is currently contributing to the reform process. It has the potential for further contributions, depending on availability of resources and the implementation of its Plan of Action, and on the possible inclusion of NCDs into its scope of activities.

**M. Nuualofa Tuuau Potoi\* and  
Elize Gershater\*\*  
Samoa**

**5) Améliorer la qualité des conseils donnés aux pouvoirs publics concernant le financement, les politiques, la réglementation, la législation et la gestion du secteur de la santé**

*La qualité des conseils donnés passe par la qualité de l'information, elle-même favorisée par les techniques d'information et de communication qu'offre le ROSSP. Ce réseau permet de donner les bonnes informations aux bonnes personnes, au moment voulu. Il n'est pas nécessaire que chaque pays élabore seul ses propres politiques, réglementation, législation et stratégies de gestion dans ces domaines; de nombreux pays de la région partagent les mêmes besoins; ils pourraient donc mettre en commun leur expertise, l'information et les ressources dont ils disposent, par l'intermédiaire du ROSSP, tout comme ils pourraient s'informer au sujet du règlement sanitaire international par le réseau.*

**6) Donner aux responsables du secteur de la santé les moyens de gérer efficacement les services de santé**

*Comme dans beaucoup d'autres parties du monde, c'est un principe fondamental de la réforme du secteur de la santé au Samoa que de déléguer à celui-ci des responsabilités en matière de gestion et de budget. Il est de plus en plus courant dans ce domaine de confier la gestion à des cliniciens. Ainsi, les chefs de services cliniques bénéficient d'une plus grande autonomie quant à la gestion de leurs propres équipes et de leurs budgets, ce qui, en principe, devrait déboucher sur une prise de décision plus efficace au niveau micro-économique. Le ROSSP doit permettre à ces gestionnaires cliniciens de prendre des décisions plus avisées en matière de soins de santé et de gestion par le biais de la communication et de l'établissement de réseaux de collaboration.*

**7) Former le corps médical et lui permettre de se perfectionner, pour offrir des services de santé durables et de qualité**

*Le ROSSP offre des ateliers et des modules de formation, organise des conférences et donne la possibilité aux agents de santé de la région de suivre un enseignement à distance. Par exemple, il propose des cours élémentaires et de perfectionnement sur la surveillance de la santé publique, ainsi qu'une formation à l'utilisation du logiciel Epi Info 6. Les moyens de surveillance de la santé publique au niveau local et de riposte aux maladies dans la région pourront ainsi s'en trouver accrues.*

**Conclusion**

*La réforme des soins de santé est bien en cours au Samoa, comme ailleurs, en Océanie et dans le reste du monde. Du point de vue du secteur de la santé du Samoa, le ROSSP contribue actuellement à la réalisation de cette réforme. Ce réseau pourrait y contribuer encore davantage, si des ressources supplémentaires lui étaient allouées, son plan d'action mis en œuvre et si la surveillance des maladies non transmissibles entrait dans le champ de ses activités.*

**M. Nuualofa Tuuau Potoi\* et Elize Gershater\*\*  
Samoa**

\*Director Preventive Health in Samoa and member of the PPHSN-CB  
\*\*NCD Advisor in AusAID funded Samoa Health Project

## LABNET TECHNICAL WORKING BODY MEETS

## L'ORGANE DE TRAVAIL TECHNIQUE LABNET SE RÉUNIT



From left to right / De gauche à droite :  
Dr Tom Kiedrzyński, Dr Benoit Garin, Dr Yvan Souares, Dr Michael O'Leary

After starting up slowly, the PPHSN Public Health Laboratory Network has been boosted by the first LabNet Technical Working Body (TWB) meeting, in Noumea on 23 July 2002, the day before the 8<sup>th</sup> Coordinating Body (CB) meeting.

The participants were representatives from the Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC), WHO and SPC. The structure and progress of this meeting followed the plan of action drafted at the inaugural LabNet meeting in April 2000<sup>1</sup>.

The agenda included:

- ✓ official identification of LabNet labs by level;
- ✓ training needs;
- ✓ LabNet projects:
  - ✓ the evaluation of rapid diagnostic kits for dengue and leptospirosis,
  - ✓ organisation of a regional LabNet meeting;
- ✓ stockpiles of equipment and laboratory supplies;
- ✓ sustainability, especially financial arrangements in the short and longer terms;
- ✓ communication: use and distribution of PacNet-Lab, setting up the LabNet encrypted web site;
- ✓ coordination.

Participants also considered recommendations related to LabNet from the three EpiNet workshops held between December 2001 and March 2002.

Après des débuts un peu lents, le réseau de laboratoires de santé publique du ROSSP vient d'être relancé par la première réunion de l'Organe de travail technique (OTT) de LabNet, qui s'est tenue le 23 juillet à Nouméa, un jour avant la huitième réunion du Groupe de coordination (GC) du ROSSP.

Les participants étaient des représentants de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC), de l'OMS et de la CPS. L'organisation et le déroulement de cette réunion ont suivi le plan d'action qui avait été rédigé lors de la réunion inaugurale de LabNet en avril 2000<sup>1</sup>.

Les points suivants figuraient à l'ordre du jour:

- ✓ La désignation officielle des laboratoires LabNet par niveau ;
- ✓ Les besoins de formation ;
- ✓ Deux projets LabNet :
  - ✓ L'évaluation des nécessaires de diagnostic rapide pour la dengue et la leptospirose,
  - ✓ L'organisation d'une réunion régionale LabNet ;
- ✓ La constitution de stocks d'équipement et de fournitures de laboratoire ;
- ✓ La pérennité, en particulier, les arrangements financiers à court et à long terme ;
- ✓ La communication: l'utilisation et diffusion de PacNet-Lab, la mise en place du site Web de LabNet crypté ;
- ✓ La coordination.

Les participants ont examiné également les recommandations liées à LabNet émanant des trois ateliers d'EpiNet qui se sont déroulés de décembre 2001 à mars 2002.

1. SPC/WHO Inaugural Meeting of the PPHSN Public Health Laboratory Network (2000: Noumea, New Caledonia) Report. Noumea: SPC, 2001. p15.

1. CPS/OMS. Réunion Inaugurale du Réseau de Laboratoires de Santé Publique du ROSSP (2000: Nouméa, Nouvelle-Calédonie) Rapport de Conférence. Nouméa: CPS, 2001.p15.

A brief of the discussions was subsequently presented to the ACB members in the course of the 8<sup>th</sup> CB meeting. Issues that were especially discussed are detailed below.

### Definition of a L1 lab

**TWB** members suggested, and CB members further agreed, that any existing laboratory in the Pacific Islands that provides public services will be considered a LabNet L1 lab. For official network communication and coordination, each laboratory's designated member of the EpiNet National Team will be the L1 National Focal Point. All LabNet official communications (such as placing requests for L2 further testing, ordering rapid diagnostic kits and/or other lab supplies) should be channelled through these L1 National Focal Points.

### Stockpiling of diagnostic kits and laboratory supplies

**CB** members agreed that, in order to avoid stock management problems, especially those related to expiry date, diagnostic kits should NOT be stocked in different locations in the region. It was suggested by TWB and further agreed by CB members that diagnostic kits should remain with the suppliers, who maintain 'fresh' stocks and have good distribution networks in the PPHSN core member countries. PPHSN-CB should, through the TWB, establish a proper agreement with the suppliers, allowing for last-minute orders and urgent delivery to L1 National Focal Points and/or laboratories if appropriate.

Laboratory supplies — such as vials, sampling tubes, transport media and materials, etc. — will be stocked in WHO offices throughout the region and at the Guam Public Health Laboratory. These are the most strategic locations for easy and rapid dispatching, and this arrangement will simplify stock management.

A letter will be dispatched to commercial airlines asking for clarification regarding their understanding of the air shipment of biological samples in the case of the PPHSN operations.

### Sustainability

The CB members agreed in principle that a revolving fund should be established to assist regions in providing rapid response to outbreaks. This revolving fund will be comprised of contributions from the PPHSN core member countries and from other PPHSN partners.

The process could start with an initial capitalisation for one year. The use of the funds will be revised at least annually. A CB subcommittee, in consultation with all CB members, will work on further details such as the potential options for funds capitalisation and replenishment, and overall funds access, usage and management. A draft proposal will be submitted to the EpiNet National Team members at an EpiNet regional meeting, for their scrutiny and endorsement. Should a regional meeting not be held in time (by February 2003), the

*Un compte-rendu des discussions a ensuite été présenté aux membres du GC lors de leur huitième réunion. Les questions particulièrement débattues sont exposées ci-dessous.*

### Définition d'un laboratoire de niveau 1

*Les membres de l'Organe de travail technique de LabNet suggèrent –et les membres du GC y souscrivent– que tout laboratoire situé dans les îles du Pacifique, qui fournit des services publics, peut être considéré comme un laboratoire de niveau 1. Toutefois, lorsqu'il s'agira de communication et de coordination officielles au sein du Réseau, ce seront les membres des équipes nationales EpiNet compétents en matière de laboratoire qui seront considérés comme les points de contact nationaux des laboratoires de niveau 1. Toutes les communications officielles de LabNet (en particulier celles concernant les activités de LabNet telles que les demandes adressées aux laboratoires de niveau 2 pour des examens supplémentaires, les commandes de kits de diagnostic rapide et/ou d'autres fournitures de laboratoire) devraient passer par ces points de contact nationaux des laboratoires de niveau 1.*

### Constitution de stocks de kits de diagnostic et de fournitures de laboratoire

*Les membres du GC conviennent qu'en ce qui concerne les kits de diagnostic, il ne faudrait PAS les entreposer à différents endroits de la région afin d'éviter les problèmes de gestion des stocks, en particulier ceux liés à l'expiration des kits. L'Organe de travail technique propose que les kits de diagnostic soient conservés chez les fournisseurs, dont les stocks sont toujours à jour et qui ont de bons réseaux de distribution dans les pays des membres statutaires du ROSSP. Les membres du GC souscrivent à cette idée. Le Groupe de coordination devrait, par l'intermédiaire de l'Organe de travail technique de LabNet, conclure un accord adéquat avec les fournisseurs, qui permette de passer des commandes de dernière minute et des livraisons d'urgence aux points de contact nationaux L1 et/ou aux laboratoires périphériques, selon les besoins.*

*Les fournitures de laboratoire, tels que flacons, tubes d'échantillonnage, moyens de transport et matériels, etc., seront entreposés dans les bureaux de l'OMS de la région, ainsi qu'au laboratoire de santé publique de Guam. Ce sont les sites les plus appropriés sur les plans de la rapidité et de la facilité de distribution dans les États et territoires océaniques et de la simplicité relative de la gestion des stocks.*

*Il a été convenu d'envoyer une lettre aux compagnies aériennes commerciales, leur demandant leur compréhension pour l'acheminement aérien d'échantillons biologiques dans le cas d'une intervention du ROSSP.*

### Possibilités de projets à long terme

*Les membres du GC sont d'accord sur le principe de créer un fonds de roulement du ROSSP qui permettra de réagir rapidement en cas d'épidémie dans la région. Ce fonds de roulement sera constitué de contributions émanant des pays membres statutaires du ROSSP et d'autres partenaires du ROSSP.*

revolving funds proposal will be circulated to all EpiNet National Focal Points for their consideration, endorsement and advocacy at the highest level within their ministries. Ultimately, a final version of the proposal is intended to be presented to the next WHO/SPC Meeting of Ministers and Directors of Health for the PICTs, to be held in Tonga in March 2003.

## Two LabNet-related projects

The Pasteur Institute (IPNC) has started a practical and small-scale evaluation of existing rapid diagnostic kits for leptospirosis and dengue. The project was discussed within the framework of the LabNet TWB, and it was agreed that IPNC will contact the Guam Public Health Laboratory with a view to including the FDA approved tests used in US territories in this evaluation process, for the sake of further comparison and better understanding of all kinds of tests that may be used by PPHSN members. This project is equally co-funded by IPNC, WHO and SPC.

A general LabNet meeting is to be organised in February 2003 to gather L1 National Focal Points — the laboratory members of the EpiNet National Teams — together with the representatives of the L2 and L3 laboratories. CB members agreed that this meeting should focus on technical and operational matters — that is, avoid discussing administrative and policy matters.

## Communication and coordination

Discussions regarding the setting up of the LabNet encrypted website have been deferred to the meeting above mentioned, in accordance with the newly agreed collaboration with the PRISM project (Pacific Regional Information System) carried out by SPC Statistics Programme, on the development of a regional database.

The CB members agreed that IPNC should take the technical leadership of the TWB. They also agreed that a TWB meeting should precede every CB meeting.

Last but not least, the CB members agreed that the development of LabNet should be a PPHSN-CB priority for the next two to three years.

*Le capital de ce fonds pourrait être constitué de contributions initiales pour une année. L'utilisation de ce fonds sera révisée au moins chaque année. Il conviendrait de charger un sous-comité du GC d'en régler les détails, en concertation avec tous les membres du Groupe, tels que les différentes possibilités de capitalisation et de renflouement du fonds ainsi que l'ensemble des modalités d'accès, d'utilisation et de gestion du fonds. Le sous-comité soumettrait ensuite un projet de proposition aux membres des équipes nationales EpiNet dans le cadre d'une réunion régionale EpiNet, pour qu'ils l'étudient et l'avalisent. Si cette réunion n'a pas lieu en temps voulu (c'est-à-dire avant la fin février 2003), il faudra communiquer la proposition concernant le fonds de roulement à tous les points de contact des équipes EpiNet nationales pour qu'ils l'examinent, l'avalisent et la défendent auprès des plus hautes autorités de leur ministère. Enfin, la version finale de cette proposition sera présentée à la prochaine Conférence OMS/CPS des ministres et directeurs des services de Santé des États et territoires océaniques, qui se tiendra aux Tonga en mars 2003.*

## Deux projets liés à LabNet

*L'Institut Pasteur a déjà commencé une évaluation pratique et à petite échelle des kits de diagnostic rapide de la leptospirose et de la dengue. Le projet a été examiné au sein de l'Organe de travail technique de LabNet et il est financé à parts égales par l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, l'OMS et la CPS. À des fins de comparaison et pour une meilleure compréhension de tous les types de test à la disposition des membres du ROSSP, il est convenu que l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie se mettra en rapport avec le laboratoire de santé publique de Guam pour tenter d'inclure dans cette évaluation les tests agréés par la FDA qui sont utilisés dans les territoires américains.*

*Une réunion générale des membres de LabNet devrait se tenir en février 2003. Elle réunira les points de contact nationaux des laboratoires de niveau 1, membres des équipes nationales EpiNet, ainsi que les représentants des laboratoires de niveaux 2 et 3. Les membres du Groupe de coordination conviennent que cette réunion devrait s'attacher essentiellement aux questions d'ordre technique et opérationnel, c'est-à-dire éviter d'aborder les problèmes administratifs et de politique générale.*

## Communication et coordination

*Compte tenu de la collaboration avec les responsables du projet PRISM — Pacific Regional Information System — qui a été décidée lors de la réunion du GC, il a été convenu de reporter l'étude de la mise en place du site Web de LabNet crypté à la réunion des membres de LabNet qui devrait se tenir en février 2003. Le projet PRISM est mis en place par le bureau Statistiques de la CPS et vise à développer une base de données régionale.*

*Les membres du GC décident de confier à l'Institut Pasteur l'animation technique de l'Organe de travail technique. Ils conviennent aussi que cet organe de travail devrait se réunir avant chaque réunion du GC.*

*Enfin, les membres du GC conviennent que le Groupe de coordination devrait donner la priorité au développement de LabNet durant les deux à trois prochaines années.*

## 8TH PPHSN COORDINATING BODY MEETING

The Coordinating Body (CB) of the PPHSN met on 24–26 July in Noumea, New Caledonia, immediately after the first LabNet TWB meeting. The development of LabNet was thus one of the main items discussed (see previous article).

Participants were representatives of the 10 CB members (the five core member countries Federated States of Micronesia, Fiji Islands, New Caledonia, Samoa and Solomon Islands and the five allied members Fiji School of Medicine, NCEPH, SPC, UNICEF and WHO) and also representatives of the Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, as a TWB member.

### New initiatives

Several CB members commented on the 2002 Pacific Regional Public Health Conference held at the initiative of the Hawaii Public Health Association in June 2002. They agreed that it was a good meeting with a good number of PICTs representatives and that a similar conference should be organised for the PICTs in the next couple of years.

The Wellcome Trust health research initiative for the Asia-Pacific, which focuses on research development in the region, was also discussed. CB members agreed to put in a request for training projects (LabNet and EpiNet) and for strengthening of applied research, for example regarding the dengue diagnostic test kits.

### Renewal of the PPHSN-CB membership

The PPHSN-CB has selected at random who among the four sub-regional (SR) and three at-large (AL) members will remain CB members for two years (2 SR and 1 AL) and three years (2 SR and 2 AL), respectively, for the next round only. Here is the result:

3-year term	<u>Melanesia</u>
<u>2-year term</u>	<u>Polynesia</u>
	Micronesia
	French speaking countries
	At large #1
	At large #2
	<u>At large #3</u>

Subsequently, all members will serve a three-year term.

### PPHSN Plan of Action

The CB members developed a plan of action for 12 months, which has been posted on the PPHSN website (URL: <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PlanOfAction>).

### The PPHSN Outbreak Surveillance and Response Guidelines

Dr Clement Malau gave a presentation on his work in the development of the guidelines. Following his presentation, the process for the further development of the guidelines was discussed. It was agreed that the PPHSN should concentrate its efforts on the regional aspect and level of application of the guidelines. PICTs will then adjust them to their national situation as appropriate.

## 8ÈME RÉUNION DU GROUPE DE COORDINATION DU ROSSP

Le Groupe de coordination (GC) du ROSSP s'est réuni du 24 au 26 juillet à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), immédiatement après la première réunion de l'Organe de travail technique (OTT) LabNet. De ce fait, le développement de LabNet a été l'un des principaux points examinés de la réunion (voir article précédent).

Les participants étaient des représentants des dix membres du GC — les cinq membres statutaires (États fédérés de Micronésie, Îles Fidji, Nouvelle-Calédonie, Samoa et Îles Salomon) et les cinq membres associés (École de Médecine de Fidji, National Centre for Epidemiology and Population Health, CPS, UNICEF et OMS) — ainsi que des représentants de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, en qualité de membres de l'OTT LabNet.

### Nouvelles initiatives

Plusieurs membres du GC ont fait des commentaires sur la Conférence océanienne sur la santé publique qui s'est tenue à l'initiative de l'antenne hawaïenne de l'Association américaine de santé publique (HPHA) en juin 2002. Ils trouvaient que la conférence était intéressante, que les îles du Pacifique y étaient bien représentées et qu'une conférence analogue sur la santé publique pourrait aussi être organisée dans les États et territoires océaniques et à leur intention d'ici à deux ans.

L'initiative de recherche en santé de Wellcome Trust pour l'Asie-Pacifique, axé sur le développement de la recherche dans cette vaste région, a également été examiné. Il a été convenu que les membres du GC pourraient présenter une demande de financement à l'appui de projets de formation (LabNet et EpiNet) et en vue de renforcer la recherche appliquée concernant les kits de diagnostic de la dengue, par exemple.

### Renouvellement des membres du GC du ROSSP

Pour la prochaine mandature seulement, le GC du ROSSP a désigné de façon aléatoire lesquels parmi les quatre sièges sous-régionaux et parmi les trois sièges ouverts à tous permettront de siéger respectivement deux ans (2 sièges sous-régionaux et 1 siège ouvert à tous) et trois ans (2 sièges sous-régionaux et 2 sièges ouverts à tous). En voici les résultats :

Mandat de 3 ans	<u>Mélanésie</u>
<u>Mandat de 2 ans</u>	<u>Polynésie</u>
	Micronésie
	Pays francophones

Ouvert à tous N°1  
Ouvert à tous N°2  
Ouvert à tous N°3

Pour les mandatures suivantes, le mandat sera de trois ans pour tous les membres.

### Plan d'action du ROSSP

Les membres du GC ont développé un plan d'action sur 12 mois qui a été posté sur le site web du ROSSP à l'adresse suivante (URL : <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PlanOfAction>).

### Les principes directeurs du ROSSP en matière de surveillance et d'intervention en cas d'épidémie

Le Dr Clement Malau a fait un exposé sur son travail dans le développement des principes directeurs. À l'issue de l'exposé, les participants ont débattu de la poursuite de l'élaboration des principes directeurs. Il a été convenu que le ROSSP devrait se concentrer sur les aspects régionaux et le champ d'application des

It was agreed that the guidelines needed to be circulated widely to all the EpiNet members to give everyone a chance to comment — as already committed to during the EpiNet sub-regional workshops. A small group EpiNet members needs to be identified to collate feedback and prepare the next draft version, to be finalised at a regional EpiNet Meeting to be held early in 2003. A final version of the guidelines (hopefully in press at the time) should be ready to be tabled at the next WHO/SPC PICTs Ministers and Directors of Health Meeting, due to take place in Tonga in March 2003.

After initial field piloting, the guidelines will also be used for training purposes.

### The PPHSN and the Health Reform agenda

Dr M. Nuualofa Tuuau Potoi's presentation and paper (see paper page 18) were very well received and commended by CB members. The group recognised that the experience of Samoa in this area is remarkable and would like to invite other PPHSN countries exposed to the Health Reform process to produce such papers to advocate for PPHSN advantages at national level.

### Training: Where are we at regarding the PPHSN Field Epidemiology Training Programme (FETP)?

*Fiji School of Medicine (FSM) progress:* The arrival, last year, of a new Head in the School of Public Health (Dr Sitaleki Finau) boosted the development of a new academic framework for epidemiology education, including undergraduate and postgraduate qualifications comprising certificates, diplomas and degrees. Provided this framework is approved by the Academic Board, FSM should start implementing it as from next academic year. PPHSN training could well fit into the new framework, especially regarding the master's (and undergraduate diploma and certificate) in applied epidemiology. Field supervision of the students should not, ultimately, be an impossible matter to solve.

The issue of cross-crediting was discussed in regard to the two training modules already developed at SPC and the third one ready to be implemented. As already agreed by both PPHSN partners, defining specific learning objectives and assessment methods would allow for cross-crediting. The accreditation issue (of a PPHSN FETP) was also discussed. TEPHINET intends to define minimum standards for FETPs. It was noted that these should be considered and that FSM and the PPHSN should join TEPHINET in the future.

PPHSN-CB members acknowledge the development of the higher levels of education in epidemiology but would like to stress that, nevertheless, the PPHSN (SPC and others) must also continue to provide basic courses across the public health workforce.

The CB members are in favour of organising a regional meeting soon of key providers and institutional partners on public health surveillance training as part of the PPHSN training development strategy.

The use of Pacific-based case studies as training instruments should be encouraged.

*principes directeurs. Les États et territoires océaniques les adapteront ensuite à la situation de leur pays, le cas échéant.*

*Il a été convenu que les principes directeurs devraient être largement diffusés et portés à la connaissance de tous les membres d'EpiNet pour que chacun ait l'occasion de formuler des observations à leur sujet, de la même façon que les participants aux ateliers sous-régionaux EpiNet s'y sont déjà engagés. Il faudra former un petit groupe parmi les membres d'EpiNet qui sera chargé de rassembler toutes les observations reçues afin d'en tenir compte dans la rédaction de la version suivante à laquelle les participants de la prochaine réunion EpiNet régionale prévue au début de 2003 apporteront la dernière touche. Il faudrait faire en sorte que la version finale des principes directeurs soit terminée pour la prochaine Conférence OMS/CPS des ministres et directeurs de la Santé des États et territoires océaniques qui est prévue aux Tonga en mars 2003 (et si possible en cours de publication).*

Après validation sur le terrain, les principes directeurs seront aussi utilisés à des fins de formation.

### Le ROSSP et la réforme du secteur de la santé

L'exposé et les documents du Dr M. Nuualofa Tuuau Potoi (voir article page 18) ont été très bien accueillis avec force compliments par les membres du GC. Les membres du Groupe ont reconnu que l'expérience du Samoa dans ce domaine est remarquable et ils invitent les autres membres du ROSSP engagés dans ce processus de réforme à produire également des documents similaires faisant valoir les avantages que présente le ROSSP au niveau national.

### Formation : Où en est le programme de formation à l'épidémiologie de terrain ?

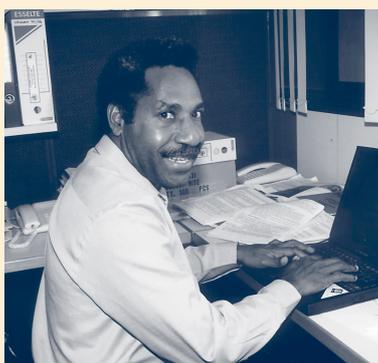
Progrès réalisés par l'École de médecine de Fidji : L'arrivée, l'année dernière, d'un nouveau directeur à la tête de l'École de santé publique (Dr Sitaleki Finau) a donné un nouvel élan à la réforme des études universitaires qui prévoit une spécialisation en épidémiologie de deuxième et troisième cycles, diplômante à divers niveaux. Sous réserve de l'approbation par le Conseil d'administration, cette spécialisation sera enseignée à l'École de médecine de Fidji dès la prochaine rentrée universitaire. La formation dans le cadre du ROSSP pourrait bien s'intégrer dans ce nouveau cursus, en particulier au niveau de la maîtrise (et des diplômes et capacités de premier cycle) en épidémiologie appliquée. L'encadrement des étudiants sur le terrain ne devrait finalement pas poser de problème insurmontable.

On a examiné la question des équivalences à propos des deux modules de formation déjà élaborés à la CPS et du troisième qui pourrait être offert prochainement. Ainsi qu'en ont déjà convenus les deux partenaires du ROSSP, la définition des objectifs spécifiques de l'enseignement et des méthodes d'évaluation permettra d'établir les équivalences. La question de la reconnaissance académique de la capacité professionnelle (dans le cadre d'un programme de formation à l'épidémiologie de terrain) a également été évoquée : il a été signalé que TEPHINET a l'ambition de fixer des normes minimales à atteindre en la matière, qui mériteront d'être examinées et il a été suggéré que l'École de médecine de Fidji et le ROSSP se joignent à l'avenir au réseau TEPHINET.

Les membres du Groupe de coordination du ROSSP se sont félicités de la création de nouvelles filières d'enseignement supérieur en épidémiologie mais ont souligné néanmoins que le ROSSP (la CPS et les autres partenaires) doit continuer à dispenser des cours élémentaires à l'intention des personnels de santé publique.

### Follow-up of the EpiNet workshops' guidelines

Dr Clement Malau was assigned to WHO Fiji Office in July to review and wrap up the PPHSN Outbreak Surveillance and Response Guidelines developed during the three EpiNet sub-regional workshops held between December 2001 and March 2002.



### Suivi des principes directeurs des ateliers EpiNet

Le Dr Clement Malau était rattaché au Bureau de l'OMS de Fidji en juillet, où il avait pour mission de rassembler et reviser tous les principes directeurs du ROSSP en matière de surveillance et d'intervention en cas d'épidémie, qui avaient été développés à l'occasion des trois ateliers sous-régionaux EpiNet qui se sont tenus de décembre 2001 à mars 2002.

### PPHSN and NCDs

As has always been envisaged in principle, non-communicable diseases (NCDs) surveillance should be included into the PPHSN framework in the near future. CB members would need to look carefully, though, at the resources issues that such an expansion of the PPHSN's scope of activities would trigger. An NCDs initiative by AusAID together with the Fiji School of Medicine and WHO (STEPS) was launched last year. So far, it has included four PICTs: Fiji Islands, Samoa, Federated States of Micronesia and Marshall Islands.

The CB members agree to consider the inclusion of NCDs in the PPHSN framework and requested that WHO and the Fiji School of Medicine draft a discussion paper on the pros and cons and the options for widening PPHSN activities, and circulate it to all CB members for further consideration.

### Overview of the SPC regional database project

Following Mr Garth Parry's<sup>1</sup> presentation, the CB members agreed, in principle, to work in close collaboration with the PRISM project (Pacific Regional Information System). Further details on this issue will be considered and circulated by a database committee.

### International Health Regulations (IHR) The WHO IHR revision and the Global Outbreak Alert and Response Network, GOARN

Dr Mike O'Leary gave a summary presentation emphasising the links between the various components of the broader work — that is, the GOARN, outbreak verification, revision of the IHR and national capacity building.

**PPHSN development and the IHR:** CB members agreed that the PPHSN-CB Focal Point will contact the WHO Headquarters, through the Communicable disease surveillance and response Focal Point in WHO's Western Pacific regional headquarters, to inform the relevant people of PPHSN's interest in pre-testing the new IHR instruments and framework in PPHSN countries. Further operational details should be worked out later on, in consultation with PPHSN core members. These preliminary discussions should encompass the main financial implications of implementing such a trial and the need for appropriate support.

### Bioterrorism initiative

The bioterrorism project was first discussed at the last Pacific Island Health Officers Association (PIHOA) meeting, which took place in Majuro, Marshall Islands, in March 2002.

Les membres du Groupe de coordination ont préconisé l'organisation prochaine d'une conférence régionale qui réunirait les principaux prestataires de formations à la surveillance en santé publique et les partenaires institutionnels, dans le cadre de la stratégie de développement des formations au sein du ROSSP.

Il a été noté que l'utilisation d'études de cas élaborées à partir de situation ayant réellement existé dans le Pacifique devrait être encouragée à titre de support pédagogique.

### ROSSP et maladies non transmissibles

Comme on l'a toujours jugé souhaitable, il a été préconisé de faire figurer la surveillance des maladies non transmissibles au programme des activités du ROSSP dans un avenir proche. Les membres du Groupe de coordination devraient cependant soigneusement étudier la question de la disponibilité des ressources qui se poserait si l'on élargissait ainsi le champ d'activité du ROSSP. Un projet relatif aux maladies non transmissibles engagé par l'AusAID, et associant l'École de médecine de Fidji et l'OMS (STEPS), a été mis en chantier l'année dernière. Il concerne pour le moment quatre États et territoires océaniques : les Îles Fidji, le Samoa, les États fédérés de Micronésie et les Îles Marshall.

Les membres du Groupe de coordination ont convenu d'étudier la possibilité de faire figurer les maladies non transmissibles au programme des activités du ROSSP en demandant à l'OMS et à l'École de médecine de Fidji de rédiger un document de travail exposant les possibilités d'élargissement des activités du Réseau et en présentant les avantages et les inconvénients, et de communiquer ce document à tous les membres du Groupe de coordination pour examen.

### Le point sur le projet de base de données régionale à la CPS

Après l'exposé de M. Garth Parry<sup>1</sup>, les membres du GC se sont accordés sur le principe de travailler en collaboration étroite avec les responsables du projet de système d'information pour la région océanique (PRISM). Un comité consacré au projet de base de données communiquera des informations supplémentaires sur cette question.

### Règlement sanitaire international (RSI)

**La révision du RSI par l'OMS et le réseau mondial d'alerte et d'intervention (Global Outbreak Alert and Response Network — GOARN)**

Le Dr Michael O'Leary en a fait une brève présentation en insistant sur les liens entre les divers volets de cette entreprise : le GOARN, la vérification des flambées épidémiques, la révision du RSI et la création de capacités nationales.

1. SPC Statistician

1. Statisticien à la CPS



**Participants of the 8th PPHSN Coordinating Body meeting**  
**Participants de la 8ème réunion du Groupe de coordination du ROSSP**

The idea was to submit to the US government a joint proposal by the U.S. Affiliated Countries and Territories and regional organisations/institutions, focusing on the regional level of surveillance and response in relation to potential bioterrorism activities. Within the PPHSN proposal, Dr Mike O'Leary prepared the part dealing with LabNet development and Dr Tom Kiedrzyński prepared the sections on surveillance and response enhancing in general, plus training.

#### **PPHSN-CB Focal Point's role: resources adequacy at stake**

WHO's support and input into the PPHSN-CB especially may be reduced for a while with Mike's departure to Guam on assignment to CDC/PIHOA.

The current downsizing of SPC Public Health Surveillance and Communicable Disease Control section resources — budget reduced by 50% compared to two years ago and staffing reduced from five to three in the next six months — will obviously impact on the CB Focal Point work capacity.

After discussing these issues, the CB members expressed their unanimous concern regarding the sustainability of the work achieved so far and agreed on a series of urgent measures to be considered, such as:

- ✓ The CB Focal Point workload should be shared between the CB members more than has been the case in the past, or
- ✓ a proper strategic plan should be developed in order to seek funding from all possible sources.

#### **Extending PPHSN allied membership**

Apparently some institutions, such as the Pacific Island Health Officers Association, the Institute of Environmental Science and Research, the Pacific Health Research Council and James Cook University, have expressed interest in becoming allied members of the PPHSN. The CB members considered this issue and it was agreed that the PPHSN-CB Focal Point (SPC) should send letters inviting these institutions to join the PPHSN.

**L'expansion du ROSSP et le RSI :** Les membres du GC ont convenu de prier le point de contact de s'adresser au siège de l'OMS, par l'intermédiaire de la personne chargée du programme "Maladies transmissibles, surveillance et riposte" du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, afin d'informer les personnes compétentes du souhait du ROSSP de mettre à l'essai l'application des instruments et modalités d'exécution du RSI dans les pays membres du ROSSP, le détail de l'opération devant être fixé ultérieurement après consultation des membres statutaires du Réseau. Lors de ces premières prises de contact, il faudrait évoquer les implications financières associées à la conduite de cet essai et la nécessité d'obtenir un soutien approprié.

#### **Initiative contre le terrorisme biologique**

Le projet de lutte contre le terrorisme biologique a pour la première fois été évoqué lors de la dernière réunion de la PIHOA, tenue à Majuro en mars 2002. L'intention était de faire soumettre par les États et territoires affiliés aux États-Unis d'Amérique et les organisations et institutions régionales une demande conjointe de financement aux pouvoirs publics américains. Cette proposition serait axée sur les activités qui pourraient être menées au niveau régional en matière de surveillance et de lutte contre les actes potentiels de terrorisme biologique. Dans le cadre de la demande de financement présentée par le ROSSP, Dr Michael O'Leary s'est chargé de la question ayant trait au développement de LabNet et Dr Tom Kiedrzyński a rédigé les sections relatives à l'amélioration de la surveillance et de la riposte, ainsi qu'à la formation.

#### **Rôle du point de contact du GC du ROSSP : l'adéquation des ressources en question**

L'appui et la participation de l'OMS au GC du ROSSP pourraient bien souffrir pendant un certain temps du départ de Mike O'Leary à Guam, où il travaillera pour le CDC/PIHOA.

La réduction actuelle des moyens de la section de la CPS Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies non transmissibles, à savoir une réduction budgétaire de 50 pour cent par rapport au budget d'il y a deux ans et le départ de 2 collaborateurs sur 5 dans les six prochains mois, aura sans aucun doute une incidence sur la capacité d'action du point de contact du Groupe de coordination.

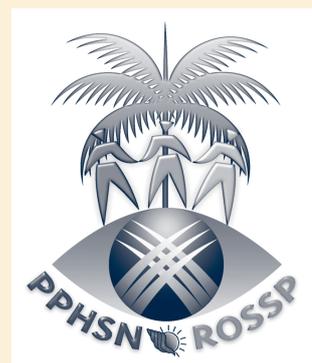
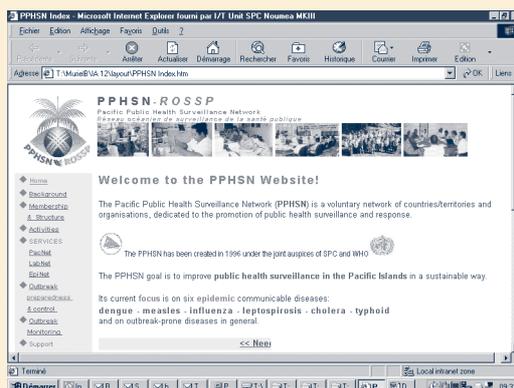
Après avoir examiné ces questions, les membres du GC s'inquiètent unanimement de la durabilité à long terme des réalisations qu'ils ont accomplies jusqu'ici et conviennent par conséquent d'une série de mesures urgentes à envisager, telles que :

- ✓ répartir davantage que par le passé la charge de travail du point de contact du GC entre les membres du Groupe; ou encore
- ✓ établir un plan stratégique en vue de mobiliser des fonds auprès de toutes les sources possibles de financement.

#### **Nouveaux membres associés au ROSSP**

Apparemment certaines organisations, telles que la PIHOA (Pacific Island Health Officers Association), l'ESR (Institute of Environmental Science and Research), le PHRC (Pacific Health Research Council) et l'Université James Cook, ont indiqué qu'elles aimeraient devenir membre associé du ROSSP. Les membres du GC ont examiné cette question et ont convenu que le point de contact du GC-ROSSP (la CPS) devrait envoyer des lettres d'invitation à ces institutions pour les inviter à se joindre au ROSSP.

URL:  
<http://www.spc.int/phs/PPHSN>



### PPHSN website and logo

The CB members agreed that the newly designed PPHSN website was a good information and promotion tool and that it should be published as soon as possible.

The proposed PPHSN logo was unanimously well received. There was, however, a consensus to add a representation of human beings. Three silhouettes have been included in a revised logo which has been sent to the core members for their comments.

### Site Web et logo du ROSSP

Il a été convenu que le site Web constituait une bonne source d'information et un bon moyen de promotion du ROSSP.

Le logo du ROSSP proposé a été unanimement bien accueilli. Il a toutefois été décidé d'y ajouter des personnages. Trois silhouettes y ont donc été ajoutées et les deux logos ont été envoyés aux membres statutaires pour observations.

### Departing CB members

In his closing remarks, Dr Dennie Iniakwala acknowledged Dr Mike O'Leary's and Dr Yvan Souares' respective contributions to the PPHSN, as both are now about to sail towards new professional horizons.



Dr Michael O'Leary



Dr Yvan Souares

### Départ de deux membres du GC

Dans son discours de clôture, Dr. Dennie Iniakwala a remercié le Dr Michael O'Leary et le Dr Yvan Souares pour leur contribution aux travaux du ROSSP et leur a adressé ses vœux au moment où tous deux s'engageaient vers de nouveaux horizons professionnels.

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

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

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

© Copyright Secretariat of the Pacific Community, 2002

All rights for commercial / for profit reproduction or translation, in any form, reserved. The SPC authorises the partial reproduction or translation of this material for scientific, educational or research purposes, provided that SPC and the source document are properly acknowledged. Permission to reproduce the document and/or translate in whole, in any form, whether for commercial / for profit or non-profit purposes, must be requested in writing. Original SPC artwork may not be altered or separately published without permission.

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

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

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

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2002

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