

## CROSSROADS

Tuberculosis is currently thumbing its nose at those optimistic predictions of its imminent disappearance (this is also true for the threat of infectious diseases in general). With 2 million new cases in 1998 and 355,000 deaths, (36 % of tuberculosis cases world-wide), the Western Pacific region is one of those most affected by this re-emerging disease. The number of new cases continues to increase, to the point that on 17 September 1999, the WHO Regional Committee for the Western Pacific declared the whole area to be in a crisis situation.

Although the case is different for the Pacific Islands, at the heart of the immense Western Pacific, we must however avoid becoming overly complacent. While the Pacific Islands have remained less affected by the reappearance of tuberculosis than their Asian counterparts – which explains why certain island countries contested the recent declaration of a regional crisis – the mobilisation of agencies such as the SPC and WHO is not weakening. Joint or concerted projects are ongoing in the area of tuberculosis control. The extension of the DOTS treatment strategy described in this issue of Inform'Action is one example.

SPC and WHO are also targeting other communicable diseases. This is the case with filariasis, whose elimination



## LA CROISÉE DES CHEMINS

*La tuberculose fait actuellement un joli pied de nez aux prévisions optimistes qui tablaient sur sa disparition prochaine (c'est d'ailleurs le cas pour la menace infectieuse dans son ensemble). Deux millions de nouveaux cas en 1998, 355 000 décès : avec 36 % des cas de tuberculose dans le monde, la région du Pacifique occidental est l'une des plus touchées par cette maladie ré-émergente. Le nombre de nouveaux cas continue d'augmenter, à tel point que le 17 septembre dernier, le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental déclarait la région "en situation de crise".*

*Il convient de distinguer le Pacifique insulaire au sein de l'immense Pacifique occidental, sans se montrer complaisant pour autant. Si l'Océanie reste moins concernée par une recrudescence de la tuberculose que son pendant Asiatique—ce qui explique pourquoi certains États insulaires ont contesté la récente déclaration de crise régionale—la mobilisation des organismes comme la CPS et l'OMS ne faiblit pas. Des projets communs ou concertés sont entrepris en matière de lutte contre la tuberculose. L'extension de la stratégie de traitement DOTS décrite dans ce numéro d'Inform'Action, en est une illustration.*

*La CPS et l'OMS ciblent également d'autres maladies transmissibles. C'est le cas de la filariose, dont l'élimination fut le thème d'une conférence régionale qui s'est tenue à Brisbane, en juin dernier, sous les auspices conjoints des deux organisations. À l'issue de cette réunion, toutes les parties et pays représentés ont*

### SOMMAIRE

La tuberculose dans le Pacifique	2
La grippe en Nouvelle-Calédonie	9
Élimination de la filariose	11

### CONTENTS

Tuberculosis in the Pacific	2
Influenza in New Caledonia	9
Elimination of filariasis	11

was the theme of a regional conference held in Brisbane last June under the joint auspices of the two organisations. At the end of this meeting, all the parties and countries represented there adopted a Regional Action Plan based on a framework inspired by that of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN): the sharing, at the Pacific regional level, of experience, resources and means.

Such sharing cannot exist without an efficient means of communication. So – does Inform'Action fulfil its role or not? We created this information bulletin hoping that it would become a useful means of communication for PPHNS members. A year after its launch, the time has come to evaluate its function, partnerships, contents, distribution, etc. A questionnaire for all subscribers is included with this fifth issue. An electronic version is also available upon request from [minav@spc.org.nc](mailto:minav@spc.org.nc) or at the Web site: <http://www.spc.org.nc/phs>

Please help us improve Inform'Action by returning the completed questionnaire to ensure that this bulletin is not just one more thing to file but a real communications forum.

With our warmest thanks,

The Editors

La rédaction

### Tuberculosis control at the crossroads

**Confronted by the growing number of new TB cases in the world, the WHO is promoting the DOTS strategy. However this initiative can not be successful without administrative and political support.**

Not so many years ago, we thought the problem of tuberculosis in the world would steadily fade away. We had powerful and effective antibiotics, standards of living had substantially improved at least in developed countries, and it was assumed that the organism that causes tuberculosis could not possibly survive the advance of medical science.

We were wrong. For both social and scientific reasons, TB has proved far harder than most would have thought. The disease has rebounded (in much of the world it never really faded) to the extent that today about two billion people — one-third of all those on earth — harbour the TB organism. Most of these will not actually become sick with, or spread, tuberculosis, but millions do, so that even in the age of AIDS, tuberculosis is the number one infectious disease killer of adults. A large percentage of these are young adults in their prime productive years.

There are many reasons for this serious situation. Population growth, urban crowding, poverty, and poor living conditions yield environments where TB can thrive. But TB does not require poverty. It is an air-borne disease, carried from one person to another by microscopic particles coughed into the air, and it

*adopté un plan régional d'action. Celui-ci repose sur un cadre de travail inspiré par celui du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) : le partage, au niveau régional océanien, des expériences, des ressources et des moyens.*

*Un partage qui ne peut exister sans outil de communication efficace. Et justement, Inform'Action remplit-il ou non son rôle ? Nous avons lancé ce bulletin en espérant qu'il devienne un moyen de communication utile aux membres du ROSSP. Un an après son lancement, l'heure est aux premiers bilans : fonctionnement, partenariat, contenu, acheminement, etc. Avec ce cinquième numéro, un questionnaire a été envoyé à tous les abonnés. Une version électronique est également disponible sur demande auprès de [minav@spc.org.nc](mailto:minav@spc.org.nc) ou sur le site <http://www.spc.org.nc/phs>.*

*Aidez-nous à améliorer Inform'Action, en nous retournant le questionnaire rempli. Pour que ce bulletin ne finisse pas dans un tiroir, mais un réel espace de communication.*

*Avec nos remerciements les plus chaleureux,*

### Lutte contre la tuberculose : la croisée des chemins

**Face à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde, l'OMS entreprend la promotion de la stratégie DOTS. Mais cette initiative ne peut être fructueuse sans l'appui des instances administratives et politiques.**

*Il n'y a pas si longtemps de cela, nous pensions que l'ampleur du problème de la tuberculose dans le monde irait s'amenuisant. Nous disposions d'antibiotiques puissants et efficaces, notre niveau de vie s'était notablement amélioré, du moins dans les pays développés, et nous partions du principe que le bacille responsable de la tuberculose serait vaincu par les progrès de la médecine.*

*Nous nous trompions. Pour des raisons sociales et scientifiques, il semble que la tuberculose ait la vie plus dure que nous ne l'imaginions. La maladie connaît un nouvel essor (elle n'a, en réalité, jamais totalement disparu dans le monde), au point qu'aujourd'hui, deux milliards de personnes—soit un tiers de la population mondiale—sont porteuses du bacille tuberculeux. Même si la plupart d'entre elles ne tomberont pas malades, des millions le seront et transmettront la tuberculose, de sorte que cette maladie, à l'ère du SIDA, arrive en tête des maladies infectieuses mortelles chez l'adulte. Bon nombre sont de jeunes adultes fauchés à la fleur de l'âge.*

*Il existe plusieurs raisons à cela. La croissance démographique, le surpeuplement urbain, la pauvreté et les mauvaises conditions de vie créent un environnement propice au bacille tuberculeux.*

can infect anyone unlucky enough to be in the wrong place at the wrong time. There are even reports of transmission occurring on international jet flights.

Furthermore, TB drugs have often been misused, which has resulted in the very serious problem of drug resistant tuberculosis. There are now people infected with strains of TB which respond only to very expensive drugs, or to no drugs at all. Further, we do not yet have an effective vaccine against tuberculosis, nor any on the horizon. BCG vaccine has an important role to play in preventing serious forms of the disease in children, but it does not prevent infection, nor has it reduced the global problem of TB in adults. These realities, often coupled with decreased official attention to tuberculosis and to public health generally, challenge the ability of medical services to provide care and treatment for the infected.

This serious picture has been greatly complicated by the global spread of AIDS over the last two decades. HIV, the virus which causes AIDS, can seriously reduce the body's ability to ward off disease. Thus millions of the two billion TB-infected people who might otherwise play innocent host to the TB organism, instead, when also infected with HIV, find themselves host to rapid progression of TB disease.

The Pacific is in many ways lucky. So far, drug resistant TB is still relatively rare. Tuberculosis has not exploded as in some places (although it has not declined either). This is thanks, in part, to the still-small presence of HIV. The threat of both HIV and TB continues, however, to lurk just around the corner. A good sign for the Pacific is that key people in ministries of health recognize the threat of TB and are determined to do something about it. International agencies such as WHO, SPC, and others, are shining a spotlight on TB and developing and implementing strategies to once again gain the upper hand over this deadly disease.

*Mais la tuberculose n'est pas seulement le lot des plus démunis. Cette maladie aéroportée se transmet d'une personne à l'autre par des particules microscopiques rejetées dans l'air par le malade qui tousse et peut donc infecter quiconque a la malchance de se trouver au mauvais endroit au mauvais moment. Des cas de transmission du bacille lors de vols internationaux ont même été signalés.*

*De plus, les médicaments antituberculeux n'ont pas toujours été utilisés à bon escient, d'où un grave problème de résistance médicamenteuse. Aujourd'hui, certains malades sont infectés par des souches de bacille qui ne répondent qu'à des médicaments très coûteux, voire ne répondent pas du tout. Par ailleurs, il n'existe pas de vaccin efficace contre la tuberculose, et aucun vaccin candidat ne pointe à l'horizon. La vaccination par le BCG joue un rôle important dans la prévention de formes graves de la maladie chez l'enfant, mais elle n'empêche pas l'infection et ne résout pas le problème de la tuberculose chez l'adulte au niveau mondial. Ces réalités, souvent couplées à une baisse de la vigilance des autorités face au problème de la tuberculose et en santé publique en général, mettent en péril la capacité des services médicaux à apporter soins et traitements aux personnes infectées.*

*Cette situation préoccupante s'est encore compliquée avec la propagation du SIDA dans le monde au cours des vingt dernières années. Le VIH, responsable du SIDA, peut notablement diminuer la capacité de l'organisme à réagir contre la maladie. Par conséquent, sur les 2 milliards de personnes infectées, plusieurs millions portant à leur insu le bacille tuberculeux, deviennent, si elles sont aussi infectées par le VIH, la proie d'une tuberculose qui progresse alors très rapidement.*

*À bien des égards, le Pacifique est épargné. Jusqu'à présent, la résistance médicamenteuse est assez rare. La tuberculose n'a pas connu d'explosion comme ailleurs (mais elle n'a pas non plus*

## WHO releases a DOTS Guidelines Manual

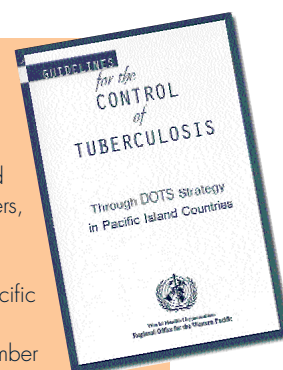
In 1998, the average notification rate for TB in 17 Pacific island countries/areas was 73 per 100 000 population which is much higher than the average rate for the entire Western Pacific Region of 23 per 100 000. As mentioned in other articles in this issue, governments and agencies such as SPC and WHO have addressed the growing public health threat of TB by implementing the DOTS strategy in national TB programmes throughout the Pacific. DOTS is an effective strategy which can cure nine out of ten TB patients and is also highly cost-effective, with the total cost of drugs to treat one patient for six months ranging from US\$20 to US\$30.

Recognizing that Pacific island countries have their own characteristics that require specific approaches in the implementation of DOTS, the WHO Regional Office for the Western Pacific published a technical and operational guideline manual entitled 'Guidelines for the Control of Tuberculosis Through DOTS Strategy in Pacific Island Countries' early this year. The main objectives of the guidelines are:

1) to guide TB programme managers in the implementation of DOTS

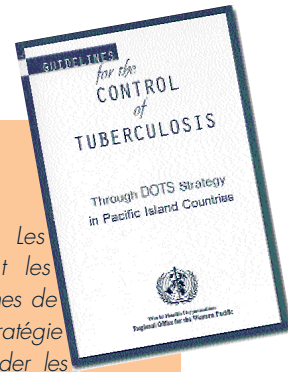
strategy and the control of TB; 2) to guide health workers and the community leaders in identifying and referring suspect cases; and 3) to guide health workers, patients and their families towards achieving a cure.

The manual has been distributed throughout the Pacific and can be provided free of charge. An electronic version will become available at the end of November through the WPRO website. WHO has been actively supporting selected countries and areas in the adaptation of the guidelines to local requirements and in training of local health workers in the implementation of DOTS. With political commitment, these guidelines can be another step forward towards the effective implementation and expansion of the DOTS strategy in the Pacific.



**Reiko MUTO**  
Associate Professional Officer  
WHO South Pacific Office, Suva

## L'OMS publie des directives pour les DOTS



En 1998, le taux de notification moyen de la tuberculose dans 17 États et territoires du Pacifique était de 73 pour 100 000 personnes, soit un taux beaucoup plus élevé que la moyenne pour la totalité de la zone du Pacifique occidental, qui est de 23 pour 100 000. Comme mentionné dans d'autres articles de ce numéro, les pouvoirs publics et les organismes tels que la CPS et l'OMS ont décidé de s'attaquer à la menace que représente la tuberculose pour la santé publique en mettant en œuvre la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) dans le cadre des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans tout le Pacifique. Le traitement DOTS est une stratégie efficace qui permet de guérir neuf patients traités sur dix, et présente également un bon rapport coût-efficacité : le coût total des médicaments permettant de soigner un malade pendant six mois oscille entre 20 et 30 USD.

Reconnaissant que les pays océaniques ont des caractéristiques propres, qui exigent d'aborder la mise en place de cette stratégie de manière spécifique, le bureau régional OMS du Pacifique occidentale a publié en début d'année un manuel de directives techniques et opérationnelles intitulé "Guidelines for the Control of Tuberculosis Through DOTS Strategy in Pacific Island Countries" (Directives pour la prise en charge de la tuberculose par la

stratégie DOTS dans les pays océaniques). Les principaux objectifs de ces directives sont les suivants : 1) aider les directeurs des programmes de lutte antituberculeuse à mettre en œuvre la stratégie DOTS et à lutter contre cette maladie; 2) aider les agents de santé et les dirigeants de collectivité à détecter et à envoyer à l'hôpital les cas suspects; et 3) aider les agents de santé, les patients et leur famille à mener à bien une cure.

Le manuel a été distribué dans tout le Pacifique et peut être envoyé gratuitement. Une version électronique sera disponible sur le site du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental. L'OMS s'emploie activement à aider les pays et zones sélectionnés à adapter les directives au contexte local et à former les agents de santé locaux à la mise en œuvre de cette stratégie. Si elles bénéficient de l'appui de la classe politique, ces directives pourront constituer un pas vers la mise en œuvre efficace et l'application sur une grande échelle de la stratégie DOTS dans le Pacifique.

**Reiko MUTO**  
Bureau de l'OMS pour le Pacifique Sud,  
Suva

In the face of this growing problem, WHO took the unusual step in 1993 of declaring a global emergency. Together with that declaration, a re-focused strategy was promoted and implemented to bring TB under control. This strategy is called DOTS, an acronym which rolls off the tongue more easily than does the full name: "Directly-observed treatment, Short-course". But the strategy is clear and simple.

First there must be political and administrative commitment. Without the solid support of decision-makers, there will be inadequate staff, funds, and motivation to make a difference. When this support is achieved, other elements of the strategy can follow: ensuring that the health system has the drugs and the record-keeping system to function efficiently, and ensuring proper diagnosis for every case coming to the attention of health workers, plus a full course of effective treatment. WHO has been promoting directly-observed therapy for this purpose, meaning that a second person, often from the health care system, has responsibility, together with the patient, for making sure that every dose is taken. These elements constitute the core of DOTS. From a solid core, further activities can be added as resources permit.

Fiji and other Pacific island countries are committed to a DOTS strategy and to controlling TB. The challenge is, as always and everywhere, to ensure that intentions and plans are effectively and consistently translated into action. Then we will control TB.

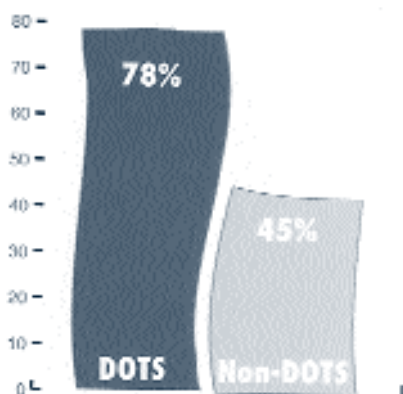
**Dr Michael J. O'Leary**  
WHO Suva

reculé). Cette situation s'explique en partie par la faible incidence du VIH jusqu'à présent. La menace conjuguée du VIH et du bacille tuberculeux demeure néanmoins une réelle épée de Damoclès. Heureusement, dans la région du Pacifique, les responsables des ministères de la santé reconnaissent l'existence de cette menace et sont résolus à s'y attaquer. Des organismes internationaux comme l'OMS et la CPS notamment attirent l'attention sur la tuberculose, élaborent et mettent en œuvre des stratégies afin de faire échec une fois de plus à cette maladie mortelle.

Ce problème étant de plus en plus préoccupant, l'OMS a pris la décision inhabituelle en 1993 de déclarer une situation d'urgence au niveau mondial. Parallèlement à cette déclaration, une stratégie reciblée a été encouragée et mise en œuvre afin de lutter contre la tuberculose. Cette stratégie s'appelle en anglais DOTS, un acronyme plus facile à prononcer qu'à détailler, et qui signifie "Directly-Observed Treatment, Short-Course" (traitement de courte durée sous surveillance directe). Néanmoins, la stratégie, elle, est claire et simple.

Il faut avant tout obtenir un engagement politique et administratif, car sans un solide appui des décideurs, les personnels, les fonds et la motivation feront défaut. Lorsque ce soutien sera acquis, d'autres éléments de la stratégie peuvent suivre : s'assurer que le système de santé dispose des médicaments nécessaires, que le système d'enregistrement des données sur les cas fonctionne efficacement, que chaque cas suspect attire l'attention des agents de santé, soit correctement diagnostiqué, et, cela va sans dire, reçoive le traitement complet. Pour cela, l'OMS encourage le traitement sous surveillance directe : une deuxième personne, souvent issue du système de santé, est chargée, avec le patient,

### Treatment success rate / Taux de réussite du traitement



Data represents corrected results for 1995, from 181 out of 212 countries surveyed in 1997 (source: WHO) / Les données correspondent aux résultats obtenus dans 181 des 212 pays étudiés en 1997 (source OMS)

### Tuberculosis study in Guam: 1994–1996 data

**A retrospective cross-sectional study was conducted from the examination of records of 318 cases of TB disease and 2156 cases of infection in Guam from 1994 to 1996. Risk factors and prevalence rates for TB were compared among Chamorros, Filipinos and Others.**

The research focused on the epidemiology of TB among Filipinos and Chamorros in Guam. TB rates are high in Guam, a US territory in the Western Pacific region. Guam had an estimated population of 160,000. The TB Control Program reported that from 1987 to 1995, the island's total TB rate per 100,000 increased from 27 to 74. This was 4 times the rate of Hawaii (16.3), and 8 times the rate of the US mainland (8.7). At the time of the study, Guam has a large subpopulation of foreign-born Filipinos (24%) consisting of recent (7%) and long-term (17%) immigrants. Chamorros comprised 42% of the population.

The objectives of the study were to compare the case rates of TB disease and infection among recent and long-term Filipino immigrants and Chamorros, identify differences in the frequencies of risk characteristics and identify relationships of selected characteristics to the occurrence of TB.

There were more males (64 %) in the TB disease sample; mean age 46, 54 % between ages 45–74 years. Most (71 %) had completed at least tenth grade education; 57 % were Filipinos, 34 % of them recent immigrants (5 years or less in Guam); 28 % were Chamorros, and 15 % were Others, mostly from other affiliated Pacific Islands. In the total TB disease sample, 8 % were known to be positive reactors and therefore did not have PPD (Purified Protein Derivative) skin testing (or readings) prior to treatment in Guam. Among those who had PPD tests, 4 % were zero mm. For the total TB disease sample, 48 % were

de veiller à ce que chaque dose soit prise. Ces éléments constituent la pierre angulaire de cette stratégie. À partir d'une base solide, d'autres activités peuvent être ajoutées en fonction des moyens disponibles.

Fidji et d'autres États et territoires insulaires du Pacifique se sont engagés à adopter cette stratégie pour combattre la tuberculose. Comme toujours, il s'agit maintenant de joindre le geste à la parole, systématiquement et avec efficacité. Ce n'est qu'alors, que nous pourrons endiguer la tuberculose.

**Dr Michael J. O'Leary**  
OMS Suva

### Étude de la tuberculose à Guam : données de 1994 à 96

**Une étude rétrospective transversale a été réalisée à partir de l'examen des dossiers de 318 cas de tuberculose et de 2 156 cas d'infection à Guam de 1994 à 1996. Les caractéristiques des risques et les taux de tuberculose (TB) ont été comparés entre Chamorros, Philippins et des personnes d'autres origines.**

L'objet de cette recherche a été l'épidémiologie de la tuberculose chez les Philippins et Chamorros de Guam. L'incidence de la tuberculose est élevée à Guam, un territoire américain situé dans la région du Pacifique occidental. La population de Guam est estimée à 160 000 personnes. Selon le Programme de lutte contre la TB, le taux d'incidence totale sur l'île a augmenté de 27 à 74 sur 100 000 personnes entre 1987 et 1995, soit 4 fois plus qu'à Hawaï (16,3/100 000) et 8 fois plus qu'aux autres états des États-Unis (8,7/100 000). Au moment de l'étude, la population de Guam comportait un grand sous-groupe de Philippins nés à l'étranger (24 %), se répartissant entre les immigrants de longue date (17 %) et ceux arrivés plus récemment (7 %). Les Chamorros, eux, représentaient 42 % de la population.

Les objectifs de cette étude consistaient à comparer les cas de tuberculose et d'infection parmi les Chamorros et les immigrants philippins de longue et de fraîche date, et d'identifier les différences entre les fréquences des divers facteurs de risque, ainsi que les relations entre certains facteurs de risque et le nombre de cas de TB.

Dans le groupe des tuberculeux, le nombre d'hommes était plus important (64 %); la moyenne d'âge était de 46 ans, et 54 % avaient entre 45 et 74 ans. La plupart d'entre eux (71 %) ont suivi un enseignement secondaire au moins jusqu'en seconde; 57 % étaient des Philippins, 34 % d'entre eux des immigrants de fraîche date (cinq ans de résidence ou moins à Guam); 28 % étaient des Chamorros et 15 % étaient d'autres origines, essentiellement des Océaniens originaires d'États ou territoires associés aux États-Unis d'Amérique. Dans le groupe des tuberculeux, 8 % étaient des cas positifs connus à l'IDR, et n'ont donc pas eu ce test avant leur traitement. Parmi ceux chez qui une IDR a été réalisée, 4 % présentaient une réaction de 0 mm. Dans le groupe de tuberculeux, 48 % avaient un examen de crachat positif (58 % des immigrants philippins de longue date, et

smear-positive, 58 % among the long-term Filipinos and 58 % among the Chamorros. Among 72 persons who reported receiving any prior therapy, 51 % reported completion. Of the 141 persons who had MTB (*Mycobacterium tuberculosis*) identified and tested for drug sensitivity, drug resistance was reported in 18 %, 5 of them were multidrug resistant; 30 % had a documented index case from their household.

Comparison of yearly case rates showed no significant difference between 1994 and 1996 among Chamorros and long-term Filipinos (more than 5 years in Guam). Total case rates increased from 65 to 70 per 100,000 from 1994 to 1996. Among recent Filipinos, the case rate for 1996 was 478 compared to long-term Filipinos (80) and Chamorros (41).

Long-term Filipinos entered Guam with a normal (or no TB) status. Chamorros and long-term Filipinos were also significantly older. 65% had an additional medical condition, 26% having diabetes mellitus. Of the sample, 79% were reported to the public health service from clinics and 21% from the hospital. Average treatment duration was 6.75 months and overall treatment completion was 89%. Most frequent reasons for non-completion were moving or dying. There were no significant differences among ethnic groups for completion of therapy.

Selective DOT was implemented in 1987, and in 1996 universal DOT was implemented for curative therapy. Mean delay in seeking health care was 4 weeks and delay in reporting to public health was 6 weeks. More household contacts were reported by Chamorros (mean = 6.4) and long-term Filipinos (mean = 5.5), while more non-household contacts were reported by long-term Filipinos (mean 19).

The TB infection sample consisted mostly of Filipinos (52%) and Others (31%). In 1996, infection rates among Filipinos (both recent and long-term) was 1791 per 100,000 compared to Chamorros (204) and Others (600), and a total case rate of 721. In a random subsample of 537, mean age was 24, 54% between ages 10–29. Mean treatment duration for 441 with available data was 5.3 months. 90% were prescribed INH (isoniazid) preventive therapy. Completion was reported for 59%. Among those aged 15, 98% received INH, completion was reported for 77%. Reasons for non-completion were non-compliance (failure to keep follow-up appointments, irregular medicine taking, self-discontinuing), being lost to supervision and moving off-island.

**Maria Isabel S. Yanto**  
Assistant Professor  
University of Guam

58 % des Chamorros). Sur les 72 personnes ayant déclaré avoir reçu un traitement antérieur, 51 % ont signalé l'avoir poursuivi jusqu'à son terme. Sur les 141 cas chez lesquels le bacille tuberculeux a été isolé et testé pour la sensibilité aux médicaments, 18 % présentaient une résistance, 5 d'entre eux étaient multirésistants, 30 % avaient un cas index documenté dans le foyer familial.

Une comparaison des taux d'incidence annuelle entre Chamorros et résidents philippins de longue date (séjour de plus de cinq ans à Guam) n'a fait apparaître aucune différence significative entre 1994 et 1996. Le taux d'incidence annuelle a augmenté, passant de 65 à 70 pour 100 000 habitants de 1994 à 1996. Chez les Philippins récemment immigrés, le taux d'incidence pour 1996 a été de 478 contre 80 chez les résidents philippins de longue date et 41 chez les Chamorros.

Les résidents philippins de longue date ne présentaient pas de tuberculose lors de leur immigration à Guam. Tout comme les Chamorros, ils étaient aussi beaucoup plus âgés. Soixante-cinq pour cent avaient une pathologie associée, 26 % d'entre eux étant atteints de diabète sucré. Sur cet échantillon, 79 % ont été signalés au service de santé publique par les dispensaires et 21 % par l'hôpital. La durée du traitement était en moyenne de 6,75 mois et il était mené à son terme dans 89 % des cas. Il était le plus souvent interrompu suite à un déménagement ou à un décès. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes ethniques quant au taux d'achèvement du traitement.

Un traitement sélectif de courte durée sous surveillance directe a été mis en place en 1987; en 1996, ce traitement a été utilisé à des fins curatives pour tous les cas. Le délai pour recevoir des soins était en moyenne de 4 semaines, et il fallait compter en moyenne 6 semaines pour que le rapport parvienne aux services de santé publique. Davantage de contacts avec les membres de la famille ont été signalés par les Chamorros (en moyenne : 6,4) et les résidents philippins de longue date (en moyenne : 5,5).

Le groupe des cas infectés mais non malades était surtout composé de Philippins (52 %) et de personnes d'origines diverses (31 %). En 1996, les taux d'infection chez les Philippins (qu'ils soient résidents depuis peu ou de longue date à Guam) étaient de 1 791 pour 100 000 personnes, contre 204 pour les Chamorros et 600 pour les personnes d'autres origines, le taux global étant de 721. Sur un sous-échantillon aléatoire de 537 cas d'infection, la moyenne d'âge était de 24 ans, 54 % des sujets ayant entre 10 et 29 ans. Selon les données disponibles, la durée moyenne du traitement pour les 441 patients était de 5,3 mois. Une chimiothérapie préventive à l'isoniazide a été prescrite à 90 % des cas traités. Elle a été suivie jusqu'au bout dans 59 % des cas. Chez les jeunes de 15 ans, 98 % se sont fait prescrire cette thérapie qui a été menée à son terme dans 77 % des cas. L'interruption du traitement a été motivée par l'absence de compliance (incapacité à venir aux rendez-vous, prise irrégulière de médicaments et discontinuité), et par le fait que le patient ait échappé à toute supervision ou par son départ de Guam.

**Maria Isabel S. Yanto**  
Professeur assistant  
Université de Guam

## DOTS in the Pacific: encouraging results observed

**The implementation of the DOTS strategy in some SPC member countries has provided successful and encouraging results.**

Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) is a proven, cost-effective strategy to stop tuberculosis. Its successful impact has been demonstrated in some places including New York, China, Bangladesh and Vietnam. Amazingly, there are still many countries all over the world that have not adopted DOTS.

The Western Pacific region is reported to have 36% of the global tuberculosis burden. It is estimated that there are 2 million new cases every year of which only 43% are notified. Out of the estimated one million new infectious cases every year only 20% receive DOTS. Studies comparing cure rates in countries using DOTS with countries not using DOTS in the western Pacific region showed a higher rate of 88% in DOTS areas versus 51% in non-DOTS areas. However population coverage in current DOTS areas is only 46%.

The Secretariat of the Pacific Community (SPC) made the control of tuberculosis one of its health initiatives in 1998 in support of the global concern regarding the emergency status of the disease. With funding support from the New Zealand Government and collaboration with WHO and the 22 SPC member Pacific Island countries and territories, SPC designed and established a regional tuberculosis project at SPC headquarters in New Caledonia. The goal of the project is to standardise and coordinate tuberculosis control in the region by implementation of Directly-Observed Treatment, Short-course (DOTS) through national TB programmes. Direct DOTS implementation activities under SPC are currently focused in Tonga, Samoa, Kiribati and Cook Islands. WHO is supervising similar activities in Vanuatu, Solomon Islands, Fiji, Papua New Guinea and selected other countries in the Pacific.

To date DOTS has been successfully implemented in the four SPC focal countries. Encouraging results are already seen. In the 4 1/2 years since DOTS implementation, Samoa has achieved an average treatment success rate of over 85%. Case notification rate from 1995 to mid-1999 is 6.3/100,000 for new smear-positive cases and 18.2/100,000 for all forms of TB. In just over a year since inception, DOTS in Kiribati has achieved treatment success rate well above the WHO cut-off point of 85% (88% for new smear-positive and 100% for retreatment smear-positive cases). The case notification rate in Kiribati put sit among the top 5 countries in the western Pacific region with high disease



## La stratégie de traitement DOTS dans le Pacifique : des résultats encourageants

**La mise en place de la stratégie DOTS dans certains États membres de la CPS a donné des résultats positifs et encourageants.**

La rentabilité de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS, en anglais) a déjà été prouvée. Ses effets positifs ont été démontrés dans divers contextes, notamment à New York, et dans des pays comme la Chine, le Bangladesh et le Vietnam. Curieusement, il existe encore de nombreux pays dans le monde qui n'ont pas adopté ce type de traitement.

Selon l'OMS, la région du Pacifique occidental représente 36 % des cas de tuberculose dans le monde. On estime que 2 millions de nouveaux cas surviennent chaque année, dont 43% seulement sont déclarés. Annuellement, sur un million de cas de tuberculose de forme contagieuse, seuls 20% reçoivent le traitement DOTS. Des études comparatives portant sur les taux de guérison dans le Pacifique occidental, montrent, que les zones qui appliquent le traitement DOTS ont des résultats supérieurs à celles qui suivent d'autres stratégies de traitement (à savoir, respectivement 88% contre 51% de guérison). Pour autant, la stratégie DOTS ne couvre actuellement que 46% de la population des zones où cette stratégie de traitement est en vigueur.

En 1998, en accord avec la préoccupation unanime que suscite la résurgence de la tuberculose au niveau mondial, le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) a fait de la lutte contre la tuberculose une de ses initiatives prioritaires. Grâce au concours financier de la Nouvelle-Zélande et en collaboration avec l'OMS et les 22 États et territoires insulaires océaniques, la CPS a conçu et élaboré un projet régional de lutte contre la tuberculose basé à Nouméa, au siège de l'organisation. Le but de ce projet est de normaliser et de coordonner la lutte contre la tuberculose dans la région, en appliquant le traitement DOTS dans le cadre des programmes antituberculeux nationaux. Actuellement, la CPS collabore aux activités de mise en place de la stratégie DOTS aux Tonga, à Samoa, à Kiribati, aux îles Cook, tandis que l'OMS supervise des activités semblables à Vanuatu, aux îles Salomon, à Fidji, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et dans d'autres pays du Pacifique.

À ce jour, le traitement DOTS a été mis en place avec succès dans les quatre États où intervient la CPS, et des résultats encourageants ont d'ores et déjà été observés. Au cours des quatre années et demie qui ont suivi la mise en application de cette stratégie de traitement, Samoa a enregistré un taux de succès moyen supérieur à 85 %. Pour la période allant de 1995 à mi-1999, le taux de déclaration pour 100 000

### A poster calendar to promote TB control

A poster calendar featuring "TB crisis" in the region is being prepared by SPC in collaboration with WHO. This poster calendar aims to promote renewed efforts and interest in controlling TB in the Pacific region using DOTS. This calendar will be distributed and available by the end of the year to all countries in the region through Ministries of Health and major donor agencies. To get a copy, please contact Dr. Janet O'Connor, SPC TB Specialist at [janeto@spc.org.nc](mailto:janeto@spc.org.nc) or fax: + 687 26 38 18.



burden. Of the 278 cases of tuberculosis notified in 1998 (332.4/100,000), 54 were smear-positive cases (64.6/100,000). A reliable information system was established in Tonga only 6 months after DOTS implementation with a reported notification rate of 14/100,000 for tuberculosis cases and 9/100,000 for smear-positive cases. The Cook Island Government has indicated its support to the DOTS programme and although in its early stages, the programme has the potential of becoming successful. WHO officially launched a "Stop TB" initiative in November 1998 to encourage those countries in the region with high tuberculosis burden to give political support and to mobilise international assistance. The goal is to implement DOTS throughout the region by the year 2005 and reduce the TB burden to half in 10 years. Globally, a new millennium World TB Day theme is being proposed by WHO to strengthen the unified effort to stop TB among organisations, agencies, governments, NGOs and others.

**Dr. Janet O'Connor**  
SPC TB Specialist

personnes est de 6,3 pour les cas de tuberculose bacillifère (présence de bacille tuberculeux dans les crachats des patients, donc forme hautement contagieuse de la maladie), et de 18,2 pour toutes les formes cliniques confondues. À Kiribati, à peine plus d'un an après sa mise en place, la stratégie DOTS a permis d'atteindre un taux de succès bien supérieur au seuil de 85 % préconisé par l'OMS (88 % pour les nouveaux cas bacillifères et 100 % en ce qui concerne les cas de remise sous traitement de patients bacillifères précédemment insuffisamment traités). Si l'on s'en réfère au taux de déclaration, Kiribati se situe parmi les cinq pays du Pacifique occidental où le fardeau de la tuberculose est des plus sévères. Sur 278 cas de tuberculose déclarés en 1998 (332,4/100 000 pers.) 54 étaient bacillifères (64,6/100 000 pers.). Au Tonga, selon un système d'information fiable, mis sur pied six mois seulement après la mise en application de la stratégie DOTS, le taux de déclaration pour 100 000 personnes est de 14 cas, toutes formes cliniques confondues, et de 9 en ce qui concerne les cas de tuberculose bacillifère. Le gouvernement des îles Cook a fait part de son soutien à la stratégie de traitement DOTS, et bien qu'il n'en soit qu'à ses premiers pas, le programme national possède les atouts nécessaires pour être une réussite.

En novembre 1998, afin de mobiliser l'aide internationale et d'encourager le soutien politique des États aux programmes de lutte contre la tuberculose dans les pays où la maladie présente une incidence élevée, l'OMS a pris l'initiative de lancer officiellement la campagne " Arrêtons la tuberculose "1. L'objectif est de mettre en œuvre la stratégie de traitement DOTS dans l'ensemble de la région d'ici à l'année 2005, et de réduire l'incidence de la tuberculose de moitié en 10 ans. Au plan mondial, l'OMS propose qu'à l'occasion du prochain millénaire un nouveau thème soit adopté pour la journée mondiale contre la tuberculose, afin de renforcer les efforts conjoints des divers organismes, gouvernements et ONGs engagés dans la lutte contre cette maladie.

**Dr Janet O'Connor**  
**Spécialiste de la tuberculose**  
**CPS**

1. "Stop TB" initiative

### Un calendrier en poster pour promouvoir la lutte contre la TB

En collaboration avec l'OMS, la CPS prépare un calendrier-poster présentant la "crise tuberculeuse" dans la région. Cette affiche vise à encourager les efforts et les activités de lutte contre la tuberculose dans la région du Pacifique, grâce à l'utilisation des DOTS. Ce calendrier sera diffusé par l'intermédiaire des ministères de la santé des États et territoires océaniques et par les principaux bailleurs de fonds. Pour le recevoir, contacter le Dr Janet O'Connor, Spécialiste de la tuberculose à la CPS, par mél: [janeto@spc.org.nc](mailto:janeto@spc.org.nc) ou par télécopie : +687 26 38 18.



## Epidemiological survey of Influenza in New Caledonia

Updated data from the Influenza Sentinel Network,  
implemented in New Caledonia on 04/03/99  
(week number 9)

Samples examined are nasal or pharyngeal secretions,  
collected on slides or virus transport medium. Diagnosis  
procedures performed in Pasteur Institute are based on:

- ✓ direct immuno-fluorescence examination,
- ✓ virus isolation on cell cultures (MDCK Cells),
- ✓ full antigenic identification and genotyping on  
representative strains, referred to WHO Coll. Centre in  
Melbourne (Pr Alan W. Hampson).

Following are the data cumulated since 01/01/99 by the  
sentinel network and individual medical requests for diagnosis:

## La surveillance épidémiologique de la grippe en Nouvelle-Calédonie

Ci-dessous sont présentées les données actualisées du réseau  
sentinelle de la grippe, mis sur pied le 4 mars 1999  
(neuvième semaine) en Nouvelle-Calédonie.

Les échantillons examinés sont des sécrétions nasales ou  
pharyngées recueillies sur lame ou milieu de transport pour virus.  
Les procédures de diagnostic employées à l'Institut Pasteur sont :

- ✓ l'examen direct par immunofluorescence,
- ✓ l'isolement des virus sur un système cellulaire sensible  
(cellules MDCK).
- ✓ les souches isolées sont envoyées au Centre collaborateur  
de l'OMS à Melbourne (Pr Alan W. Hampson) pour sous-  
typage et études génétiques éventuelles.

Les données actualisées du 01/01 au 03/09 1999 (cumul des  
résultats du réseau de surveillance et des demandes de  
diagnostics individuels) sont les suivantes :

Week #/ Semaine n°	Samples examined/ Échantillons examinés		positive influenza A/Grippe A (positifs)		positive influenza B/Grippe B (positifs)	
	weekly/ de la semaine	cumulative/ cumul	weekly/ de la semaine	cumulative/ cumul	weekly/ de la semaine	cumulative/ cumul
1	1	1	0	0	0	0
2	4	5	0	0	0	0
3	7	12	0	0	0	0
4	2	14	0	0	0	0
5	4	18	1	1	0	0
6	5	23	0	1	0	0
7	3	26	1	2	0	0
8	8	34	1	3	0	0
9	14	48	4	7	0	0
10	33	81	13	20	0	0
11	47	128	12	32	0	1
12	16	144	0	32	0	1
13	13	157	1	33	0	1
14	10	167	0	33	0	1
15	22	189	1	34	0	1
16	11	200	0	34	0	1
17	8	208	0	34	0	1
18	5	213	0	34	0	1
19	4	217	1	35	0	1
20	7	224	1	36	0	1
21	31	255	10	46	0	1
22	15	270	3	49	0	1
23	8	278	3	52	0	1
24	9	287	4	56	0	1
25	6	293	1	57	0	1
26	9	302	0	57	0	1
27	11	313	0	57	1	2
28	21	334	3	60	0	2
29	19	353	0	60	1	3
30	15	368	0	60	1	4
31	12	380	0	60	0	4
32	7	387	0	60	1	5
33	13	400	3	63	1	6
34	13	413	0	63	0	6
35	9	422	0	63	0	6

**Comments :**

The 1999 outbreak presents several distinct peaks, as the above results and the identified sub-types reveal:

- ✓ February / March: spread of type A/H3N2 viruses, antigenically related to A/Sydney/05/97 (10 strains out of 11 sent to Melbourne),
- ✓ May/June: spread of type A/H1N1 viruses, antigenically related to A/Beijing/262/95 (all 9 strains sent to Melbourne),
- ✓ July/August: limited spread of type B influenza viruses. Note that all A viruses isolated during this period come from Poum (Northern Province) and are probably related to the June peak, mainly described in Noumea.

Typing and genetic studies performed in Melbourne on type A viruses showed some differences with the reference strains, but current vaccine offers a reasonable protection against those strains. Anyway, those derivatives, also seen in other countries, will be taken into consideration during the next vaccine formulation process. In fact, one of the New Caledonian A/H1N1 strains has been adopted for the formulation of the next, Southern hemisphere vaccine.

No unusual epidemiological and clinical features were reported, one case (a child aged 6) was described with a convulsive syndrome.

Since the end of August, no new cases were found. The sentinel network will be reactivated during week #37 in order to monitor the presumptive end of the outbreak.

**Alain Berlioz-Arthaud, docteur en pharmacie**  
**Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie**  
 E.mail : [berlioz.pasteur@canl.nc](mailto:berlioz.pasteur@canl.nc)  
 Téléphone : (687) 27.02.85  
 Télécopieur : (687) 27.33.90

**Philippe Perolat, docteur en médecine**  
**Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie**  
 E.mail : [perolat.pasteur@canl.nc](mailto:perolat.pasteur@canl.nc)  
 Téléphone : (687) 27.02.80  
 Télécopieur : (687) 27.33.90

**International Network of Pasteur Institutes and  
 associated institutes.**

**Commentaires :**

L'épidémie grippale de 1999 présente plusieurs pics distincts, comme le montrent les résultats ci-dessus et les sous-types identifiés :

- ✓ février/mars : circulation de virus de type A/H3N2, antigéniquement proches de la souche A/Sydney, qui sévit depuis 1997 (10 souches sur 11 envoyées à Melbourne),
- ✓ mai/juin : circulation de virus de type A/H1N1, antigéniquement apparentés à la souche A/Beijing, décrite en 1995 (9 souches sur 9 envoyées à Melbourne),
- ✓ dans une moindre mesure en juillet/août : circulation de virus de type B. Les virus A isolés pendant cette période proviennent exclusivement de la région de Poum (Province Nord) et sont probablement liés au pic de juin décrit principalement à Nouméa.

Les caractéristiques antigéniques des souches de type A identifiées montrent des différences assez sensibles par rapport aux souches initiales, incluses dans la formulation 98/99 du vaccin, néanmoins la protection qu'il confère vis à vis de ces virus reste acceptable. Ces dérivés, constatés dans d'autres pays, seront prises en compte pour la formulation 1999/2000. En effet, un des isolats A/H1N1 calédoniens a été retenu pour la prochaine formulation hémisphère sud du vaccin (Conférence de l'OMS à Nice, France, Sept. 1999).

Enfin, les caractéristiques épidémiologiques et cliniques sont habituelles ; un cas (d'un enfant de six ans) a été signalé avec un syndrome convulsif.

Depuis fin août, la circulation des virus grippaux semble se ralentir, une nouvelle période d'activation du réseau sentinelle, programmée durant la semaine 37 permettra de préciser cette tendance.

**Alain Berlioz-Arthaud, docteur en pharmacie**  
**Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie**  
 Mél. : [berlioz.pasteur@canl.nc](mailto:berlioz.pasteur@canl.nc)  
 Téléphone : (687) 27.02.85  
 Télécopieur : (687) 27.33.90

**Philippe Perolat, docteur en médecine**  
**Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie**  
 Mél. : [perolat.pasteur@canl.nc](mailto:perolat.pasteur@canl.nc)  
 Téléphone : (687) 27.02.80  
 Télécopieur : (687) 27.33.90

**Réseau international des Instituts Pasteur  
 et instituts associés**

## Regional initiative for the elimination of filariasis

**The Secretariat of the Pacific Community and the World Health Organization successfully organised a major meeting in Brisbane, Australia, 28–29 June, bringing together health specialists working in the field of filariasis control.**

Over the two-day meeting, participants were given an up-date on current and planned activities globally and within the Pacific region, leading to the control of lymphatic filariasis. One of the major outcomes was a consensus on the regional plan of action for elimination of lymphatic filariasis in the Pacific. This initiative is now called "Pac-ELF".

The plan of action focuses on the elimination of lymphatic filariasis as a public health problem by stopping the spread of infection (i.e. interrupting transmission), and reducing the suffering of affected persons.

The strategy is that treatment of the human population should be the major focus for control/elimination efforts, using community-wide ('mass') treatment of the entire population at risk. Vector control should be used only as an adjunct to programmes based on drug administration. Morbidity control in affected patients should focus on self-help and support groups using intensive, but simple and effective, local hygiene techniques.

New treatment regimens for community-wide use to interrupt transmission are based on one-day, once-yearly treatment (for an estimated 4–6 years) for 5 years, using a two-drug regimen of Albendazole and DEC. This will result in a 99% reduction in microfilaraemia for one full year. An alternative of using DEC-fortified salt is also very effective.

Several countries in the Pacific are ready to embark on Albendazole/DEC programs, and the aim is to complete treatment in all affected Pacific countries by 2005, and to be able to certify elimination by 2010, 20 years ahead of the global target.

For further information, please contact:

**Dr Tony Stewart**  
**Medical Epidemiologist (TonyS@spc.org.nc)**  
**SPC Pacific Regional Vector Borne Disease Project**

or

**Dr Kazuyo Ichimori**  
**WHO Scientist (clo-van@who.org.vu)**  
**WHO Western Pacific Region**

## Une initiative régionale sur l'élimination de la filariose dans le Pacifique

**Le secrétariat général de la Communauté du Pacifique et l'Organisation mondiale de la santé ont organisé avec succès une grande réunion à Brisbane, en Australie, les 28 et 29 juin, afin de rassembler les spécialistes de la santé oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la filariose.**

*Durant ces deux jours, les activités de lutte contre la filariose lymphatique en cours et à venir aux niveaux mondial et régional ont été présentées aux participants. La réunion a notamment débouché sur le plan régional d'action pour l'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (abrégé en "Pac-Elf" en anglais).*

*Le plan d'action s'attache à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique en enrayant sa propagation (interruption de la transmission) et en allégeant les souffrances des personnes touchées par la maladie.*

*La stratégie adoptée est la suivante : les principaux efforts de lutte contre la maladie en vue de son élimination devraient porter sur le traitement de masse de toutes les populations humaines "à risque". La lutte antivectorielle ne devrait servir que d'appoint aux programmes avant tout fondés sur les traitements médicamenteux. Pour lutter contre la morbidité des patients atteints par la maladie, il faut que les malades et les proches adoptent des techniques d'hygiène locales intensives, mais simples et efficaces.*

*Les nouveaux schémas thérapeutiques à l'usage des communautés, susceptibles d'interrompre la transmission, se fondent sur une association de doses uniques (pendant environ 4 à 6 ans) de deux médicaments, l'albendazole et le diéthylcarbamazine (DEC), traitement qui permet de réduire de 99 pour cent la microfilarémie pendant une année entière. Le sel additionné de DEC est également très efficace.*

*Plusieurs pays du Pacifique sont prêts à mettre en place des programmes fondés sur cette association médicamenteuse d'albendazole et de DEC, l'objectif étant d'achever le traitement dans les pays océaniques d'ici 2005 et de certifier l'élimination de cette maladie en 2010, soit 20 ans avant la date fixée pour atteindre ce même objectif au niveau mondial.*

*Pour tout complément d'information :*

**Dr Tony Stewart, épidémiologiste (TonyS@spc.org.nc)**  
**Projet régional océanique de lutte contre les maladies à transmission vectorielle, CPS**

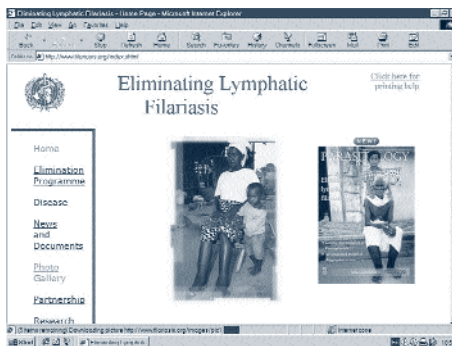
Ou

**Dr Kazuyo Ichimori, chercheur à l'OMS**  
**(clo-van@who.org.vu) OMS Région du Pacifique occidental**



**Filiaris website**

The World Health Organization has developed a website at: <http://www.filiaris.org> where it is possible to find publications and useful information on the Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis, as well as information on how to manage lymphoedema through easily-implemented home measures.



**La filiarose sur le web**

L'Organisation Mondiale de la Santé a mis en place un site Internet, <http://www.filiaris.org> où il est possible d'obtenir des publications et de trouver des informations utiles sur le Programme d'élimination de la filiarose. Y sont également disponibles des informations sur la prise en charge des lymphoedèmes par des mesures facilement applicables à domicile.

**PPHSN NEWS / ROSSP ACTUALITÉS**

**PPHSN letter to MoH**

The Focal Point of Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) Coordinating Body (CB) has drafted a letter to be sent to the Ministries and Departments of Health of all Pacific Island countries and territories. This letter describes the background of the PPHSN and aims to establish an official framework for the network.

The PPHSN includes two different types of members (core and allied members) and the Coordinating Body with a Focal Point. The core members are the Pacific Island countries and territories; the allied members include the regional training institutions, agencies, laboratories and other networks. The letter outlines the role of the Coordinating Body and explains its membership including the way the latter should be managed over time.

The letter is now being circulated for comments and approval amongst the members of the CB. It will be sent to the Ministries and Departments of Health of all Pacific Islands countries and territories by the end of October 1999 in order to seek their comments and endorsement.

**Memorandum of Understanding – Fiji School of Medicine and the Secretariat of the Pacific Community.**

Dr Bob Dun, Head of the Secretariat of the Pacific Community (SPC) and Dr Wame Baravilala, Dean of the Fiji School of Medicine, signed a Memorandum of Understanding on 22 June at the Fiji School of Medicine.

The Memorandum of Understanding provides a formal framework for greater collaborative efforts between these two longest serving agencies in the Pacific in responding to the health needs and improving the health status and well-being of Pacific Island peoples.

It will enhance the complementary relationship between SPC and the Fiji School of Medicine, which have interacted

**Lettre du ROSSP aux ministères**

Le Point de contact du Groupe de coordination du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) a rédigé une lettre destinée aux ministères et services de santé des pays et territoires insulaires du Pacifique. Cette lettre décrit le contexte dans lequel le ROSSP a été mis en place et vise à établir un cadre officiel de travail pour le réseau.

Celui-ci comprend deux types de membres (de base et associés) et un Groupe de coordination avec un Point de contact. Les membres de base correspondent aux pays et territoires insulaires du Pacifique, tandis que les membres associés regroupent entre autres des établissements régionaux de formation, des organismes régionaux, des laboratoires et d'autres réseaux.

La lettre donne un aperçu du rôle du Groupe de coordination et explique également la manière dont la composition de ses membres doit évoluer dans le temps. Elle circule actuellement entre les membres du Groupe de coordination pour relecture et validation. Elle sera expédiée aux ministères et services de santé de tous les pays et États insulaires du Pacifique d'ici la fin du mois d'octobre pour recueillir leurs avis et leur approbation.

**Protocole d'accord entre l'École de médecine de Fidji et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique**

Le Dr Bob Dun, directeur du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), et le Dr Wame Baravilala, Doyen de l'École de médecine de Fidji ont signé un protocole d'accord à l'École de médecine le 22 juin dernier.

Le protocole d'accord offre un cadre officiel pour intensifier les efforts menés conjointement par ces deux plus anciennes institutions océaniques, en vue de répondre aux besoins en matière de santé et d'améliorer la situation sanitaire et le bien-être des populations insulaires du Pacifique.

informally in the past, and will provide a sound basis for a structured approach to the development of the health sector in the region.

Both FSM and SPC acknowledge the need for linking the training of health professionals to the practice in the field, to ensure health professionals are optimally prepared for their future working conditions.

### PIHOA meeting

For the third time in row, the PPHSN has been invited to attend the six-monthly Pacific Islands Health Officers Association meetings. The PIHOA from the US-affiliated jurisdictions met from 20 to 23 September 1999 in Pohnpei, FSM. Representatives from the Fiji School of Medicine, WHO and SPC participated in the open sessions of the meeting, where representatives of US agencies or institutions like HRSA, CDC and University of Hawaii were also represented. This certainly opens up new possibilities for an increasingly effective collaboration between different regional players in the health sector – and particularly in those Pacific jurisdictions affiliated with the US.

Once again, let's exchange views, combine resources, complement each other, and work together!

*Cet accord permettra de renforcer les relations complémentaires et d'interdépendance qu'entretiennent et qui unissent depuis longtemps la CPS et l'École de médecine. Il constituera une base solide pour aborder de manière structurée la question du développement du secteur de la santé à l'échelon régional.*

*L'École de médecine de Fidji et la CPS reconnaissent la nécessité de lier la formation à la pratique de terrain, afin que les professionnels de la santé soient préparés au mieux aux conditions réelles dans lesquelles ils auront à exercer.*

### Réunion du PIHOA

*Pour la troisième fois consécutive, le ROSSP a été invité à la réunion semestrielle de l'Association des responsables océaniques de la santé la Pacific Islands Health Officers Association (PIHOA) des juridictions affiliées aux É.-U. La réunion a eu lieu du 20 au 23 septembre 1999 à Pohnpei (États fédérés de Micronésie). Des représentants de l'OMS et de la CPS ont participé aux sessions publiques, auxquelles assistaient également des représentants des agences ou des institutions telles que le HRSA, le CDC et l'Université de Hawaï. Cette démarche ouvre de nouvelles perspectives pour une collaboration de plus en plus efficace entre les divers partenaires régionaux qui travaillent dans le domaine de la santé – et en particulier dans les juridictions du Pacifique associées aux É.-U. Une fois encore, échangeons nos points de vue, mettons nos ressources en commun, soyons complémentaires et agissons en synergie !*



During the plenary sessions of the PIHOA meeting Jan Pryor & Eddie Mc Caig presented the activities and programmes of the Fiji School of Medicine  
 Durant les sessions plénières, Jan Pryor et Eddie Mc Caig ont présenté les activités et les programmes de la l'École de médecine de Fidji



Members of the Fiji School of Medicine, SPC and WHO participated at the PIHOA meeting /Étaient présents : des membres de l'École de médecine, de la CPS et de l'OMS

## WHO/UNICEF EPI meeting

A WHO/UNICEF workshop on the Expanded Programme on Immunization and Control of Vaccine-Preventable Diseases in Pacific Island countries and areas was held in Nadi, Fiji, from 4 to 8 October 1999. Around twenty national participants from the Pacific countries and territories attended, together with consultants and observers. "Discussions included the presentation of a new recording system for neonatal tetanus immunisation coverage and protection at birth and a regional update on the adverse effects of immunisation", described observer Dr Tom Kiedrzyński, SPC Notifiable Diseases Specialist and member of the PPHSN

Coordinating Body. The workshop also reviewed progress made on a wide range of EPI issues, including control of hepatitis B in the Pacific, certification of poliomyelitis eradication and measles control. Concerning the latter issue, the need for a regional network of level-2 public health laboratories has been acknowledged, as expressed during the Pacific Telehealth Conference (Noumea, 30 Nov – 3 Dec 99).



Among the participants: Mr Ronald van Dijk (UNICEF Suva), Dr J. Mc Farland (WHO Manila), Dr Michael O'Leary (WHO Suva), Sarita Neupane (UNICEF Suva) and Kidsen Ioph (FSM).

## Réunion OMS/UNICEF sur le PEV

Une réunion de travail OMS/UNICEF sur le Programme étendu de vaccination et la Lutte contre les maladies évitables par les vaccins dans les pays et régions du Pacifique s'est tenue à Nadi (à Fidji), du 4 au 8 octobre. Environ vingt participants nationaux des pays océaniques y ont assisté, ainsi que des consultants et des observateurs. "Les discussions ont porté entre autres sur la présentation d'un nouveau système

d'enregistrement pour la couverture vaccinale et la protection à la naissance contre le tétanos néonatal et sur une mise à jour régionale des effets secondaires de la vaccination", a décrit le Dr Tom Kiedrzyński, un des observateurs invités, spécialiste des

maladies à déclarer auprès de la CPS et membre du Groupe de coordination du ROSSP. La réunion a également fait la revue des progrès obtenus dans un grand nombre de domaines relatifs au PEV, dont : la lutte contre l'hépatite B dans le Pacifique, la certification de l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre la rougeole. Sur ce dernier point, la nécessité d'un réseau de laboratoires de santé publique de niveau 2 a été ré-exprimée, comme lors de la conférence sur la télésanté dans le Pacifique (à Nouméa, 30 Nov.-3 Dec. 98).

## IN BRIEF/EN BREF

### Pacific Human Development Report

UNDP (United Nations Development Programme) has released the 1999 Pacific Human Development Report. This report analyses and reports on the human development status of fifteen developing island countries of the Pacific, namely: Cook Islands, Fiji Islands, Kiribati, Marshall Islands, Federated States of Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Papua New Guinea, Samoa, Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu and Vanuatu. The report includes up-dated calculations of the Human Development Index (HDI) and the Human Poverty Index (HPI), and reports on progress towards the development of a Vulnerability Index for small island states.



### Rapport sur le développement humain dans le Pacifique

Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) a publié le rapport sur le développement humain dans le Pacifique (Pacific Human Development Report 1999). Cette publication analyse et décrit l'état de développement humain de quinze États insulaires du Pacifique, qui sont : les îles Cook, les îles Fidji, Kiribati, les îles Marshall, les îles Salomon, Tokelau, Tonga, Tuvalu et Vanuatu. Le rapport inclut des calculs mis à jour de l'Indice de développement et de l'Indice de pauvreté, et présente les progrès vers l'établissement d'un Indice de vulnérabilité pour les petits États insulaires.

## CD-ROM on malaria

The Royal Perth Hospital has released an educational CD-ROM. The bilingual version (English/French) was produced with the financial support of Abbott Diagnostics and is distributed free of charge. The CD-ROM includes useful information on diagnosis, prophylaxis and treatment of malaria. A *Test & Teach* section shows series of photomicrographs of thin and thick blood films to help brush up your malaria identification skills.  
Fax: 61 (8) 9224 3511



## Un CD-ROM sur le paludisme

Le Royal Perth Hospital produit un CD-ROM de formation sur le paludisme. Cette version bilingue (anglais/français) a été réalisée avec le soutien financier des laboratoires Abbott Diagnostics et est distribuée gratuitement. Le CD-ROM inclut des informations utiles sur le diagnostic, la prophylaxie et le traitement du paludisme. Une section *Initiation & Autotest* montre des séries de microphotographies de gouttes épaissies et de frottis minces pour vous aider à réviser vos connaissances sur l'identification des parasites du paludisme.  
Télécopieur : 61 (8) 9224 3511

## Leptospira and Leptospirosis Second edition, 1999

The second edition of the comprehensive interdisciplinary encyclopaedia of leptospirosis is now available. This publication includes:

- ✓ a complete review of leptospirosis in humans and animals:
  - clinical presentations, course and management;
  - pathogenesis, pathology, and diagnosis;
  - epidemiology and prevention.
- ✓ a complete review of the bacteriology of *Leptospira*: morphology, nutrition, cultivation, antigens, molecular biology, serology.

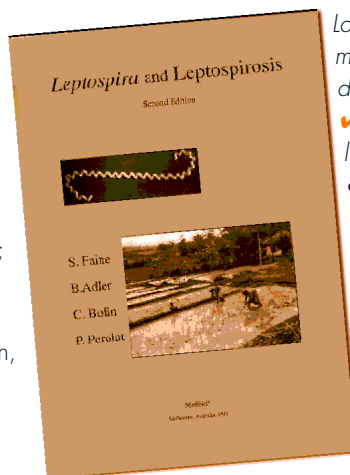
Also included:

- ✓ lists of serovars and species;
- ✓ molecular studies of leptospiral genomics and classification;
- ✓ laboratory methods, PCR diagnosis;
- ✓ clinical and epidemiological updates.

Authors: S. Faine, B. Adler, C. Bolin, P. Pérolat

Format: A4 volume, approx. 300 pages

To order please contact MediSci® Writing, 2 Murray St., Armadale Vic. 3143 AUSTRALIA.



## Leptospira and Leptospirosis Deuxième édition, 1999

La seconde édition de l'encyclopédie complète et multidisciplinaire sur la leptospirose est maintenant disponible. Cette publication regroupe :

- ✓ une synthèse complète de la leptospirose chez l'homme et l'animal :
  - présentations cliniques, évolution et prise en charge;
  - pathogénèse, pathologie et diagnostic;
  - épidémiologie et prévention.
- ✓ une synthèse complète de la bactériologie de *Leptospira* : morphologie, nutrition, culture, antigènes, biologie moléculaire, sérologie.  
Sont également incluses :
  - ✓ les listes des serovars et des espèces;
  - ✓ les études moléculaires sur les génomes des leptospires et la classification
- ✓ les méthodes de laboratoires, le diagnostic par PCR
- ✓ les mises-à-jour des données cliniques et épidémiologiques.

Auteurs : S. Faine, B. Adler, C. Bolin, P. Pérolat

Format : A4, approx. 300 pages

Pour les commandes, contacter MediSci® Writing, 2 Murray St., Armadale Vic. 3143 AUSTRALIA.

## WHO report on infectious diseases

WHO has recently published a 68-page document, the "WHO report on infectious diseases: removing obstacles to healthy development". The report provides a good overview of the current global challenge of infectious diseases. It can be viewed on the Internet at <http://www.who.int/infectious-disease-report>. To order a copy, please send a request to [publications@who.ch](mailto:publications@who.ch) or contact the WHO Suva Office at [olearym@who.org.fj](mailto:olearym@who.org.fj). The French version will be available by November/December on the Internet.

## Le rapport de l'OMS sur les maladies infectieuses

L'OMS a récemment publié un document de 68 pages intitulé : "WHO report on infectious diseases: removing obstacles to healthy development" (*Rapport de l'OMS sur les maladies infectieuses : vaincre les obstacles au développement sanitaire*). Ce rapport publié en anglais fournit une bonne vue d'ensemble du défi actuel et général que constituent les maladies infectieuses. Il est consultable en anglais sur Internet à l'adresse <http://www.who.int/infectious-disease-report>. Pour obtenir un exemplaire, envoyer une demande à [publications@who.ch](mailto:publications@who.ch) ou contacter le Dr Michael O'Leary (OMS Suva) à [oleary@who.org.fj](mailto:oleary@who.org.fj). La version en français sera disponible courant novembre/décembre sur Internet.

## Distance learning website on emerging infectious diseases

A new teaching tool has been made available on the web to learn about Emerging Infections of International Public Health Importance. These materials include recent lectures and audiovisual materials by international experts, and are being made available without charge by the APEC EINET Project. The distance learning course can be accessed at <http://www.apec.org/infectious>.

## ITCH Call for papers

*From Potential to Practice* is the working theme for the International Conference being held in Victoria, Canada (August 23–27 2000), to discuss issues in information technology and community health. ITCH 2000 is seeking papers which describe how information management practices and information systems are improving the health of communities. The deadline for submission of abstracts is December 15 1999. For further information: [itch@hds.uvic.ca](mailto:itch@hds.uvic.ca) or <http://itch.uvic.ca>.

## WHO Regional Committee Meeting

The 50th Session of the WHO Regional Committee for the Western Pacific took place in Macao, 13–17 September 1999. The agenda included the following themes: eradication of poliomyelitis in the region, annual report on sexually transmitted infections, HIV infections and AIDS, tuberculosis prevention and control, hepatitis and related diseases, action plan for tobacco. A comprehensive overview of the meeting is available at <http://www.who.org.ph/rcm50/default.htm>.

## La téléformation sur les maladies infectieuses émergentes par Internet

Un nouvel outil de formation à distance a été rendu disponible sur Internet, afin de connaître les infections émergentes d'importance en santé publique internationale. Ces outils regroupent des cours récents ou des matériels audiovisuels produits par des experts internationaux, et sont mis à disposition sans frais par le Projet APEC EINET. Les cours sont accessibles à <http://www.apec.org/infectious>.

## Appels à contributions d'ITCH

"Du potentiel à la pratique" : tel est le thème de la conférence internationale qui se tiendra à Victoria, au Canada (23–27 août 2000), pour discuter des technologies de l'information et de la santé communautaire. ITCH lance un appel à contributions sur la façon dont la gestion des technologies de l'information et des systèmes d'information améliorent la santé des communautés. La date limite pour soumettre les résumés est le 15 décembre 1999. Pour plus d'informations : [itch@hds.uvic.ca](mailto:itch@hds.uvic.ca) or <http://itch.uvic.ca>.

## Session du Bureau régional de l'OMS

La 50ème session du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental s'est tenue du 13 au 17 septembre à Macao. Parmi d'autres, le programme comportait des discussions sur les thèmes suivants : l'éradication de la poliomyélite dans la région, le rapport annuel sur les maladies sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le sida, la prévention et la lutte contre la tuberculose, l'hépatite et les maladies associées, le plan d'action contre le tabagisme. Une synthèse complète est disponible à l'adresse : <http://www.who.org.ph/rcm50/French/info.htm>.

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. Five diseases in particular—but not exclusively—are targeted by the PPHSN's Early Warning System and PACNET, its communication tool: cholera, dengue, measles, influenza and acute haemorrhagic conjunctivitis.

Printed at SPC (Noumea) with the support of the French Government and AusAID. Production PHS & CDC Section, SPC BP D5, 98848 Noumea, New Caledonia. Tel: (687) 26.20.00; Fax: (687) 26.38.18; <http://www.spc.org.nc/phs>. Editorial office: Yvan Souares ([YvanS@spc.org.nc](mailto:YvanS@spc.org.nc)), Tom Kiedrzyński ([TomK@spc.org.nc](mailto:TomK@spc.org.nc))  
Coordinated by Mina Vilayleck ([MinaV@spc.org.nc](mailto:MinaV@spc.org.nc))  
Published by the Publications and Translation Sections for the PHS & CDC section.

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

© Copyright Secretariat of the Pacific Community 1999.

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. Cinq maladies sont particulièrement – mais pas exclusivement – ciblées par le système d'alerte précoce du ROSSP et son outil de communication, PACNET: le choléra, la dengue, la rougeole, la grippe et la conjonctivite hémorragique aiguë.

Imprimé à la CPS (Nouméa) avec le concours financier du gouvernement français et d'AusAID. Production : Section SST & LMT, CPS, BP D5, 98848 Nouméa, Nouvelle-Calédonie. Tel: (687) 26.20.00; Fax: (687) 26.38.18; Mé: [MinaV@spc.org.nc](mailto:MinaV@spc.org.nc); <http://www.spc.org.nc/phs>. Comité de lecture : Yvan Souares ([YvanS@spc.org.nc](mailto:YvanS@spc.org.nc)) Tom Kiedrzyński ([TomK@spc.org.nc](mailto:TomK@spc.org.nc))  
Publié sous la direction de Mina Vilayleck ([MinaV@spc.org.nc](mailto:MinaV@spc.org.nc)) 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, 1999

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.