

JUST ONE LIFE

Each day dawns anew. Life goes on, in spite of everything that has happened, everything that has tried to destroy it. People die every day, others take their places. The sea is calm but we know that sooner or later a storm will arrive.

Participants in the Health Ministers Meeting in Apia, Samoa, in March might have been wondering what was going to happen this time. Two years earlier during the meeting of the same ministers in Nuku'alofa, while they were discussing the growing scourge of non-communicable diseases in the Pacific, the SARS alert was issued by WHO and the end of the meeting was



"Tell me a story ...," the child asks.

"This is a story of a little girl and a little boy who lived happily for a long time, for forever, on their island with their parents, their uncles and aunts, their cousins, grandparents and great-grandparents that they loved one and all. On that island, the weather was always fine and everybody was healthy..."

How the child wished that this was true. But it's only a story, isn't it?

We only have one life to live and we must, in all good conscience, do something for ourselves and our children.

"*Raconte-moi une histoire...*", demanda l'enfant.

"*C'est l'histoire d'une petite fille et d'un petit garçon, qui vivaient heureux longtemps, éternellement, sur leur île avec leurs parents, leurs oncles et tantes, leurs cousins et cousines, leurs grands-parents et leurs arrière-grands-parents, qu'ils aimaient tous. Dans cette île, il faisait toujours beau et tout le monde était en bonne santé...*"

Comme l'enfant aimerait que ceci soit vrai ! Mais ce n'est qu'une histoire, n'est-ce pas ?

Nous avons une seule vie avant la mort, dont nous pouvons en toute conscience faire quelque chose pour nos enfants et nous-mêmes.

Dr Tom Kiedrzyński
Epidemiologist, SPC/CPS

CONTENTS

Surveillance & Response

Lessons from the Asian Tsunami	3
Tuberculosis control in the Pacific: update and future hopes .	7
Dengue fever type 1 outbreak in Yap	11
Dengue entomological surveillance	12
Guidelines for HIV & STI Surveillance.....	15

PPHSN News

Developing LabNet in the US Pacific.....	22
LabNet – IPNC annual activity report, 2004.....	24
Meeting of the ministers of Health for the Pacific	28

Supplement

Selection of articles published in *Inform'ACTION*

SOMMAIRE

Surveillance et réponse

Enseignements à tirer du Tsunami en Asie.....	3
Lutte contre la tuberculose en Océanie : où en est-on?	7
Épidémie de dengue de type 1 à Yap	11
La surveillance entomologique de la dengue.....	12
Directives pour la surveillance du VIH et des IST dans les États et Territoires océaniques.....	15

ROSSP Actualités

Developpement de LabNet dans les pays océaniques affiliés aux États-Unis d'Amérique.....	22
LabNet – Rapport d'activité annuel de l'IPNC (Année 2004).	24
Réunion des ministres de la santé des pays océaniques.....	28

Supplément :

Sélection d'articles publiés dans
les 20 premiers numéros d'Inform'ACTION

UNE SEULE VIE

L'oiseau s'est envolé au lever du soleil. La vie a recommencé, malgré tout ce qui s'est passé, tout ce qui a cherché à la détruire. Des gens meurent tous les jours, d'autres prennent la relève. La mer est calme, mais on sait que la tempête arrive, tôt ou tard.

On pouvait se demander ce qui allait arriver lors de la réunion des Ministres de la santé à Apia, au Samoa... Exactement deux ans auparavant, lors de la réunion des mêmes Ministres à Nuku'alofa, alors que ceux-ci discutaient du fléau grandissant que sont les maladies non transmissibles en Océanie, l'alerte au SRAS avait été déclenchée par l'OMS, et la fin de la réunion avait été marquée par deux cyclones. Heureusement, cette fois-ci, la mer est restée calme.

Ce calme est le moment qui nous permet de nous préparer afin de mieux faire face aux futures menaces. De prendre en compte toutes les connaissances que l'humanité a acquises pour les contrer et les outils de lutte qu'elle a développés pour en empêcher ou en limiter les dégâts.

marked by two tropical cyclones. Fortunately, this time, the sea stayed calm.

This present period of calm is a time when we can prepare ourselves to be better able to deal with future threats, to take into account the knowledge that humanity has gained about controlling such threats and the tools we have developed to prevent them or to limit their damage. One of these threats, which we have heard a lot of talk about over the past year or so¹, is the influenza pandemic. But, despite the Regional EpiNet Workshop in June 2004, the publication of guidelines on how to prepare for the arrival of an influenza pandemic by the PPHSN, PacNet messages and country visits to encourage planning in this area, work still needs to be done in many countries and territories. Greater awareness and political commitment are absolutely vital. Governments need to implement and support multisector planning efforts. Such efforts must take into account existing emergency response plans for situations that can result in a large surge in the number of patients over a fairly short period of time — in the case of influenza, just a few weeks. They need to take into account the reduction in the number of health staff available, as they will be in the front line and will be rapidly affected themselves by this new type of influenza; they may even have to turn away from their public roles to take care of their nearest and dearest — their parents, wives and children, etc. — who will naturally take priority, particularly if they are seriously ill.

The recommendation on influenza pandemic preparedness formulated during the Health Ministers Meeting in Apia is one step in the development of public commitment. WHO and SPC, as well as PPHSN's other partners, must continue to support national efforts and organise to provide practical and realistic support as part of their work to serve the region's countries and territories. But the first step towards greater awareness, for countries to begin and gain ownership of this process, must come from national decision-makers.

These planning efforts will be useful not only for preparing for an influenza pandemic but for any outbreak. An influenza pandemic may present new epidemiological characteristics, for example, that will have to be taken into consideration. More generally, they can contribute to updating and testing existing disaster plans. Most importantly, "practical exercises" to test such plans should be encouraged. This is the best way to improve them, by identifying and resolving their weaknesses in practice, while at the same time ensuring that all the participants are thoroughly familiar with their roles.

Recently, on 26 December 2004 to be exact, a catastrophe on a scale that we had hoped never to see took place at the doorstep of the Pacific, with nearly 200,000 deaths and entire towns and villages destroyed in countries around the perimeter of the Indian Ocean. This event came some six and a half years after the tsunami that destroyed Aitape on the north coast of Papua New Guinea. In this issue, we share the experiences of Dr Tony Stewart, who discusses the priority response needs after the 26 December tsunami and the lessons learnt.

More recently, there have been other earthquakes and more deaths. Colossal forces are awakening: the tectonic plates are beginning to move, letting loose a chain of earthshaking events. In another recognition of how vulnerable the Pacific Islands are to a variety of natural threats, the Second Summit for Sustainable Disaster Risk Management, organised by the Pacific Emergency Health Initiative (PEHI) of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), will take place in Fiji in June 2005. This meeting will specifically address the issue of environmental disasters, and will work on proposals to put to funding agencies concerning the most important aspects of preparing the region for catastrophes.

L'une de ces menaces, dont on parle beaucoup depuis plus d'un an¹, est la pandémie de grippe. Malgré l'atelier régional EpiNet de juin 2004, la publication des directives pour la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe du ROSSP, les messages sur PacNet, et des visites dans les pays pour stimuler la planification dans ce domaine, du chemin reste à faire pour beaucoup de pays et territoires. Une prise de conscience et un engagement politique des gouvernements dans ce domaine sont absolument nécessaires ; ils doivent lancer et soutenir les efforts de planification multisectorielle. Ces efforts doivent prendre en compte les plans d'urgence existants destinés à faire face à des situations ayant en commun l'afflux d'un grand nombre de patients dans une période plus au moins courte. Quelques semaines pour la grippe. Et tenir compte de la disponibilité réduite du personnel de santé, qui sera en première ligne, donc rapidement touché lui-même par cette nouvelle grippe ; ses acteurs seront peut-être eux-mêmes détournés de leur rôle public par les soins à prodiguer à leurs proches, parents, femmes et enfants, priorités toutes naturelles, surtout si la maladie est sévère.

La recommandation ciblant cette préparation, établie lors de la Réunion des Ministres de la santé à Apia, est une étape dans le développement de l'engagement politique contre la pandémie de grippe. L'OMS et la CPS, ainsi que d'autres partenaires du ROSSP, doivent aussi continuer à soutenir les efforts nationaux, et organiser cette action de façon aussi réaliste et pratique que possible, dans le cadre de leur mission de service aux pays et territoires de la région. Mais le premier geste de prise de conscience, de démarrage et d'appropriation du processus par les pays doit venir des décideurs nationaux.

Ces efforts de planification ne seront pas seulement utiles pour se préparer à une pandémie de grippe, mais pour toute épidémie — une pandémie de grippe pouvant elle-même présenter des caractéristiques épidémiologiques nouvelles dont il faudra tenir compte. De façon plus générale, ils peuvent servir dans une situation de catastrophe, par la remise à jour et la mise à l'épreuve des plans existants. Surtout, l'"exercice pratique" d'application du plan doit être largement encouragé : c'est la meilleure façon de l'améliorer, en identifiant ses défauts par la pratique et en y remédiant, et, surtout, en s'assurant que tous les acteurs connaissent bien leur rôle.

Récemment, le 26 décembre 2004 exactement, une catastrophe que nous aurions voulu ne jamais voir s'est produite aux portes de l'Océanie sans la toucher, avec près de 200 000 morts et des villes et villages entiers détruits, 6 ans et demi après le tsunami qui avait ravagé Aitape sur la côte nord de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Nous avons dans ce numéro l'expérience vécue du Dr Tony Stewart qui relate les besoins prioritaires de la riposte après le tsunami du 26 décembre et les leçons apprises.

Plus récemment, il y a eu d'autres tremblements de terre et d'autres morts... La Nature se réveille et les plaques tectoniques se mettent à bouger, libérant des forces colossales qui se mobilisent en série.

En guise de préparation, dans ce calme entre les tempêtes et sachant la vulnérabilité des îles du Pacifique, le deuxième sommet pour la gestion pérenne des désastres, organisé par le PEHI² du CDC³, va se tenir à Fiji en juin 2005 et va s'attaquer plus particulièrement à ces désastres environnementaux, en essayant de travailler sur des propositions aux bailleurs de fonds concernant les points les plus importants de la préparation de la région aux catastrophes.

Prevention, wherever possible, is always the best strategy against attacks on human health. The *Pacific Immunization Programme Strengthening* (PIPS) Workshop held in Noumea from 9 to 13 May injected new energy into the area of immunisation. We know that when you don't see people around you affected by a certain disease you have the impression of battling phantoms by vaccinating them against this unseen disease. But we have seen how quickly a disease can re-emerge if there is any halt or negligence in such efforts. We have to keep up the pressure.

Another hollow-eyed spectre has returned more menacing than ever since it has been neglected. This is tuberculosis (this issue page 7). The current realistic DOTS strategy takes the disease very seriously and combats it more successfully than those recommended in the past. This strategy must be able to adapt to the disease's tenacious and opportunistic nature: tuberculosis takes advantage of weakness due to HIV infection; it develops resistance to antituberculosis agents. We should not forget that tuberculosis is also an indicator of the poverty in which certain communities live, particularly those deprived of access to health care. For this reason tuberculosis prevalence is an important health indicator in the Millennium Development Goals (MDGs).

Dr Tom Kiedrzyński
Epidemiologist, SPC

Dr Tom Kiedrzyński
Épidémiologiste
CPS

1. See *Inform'ACTION* 17, in particular the editorial by Dr Seini Kupu

1. Voir aussi *Inform'ACTION* 17, notamment l'éditorial du Dr Seini Kupu
2. Pacific Emergency Health Initiative
3. Centers for Disease Control and Prevention
4. Objectifs de développement du millénaire.

Surveillance et réponse

LESSONS FROM THE ASIAN TSUNAMI

ENSEIGNEMENTS À TIRER DU TSUNAMI EN ASIE



The world awoke on 26 December 2004 to the news that a tsunami had devastated many countries in the Indian Ocean. This event is a strong reminder to us that the Pacific is also at risk. This region is prone to earthquake activity under the ocean — and most of the Pacific Islands population live on coastal lowlands. The damage wrought and loss of 2000 lives in the 1998 tsunami which hit the area around Aitape in PNG is proof of the risk faced in the Pacific. Very few earthquakes result in tsunamis. However, when they do, the effects are sudden and severe.

Au matin du 26 décembre 2004, le monde entier s'est réveillé en apprenant qu'un tsunami avait dévasté de nombreux pays sur le pourtour de l'océan Indien. Cet événement nous rappelle que le Pacifique est également une zone à risque. L'Océanie est en effet sujette aux séismes sous-marins et la majorité des Océaniens vivent sur les terres basses du littoral. Les ravages et la perte de 2 000 vies humaines causés en 1998 par le raz-de-marée qui a frappé la zone de Aitape en Papouasie-Nouvelle-Guinée sont la preuve du risque encouru par la région. Très peu de séismes provoquent des tsunamis. Toutefois, lorsque cela arrive, les effets sont soudains et dévastateurs.

Le séisme de décembre a eu lieu au large des côtes de Sumatra et le tsunami qui l'a suivi s'est déplacé à plus de 700 km/h avant de frapper les côtes de l'Indonésie, de Sri Lanka, de la Thaïlande, du Myanmar, du Bangladesh, de l'Inde, des Maldives, et même les côtes africaines. Il n'est pas surprenant que, juste après la catastrophe, il a été difficile d'obtenir des informations exactes des pays touchés. À mesure que les rapports affluaient, il est apparu clairement que la province d'Aceh, à Sumatra, en Indonésie, était la région la plus sévèrement touchée. En à peine quelques minutes, 220 000 personnes environ sont mortes à Aceh. L'ampleur des dégâts a été considérable. Avant l'arrivée de la vague, le séisme lui-même avait déjà fait s'écrouler de nombreux bâtiments et détruit des infrastructures telles que les conduits d'adduction d'eau, les routes et les réseaux de communication. Lorsque le tsunami a frappé, environ 30 minutes plus tard, des centaines de kilomètres de côtes ont été submergés. Dans certaines zones de la côte occidentale d'Aceh, des villages entiers ont été balayés. Quelque 480 000 personnes



The December earthquake occurred off the coast of Sumatra, and the subsequent tsunami travelled at speeds in excess of 700 km/hour to hit the coasts of Indonesia, Sri Lanka, Thailand, Myanmar, Bangladesh, India, the Maldives, and even as far away as Africa. Not surprisingly, in the initial stages it was difficult to get accurate information from the affected countries. As reports rolled in, it became clear that the province of Aceh in Sumatra, Indonesia, was the area most severely affected. Approximately 220,000 people died in Aceh in just a few minutes. The extent of the ruin was vast. Even before the tsunami hit, earthquake damage toppled many buildings and destroyed infrastructure such as water supplies, roads and communications. When the tsunami hit about 30 minutes later, hundreds of kilometres of coastline were ruined. In parts of the west coast of Aceh, entire villages were swept away. An estimated 480,000 people were left homeless, and began looking for shelter wherever they could find it.

In Indonesia, many of those killed were leaders and government officials, making coordination more difficult. On the health side, of the 480 provincial health workers only a handful reported for work in the first week; a quarter of all health facilities were destroyed or non-functional; the Provincial Health Office, the vaccine cold room and Provincial Public Health Laboratory buildings were all severely damaged. Prior to the tsunami, health and other services in many areas of the province had not been functioning well, as a result of three decades of civil conflict. For the same reason, travel by outsiders into the province had been strictly regulated for 20 years.

In this context, the initial stages of the disaster response had to be extremely well coordinated. The provincial government quickly set up a coordination centre for all sectors, with support from the national level and other provinces. Military contingents were quick to arrive, providing essential aid and situation assessments. Many foreign government teams, international NGOs and other volunteers began to arrive. The various UN agencies were delegated responsibilities for securing food, water, sanitation, shelter, and health services.

The immediate public health needs were to:

- Establish health coordination of the large number of national and international government and non-government organisations arriving in the affected areas, and liaise with the groups responsible for water/sanitation, food and shelter

se sont retrouvées sans toit et ont commencé à chercher désespérément un abri.

En Indonésie, bon nombre des victimes étaient des responsables et de hauts fonctionnaires, ce qui a rendu la coordination des secours encore plus difficile. Sur le plan sanitaire, sur les 480 agents de santé provinciaux, une petite dizaine à peine s'est rendue à son travail la première semaine suivant la catastrophe ; un quart des centres de santé était détruit ou hors d'état de fonctionner ; les bâtiments abritant le Centre de santé provincial, la chambre froide où sont conservés les vaccins et le laboratoire provincial de santé publique étaient tous gravement endommagés. Avant le tsunami, les services de santé et autres ne fonctionnaient déjà pas bien dans de nombreuses zones de la province à cause de trois décennies de conflits civils. Pour la même raison, l'entrée d'étrangers dans la province était strictement réglementée depuis vingt ans.

Dans ce contexte, il était indispensable d'organiser au mieux les premières interventions exigées par cette situation de crise. Les autorités provinciales ont rapidement mis sur pied un centre de coordination de tous les secteurs, avec le soutien des instances nationales et des autres provinces. Des corps de troupe sont arrivés rapidement, pour apporter les premiers secours et faire l'état de la situation. De nombreuses équipes envoyées par des pays étrangers, des ONG internationales et d'autres organisations bénévoles commencèrent à arriver. Les différentes institutions des Nations Unies ont été chargées de prendre en charge la distribution de denrées alimentaires, l'approvisionnement en eau, l'assainissement, l'installation d'abris et les services de santé.

Les besoins immédiats en matière de santé publique étaient les suivants :

- garantir la coordination des activités sanitaires du grand nombre d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, nationales et internationales, arrivant dans les zones touchées, et assurer la liaison avec les groupes chargés de l'alimentation en eau, de l'assainissement, de la nourriture et des abris ;
- veiller à ce que des évaluations de la situation sanitaire soient rapidement faites ;
- dresser un inventaire des ressources disponibles et l'actualiser régulièrement ;
- organiser la surveillance épidémiologique et nutritionnelle ;
- veiller à ce que les services soient prêts à lutter contre les épidémies et les maladies ;
- diffuser des directives pour assurer l'uniformité des traitements et faire en sorte qu'elles soient suivies ;
- garantir la disponibilité des médicaments essentiels ;
- s'efforcer d'atténuer l'angoisse psychologique et relationnelle des groupes affectés par le tsunami et des personnes leur venant en aide.

La coordination fut possible grâce à des réunions fréquentes avec les partenaires. On y apprenait qui travaillait à tel endroit, où se trouvaient les camps et quels étaient leurs besoins immédiats. Nous avons établi une "liste de vœux", sur laquelle les membres du groupe sanitaire pouvaient identifier les lacunes et solliciter l'assistance d'autres partenaires pour les combler, ainsi qu'un inventaire des organisations en place et des ressources. Un Chargé de l'information du secteur de la santé a été recruté à plein temps au sein du Bureau de santé provincial avec pour mission de faciliter les échanges d'informations.

Vue le très grand nombre de personnes déplacées et sans abri, le simple fait de les localiser était un véritable défi. La tech-

- Coordinate the conduct of rapid health assessments
- Establish an evolving inventory of available resources
- Coordinate epidemiological and nutritional surveillance
- Ensure preparedness for epidemic/disease control
- Distribute, and promote adherence to, uniform treatment guidelines
- Ensure the availability of essential drugs
- Manage the psychological and social stress among both the affected population and those providing assistance

Coordination was achieved through frequent face-to-face meetings of partners, where information was shared about who was working where, where camps were located, and what their current needs were. We developed a “wish-list”, where members of the health group could identify gaps and seek assistance from others to fill them, as well as an inventory of agencies and the resources. A health sector information officer was positioned full time at the provincial health office to coordinate information sharing.

Because of the huge numbers of people displaced and homeless, it was a challenge just to locate them all. Technology was used to good effect: aid workers used GPS units to establish the position of camps and other sites. This information was mapped and distributed among the coordination group. The mobile phone network was repaired as a matter of urgency, and relief workers were then able to use text messaging to remain in contact, at least in the main urban areas.

WHO and the Ministry of Health (MoH) took the lead for disease surveillance and response. Because the local capacity was so severely reduced, this had to be created essentially from scratch. We quickly implemented a reporting system covering diarrhoeal diseases (cholera, typhoid, shigella), mosquito-borne diseases such as malaria and dengue fever, acute lower respiratory infections, measles, hepatitis and meningitis, as well as tetanus and wounds/injury for inpatients. Because there was no public health laboratory capacity initially, we provided simple syndromic case definitions, in both Indonesian and English languages. Information was gathered from fixed and mobile clinics and hospitals, run by government, local, national and international NGOs working in the 14 affected districts. This included daily laboratory reporting from the three main towns. Active case finding was conducted in camps wherever possible. Rumours of outbreaks from journalists and the public were also investigated.

Thankfully, no major disease outbreaks occurred. In part this was because most of the displaced population settled into small camps, schools, mosques, sporting grounds and other areas with at least rudimentary sanitation. There were no especially large camps that would have supported the rapid spread of disease.

There were small clusters of measles, dysentery, dengue and jaundice syndrome detected. WHO and MoH staff deployed staff to assist with the response to notifications and rumours. The measles cases were quickly confirmed and this information was used to prioritise areas for immunisation. UNICEF and MoH coordinated a province-wide measles programme for under-15s including vitamin A for under 5s.



nologie fut mise à contribution : les secouristes ont utilisé des appareils GPS pour déterminer la position géographique des camps et d'autres sites. On a ensuite reporté ces informations sur des cartes qui ont été distribuées aux membres du groupe de coordination. Le réseau de télécommunication mobile a été réparé d'urgence. Ainsi, les secouristes ont pu communiquer par sms, du moins dans les principales zones urbaines.

L'OMS et le Ministère de la santé ont pris la tête des activités de surveillance des maladies et de riposte. Les capacités locales ayant été sérieusement réduites, il a fallu quasiment créer un service de toutes pièces. Nous avons rapidement mis au point un système de notification des maladies diarrhéiques (choléra, typhoïde, shigellose), des maladies transmises par les moustiques telles que le paludisme et la dengue, des infections aiguës des voies respiratoires basses, de la rougeole, des hépatites et des méningites, ainsi que des cas de tétanos et de plaies/blessures chez les malades hospitalisés. Comme, au début, il n'était plus possible d'utiliser le laboratoire de santé publique, nous avons fourni des définitions simples des cas sur la base des syndromes, en indonésien et en anglais. Les informations provenaient de dispensaires et d'hôpitaux fixes et mobiles, gérés par les autorités publiques ou par des ONG locales, nationales et internationales intervenant dans les 14 districts touchés. Ces informations incluaient les rapports quotidiens de laboratoires situés dans les trois villes principales. Lorsque cela était possible, on a effectué des dépistages actifs de cas dans les camps. On a également enquêté sur les rumeurs d'épidémie relayées par les journalistes et l'opinion publique.

Fort heureusement, aucune épidémie de grande envergure ne s'est déclarée et ce, en partie du fait que la plupart des personnes déplacées ont été installées dans de petits camps, des écoles, des mosquées, sur des terrains de sport et dans d'autres lieux équipés au moins d'installations sanitaires rudimentaires. Il n'y avait pas de camps de très grande taille qui auraient pu favoriser la propagation rapide des maladies.

Des petits foyers de rougeole, de dysenterie, de dengue et de jaunisse ont été détectés. L'OMS et le Ministère de la santé ont dépêché des agents pour qu'ils aident à élucider les notifications et les rumeurs. Les cas de rougeole ont été rapidement confirmés, ce qui a permis de délimiter les zones réclamant une campagne de vaccination en priorité. L'UNICEF et le Ministère de la santé ont organisé la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la rougeole à l'échelle de la province pour les jeunes de moins de 15 ans, incluant l'administration de vitamine A aux enfants de moins de 5 ans.

The situation in the camps was made worse by the arrival of monsoonal rains in January, the peak time for mosquito-borne diseases. MoH gave approval to use ACT (artemisinin combination therapy) and rapid diagnostic test so that malaria could be quickly diagnosed and effectively treated. A large vector control project was established. As a result, the number of cases was no greater than in previous peak seasons.

Many thousands of people were wounded on the day of the tsunami and a lot of these wounds were not adequately treated. As a consequence, there were over 100 cases of tetanus, mostly in adults. Once health workers realised the extent of this problem, tetanus prophylaxis and management guidelines and drugs were distributed. Identifiable groups, such as workers involved in clean-ups and burials, were immunised and provided with protective boots and gloves.

There were many lessons learned from the Asian tsunami and its response. One of the hardest tasks was to assess the extent of the need and match the generous international response to that need. As often happens in disasters, the need for critical clinical care was great in the first 1–2 weeks, then quickly dropped off as the injured were assessed and treated locally or medivaced to other sites. However, a number of countries had committed to send field hospitals and acute care teams for months afterwards. After the initial crisis period, the needs quickly move to re-establishing primary health care, with an emphasis on promoting access to clean water, good sanitation, adequate nutrition, and access to health workers for treatment of common conditions such as diarrhoea, malaria, respiratory disease, and reproductive health needs. It is important to provide assistance with a longer-term development perspective. Once the initial phase has passed, this is best achieved by longer-term, consistent and well coordinated inputs, and not by the all-too-common habit of continually “rolling” teams in and out of the disaster area.

Another important lesson was the need to establish strong multi-sectoral coordination at lower levels, such as districts and within camps, to ensure that each area receives adequate support across the full range of needs.

Finally, when the international community hears of such overwhelming humanitarian disasters, there is a natural and admirable desire to want to help in whatever way we can. It is vital to determine from the affected communities what the real needs are and then ask ourselves if the skills and resources we have to offer are really what are most needed.

Tony Stewart

Tony Stewart worked in Aceh with the WHO epidemiology team and the Ministry of Health, to establish an immediate surveillance and epidemic response capacity. He currently works as a medical epidemiologist at the Burnet Institute for Medical Research and Public Health in Australia, and has previously worked at SPC on the Pacific Regional Vector Borne Diseases Project. Prior to that he worked in Indonesia and Vanuatu.

La situation dans les camps a empiré en janvier avec l'arrivée des pluies de la mousson, période la plus critique pour la transmission de maladies par les moustiques. Le Ministère de la santé a donné son accord pour l'utilisation des CTA (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) et des tests diagnostiques rapides afin que l'on puisse dépister rapidement les cas de paludisme et les traiter efficacement. Un vaste projet de lutte contre les vecteurs a été lancé. Résultat : le nombre de cas n'a pas été supérieur à ceux enregistrés durant les saisons critiques précédentes.

Des milliers de personnes ont été blessées le jour du raz-de-marée et beaucoup de ces blessures n'ont pas été soignées correctement. En conséquence, il y a eu une centaine de cas de tétanos, principalement chez les adultes. Dès que les agents de santé se sont rendu compte de l'ampleur du problème, ils ont pris des mesures de prophylaxie antitétanique, établi des directives relatives à la prise en charge des cas et distribué des médicaments. Certains groupes particulièrement exposés, tels que les ouvriers préposés au nettoyage et aux enterrements, ont été vaccinés et équipés de bottes et de gants de protection.

De nombreux enseignements sont à tirer du tsunami qui a ravagé l'Asie, et de l'organisation des secours. L'une des tâches les plus ardues a été d'évaluer l'étendue des besoins et de répartir les aides généreuses de l'étranger en fonction de ces besoins. Comme c'est souvent le cas après une catastrophe naturelle, le besoin de soins cliniques a été important les deux premières semaines, puis s'est rapidement atténué au fur et à mesure que les blessés étaient pris en charge pour être traités sur place ou évacués vers d'autres sites. Pourtant, certains pays se sont engagés à fournir des hôpitaux de campagne et des équipes d'urgentistes pendant plusieurs mois après la catastrophe. Or, une fois passé le plus gros de la crise, il est surtout devenu nécessaire de rétablir les services de soins primaires et de se concentrer sur l'assainissement et l'accès à une eau propre, à une alimentation suffisante, et la facilité d'accès à des agents de santé pouvant traiter les maladies courantes telles que diarrhée, paludisme, maladies respiratoires et répondre aux besoins de santé génésique. Il importe de fournir une aide dans la perspective d'un développement à long terme. Une fois la phase initiale de la crise passée, il vaut donc mieux agir dans une perspective à long terme, de façon cohérente et bien coordonnée, plutôt que de parachuter, comme c'est bien trop souvent le cas, des équipes d'intervention qui ne font que passer dans les zones sinistrées.

Autre leçon importante : il est nécessaire de mettre en place un système de coordination plurisectorielle forte au plus bas niveau, celui des districts et de l'intérieur des camps, pour faire en sorte que chaque zone reçoive une aide adéquate correspondant à toute la gamme de ses besoins.

Enfin, lorsque la communauté internationale apprend qu'une catastrophe humanitaire aussi effroyable est arrivée, chacun, suivant un élan naturel et admirable, veut apporter son aide de quelque manière que ce soit. Il est crucial de déterminer quels sont leurs besoins réels, puis de se demander si les compétences et les ressources que l'on peut mettre à disposition correspondent bien à ce dont ces populations ont le plus besoin.

Tony Stewart

Tony Stewart a travaillé à Aceh avec l'équipe d'épidémiologistes de l'OMS et le Ministère de la santé à la mise en place immédiate de moyens de surveillance des flambées épidémiques et de riposte. Il est actuellement épidémiologiste médical à l'Institut Burnet pour la recherche médicale et la santé publique, situé en Australie, et il a précédemment travaillé à la CPS dans le cadre du Projet régional océanien de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. Avant cela, il a travaillé en Indonésie et à Vanuatu.

TUBERCULOSIS CONTROL IN THE PACIFIC: UPDATE AND FUTURE HOPES

Tuberculosis in the Pacific

Tuberculosis is a serious issue in the Pacific.

- It is estimated that 16,000 people become sick with TB every year while only 6000 cases are detected annually.
- Tuberculosis deprives TB-afflicted families of an average of 20%–30% of annual household income¹ (equivalent to four months of lost wages).
- Several countries in the Pacific report tuberculosis notification rates above 100 per 100,000 population, placing these countries amongst the highest TB burden countries in the world.
- There is a proven epidemiological and biological link between TB and HIV². As an opportunistic disease that takes advantage of weakened immune defences, TB greatly increases the threat posed by HIV/AIDS. At least seven Pacific Island countries are currently at high risk of TB/HIV co-infection.



LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN OCÉANIE : OÙ EN EST-ON ET QUELS ESPOIRS NOURRIR POUR L'AVENIR ?

La tuberculose en Océanie

La tuberculose pose un grave problème en Océanie.

- On estime que, chaque année, 16 000 personnes y contractent la tuberculose mais que seulement 6 000 cas sont dépistés.
- La tuberculose prive les familles qu'elle touche de 20 à 30 % des revenus annuels du ménage¹, en moyenne (l'équivalent de quatre mois de salaire).
- Plusieurs pays océaniques font état de taux de déclaration de cas de tuberculose supérieurs à 100 pour 100 000 habitants, ce qui les classe parmi les pays les plus touchés par la tuberculose dans le monde.
- L'existence d'un lien épidémiologique et biologique entre la tuberculose et le VIH est maintenant démontrée². Profitant de l'affaiblissement des défenses immunitaires pour se développer, la tuberculose agit comme une maladie opportuniste et aggrave considérablement les risques associés au VIH/SIDA. Le risque de co-infection tuberculose/VIH est actuellement élevé dans au moins sept pays insulaires océaniques.

Working towards a cure through DOTS

SPC, the World Health Organization (WHO) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) are working in partnership to improve TB control across the whole region, using a strategy called the Directly Observed Treatment Short-course; commonly known as DOTS.

First introduced into the region in 1995 by WHO, DOTS is a proven and highly effective strategy for tuberculosis control. Implemented correctly, DOTS cures nine out of ten TB cases in just six to eight months and is one of the most cost-effective of all health interventions. DOTS has five key components, each of which is essential for TB control.

1. Diagnosis of TB using direct smear microscopy
2. Accurate recording and reporting of data
3. Reliable drug supply
4. Directly observed treatment using a standardised drug regimen
5. Strengthening political commitment

Diagnosis of TB using direct smear microscopy

Microscopy is a core element of curing TB through DOTS. In low-resource settings, direct smear microscopy (viewing sputum specimens through a microscope) offers a reliable and inexpensive method for accurately identifying TB cases. The challenge is to develop and maintain the expertise needed to perform accurate and safe microscopy despite geographical isolation in the countries and high staff turnover.

1. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 1999 Oct;3(10):869-77
2. The Deadly Intersection Between TB and HIV-CDC National Prevention Information Network

Un traitement efficace par le DOTS

La CPS, l'OMS et les Centres de lutte contre la maladie (CDC) travaillent ensemble à l'amélioration de la lutte contre la tuberculose dans toute la région, en mettant en œuvre la "Stratégie Traitement de brève durée sous surveillance directe", également connu sous le sigle anglais DOTS.

Introduit dans la région par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1995, le DOTS est un moyen éprouvé et très efficace de lutte antituberculeuse. À condition d'être correctement administré, ce traitement permet de guérir neuf tuberculeux sur dix en à peine six à huit mois, et c'est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces par rapport à son coût. La stratégie s'articule autour de cinq composantes, toutes aussi essentielles pour enrayer la tuberculose.

1. Diagnostic de la tuberculose par examen au microscope de frottis d'expectoration
2. Exactitude des données enregistrées et des rapports
3. Fiabilité de l'approvisionnement en médicaments
4. Surveillance directe du traitement administré selon un schéma thérapeutique normalisé
5. Renforcement de l'engagement des politiques

Diagnostic de la tuberculose par examen au microscope de frottis d'expectoration

L'examen au microscope de frottis d'expectoration est un facteur fondamental de la guérison de la tuberculose grâce au DOTS. Dans les pays disposant de peu de moyens, cette méthode fiable et peu coûteuse permet de dépister les cas de tuberculose à coup sûr. Pour des pays isolés géographiquement et où

1. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 1999 Oct;3(10):869-77
2. The Deadly Intersection Between TB and HIV-CDC National Prevention Information Network



Since 1998, the SPC TB Section has been conducting regular regional and national level training courses for laboratory technicians and managers in how to accurately diagnose tuberculosis. To counter the effects of high staff turnover, standard operating procedures have been developed for most national tuberculosis programmes.

The TB Section is also involved in developing a programme of external quality assurance for TB microscopy in the Pacific. The PATLAB initiative sets in place a quality checking system which allows verification of TB laboratory data as well as assessment of the technical skills and performance of TB technicians, thus ensuring accurate and reliable results. The TB Section's vision is to develop a sustainable laboratory network whereby diagnostic capacity is regularly reviewed in the national laboratories and knowledge is readily exchanged through a variety of peer review mechanisms.

Directly observed treatment using standardised, readily available drugs

TB is a chronic disease requiring six to eight months of drug treatment. Owing to the long period required for completion of drug therapy, the challenge is to ensure treatment compliance. Preventing treatment failure both protects the patient and greatly diminishes the risk of the emergence of drug-resistant strains of TB.

The SPC TB Section sees TB management training as an important foundation for ensuring direct observation of treatment. TB managers are trained to ensure regular and effective communication between the laboratories and the nursing clinics and are also trained in maintaining adequate drug stocks.

One other vital part of the solution is to ensure adequate training and technical support for TB nurses and community health workers. Working with a Sydney-based NGO, Community Health and Tuberculosis Australia (CHATA), the SPC TB Section is developing a community training programme for TB nurses. The training will be piloted in Kiribati and then delivered throughout the Pacific.

Accurate recording and reporting of data

Quality data is vital to generating an accurate epidemiological snapshot of TB in the Pacific and to determining ongoing training needs faced within individual national TB programmes. The challenge is to develop 1) a culture of reporting; 2) a reliable tool for verifying quality of data; and 3) a variety

of movements, the challenge is to inculcate in the personnel the competencies required to perform examinations with the microscope, and to keep them on the job.

Since 1998, the Section Fight against tuberculosis of the CPS regularly provides training courses on the diagnosis of tuberculosis to laboratory technicians and managers, at the national and regional levels. In order to compensate for the effects of staff departures, it has also developed standardised procedures for most national tuberculosis programmes.

The Section Fight against tuberculosis of the CPS also participates in the development of a quality assurance programme for TB microscopy. The PATLAB project aims to put in place a quality control system to verify the data obtained by the laboratories involved in the screening of tuberculosis and to appreciate the level of competence as well as the quality of the services of the technicians of the laboratory, in order to guarantee the accuracy and the reliability of the results. The main objective of the Section is to create a sustainable network of laboratories, through which the diagnostic capacities of the national laboratories will be periodically evaluated, and the exchange of knowledge will be facilitated through various control mechanisms.

Surveillance directe du traitement reposant sur des médicaments faciles à se procurer



Tuberculosis is a chronic disease that requires six to eight months of drug treatment. This duration imposes a condition, that of following the treatment scrupulously. The prevention of therapeutic failure at the same time protects the patient and greatly reduces the risk of the emergence of drug-resistant strains.

The Section Fight against tuberculosis of the CPS considers the training of staff in charge of tuberculosis cases as a fundamental element of the success of direct observation of treatment. The responsible parties of the tuberculosis fight learn to communicate regularly and effectively between the laboratories and the treatment centres and to ensure that drug stocks are always up to date.

It is also essential to train nurses and community health workers and to provide them with the technical support necessary. In collaboration with a Sydney-based NGO, Community Health and Tuberculosis Australia (CHATA), the Section Fight against tuberculosis is currently developing



of ways in which TB programme managers can work with their own data to enhance the quality of the national programmes.

The key principles the SPC TB Section have worked to observe are simplicity, capacity building and harmonisation. To maximise simplicity, the section has developed a simple database specifically tailored to national TB programmes in the Pacific. Through a tailored tool that minimises the reporting load of TB managers by only requesting essential, standardised data, the Section has found it progressively easier to retrieve the required data from the national programmes.

Secondly, the database has been designed to act as an internal management tool. TB managers can use the system to work with their own data more effectively and dynamically.

Finally, working with CDC, SPC is working toward developing harmonised reporting mechanisms which minimise administrative burden in the countries.

Strengthening political commitment



Perhaps most importantly, to achieve sustainable quality in TB control, decision makers at the national level need to provide adequate levels of financial and human resource support. TB is a chronic disease capable of remaining latent and invisible for long periods of time. The challenge the SPC TB Section therefore faces is to develop and maintain adequate levels of commitment to continued TB control, despite the fact that we can only see the "tip of the iceberg".

programme de formation communautaire pour le personnel infirmier affecté au soin des tuberculeux. Ce programme sera d'abord mis en œuvre, à titre expérimental, à Kiribati, puis dans toute l'Océanie.

Exactitude des données enregistrées et des rapports

La question des données est primordiale pour dresser l'établissement d'un bilan épidémiologique exact de la tuberculose en Océanie et le recensement des besoins de formation permanente des services de lutte antituberculeuse. Dans ce domaine, le défi consiste à : 1) enraciner l'habitude de communiquer systématiquement des rapports ; 2) mettre au point une méthode fiable de contrôle des données ; 3) concevoir diverses méthodes permettant aux responsables de la lutte antituberculeuse d'exploiter leurs propres données pour améliorer la qualité de leurs programmes de lutte à l'échelon national.

Les principes clés que la Section Lutte contre la tuberculose de la CPS s'attache à suivre se résument en ces mots : simplicité, renforcement des capacités et harmonisation. Pour simplifier le travail au maximum, la Section a créé une base de données simple, spécialement adaptée aux besoins des services de lutte antituberculeuse océaniques. Grâce à cet outil, qui réduit au minimum la charge de travail des responsables de la lutte antituberculeuse en n'exigeant de ces derniers que des données essentielles et normalisées, il devient de plus en plus facile pour la Section d'obtenir des services nationaux les données dont elle a besoin.

La base de données a été conçue pour servir également d'outil de gestion interne. Les directeurs des services de lutte antituberculeuse peuvent s'en servir pour exploiter leurs propres données de manière plus efficace et évolutive.

Enfin, la CPS collabore actuellement avec le CDC à l'harmonisation des mécanismes de communication des données, ce qui allégera le travail administratif des États et Territoires.

Renforcement de l'engagement des politiques

La composante peut-être la plus importante de la Stratégie visant à mettre en place un système durable d'assurance de la qualité de la lutte antituberculeuse est l'engagement des décideurs nationaux à soutenir cette lutte en affectant des moyens humains et financiers suffisants. La tuberculose est une maladie chronique qui peut demeurer latente et invisible pendant longtemps. Pour la Section Lutte contre la tuberculose de la CPS, le défi consiste donc à motiver les responsables politiques et à entretenir leur volonté d'enrayer cette maladie, si de ses ravages on ne voit que la "partie visible de l'iceberg".

Cette action passe par la sensibilisation des décideurs politiques océaniques. La Section s'emploie donc à mobiliser l'appui de ces derniers pour les agents de santé qui luttent contre la tuberculose, en faisant valoir les menaces que cette maladie fait peser sur les personnes les plus vulnérables de la société.

Perspectives de la lutte antituberculeuse en Océanie

Il y a six ans, le concours financier de la France et de la Nouvelle-Zélande a permis à la CPS d'aider quatre États insulaires océaniques (Îles Cook, Kiribati, Samoa et Tonga) à se munir de moyens de prévention et de lutte en mettant en œuvre la stratégie DOTS. Aujourd'hui, grâce à des crédits supplémentaires consentis par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), la CPS a élargi son assistance directe à neuf autres États et Territoires insulaires océaniques

The solution lies in awareness-raising of policy decision makers within the Pacific. The section is working to lobby politicians in the Pacific to support TB staff, through reinforcing the threats TB poses to the most vulnerable in society.

Vision for TB control in the Pacific

Six years ago, with funding support from France and New Zealand, SPC was able to assist four Pacific Island countries (Cook Islands, Kiribati, Samoa and Tonga) to develop their TB control and prevention capacity through the implementation of DOTS. Today, in large part thanks to additional funding support from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), SPC has expanded its direct assistance to nine additional Pacific Island countries and territories (French Polynesia, Federates States of Micronesia, New Caledonia, Niue, Palau, Solomon Islands, Tokelau, Vanuatu, and Wallis and Futuna) and is working closely with WHO and CDC to develop harmonised whole-of-region policies, procedures and surveillance networks which impact the entire Pacific.

The SPC TB Section's vision for future TB control in the Pacific is based on these key principles:

1. Eliminate isolation of TB workers, providing opportunities for peer support and external quality assurance wherever possible
2. Develop simple, harmonised systems for reporting on and verifying the quality of TB data
3. Strengthen the capacity of TB health workers to support TB control, not just in terms of diagnosis but also in relation to treatment and care of patients as well as supply logistics
4. Raise awareness among decision makers in order to build commitment to TB control throughout the Pacific

Conclusion

Since the introduction of the DOTS programme in 1995, the Pacific has seen some significant and lasting improvements in TB control. DOTS has now been adopted in all 22 Pacific Island SPC member countries or territories; technical proficiency of TB managers and a core group of technicians has been developed to the point where DOTS can be maintained at a basic level; external quality assurance networks have been established and the national programmes are gradually building knowledge and confidence as a result of this technical support.

Most importantly, Pacific Island countries have made significant progress in achieving the WHO recommended 85% cure rate and 70% case detection rate for sputum smear-positive TB.

Our hope in the SPC TB Section is that, through ongoing successful implementation of TB control activities in the Pacific, all countries will be able to not just meet but exceed these targets.

Mark Lambert
Tuberculosis Project Officer
SPC

(Polynésie française, États fédérés de Micronésie, Nouvelle-Calédonie, Niue, Palau, Îles Salomon, Tokelau, Vanuatu, et Wallis et Futuna). Elle travaille en collaboration étroite avec l'OMS et le CDC à l'élaboration de politiques générales et de procédures harmonisées, ainsi qu'à la création de réseaux de surveillance qui couvrent l'ensemble de l'Océanie.

Pour la Section Lutte contre la tuberculose de la CPS, l'avenir de la lutte antituberculeuse en Océanie repose sur les actions fondamentales suivantes :

1. *désenclaver les agents de santé qui participent à la lutte antituberculeuse en leur donnant toutes les occasions possibles de bénéficier du soutien de leurs pairs et de services externes d'assurance de la qualité ;*
2. *concevoir des systèmes simples et harmonisés de communication et de vérification des données relatives à la tuberculose ;*
3. *renforcer les moyens de lutte antituberculeuse des agents de santé à cette lutte, non seulement au niveau du diagnostic, mais aussi du traitement et des soins à administrer aux malades, ainsi que de la logistique des approvisionnements ;*
4. *sensibiliser les décideurs à la gravité du problème pour consolider leur engagement à lutter contre cette maladie dans toute l'Océanie.*

Conclusion

Depuis le début de la mise en œuvre de la stratégie DOTS en 1995, l'Océanie a enregistré des progrès importants et durables en matière de lutte antituberculeuse. La stratégie a maintenant été adoptée par les 22 États et Territoires insulaires océaniques ; le renforcement des compétences techniques des responsables de la lutte antituberculeuse et la création d'un noyau de techniciens permettent d'assurer la continuité de l'emploi du traitement à un niveau de base des soins de santé ; des réseaux d'assurance de la qualité externe ont été constitués et grâce à ce soutien technique, les services nationaux de lutte antituberculeuse étoffent progressivement leurs connaissances et gagnent en assurance.

Mais le plus important, c'est que les États et Territoires insulaires océaniques se rapprochent à grands pas des objectifs recommandés par l'OMS, à savoir un taux de guérison de 85 % et un taux de dépistage des cas de tuberculose à frottis positif de 70 %.

La Section Lutte contre la tuberculose de la CPS espère qu'en poursuivant la mise en œuvre des activités de lutte antituberculeuse, tous les États et Territoires insulaires océaniques réussiront non seulement à atteindre ces objectifs, mais encore à les dépasser.

Mark Lambert
Chargé de la réalisation technique du projet
(projet régional océanien
de lutte contre la tuberculose)
CPS

DENGUE FEVER TYPE 1 OUTBREAK IN YAP ÉPIDÉMIE DE DENGUE DE TYPE 1 À YAP

The dengue fever type 1 outbreak that occurred in Yap from May 2004 to January 2005 happened right after a natural disaster, Typhoon Sudal. Yap consists of a main island and scattered outlying islands. 263 cases with symptoms of dengue fever (WHO Inform'ACTION case definition) were from the Main Island, initially from mainly the east coastal and Colonia areas then slowly spreading throughout the rest of the municipalities. These areas were heavily affected by the typhoon. The rest of the cases (395) were reported in from the outlying islands, bringing the total to 658 cases. The age range was 2 months to 54 years old. There were a total of 42 hospital admissions and no death cases of DHF/DSS through out the epidemic. Nine cases are known to have been exported from Yap to Palau in July, touching off a small epidemic there. Six cases were exported to Japan via a group of visiting school children, without known secondary spread. It is thought that the index case in Yap was a high school student in Chuuk State who returned to Yap for summer vacation.

The species of mosquito responsible for the epidemic is *Aedes aegypti*.

Testing started in July 2004, and 82 blood samples were tested using the PENTAX Anti-Dengue Virus IgM Kit of which 48.8% were IgM positive and 51.2% IgM negative. Of the samples, 53 were sent to the Pasteur Institute in New Caledonia for confirmatory testing by PCR, and 15 tested positive for dengue type 1.

Measures taken to control the epidemic included activation of the EpiNet team with meetings scheduled weekly, a daily radio conference with the outlying islands, sanitation department visits to places where dengue fever was last reported in Yap, distribution of dengue fever flyers in the outpatient department and inpatient wards at Yap State Hospital including handing the flyer to outpatients with suspicion of dengue, radio messages on control and preventive measures, weekly radio update on the outbreak, radio messages on signs and symptoms, and addition of a standardised dengue case report form to the patient encounter form for all Department of Health patient visits.

Our experience with this recent epidemic showed us that our surveillance system and our preparedness for epidemics need to be improved. We need to work more on the following:

- Improve our existing surveillance system to detect early cases and control epidemic
- Have available portable laboratory test kits for hospital and field use for dengue fever (as well as leptospirosis, typhoid fever, cholera) in the state
- Achieve capability to immediately access the LabNet level 2 laboratories to avoid delays in confirmation of outbreak-prone diseases that require more sophisticated lab testing
- A regular community campaign by the sanitation department on environmental cleanliness, to decrease the chance that such a widespread outbreak will recur
- Improve our existing radio network communication and reporting with the outlying islands (and do weekly active radio surveillance with each dispensary for outbreaks rather than waiting for reports from the field)

L'épidémie de dengue de type 1 qui a sévi à Yap de mai 2004 à janvier 2005 s'est produite juste après une catastrophe naturelle, le cyclone Sudal. L'État de Yap est formé d'une île principale et d'îles périphériques dispersées. C'est sur l'île principale que l'on a observé 263 cas présentant des symptômes de la dengue (selon la définition des cas de l'OMS publiée dans Inform'ACTION n° 9). Le foyer principal était situé sur la côte orientale et dans la région de Colonia, puis l'épidémie s'est lentement étendue aux autres municipalités. Ces régions ont été gravement touchées par le cyclone. Les autres cas (395) ont été signalés sur les îles périphériques, ce qui porte le nombre total de malades à 658. L'âge moyen des malades était compris entre 2 mois et 54 ans. Au total, 42 personnes ont été hospitalisées et aucun cas mortel de dengue hémorragique ou de dengue avec syndrome de choc n'a été signalé pendant toute la durée de la flambée épidémique. À notre connaissance, neuf cas se sont déplacés en juillet de Yap à Palau, où ils ont déclenché une petite épidémie. Six cas ont été exportés au Japon par un groupe d'élèves en voyage, mais sans propagation secondaire connue. On suppose que le cas indicateur de Yap était un lycéen de l'État de Chuuk qui était retourné à Yap pendant les vacances d'été.

L'espèce de moustique responsable de cette épidémie est *Aedes aegypti*.

À partir de juillet 2004, 82 échantillons sanguins ont été analysés à l'aide du kit PENTAX Anti-dengue Virus IgM ; 48,8 % des sérologies étaient positives, 51,2 % négatives. 53 prélèvements ont été envoyés à l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie pour confirmation par PCR, et quinze ont été déclarés positifs pour la dengue de type 1.

Plusieurs mesures de riposte ont été prises : mobilisation de l'équipe EpiNet, qui s'est réunie chaque semaine, conférence quotidienne par radio avec les responsables dans les îles périphériques, visites d'agents des services d'hygiène publique sur les lieux où des foyers de dengue ont été signalés à Yap, distribution de dépliants sur la dengue dans les services de consultation externe et interne, à l'hôpital de l'État de Yap, et remise du dépliant aux malades présumés atteints de la dengue, diffusion de messages à la radio informant des mesures de lutte et de prévention à prendre et communiquant le bilan hebdomadaire de l'épidémie, des symptômes et des signes cliniques d'affection, et ajout d'une fiche normalisée de signalement d'un cas de dengue aux formulaires d'enregistrement des malades consultant les services de santé.

Cette récente flambée épidémique nous a appris que nous devrions améliorer notre système de surveillance et notre préparation à une épidémie. Nous devons nous efforcer :

- d'améliorer notre système de surveillance existant afin de détecter le plus tôt possible les cas et de lutter contre l'épidémie,
- de disposer, dans les hôpitaux et sur le terrain, de kits portatifs d'examen de laboratoire pour le dépistage de la dengue (ainsi que celui de la leptospirose, de la fièvre typhoïde et du choléra) dans l'État de Yap,
- d'obtenir le moyen d'accéder immédiatement aux laboratoires LabNet de niveau 2, afin d'éviter tout retard dans la confirmation de maladies susceptibles de déclencher une flambée épidémique, et qui nécessitent des examens en laboratoire plus poussés,
- de faire en sorte que le service d'hygiène publique fasse périodiquement une campagne d'information sur la salubrité de l'environnement, afin de réduire les risques de réapparition d'une épidémie d'une telle ampleur,
- d'améliorer nos liaisons radio avec les îles périphériques afin qu'elles communiquent avec nous et nous fassent des rapports réguliers (et d'exercer une veille hebdomadaire active par radio auprès de tous les dispensaires afin qu'ils signalent les flambées épidémiques, au lieu d'attendre les rapports du terrain),

Surveillance & response

- Keep screens doors closed in hospital wards at all times to prevent mosquitoes from entering and spreading disease. (One of the earliest clusters of cases was around the hospital, following the admission of dengue patients)
- Develop and maintain an isolation ward to contain and treat other contagious diseases that may occur
- *de maintenir en permanence les contre-portes à moustiquaire fermées dans les services hospitaliers, pour empêcher que les moustiques ne pénètrent et propagent la maladie (l'une des grappes de cas initiales a été enregistrée dans les environs immédiats de l'hôpital, après l'admission de malades de la dengue),*
- *d'aménager et de réserver une salle spéciale pour isoler et soigner les malades atteints d'autres affections contagieuses éventuelles.*

Martin Bel
EpiNet Focal Point
Yap State
Federated States of Micronesia

Martin Bel
Point de contact EpiNet
État de Yap
États fédérés de Micronésie

DENGUE ENTOMOLOGICAL SURVEILLANCE

What is it?

The entomological surveillance of dengue comprises a range of activities that make it possible to assess the presence and density of disease-transmitting vector mosquitoes. By combining this information with other epidemiologically important parameters, the level of epidemiological risk can be assessed. As we will see, the protocols used for this purpose also yield other useful information that confirms the value of such surveillance.

How do we go about it?

Apart from in Africa, the main dengue vector, the *Aedes aegypti** mosquito, is found only in the immediate vicinity of human habitat. This means that it is simple to estimate its density by counting insect numbers at immature stages (larvae and pupae). For other vector species capable of developing in a non-human environment, like *Aedes polynesiensis* or *Aedes albopictus*, a similar approach might be considered but great care would be needed in interpreting results.

Around a number of dwellings chosen at random in a given area, breeding sites are identified and immature mosquitoes collected and identified, and those that are identified as a vector species are counted. This information makes it possible to calculate density indices, the most commonly used of which are as follows:

- The "house index" is the percentage of positive dwellings (at least one breeding site containing at least one larva found in the immediate area)
- The "Bréteau index" is the number of positive breeding sites for 100 houses inspected. There are various systems for weighting of this index to take into account of the productivity of breeding sites
- The "container index" is the percentage of positive containers in comparison with the number of containers holding water
- The "adult productivity index" represents the mean number of vectors at the pre-adult stage (larvae at stage 4 and pupae) per house visited

Other sampling methods can also be used:

- Capture on human bait, which has the advantage of directly targeting females seeking a blood meal — that

LA SURVEILLANCE ENTOMOLOGIQUE DE LA DENGUE

De quoi s'agit-il ?

La surveillance entomologique de la dengue constitue un ensemble de mesures permettant de connaître à un moment et en un lieu donnés le statut, en termes de présence et de densité, des moustiques vecteurs de la maladie. En combinant ces informations avec d'autres paramètres d'importance épidémiologique, elle permet d'évaluer le niveau de risque épidémique.

Nous verrons que les protocoles mis en œuvre pour y parvenir permettent de recueillir d'autres informations utiles qui renforcent son intérêt.

Comment procède-t-on ?

Hormis en Afrique, le vecteur principal de la dengue, le moustique *Aedes aegypti**, est rencontré exclusivement dans l'environnement immédiat de l'habitat humain, de sorte que sa densité peut être estimée de façon simple en effectuant des comptages des stades immatures (larves et nymphes) de l'insecte. Lorsqu'il s'agit d'autres espèces vectrices capables de se développer dans un environnement non anthropique, comme par exemple *Aedes polynesiensis* ou *Aedes albopictus*, une approche similaire peut être envisagée, mais une grande prudence sera nécessaire lors de l'interprétation des résultats.

Autour d'un certain nombre d'habitations tirées au sort dans un secteur donné, les gîtes larvaires sont répertoriés, les culicidés immatures sont récoltés, identifiés et comptés lorsqu'il s'agit d'une espèce vectrice.

Ces renseignements permettent le calcul d'indices de densité dont les plus utilisés sont les suivants :

- L'Indice "Maisons" : pourcentage d'habitations positives (dans les environs desquelles au moins un gîte contenant au moins une larve du vecteur a été trouvé).
- L'Indice de Breteau : nombre de gîtes positifs pour cent maisons inspectées. Divers systèmes de pondération de cet indice existent afin que soit prise en compte la productivité des gîtes.
- L'Indice "Récipients" : pourcentage de récipients positifs par rapport au nombre de récipients contenant de l'eau.
- L'Indice de Productivité d'adultes représente le nombre moyen de vecteurs en fin de stade pré-imaginal (larves au quatrième stade et nymphes) par maison visitée.

D'autres méthodes d'échantillonnage peuvent également être mises en œuvre :

- La capture sur appât humain, qui présente l'avantage de cibler directement les femelles à la recherche d'un repas de

Female / Femelle *Aedes aegypti** (photo IPNC)Female / Femelle *Aedes polynesiensis**
(photo Service de l'Environnement de Wallis et Futuna)

is, those capable of transmitting the virus. Density can then be expressed in terms of females captured per person per hour. The drawback with this method is that it cannot be used during epidemics for obvious ethical reasons. It is also highly labour-intensive

- Egg traps, of which there are two types: the conventional WHO-type trap, a jar half-filled with water and a little straw, in which a wooden paddle is left to soak and on which females will deposit their eggs; and the sticky type, almost identical to the former, but in which the edges are lined with glue-coated paper to trap females seeking a laying site. The density can then be estimated from the number of eggs collected (they are usually left to hatch so that the larvae can be identified), or from the number of females stuck to the trap walls

What information does this provide?

The purpose of these techniques is primarily to estimate vector densities in a given zone. The indices calculated, associated with epidemiological surveillance criteria (presence or absence of viral circulation, serotype concerned, etc.), possibly in conjunction with weather data, make it possible to assess the risk of an epidemic before it occurs and therefore to take preventive action. Even if it is not possible to prevent the epidemic, public health officials would still have on hand a kind of "log" of the epidemic, on the basis of which it should be possible to rectify errors that might otherwise have gone unnoticed.

Continuous entomological surveillance can generate significant collateral benefits.

Firstly, the data collection work itself plays a major part in the fight against the vector, both through the direct destruction of larvae or adult vectors by the data collection team and because the flow of information to the community heightens awareness.

Should more than one vector species occur, their respective roles can be determined. Also, irrespective of the vector density itself, this kind of surveillance improves knowledge of the breeding sites in a specific context and thus helps to better target prevention messages. The impact of such messages can also be assessed.

sang, c'est-à-dire celles qui sont susceptibles de transmettre le virus. La densité peut alors être exprimée en femelles capturées par homme et par heure. Cette méthode a l'inconvénient de ne pas pouvoir être pratiquée en période d'épidémie, pour des raisons d'éthique évidentes. Elle est aussi fortement consommatrice de temps de travail.

- La mise en œuvre de pièges pondoirs qui peuvent être de deux types. Soit le modèle conventionnel type OMS : un pot rempli à demi d'eau additionnée d'une infusion de foin, dans lequel on met à tremper une languette de bois sur laquelle les œufs seront déposés par les femelles gravides. Soit le pot type collant, sensiblement identique au précédent mais sans languette de bois, ses bords intérieurs étant par contre revêtus d'un papier enduit de glu retenant prisonnières les femelles à la recherche d'un site de ponte. La densité sera alors estimée soit en fonction du nombre d'œufs récoltés (on les fait en général éclore afin d'identifier les larves), soit d'après le nombre de femelles collées sur les parois des pièges.

Quels enseignements en tirer ?

Ainsi qu'il a été dit, le but de ces techniques est avant tout d'estimer la densité des vecteurs présents dans un secteur donné. Les indices calculés, associés à des critères de surveillance épidémiologique (présence ou non d'une circulation virale, sérotype en cause...), et éventuellement couplés à des données météorologiques, permettent d'évaluer le niveau de risque d'épidémie avant que celle-ci ne survienne, et donc de prendre des mesures préventives. Si malgré tout il n'est pas possible de l'empêcher, les responsables de la santé publique disposeront en quelque sorte d'un "tableau de bord" de l'épidémie à partir duquel il sera possible de rectifier des erreurs éventuelles qui auraient pu passer inaperçues.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'une telle surveillance entomologique en continu peut générer des avantages collatéraux non négligeables.

Tout d'abord, le travail de collecte des données constitue en lui-même une action de lutte anti-vectorielle de premier plan. D'une part du fait de la destruction directe de larves ou de vecteurs adultes, et d'autre part grâce à un afflux constant d'informations à la collectivité permettant une meilleure sensibilisation.

Au cas où plusieurs espèces vectrices seraient présentes, leurs rôles respectifs peuvent être précisés.

Lastly, regular sampling of mosquito populations in contact with humans in the zones studied makes possible monitoring of the species present and results in early detection of the arrival of any exogenous mosquitoes that could represent an extra risk for the community.

The New Caledonian experience

New Caledonia, with a population estimated at approximately 237,000, is situated in the western Pacific Ocean, between latitudes 20° and 22° south. The climate is tropical, but a distinct cooler season occurs in July–August, usually followed by a spell with only light rainfall.

The *Aedes aegypti* mosquito was introduced in the second half of the 19th century and dengue epidemics have been observed since that period. Serious epidemics occurred in 1943, 1972 (DEN-2), 1976-78 (DEN-1), 1979-80 (DEN-4), 1989 (DEN-3) and 1998 (DEN-2), with over 25,000 cases estimated to have occurred during some of these epidemics. The most recent, DEN-1, lasted from the beginning of 2003 to the end of 2004. It caused almost 6500 reported cases and 19 deaths. The activity of the vector and therefore viral circulation is seasonal and the epidemic peaks usually occur over the March–April period.

In this setting, a permanent epidemiological surveillance network for dengue was set up in 1997. It operates as a partnership between the New Caledonia Health and Social Affairs department (DASS-NC), the New Caledonia Pasteur Institute and the Noumea and Mont Dore municipalities, which are the most densely populated. Some 400 dwellings are visited monthly and the larval indices referred to above are calculated. In addition to the direct value of these indices in decision-making, they are published monthly in the local press and thus become a constant awareness-raising tool in vector control efforts.

Early in the 2003 epidemic, the surge in the adult productivity index revealed the gravity of the situation and prompted the launch of a special response: loan of equipment and materials to the local government authorities, recruitment of extra staff, and a high-profile campaign with posters, leaflets and media information and action with young people in schools. In April 2004, in the light of developments in the entomological indices, a “community fight against dengue” day was also launched.

In between epidemics, when public attention is drawn to other things and dengue work by the authorities is not so urgent, entomological monitoring makes it possible to check developments in vector populations, estimate the risk level and if necessary take corrective measures.

Laurent Guillaumot
Entomology Unit

Pasteur Institute of New Caledonia (IPNC)

Par ailleurs, indépendamment de la densité vectorielle proprement dite, ce type de surveillance permet de mieux connaître la structure des gîtes dans un contexte particulier et donc de mieux cibler les messages de prévention. L'impact de ces messages peut ainsi également être évalué.

Enfin, un échantillonnage régulier des populations de culicidés au contact de l'homme dans les zones étudiées permet un suivi des espèces présentes et donc de détecter précocement toute introduction de moustiques exogènes pouvant présenter un risque supplémentaire pour la population.

L'expérience de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle Calédonie, territoire dont la population est estimée à 237 000 habitants environ, est située à l'ouest de l'océan Pacifique, entre 20 et 22° de latitude Sud. Le climat y est tropical, mais avec une saison fraîche nettement marquée en juillet-août, suivie en général d'une période de faibles précipitations.

Le moustique *Aedes aegypti* y a été introduit dans la deuxième moitié du 19^e siècle et des épidémies de dengue y sont observées depuis lors. Des épisodes marquants ont eu lieu en 1943, 1972 (Den II), 1976-78 (Den I), 1979-80 (Den IV), 1989 (Den III) et 1998 (Den II), plus de 25 000 cas ayant été estimés durant certaines de ces épidémies. La dernière en date, de type Den I, a duré du début de l'année 2003 à la fin 2004. Elle a été la cause de près de 6 500 cas déclarés et 19 décès. L'activité du vecteur, et donc la circulation virale, est saisonnière et les pics épidémiques se situent en général entre mars et avril.

Dans ce contexte, un réseau de surveillance entomologique de la dengue permanent a été mis en place en 1997. Il fonctionne en partenariat entre la Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS NC), l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, et les mairies de Nouméa et du Mont-Dore, communes les plus densément peuplées. Dans le cadre de ce réseau, environ 400 habitations sont visitées chaque mois et les indices larvaires mentionnés plus haut sont calculés.

Outre l'intérêt direct de ces indices pour la prise de décisions, ils sont publiés chaque mois dans la presse locale et constituent ainsi une campagne permanente de sensibilisation à la lutte anti-vectorielle.

Au début de l'épidémie de 2003, la très forte augmentation de l'indice de Productivité d'adultes a permis de prendre conscience de la gravité de la situation et contribué à la mise en œuvre de mesures exceptionnelles telles que : prêt de matériel et de produits aux communes, embauche de personnel supplémentaire, diffusion d'une campagne d'information vigoureuse par voie d'affiches, de brochures et dans les médias, et actions auprès des plus jeunes dans les écoles. En avril 2004, la mise en place d'une “journée citoyenne de lutte contre la dengue” a également été décidée au vu de l'évolution des indices entomologiques.

En période inter-épidémique, alors que l'attention du grand public se porte sur d'autres sujets, et que les actions entreprises par les autorités autour de la dengue se font moins urgentes, le suivi entomologique permet de contrôler l'évolution de la population de vecteurs, d'estimer le niveau de risque et éventuellement de prendre des mesures correctives.

Laurent GUILLAUMOT
Unité d'Entomologie
Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie

* A recent taxonomic review of genus *Aedes* suggests that the name *Aedes aegypti* should be replaced by *Stegomyia aegypti*. For the purposes of this article and to avoid confusion, we have chosen to use the former name.

* Une récente révision taxonomique du genre *Aedes* suggère que le nom d'*Aedes aegypti* soit remplacé par *Stegomyia aegypti*. Pour le présent article et afin d'éviter la confusion, il a été choisi de garder la première dénomination.

GUIDELINES FOR HIV & STI SURVEILLANCE IN PACIFIC ISLAND COUNTRIES



At their meeting in March in Samoa, Pacific Island Health Ministers made various recommendations for tackling HIV and AIDS in the region. One recommendation was to strengthen HIV and STI surveillance.¹ This paper summarises HIV and STI surveillance measures that may assist this, including:

1. Notification of all diagnosed cases of HIV, AIDS and STIs
2. Reporting on HIV screening programme results
3. Periodic surveys of HIV, STIs and risk behaviours in at-risk/vulnerable groups

These activities can help ensure that HIV prevention and AIDS treatment programmes are evidence based and targeted appropriately.

1) Notification of HIV, AIDS and STIs

The following measures may help strengthen and sustain notification of HIV, AIDS and STI cases.

i) Increase access to voluntary and confidential HIV counselling and testing (VCCT). Offering testing via generalist and peripheral clinics as well as vertical HIV/STI Programmes increases access and enables tests to be requested discreetly. Increasing community awareness and acceptance of HIV testing is also important to encourage uptake. Ensuring patient confidentiality will assist this. Community leaders can reduce stigma and discrimination associated with HIV by supporting HIV testing as a routine but important health service.

ii) Follow-up, refer and treat identified cases. Ensuring health staff are trained in HIV and AIDS medicine and ensuring treatments are available will encourage testing. Contact tracing (with patient consent) can identify further cases. Prevention case management can be initiated.

iii) Ensure notification of all persons diagnosed with HIV, AIDS and AIDS related deaths. It is suggested that all HIV, AIDS and STI cases be notified directly to the HIV/STI Programme (Figure 1). Having the HIV/STI Programme manage HIV and STI notification helps to:

- ensure complete and confidential case recording;
- identify duplicate notifications and distinguish these from repeated infections (e.g. of STIs);
- allow clinical updates, for example when persons with HIV may progress to AIDS; and
- enable the HIV/STI Programme to better coordinate HIV and STI services.

All the following health care providers need to notify any HIV, AIDS or STI cases they diagnose:

- vertical programmes (e.g. STI, TB, MCH and RH services);
- screening programmes (e.g. blood donor, prenatal/antenatal occupational and migrant screening);

DIRECTIVES POUR LA SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST DANS LES ÉTATS ET TERRITOIRES OCÉANIENS

À l'issue d'une conférence tenue en mars dernier au Samoa, les Ministres de la santé des pays océaniques ont formulé un certain nombre de recommandations concernant la lutte contre le VIH/SIDA, dont l'une préconise le renforcement de la surveillance du VIH et des IST¹. Le présent document résume les mesures de surveillance du VIH et des IST qui peuvent contribuer à la poursuite de cet objectif, à savoir :

1. la déclaration de tous les cas diagnostiqués de VIH, de SIDA et d'IST ;
2. la communication des résultats du programme de dépistage du VIH ; et
3. la conduite d'enquêtes périodiques de prévalence du VIH, des IST et des comportements à risque au sein des populations à risque ou vulnérables.

Les activités de surveillance précitées peuvent faciliter l'élaboration des programmes de prévention et de traitement fondés sur des données factuelles et mieux ciblés.

1) Déclaration des cas de VIH, de SIDA et d'IST

En vue de renforcer et de pérenniser les activités de déclaration des cas de VIH, de SIDA et d'IST, on peut avoir recours aux mesures suivantes :

- i) **Améliorer l'accès aux services de conseil et de dépistage anonyme et volontaire.** La mise à disposition des tests de dépistage, non seulement par les instances responsables de la lutte contre le VIH/SIDA, mais aussi par les dispensaires non spécialisés ou périphériques, permet de généraliser l'accès au dépistage et offre aux individus la possibilité de demander un bilan sérologique de façon discrète. Il convient également de faire porter les efforts sur la sensibilisation du public et sur l'acceptation du dépistage du VIH si l'on veut encourager la population à y avoir recours. La garantie du respect du secret médical peut d'ailleurs contribuer à susciter l'adhésion du public. En apportant leur soutien à la systématisation du dépistage du VIH, pour intégrer ce dernier aux actions sanitaires essentielles, les responsables dans les communautés peuvent jouer un rôle très important dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les séropositifs.
- ii) **Suivre, orienter et traiter les cas dépistés.** La présence d'agents de santé formés à la prise en charge médicale des cas de VIH/SIDA et la disponibilité effective de traitements sont des éléments qui peuvent inciter au dépistage. La recherche des personnes ayant pu avoir un contact avec le patient, réalisée avec le consentement de celui-ci, peut permettre d'isoler d'autres cas et de mener à bien des actions de prévention.
- iii) **Veiller à la déclaration de tous les cas diagnostiqués de VIH/SIDA, ainsi que des décès imputables au SIDA.** Il est conseillé de signaler directement tous les cas de VIH, de SIDA et d'IST au service responsable de la lutte contre le VIH et les IST (figure 1). Une déclaration directe permet en effet de :
 - garantir l'enregistrement exhaustif de chaque cas, tout en veillant à la confidentialité des données ;
 - distinguer les doublons au sens strict des récurrences infectieuses (IST par exemple) ;
 - actualiser les données cliniques, par exemple lorsqu'une personne séropositive passe au stade SIDA ;
 - permettre au service chargé de la lutte contre le VIH et les IST de mieux coordonner les services offerts dans ce domaine.

Les structures sanitaires suivantes se doivent de déclarer tout cas de VIH, de SIDA ou d'IST :

- les programmes verticaux (lutte contre les IST ou la tuberculose, protection maternelle et infantile ou service de santé génésique) ;

Surveillance & response

- generalist/peripheral services (e.g. hospitals, outpatients, primary health clinics);
- private health care providers;
- pathology laboratories (public and private).

Health care providers need to have supplies of notification forms or electronic means of notifying. Countries need to consider the enactment of Public Health legislation requiring notification from all health care providers including laboratories (to ensure notification of positive test results).

iv) Enter details of notified HIV and AIDS cases into a national register. It is suggested that the HIV/STI Programme manage this register for confidentiality reasons. Protection is ensured by:

- password protecting all computer networks and register files;
- restricting access to patient identifiers to clinical staff involved in patient care;
- ensuring all health staff are trained in and bound by patient confidentiality policies;
- using code numbers for specimens and test results; and
- de-identifying data for disease reporting.

Details of a simple HIV and AIDS Register are given in the box.

v) Report HIV, AIDS and STI statistics. The following summary reports are suggested:

- all confirmed positive HIV cases (including persons diagnosed with AIDS);
- all AIDS cases (based on presence of AIDS defining illness);
- all AIDS related deaths;
- all STI cases (e.g. syphilis, gonorrhoea, chlamydia, herpes, trichomoniasis).

Reports can be produced by year, gender, 5-year age group, ethnicity if appropriate and transmission category (for HIV and AIDS).

Note: In US affiliated Pacific Islands, HIV notification to CDC is only required for cases not previously notified from other US jurisdictions. This underestimates local disease burden. All resident cases should be also recorded in the national HIV and AIDS Register and it is suggested that reports for local use are produced of all resident cases. A record of notification to CDC can also be kept in the Register.

2) Reporting on HIV screening programme results

Typically all blood donors are tested for HIV and all pregnant women are offered testing. Further screening may occur of TB patients, STI patients, sex workers, migrant workers, other occupational and other groups. Reports of screening programmes give information about the extent of HIV in these sub-populations. Screening programme results are best reported by the testing laboratory. This enables reporting of the total numbers of tests, the number of diagnosed HIV cases and percentage positive rates (all by year, gender and

- les programmes de dépistage (don de sang, médecine du travail, dépistage sanitaire prénatal des migrants, etc.) ;
- les services non spécialisés ou périphériques (hôpitaux, consultations externes, dispensaires, etc.) ;
- les structures de soins privées ;
- les laboratoires de pathologie (publics ou privés).

Les professionnels de la santé doivent disposer d'un stock suffisant de fiches de déclaration ou d'un moyen leur permettant d'effectuer une déclaration par voie électronique. Il revient aux pouvoirs publics des États et Territoires de juger de l'opportunité d'une réglementation imposant la déclaration obligatoire à tous les acteurs du système sanitaire, y compris les laboratoires (afin de garantir le signalement de tout résultat d'examen positif).

iv) Consigner dans un registre national les données relatives à tout cas de VIH/SIDA déclaré. Pour des raisons tenant à la confidentialité des données, il est conseillé de confier la tenue du registre au service national chargé de la lutte contre le VIH et les IST. Cette confidentialité peut être assurée en veillant notamment à :

- protéger par mot de passe tous les réseaux informatiques ainsi que les fichiers électroniques contenus dans le registre ;
- limiter l'accès aux identificateurs du patient au personnel médical chargé du traitement ;
- veiller à ce que tous les agents de santé bénéficient d'une formation au secret médical et respectent les politiques de confidentialité ;
- recourir à des codes numériques pour l'identification des prélèvements et des résultats ;
- rendre anonymes les données incluses dans les déclarations de maladie.

L'encadré (p. 18) donne de plus amples détails sur la tenue d'un registre VIH/SIDA simple.

v) Communiquer les statistiques relatives au VIH, au SIDA et aux IST. Les comptes rendus devraient comporter les catégories suivantes :

- tous les cas de séropositivité confirmés (y compris les diagnostics de SIDA) ;
- tous les cas de SIDA (présence d'une pathologie caractéristique du stade SIDA) ;
- tous les décès imputables au SIDA ;
- tous les cas d'IST (syphilis, gonococcie, chlamydia, herpes, trichomonase).

Les comptes rendus peuvent être élaborés par année, sexe, classe d'âge par tranche de 5 ans, appartenance ethnique s'il y a lieu, ou mode de transmission (pour le VIH/SIDA).

N.B. : dans les pays insulaires du Pacifique associés aux États-Unis, la déclaration des cas de VIH aux Centres de lutte contre la maladie d'Atlanta (CDC) n'est obligatoire que pour les cas qui n'auraient jamais été signalés ailleurs dans un État ou sur un Territoire des États-Unis, ce qui donne lieu à une sous-estimation de l'incidence locale. Tous les cas locaux (parmi la population résidente) doivent être consignés dans un registre VIH/SIDA territorial ; on préconise en outre qu'un rapport à usage local soit élaboré à partir des données relatives aux cas locaux. Une trace écrite des déclarations faites au CDC peut également être insérée dans le registre.

2) Communication des résultats du programme de dépistage du VIH

En règle générale, un dépistage du VIH est réalisé systématiquement auprès des donneurs de sang, et est conseillé aux femmes enceintes. Le programme national peut également prévoir le dépistage des tuberculeux, des patients souffrant d'une IST, des travailleurs du sexe, des travailleurs migrants ou d'autres populations. C'est le laboratoire qui réalise les analyses qui est le mieux à même de communiquer les résultats du programme de dépistage. Un tel dispositif permet en effet de recenser de manière exhaustive le nombre total de tests de dépistage pratiqués, le nombre de cas diagnostiqués et les taux de positivité exprimés en pourcentage (ventilation systématique par année, par sexe et par classe d'âge). Même si aucun cas de VIH n'est dépisté,

age group). Even where no HIV cases are detected it is useful to report each screening programme annually. Ensuring that the test request form sent to the laboratory includes age, sex and reason for test (e.g. blood donation) enables laboratories to produce summary reports on HIV screening programmes.

3) Surveys of HIV, STIs and risk behaviours in at-risk groups

The above routine reporting needs to be complemented by surveys of HIV, STIs and risk behaviours. Surveys in at-risk groups give the most important information about the extent of HIV infection and risk behaviours that influence transmission of HIV. In low-level epidemic situations (much of the Pacific) detection of HIV in at-risk groups may illustrate the early need for targeted health programmes. UNAIDS second generation surveillance (SGS) methods can be used to monitor HIV & STIs in at-risk groups.² In general three types of survey may be performed:

- HIV sero-surveillance survey (HSS) — HIV testing in at-risk groups
- STI prevalence survey (SPS) — HIV, syphilis, gonorrhoea, chlamydia, hepatitis B, plus other STIs of local relevance
- Behavioural surveillance survey (BSS) — risk behaviours

Selecting at-risk groups to survey depends on the local situation. Routine surveillance data may give some indication and a needs assessment may identify at-risk groups. Some groups to consider are: unemployed or street youth, seafarers, uniformed services (e.g. police, military), female sex-workers (casual and professional), transgender individuals and men who have sex with men. STI clinic patients may be offered HIV testing and certain occupational groups may also be considered, especially those associated with overseas visitors (e.g. port workers, fishing industry workers, hospitality staff). Surveying STIs in pregnant women, particular 15–24 years, can give a proxy for STI incidence in the general population. STIs rates also indicate levels of risk behaviour and the potential for spread of HIV in the population.

Surveys are best performed periodically, for example every one to three years dependent upon who is surveyed and on the survey findings. The current SGS programme in the Pacific has been summarised previously.³ Further SGS assistance and resources are available from SPC on request.

Development of health information systems for monitoring HIV and STIs

Use of various health information systems (HISs) can assist the above surveillance processes:

- HIV/STI Programme HIS.** If individual HIV & STI patient details are collected, an STI-HIS can be used for patient management, disease surveillance, and programme monitoring and evaluation (figure 1).
- An HIV and AIDS Register.** Suggested core data items for inclusion in the Register are shown in the box.



l'établissement d'un compte rendu annuel décrivant les résultats du programme de dépistage n'en reste pas moins utile. La mention, dans les demandes d'analyse, de l'âge, du sexe et du motif du test (don de sang, par exemple) facilite l'élaboration par les laboratoires de comptes rendus relatifs au programme de dépistage du VIH.

3) Conduite d'enquêtes de prévalence du VIH, des IST et des comportements à risque au sein de populations à risque

Le dispositif de déclaration systématique décrit ci-dessus doit être accompagné d'enquêtes de prévalence du VIH, des IST et des comportements à risque. Les enquêtes menées au sein de groupes à risque constituent en effet le moyen le plus efficace de recueillir des informations pertinentes sur l'étendue de l'infection à VIH et les comportements à risque jouant un rôle dans la transmission du virus. En cas d'épidémie de faible intensité (comme dans la plupart des îles du Pacifique), la détection du virus dans les populations à risque appelle la mise en œuvre de programmes sanitaires ciblés. Dans ce contexte, les méthodes de surveillance de deuxième génération (SDG) préconisées par l'ONUSIDA peuvent être appliquées à la surveillance du VIH et des IST au sein des populations à risque². De façon générale, il existe trois types d'enquêtes :

- *l'étude de séroprévalence du VIH (HSS) : dépistage du VIH au sein de groupes à risque ;*
- *l'étude de prévalence des IST (SPS) : VIH, syphilis, gonococcie, chlamydia, hépatite B, plus d'autres IST d'intérêt local;*
- *l'étude d'analyse des comportements (BSS) : comportements à risque.*

C'est la situation locale qui dictera les critères de sélection des populations à risque ciblées par chaque enquête. Si les données issues d'un programme de surveillance systématique peuvent donner quelques indications, une évaluation des besoins permet de cerner plus précisément les groupes à risque, dont voici une liste non exhaustive : jeunes chômeurs, jeunes de la rue, marins, personnels en uniforme (police, militaires), travailleuses du sexe (occasionnelles et professionnelles), travestis et transsexuels et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. On peut envisager de proposer le dépistage du VIH aux patients des consultations IST spécialisées, ou de s'intéresser plus particulièrement à certaines catégories professionnelles, en particulier celles qui rentrent régulièrement en contact avec des étrangers (personnel portuaire, agents travaillant dans la filière pêche, métiers de l'accueil et de l'hôtellerie, par exemple). Grâce aux données de surveillance des IST recueillies chez les femmes enceintes, en particulier dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, on peut formuler une estimation de l'incidence des IST transposable à la population générale. Les taux d'infections sexuellement transmissibles signalent également une certaine prévalence de comportements à risque et, partant, la possibilité d'une propagation du virus au sein de la population générale.

Il est souhaitable que les enquêtes soient menées régulièrement, selon une fréquence pouvant aller d'un à trois ans, en fonction des populations ciblées et des résultats des enquêtes précédentes. Nous avons déjà publié un compte rendu du programme de surveillance de deuxième génération en Océanie³. La CPS est par ailleurs disposée à répondre aux demandes d'appui technique et financier pour aider à la mise en place de programmes de SDG.

Systèmes d'information sanitaire axés sur la surveillance continue du VIH et des IST

Le recours à divers systèmes d'information sanitaire peut faciliter le processus de surveillance décrit ci-dessus :

- Le système d'information du service chargé de la lutte contre le VIH et les IST.** L'intégration des données individuelles concernant les personnes affectées par le VIH ou une IST peut permettre d'alimenter un système d'information sanitaire qui se révélera utile pour la prise en charge des patients, la veille sanitaire, ainsi que le suivi et l'évaluation du programme de lutte.
- Le registre national VIH/SIDA.** Se reporter à l'encadré qui dresse la liste des données essentielles devant figurer dans le registre.

HIV and AIDS Register Core Data

- Identifier — some way of identifying each HIV case (e.g. name, IDcode, MRN, Soundex);
- Gender (Male, Female, Transgender, Unknown);
- Date of birth (DOB; dd/mm/yyyy or mm/dd/yyyy)
- Ethnicity (locally appropriate); and Race (standardised groupings);
- Town/Village of residence (and Division/Island if appropriate)
- Reason for HIV test (e.g. symptoms, known risk, sex-work, type of screening)
- Date of confirmed HIV diagnosis (compute Age from Date diagnosed minus DOB)
- Risk category (Hetero, MSM, IDU, Perinatal, Blood, Other known, Unknown)
- Symptomatic – non-AIDS? (yes/no)
- Diagnosed with AIDS? (yes/no)
- Date (or year) of AIDS diagnosis (compute Age from Date diagnosed minus DOB)
- AIDS defining conditions (list conditions giving definitive/presumptive and Date diagnosed)
- Died? (yes/no)
- AIDS-related death? (yes/no/unknown)
- Date (or year) of death (DOD; compute Age from DOD minus DOB)
- Case notified to CDC (separately for HIV & AIDS) (US affiliated PICTs only)
- Comment field (e.g. links to other known cases).
- Further clinical details may be added to these core surveillance data for HIV and AIDS case management (e.g. weight, viral load, CD4 count, further opportunistic infections, treatment and referral).

Données essentielles du registre VIH/SIDA

- *identificateur : élément permettant d'identifier chaque cas de VIH (nom, code, numéro de dossier médical, code Soundex)*
- *sexe (homme, femme, transsexuel, travesti, inconnu)*
- *date de naissance (DN ; jj/mm/aaaa ou mm/jj/aaaa)*
- *appartenance ethnique (s'il y a lieu) et race (catégories normalisées)*
- *lieu de domicile (ville/village et district/île s'il y a lieu)*
- *motif du test VIH (par ex. symptôme, risque connu, travail sexuel, type de dépistage)*
- *date du diagnostic de certitude du VIH (calcul de l'âge : date du diagnostic - DN)*
- *catégorie de risque (hétérosexuel, homme ayant des rapports avec d'autres hommes, usage de drogues injectables, transmission périnatale, sang, autre risque connu, risque inconnu)*
- *symptômes non liés au SIDA ? (oui/non)*
- *diagnostic de SIDA ? (oui/non)*
- *date (ou année) du diagnostic de SIDA (calcul de l'âge : date du diagnostic - DN)*
- *affections caractéristiques du SIDA (liste des affections justifiant le diagnostic de certitude/de présomption et date du diagnostic)*
- *décédé ? (oui/non)*
- *décès imputable au SIDA ? (oui/non/cause indéterminée)*
- *date (ou année) du décès (DD ; calcul de l'âge : DD - DN)*
- *cas déclaré au CDC (déclaration distincte pour le VIH et le SIDA) (seulement pour les pays insulaires du Pacifique associés aux États-Unis)*
- *observations (par ex., liens avec d'autres cas connus)*
- *Des informations cliniques supplémentaires peuvent venir compléter la liste des données de surveillance essentielles à prendre en compte pour la prise en charge des cas de VIH/SIDA (par ex. poids, charge virale, taux de CD4, autres infections opportunistes, traitement et transfert du patient).*

iii) Laboratory surveillance. This is important for monitoring any condition diagnosed via pathology testing including HIV, some STIs and many other communicable diseases. Laboratories should be requested to notify diagnosed cases to the Department/Ministry of Health (DoH/MoH). For HIV and STIs, it is suggested laboratories notify the HIV/STI Programme. Where DoH/MoH systems are networked, laboratory results may be entered directly onto patient records. For non-networked services, laboratories may keep separate testing registers and forward copies of results to both test requester and surveillance coordinator (HIV/STI Programme). Laboratory data are also important for monitoring overall testing activity and test yields.

iv) Department/Ministry of Health information systems.

Once patient level data have been cleaned, de-identified and summarised, summary reports can be sent to the DoH/MoH. Often Public Health or Health Statistics sections collate surveillance data. HIV and AIDS and STI data may be included in:

- CRIS (a UNAIDS country-level HIV reporting system);⁴
- DoH/MoH disease reporting systems or management/executive information systems;
- DoH/MoH annual reports, health statistics digests and epidemiological profiles.

It should be possible for the HIV/STI Programme to manage all HIV/STI data in an appropriately designed HIS. Collection, analysis and reporting of these data are an important first step in designing evidence based prevention and treatment programmes.

Comments on this paper are welcomed. Further resources are available including a discussion paper and specifications for HIV/STI health information systems, and SGS survey methods and resources. Please contact the author – email: tims@spc.int or phone: +687 265 472.

Tim Sladden
Surveillance Specialist HIV, AIDS & STIs
SPC

References

1. Samoa Commitment: Achieving Healthy Islands, the Pacific way. Declaration of commitment from the Pacific Health Ministers' meeting, Apia, Samoa, 14-18 March 2005.
2. WHO/UNAIDS. Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines. 2002. UNAIDS/02.45E – WHO/HIV/2002.17. ISBN 92-9173-219-2.
3. Sladden T. Update on second generation HIV surveillance. Inform'ACTION August 2004, No 18: 14-17.
4. UNAIDS. Country Response Information System: Overview of the system and its plan for establishment. 2003. UNAIDS/03.09E. ISBN 92-9173-249-4.

iii) La surveillance en laboratoire. Elle permet de surveiller les affections diagnostiquées grâce à des examens pathologiques, telles que le VIH, certaines IST et nombre d'autres maladies transmissibles. Les laboratoires devraient avoir pour consigne de signaler les cas diagnostiqués au Département/Ministère de la santé. En ce qui concerne le VIH et les IST, il est conseillé aux laboratoires de prévenir le service national chargé de la lutte contre le VIH et les IST. Dans les États ou Territoires où le Département/Ministère de la santé dispose d'un réseau informatique, les résultats d'analyse peuvent être saisis directement dans les dossiers des patients. En l'absence de réseau, les laboratoires peuvent tenir des registres de résultats d'analyses distincts et transmettre une copie des résultats au service demandeur ainsi qu'aux responsables de la coordination des actions de surveillance. Les données de laboratoire sont également importantes pour le suivi général des activités d'analyse et des résultats des tests.

iv) Le système d'information du Département/Ministère de la santé.

- Une fois les données concernant le patient rendues anonymes et synthétisées, on est en mesure de produire un compte rendu à l'intention du Département/Ministère de la santé. Il arrive fréquemment que les services responsables de la santé publique ou des statistiques sanitaires recueillent des données de surveillance. Les données relatives au VIH/SIDA et aux IST se trouvent souvent intégrées dans :
- le CRIS (système d'information sur les ripostes des pays en matière de VIH, mis au point par l'ONUSIDA)⁴;
 - les systèmes de déclaration des maladies mis en place par le Département/Ministère de la santé ou les systèmes d'information spécifiques aux structures de direction ou à l'exécutif ;
 - les rapports annuels, les statistiques sanitaires abrégées et les profils épidémiologiques publiés par le Département/Ministère de la santé.

Le service national chargé de la lutte contre le VIH et les IST doit pouvoir gérer toutes les données relatives à ces affections par le biais d'un système d'information sanitaire bien conçu. Le recueil, l'analyse et la communication de ces données constituent un point de passage obligé pour la conception de programmes de prévention et de prise en charge médicale fondés sur des données factuelles.

Nous vous invitons à nous faire part de toute observation concernant cet article. D'autres documents sont disponibles, notamment un document de synthèse, des lignes directrices pour la mise en place de systèmes d'information sanitaire relatifs au VIH et aux IST, et un recueil de méthodes et de ressources pour les enquêtes de surveillance de deuxième génération. Pour de plus amples renseignements, veuillez prendre contact avec l'auteur - courriel : tims@spc.int, téléphone : +687 26 54 72.

Tim Sladden
Spécialiste de la surveillance
(lutte contre le VIH/SIDA et les IST)
CPS

Références bibliographiques

1. L'engagement du Samoa en faveur des Îles santé, la voie océanienne. Engagement des Ministres de la santé des États et Territoires océaniques réunis à Apia, Samoa, du 14 au 18 mars 2005.
2. OMS/ONUSIDA. Mise en place de systèmes de surveillance de deuxième génération du VIH : directives pratiques. 2002. ONUSIDA/02.45F – WHO/HIV/2002.17. ISBN 92-9173-220-6.
3. Sladden T. Le point sur la surveillance de deuxième génération du VIH. Inform'ACTION août 2004, n° 18, pp. 14 à 17.
4. UNAIDS. Country Response Information System: Overview of the system and its plan for establishment. 2003. UNAIDS/03.09E. ISBN 92-9173-249-4.

Figure 1: HIV/STI programme based surveillance of HIV, AIDS & STIs

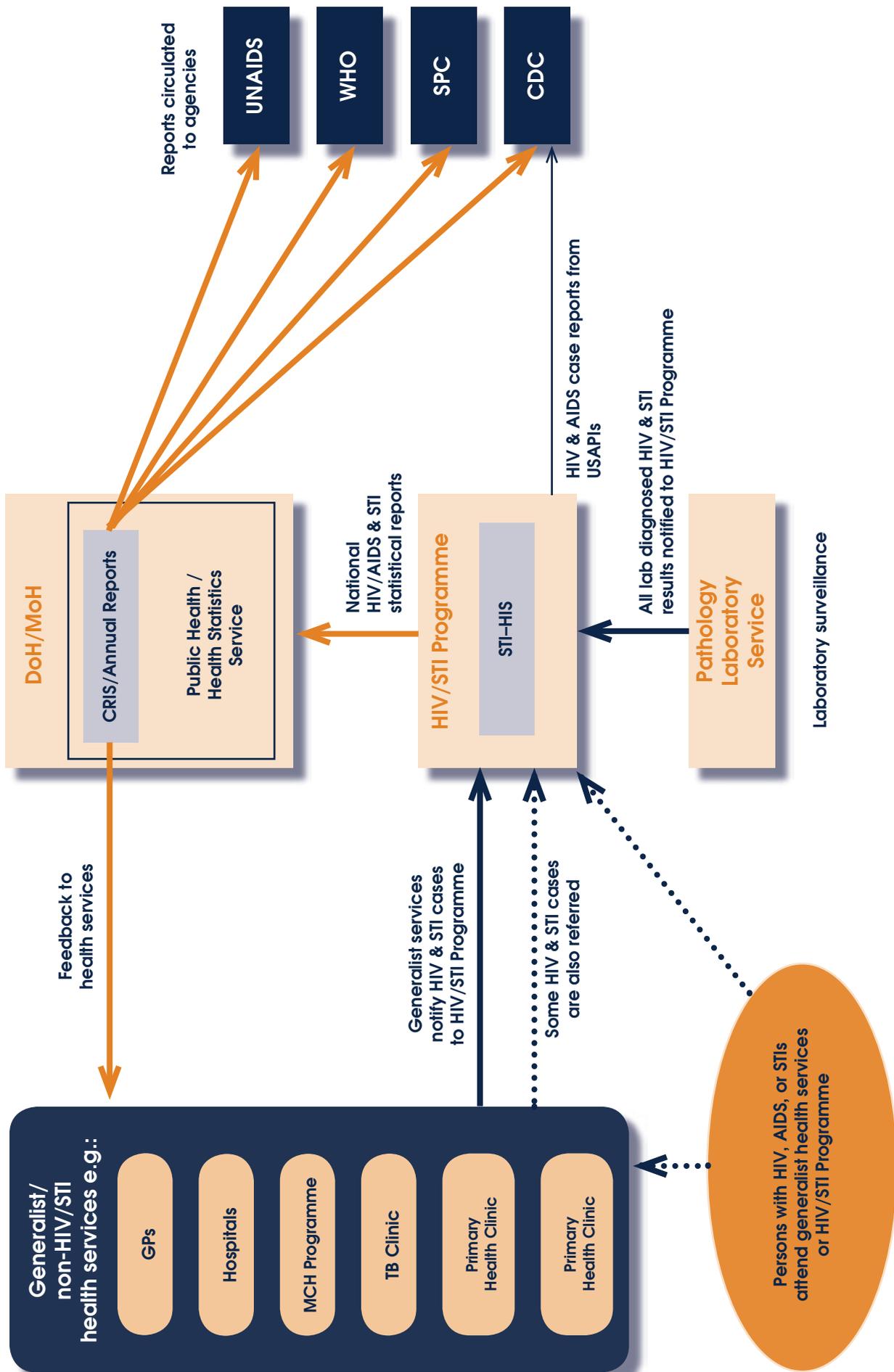
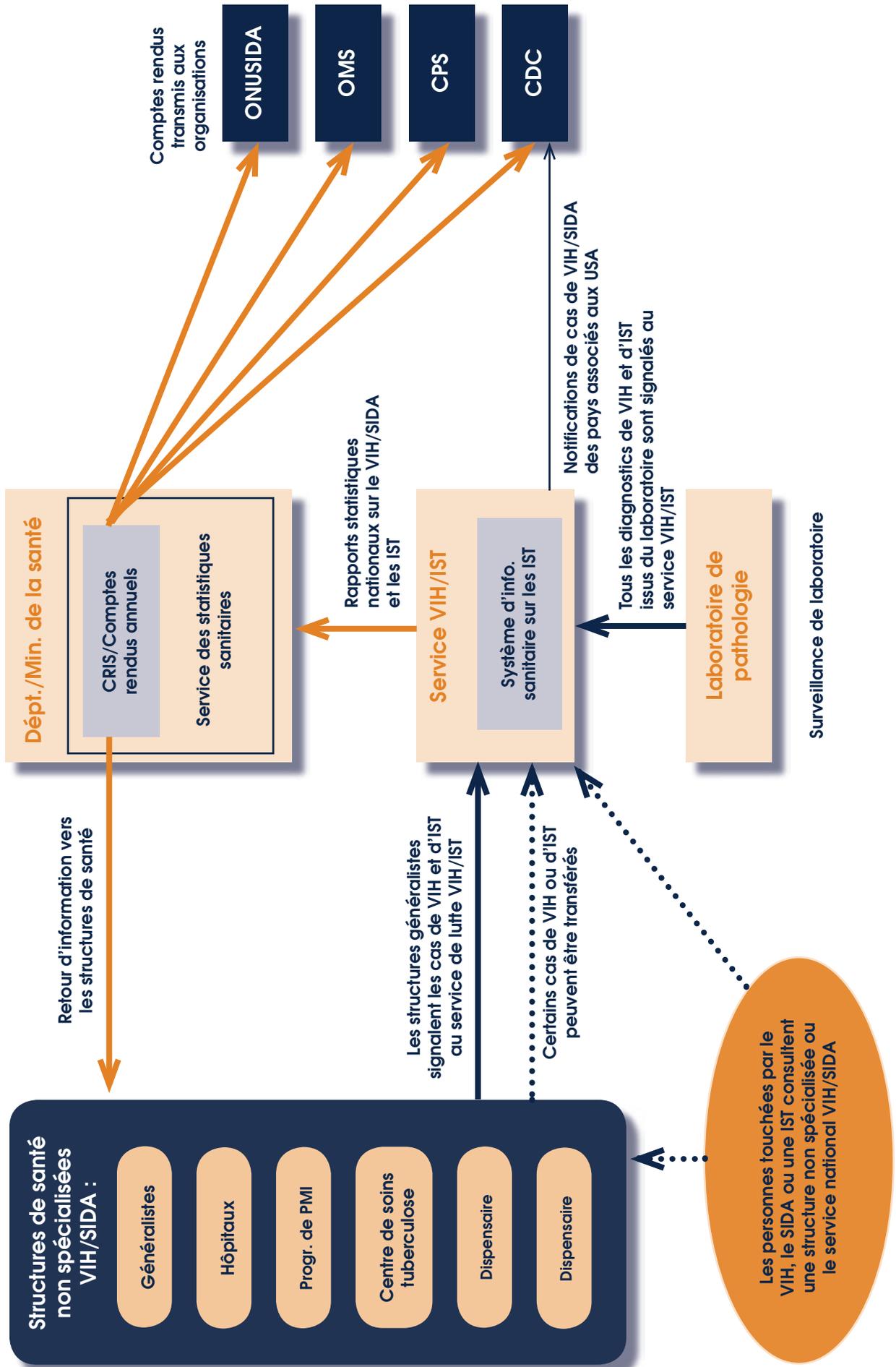


Figure 1: Organisation de la lutte contre le VIH, le SIDA et les IST autour du service national/territorial chargé de la lutte contre le VIH et les IST



DEVELOPING LABNET IN THE US PACIFIC



"Developing LabNet in the US Pacific" was the theme of a successful workshop in Guam on 4–5 February 2005. Over 60 laboratory technologists and technicians from the six US affiliated Pacific Islands (USAPI) gathered to implement the LabNet network concept in their region.

The meeting was the outcome of a 2003 initiative of the Board of Directors of the Pacific Island Health Officers Association (PIHOA). The aim was to organise the public health laboratory services in the USAPI into a regional network for the PPHSN target diseases: cholera, typhoid, influenza, dengue, leptospirosis, measles, rubella, HIV and selected sexually transmitted infections (STI), and agents of bioterrorism. Tuberculosis is also amongst the targets of the regional public health laboratory services in the Northern part of the region.

The workshop was organised by Dr Michael O'Leary, CDC/NCID Regional Epidemiologist, whose diligence has made this workshop a success and for which he is to be congratulated.

The seven objectives of this LabNet workshop were to:

- describe the structure and function of LabNet;
- understand the capacities and services of the Guam Public Health Laboratory;
- agree on the scope of work expected at L1 and L2 laboratories in the USAPI;
- share technical information on test kits and strategies;
- develop plans for specimen shipping protocols;
- understand the function and use of the revolving fund; and
- establish a communications network among all participating laboratories.

Participants included laboratory staff from nine Level 1 laboratories, namely American Samoa, the four L1 laboratories in the Federated States of Micronesia (Chuuk, Kosrae, Pohnpei and Yap), Palau, the Majuro and Ebeye laboratories in the Marshall Islands, and Saipan. Also present were staff from the Level 2 laboratory in Guam at the Department of Public Health Diagnostic Laboratory Services (DLS), and representatives from the Naval Hospital Laboratory and Guam Memorial Hospital. They were joined by resource personnel from CDC, Atlanta, from PPHSN and the Secretariat of the Pacific Community (SPC) in New Caledonia, Pacific Paramedical Training Centre (PPTC) in New Zealand and State Laboratories of the Hawaii and California Departments of Health.

DÉVELOPPEMENT DE LABNET DANS LES PAYS OCÉANIENS AFFILIÉS AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE



L'atelier qui s'est déroulé à Guam les 4 et 5 février 2005 portait sur le "développement de LabNet dans les pays océaniques affiliés aux États-Unis d'Amérique". Plus de soixante techniciens et technologues de laboratoire des six pays insulaires océaniques affiliés aux États-Unis d'Amérique se sont réunis en vue de réfléchir sur l'application du concept de réseau LabNet dans leur région.

La tenue de cette réunion faisait suite à une décision prise en 2003 par les administrateurs de l'Association océanique des fonctionnaires des services de santé (PIHOA). Ceux-ci souhaitaient en effet organiser les services des laboratoires de santé publique de ces pays en réseau régional pour lutter contre les maladies ciblées par le ROSSP : choléra, fièvre typhoïde, grippe, dengue, leptospirose, rougeole, rubéole, VIH et infections sexuellement transmissibles (IST), et la diffusion d'agents biologiques à des fins de bioterrorisme. La tuberculose figure également parmi les maladies ciblées par les services des laboratoires de santé publique dans la partie septentrionale de la région du Pacifique.

L'atelier était organisé par le docteur Michael O'Leary, Épidémiologiste régional auprès du CDC/NCID. Grâce à son dynamisme, l'atelier s'est soldé par un succès. Qu'il en soit félicité ici.

Les participants à l'atelier poursuivaient sept objectifs :

- décrire la structure et le mode de fonctionnement de LabNet,
- connaître les capacités et les services du Laboratoire de santé publique de Guam,
- convenir de la portée du travail attendu des laboratoires de niveau 1 et 2 dans les pays concernés,
- échanger des informations d'ordre technique sur les kits d'examen de laboratoire et les stratégies,
- élaborer des plans relatifs aux protocoles d'envoi d'échantillons,
- comprendre le fonctionnement et l'utilisation du fonds renouvelable, et
- créer un réseau de communication entre tous les laboratoires participants.

Les participants provenaient du personnel de neuf laboratoires de niveau 1 : celui des Samoa américaines, les quatre laboratoires de niveau 1 des États fédérés de Micronésie (Chuuk, Kosrae, Pohnpei et Yap), celui de Palau, les laboratoires de Majuro et d'Ebeye (Îles Marshall) et celui de Saipan. Des agents du laboratoire de niveau 2 de Guam, qui relève des services de laboratoire de diagnostic (DLS) du Département de santé publique, et des représentants du laboratoire de l'Hôpital naval et du Guam Memorial Hospital étaient aussi présents. À ces participants se sont joints des animateurs venus des CDC, Atlanta, du ROSSP et du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) de Nouvelle-Calédonie, du Centre de formation paramédicale du



The welcome by Ms Cindy Naval on behalf of Mr Peter John Camacho, the Guam Director of Public Health and Social Services, was followed by opening remarks from Mr Bill McMillan, Administrator of Guam Memorial Hospital, Dr Devery Howerton of the Centers of Disease Control and Prevention, and Dr Jeff Barcinas, the Vice President for University and Community Engagement of the University of Guam.

At the end of this two-day meeting it was agreed that the regional laboratory services networking between L1 laboratories and Guam Public Health Laboratory (L2) would proceed, with the new Regional Laboratory Co-ordinator being the liaison for regional laboratory activities. Other activities planned for the next six months include a training needs assessment for each laboratory, finalisation of regional and local shipping protocols, development of standard operating procedure for the revolving fund, introduction and implementation of additional testing methods at L1 laboratories, consideration of standardisation of selected test kits, supplies and equipment, finalisation of network communication protocols and support for communications where needed.

In addition to the LabNet workshop agenda, two concurrent supplementary meetings on STD and HIV testing and on special topics in tuberculosis also took place.

HazMat Training Course

Prior to the LabNet workshop, a training course on packing and shipping infectious and diagnostic specimens as hazardous material (HazMat) or dangerous goods was conducted by Tom Goob from Diagnostic Laboratory Services, Hawaii, and Subroto Banerji from CDC on 2-3 February. 20 participants attended this training course, some attending for re-certification as well as others attending for the first time.

Laboratory Quality Systems Workshop

After the LabNet workshop a workshop for laboratory supervisors and managers on "Building Laboratory Quality Systems", organised by Dr Devery Howerton, National Center for Health Marketing, CDC, was held 7-9 February. Dr Howerton's commendable effort in putting together such an exciting, educational and informative workshop is worthy of compliment.

The facilitators for these sessions included Dr Devery Howerton, Dr Paul Kimsey (California State Lab), John Elliot (PPTC), Susan Naka (Clinical Laboratory Improvement Amendments Program), Rebecca Sciulli (Hawaii State Laboratory), Albert Gurusamy (Saipan) and Vasiti Uluiviti (PIHOA).

The workshop content included major topics encompassed in the Laboratory Quality Assurance Cycle of the Pre-Analytic, Analytic and Post Analytic phases. These included Organisational Responsibilities, Laboratory Documentation

Pacifique (PPTC - Wellington, Nouvelle-Zélande) et des laboratoires des Départements de la santé des États de Hawaii et de Californie.

Mme Cindy Naval a accueilli les participants, au nom de M. Peter John Camacho, Directeur de la santé publique et des services sociaux de Guam, et son discours de bienvenue a été suivi par les allocutions d'ouverture de M. Bill McMillan, Administrateur du Memorial Hospital de Guam, du docteur Devery Howerton, des CDC, et du docteur Jeff Barcinas, Vice-Président de University and Community Engagement de l'Université de Guam.

À la fin de cette réunion de deux jours, il a été convenu que des échanges de services de laboratoires de la région auraient lieu entre les laboratoires de niveau 1 et le Laboratoire de santé publique de Guam (niveau 2), le nouveau coordonnateur régional des laboratoires assurant la liaison à l'échelon régional. Les autres activités prévues au cours des six prochains mois viseront notamment à évaluer les besoins de formation de chaque laboratoire, à évaluer les protocoles régionaux et locaux d'envoi d'échantillons, à élaborer une procédure de fonctionnement du fonds renouvelable normalisée, à introduire et à faire appliquer des méthodes d'analyse supplémentaires dans les laboratoires de niveau 1, à envisager de normaliser les kits d'examen d'échantillons sélectionnés, les fournitures et l'équipement, et à mettre au point des protocoles de communication en réseau et les modes de communication.

Outre l'atelier LabNet, deux autres réunions se sont tenues simultanément, l'une sur le dépistage des MST et du VIH, et l'autre sur des sujets particuliers concernant la tuberculose.

Cours de formation HazMat

L'atelier LabNet a été précédé les 2 et 3 février d'un cours sur l'emballage et l'expédition de spécimens infectieux et de diagnostic en tant que matières (HazMat) ou marchandises dangereuses, conduit par Tom Goob des Services de laboratoire de diagnostic d'Hawaii, et par Subroto Banerji, CDC. Vingt personnes ont participé à ce cours, certaines pour la première fois, d'autres en vue d'un renouvellement de leur agrément.

Atelier sur les systèmes d'assurance de la qualité des laboratoires

L'atelier LabNet a été suivi, du 7 au 9 février, d'un atelier destiné aux directeurs et chefs de laboratoires, sur le thème de la "mise en place de systèmes d'assurance de la qualité des laboratoires". Il était organisé par le docteur Devery Howerton, du National Center for Health Marketing, CDC. Félicitons le docteur Howerton pour avoir réussi à mettre sur pied un atelier aussi passionnant et instructif.

L'atelier était animé par les docteurs Devery Howerton et Paul Kimsey (Laboratoire de l'État de Californie), John Elliott (Centre de formation paramédicale du Pacifique), Susan Naka (programme d'amélioration des laboratoires d'analyse cliniques), Rebecca Sciulli (Laboratoire de l'État de Hawaii), Albert Gurusamy (Saipan) et Vasiti Uluiviti (PIHOA).

Les débats ont porté sur des thèmes importants relevant du cycle d'assurance de la qualité des laboratoires, qui comprend les phases préanalytique, analytique et postanalytique, à savoir l'attribution des responsabilités, la documentation et les archives d'un laboratoire, la gestion, l'achat et le stockage de l'équipement, le traitement des spécimens, le contrôle des opérations analytiques (contrôle qualitatif et quantitatif de la qualité), les évaluations externes et internes du laboratoire, la gestion du personnel, les locaux et la sécurité.

and Records, Equipment Management, Purchasing and Inventory, Specimen Management, Analytic Process Control (Qualitative and Quantitative QC), External and Internal Laboratory Assessments, Personnel Management and Facilities and Safety.

At the end of the three-day workshop, each laboratory team identified deficient areas of Quality Assurance Systems in their own laboratories and drafted a plan of specific improvement activities for the next 6 months. The Regional Laboratory Co-ordinator will follow up on these activities and report on each laboratory's progress.

Funding

The HazMat training course and the LabNet workshop were funded by the PIHOA jurisdictions using funds received from CDC's bioterrorism grants. Funds for the Laboratory Quality Systems Workshop were provided by a special CDC grant through the University of Guam's HLATTE Program.



Group photo / Photo de groupe

À la fin de cet atelier de trois jours, chaque équipe de laboratoire a mis le doigt sur les aspects des systèmes d'assurance de la qualité de son laboratoire qui laissaient à désirer, et a dressé un plan des activités à mener au cours des six prochains mois pour y remédier. Le coordonnateur régional des laboratoires assurera le suivi de ces activités et rendra compte des progrès accomplis par chaque laboratoire.

Financement

Le cours HazMat et l'atelier LabNet étaient financés par les membres de la PIHOA, grâce à des fonds alloués au titre des subventions des CDC pour la lutte contre le bioterrorisme. Des fonds ont été octroyés à l'atelier sur les systèmes d'assurance de la qualité des laboratoires, grâce à une subvention spéciale des CDC au titre du programme HLATTE (Health Leaders Achieving Today, Tomorrow's Excellence) de l'Université de Guam.

Vasiti Uluiviti
 PIHOA Regional Laboratory Co-ordinator
 Guam Public Health Laboratory
 Department of Public Health & Social Services
 Guam

Vasiti Uluiviti
 Coordonnateur régional des laboratoires
 membres de la PIHOA
 Laboratoire de santé publique de Guam
 Ministère de la Santé publique et

LABNET 2004
 ANNUAL ACTIVITY REPORT
 FROM NEW CALEDONIA
 PASTEUR INSTITUTE

LabNet is the regional public health laboratory network for the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN), created at the initiative of SPC and the WHO Regional Office. Its goal is to further develop existing laboratories in the Pacific Island area and to facilitate technical assistance between Pacific Island countries and territories. LabNet is composed of three levels: front-line national laboratories (L1) that are in contact with patients, a sub-regional confirmation level (L2, with laboratories currently in Guam, Suva, Noumea and Papeete) and a reference level (L3), mainly composed of WHO collaborating centres in Australia and New Zealand.

Since the implementation of LabNet in 2000, the New Caledonia Pasteur Institute (IPNC) has been one of the network's Level 2 laboratories. It has also played an active role in development of

LABNET :
 RAPPORT D'ACTIVITÉ ANNUEL
 DE L'INSTITUT PASTEUR DE
 NOUVELLE-CALÉDONIE (ANNÉE 2004)

LabNet est le réseau régional de laboratoires de santé publique du ROSSP (Réseau océanien de surveillance de la santé publique, créé à l'initiative de la CPS et du bureau régional de l'OMS). Son but est le développement des laboratoires existants dans la zone du Pacifique insulaire et la promotion de l'assistance technique entre les États et Territoires. LabNet comprend trois niveaux : les laboratoires nationaux de première ligne (ou L1) au contact des patients, un premier niveau sous-régional de confirmation (L2 : laboratoires actuels à Guam, Suva, Nouméa et Papeete) et un niveau de référence (L3) essentiellement représenté par les centres collaborateurs OMS en Australie et Nouvelle-Zélande.

Depuis le lancement de LabNet en 2000, l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) est l'un des laboratoires de niveau 2 du réseau. Il prend également une part active à son



the network, has supervised part of the regional activities and is a permanent member of LabNet's Technical Working Body.

The Working Body's annual meeting was held in Noumea on 1 June 2004. Among the issues discussed at the meeting was a proposal to create a "catalogue" of the laboratory services that L2 and L3 labs can propose to L1 labs. This document will explain in detail the range of available analyses and also pre-analysis conditions — that is, sampling, storage and transport conditions. To date, only the reference labs (L3) have provided the necessary data to the IPNC, which is in charge of preparing the document.

In 2005, it is hoped that discussions will reach a conclusion on using a regional revolving fund to finance these activities and, where necessary, transports costs.

Updates on ongoing programmes mentioned below were provided to the meeting and possible new activities for 2005 were discussed, in particular medical entomology and biological monitoring of water and foodstuffs.

Lab confirmation activities for regional outbreaks

As in the previous two years, most of the regional requests to which the IPNC responded in 2004 involved confirmation of cases of dengue fever. The outbreak, due to the type 1 virus, began in the Pacific in 2000 and has spared very few islands, and the number of samples treated annually has been increasing steadily since 1999. The details of the work in 2004 are given in the table page 26.

Regional leptospirosis study

The IPNC continued its regional study on the incidence of leptospirosis, launched during the first LabNet meeting in 2003 in Suva. In 2004, only the French Pacific territories took an active part in this study (more than 100 samples received from Wallis and Futuna and French Polynesia), but other countries but have joined the project and in early 2005, samples were received from Vanuatu and Tonga. The active participation of the countries and territories in the northern part of the region, where the disease has already been identified, is desirable to give this study a truly regional scope. A progress report was provided to the WHO Regional Office in August 2004 and the final report is scheduled for late 2005.

Influenza surveillance

Following the WHO technical workshops on influenza (Tokyo, May 2004), the PPHSN Influenza Specialist Group was asked to propose a lab surveillance project for a few L1 labs in the region.

At the IPNC's initiative, a project to begin detection of respiratory viruses (influenza and RSV) using an immunofluorescence technique was submitted to the WHO Regional Office in Manila at the end of the year. This project includes providing a fluorescence microscope and reagents for one year of work and includes technical training sessions at the IPNC or at hospital sites in Melbourne or Wellington. During the initial phase, three sites could be involved (Palau, Tonga and Wallis).

Dengue fever diagnosis strategy

According to current PPHSN recommendations, it is advisable that Level 1 labs have access to rapid tests to detect

développement, assure l'encadrement d'une partie des activités régionales et est membre permanent de l'organe de travail technique de LabNet (LabNet Technical Working Body). La réunion annuelle de ce groupe s'est tenue à Nouméa le 1^{er} juin 2004. Parmi les points évoqués pendant la réunion, il a été proposé de créer un "catalogue" des prestations biologiques proposées aux laboratoires L1 par ceux de niveaux L2 et L3. Ce document devra préciser non seulement le panel d'analyses disponibles, mais aussi les conditions pré-analytiques : prélèvement, conservation et conditions de transport. À ce jour, seuls les laboratoires de référence (L3) ont fourni à l'IPNC, en charge d'élaborer ce document, les données nécessaires. En 2005, il serait souhaitable que soit conclue la discussion sur l'utilisation d'un fonds régional renouvelable pour financer ces activités et les coûts de transport si nécessaire.

Il a également été fait le point sur les programmes en cours mentionnés ci-après et les activités nouvelles qui pourraient démarrer en 2005, entomologie médicale et contrôle biologique des eaux et des aliments en particulier.

Activités de confirmation biologique de phénomènes épidémiques régionaux

L'essentiel des sollicitations régionales auxquelles l'IPNC a répondu en 2004 concerne, comme les deux années précédentes, la confirmation de cas de dengue. Cette épidémie, due au virus de type 1, a débuté en 2000 dans le Pacifique et n'a épargné que de très rares îles. D'un point de vue quantitatif, le nombre de prélèvements traités annuellement à ce titre est en constante augmentation depuis 1999. Le détail des actions 2004 est résumé dans le tableau page suivante.

Enquête régionale sur la leptospirose

L'IPNC a poursuivi son étude régionale sur l'incidence de la leptospirose, lancée lors de la première réunion LabNet en 2003 à Suva. En 2004, seuls les territoires français du Pacifique ont participé activement à cette étude (plus de 100 prélèvements reçus de Wallis et Futuna et de la Polynésie française) ; en revanche, d'autres pays ont adhéré au projet et, début 2005, des échantillons de Vanuatu et des Tonga ont été reçus. La participation active des États et Territoires du nord de la région, où la maladie a déjà été décrite, serait souhaitable pour donner une vraie dimension régionale à cette étude. Un rapport d'étape a été fourni en août 2004 au bureau régional de l'OMS et l'exploitation finale est prévue fin 2005.

Surveillance de la grippe

À l'issue des ateliers techniques de l'OMS sur la grippe (Tokyo, mai 2004), il a été demandé au groupe de spécialistes de la grippe du ROSSP de présenter un projet de surveillance biologique applicable dans quelques laboratoires L1 de la région.

À l'initiative de l'IPNC, un projet de mise en place de la détection des virus respiratoires (grippe et VRS) par une technique d'immunofluorescence a été soumis en fin d'année au bureau régional de l'OMS à Manille. Ce projet inclut la fourniture d'un microscope à fluorescence, de réactifs pour une année d'activité et prévoit des stages de formation technique, à l'IPNC ou sur des sites hospitaliers à Melbourne ou Wellington. Dans une première phase, trois sites pourraient être concernés (Palau, Tonga et Wallis).

Stratégie diagnostique pour la dengue

Selon les recommandations actuelles du ROSSP, il est souhaitable que les laboratoires de niveau 1 puissent disposer de tests rapides pour la mise en évidence des IgM de la dengue en cas d'alerte épidémique. Le choix des kits doit tout à la fois être orienté par les performances acceptables du produit et un

IPNC lab confirmation activities for regional outbreaks in 2004 /
 IPNC : Activités de confirmation biologique de phénomènes épidémiques régionaux (2004)

Date	Origin / Provenance	Country / État	Number of samples / Nb de prélèvements	Type of sample / Type d'échantillons	Tests carried out / Test effectués	Results / Résultats
02/02/2004	Malardé Institute / Institut Malardé	French Polynesia / Polynésie française	5	Serum / sérum	Leptospirosis serology (MAT*) / Sérologie Leptospirose (MAT*)	5 positive (Ab titre $\geq 1/400$ for at least one serovar) / 5 positifs (titre $\geq 1/400$ pour un sérovar au moins)
15/03/2004	Vila Central Hospital	Vanuatu	1	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR, leptospirosis serology / Dengue IgM et PCR, sérologie Leptospirose	Negative / Négatifs
05/04/2004	Lenakel Hospital	Vanuatu (Tanna)	3	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR, leptospirosis and typhoid serology / Dengue IgM et PCR, sérologie Leptospirose et Typhoïde	1 patient positive for dengue IgM / 1 patient positif en IgM Dengue
19/04/2004	Vaiola Hospital	Tonga	12	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	3 patients positive for IgM / 3 patients positifs en IgM
					Respiratory virus serology / Sérologie des virus respiratoires	3 patients positive for RSV, 1 for influenza A / 3 patients positifs pour le VRS, 1 pour la grippe A
04/08/2004	Palau MoH	Palau	10	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	5 patients positive for IgM, one positive for dengue-1 PCR / 5 patients positifs en IgM, un positif en PCR Dengue-1
24/08/2004	Palau MoH	Palau	24	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	3 patients positive for IgM, one positive for dengue-1 PCR / 3 patients positifs en IgM, un positif en PCR Dengue-1
24/11/2004	Yap DoH	Yap (FSM**)	53	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	25 patients positive for IgM, 14 positive for dengue-1 PCR / 25 patients positifs en IgM, 14 positifs en PCR dengue-1
24/11/2004	Yap DoH	Yap (FSM**)	4	Respiratory secretions / Sécrétions respiratoires	Influenza and RSV (DIF***) / Grippe et VRS (IFD***)	All negative / Tous négatifs
31/12/2004	Guam PHL	Guam	3	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	All negative / Tous négatifs
31/12/2004	Guam PHL	Chuuk (FSM**)	9	Serum / sérum	Dengue IgM and PCR / Dengue IgM et PCR	3 patients positive for IgM, one positive for dengue-1 PCR / 3 patients positifs en IgM, un positif en PCR Dengue-1

* Micro-agglutination test / Test de micro agglutination
 ** Federated States of Micronesia / États fédérés de Micronésie
 *** Direct immunofluorescence / Immunofluorescence directe

dengue fever IgM in the event of an outbreak. Selection of the type of kits must be based on both an acceptable performance level for the product and an affordable cost. The assessment of one immuno-chromatographic kit conducted at the IPNC in 2002 for LabNet revealed sub-optimal performance levels and so a more reliable test still needs to be found. For that reason, a new test, based on the principle of particle agglutination, was assessed by two of network's labs, the Yap Hospital and IPNC. The preliminary results show very satisfactory characteristics in terms of specificity and sensitivity. The complete assessment report will be published in *Inform'ACTION* later in 2005.

Regional programme to eliminate measles

The WHO Regional Office for the Western Pacific Region has set the goal of eliminating measles by 2015. Laboratories have a vital role in this programme's progress by confirming clinically reported cases and assisting in the identification of the regions or countries at risk, for which "catch-up" campaigns may be proposed.

The elimination plan is based on reinforced vaccination and laboratory activities.

A global laboratory network for measles surveillance (GMLN) has been created for this task, involving three levels: central (CDC Atlanta), regional and national.

Following the first regional meeting (Manila, August 2004) and given the special characteristics of the Pacific Islands region, it was decided during the workshop to align the GMLN to LabNet. This presupposed setting up another laboratory level, the sub-regional level. The four LabNet L2 labs have been designated to serve neighbouring countries by confirming the initial lab's measles results, mainly through detection of disease-specific IgM. The L2 labs must first meet WHO's technical requirements and then they will be officially accredited. The regional reference level (L3) will be represented by two labs, in Australia and Japan.

The proposed regional organisational diagram for the GMLN is as follows:

Level / Niveau	L1	L2	L3
Role / Rôle	Recruiting patients suspected of having measles, sending samples to L2 / <i>Recrutement des patients suspects de rougeole, transmission des échantillons au niveau L2</i>	Front line lab test (IgM), sending samples to L3 / <i>Test biologique de première intention (IgM), transmission des échantillons au niveau L3</i>	Validating L2 results on certain samples, virological and genotype studies / <i>Validation du résultat L2 sur certains échantillons, études virologiques et génotypiques.</i>
Countries and territories / Pays et territoires	Countries in the northern part of the region, affiliated with the USA / <i>États du nord de la région, affiliés aux USA</i>	Guam Public Health Laboratory	NIID*, Tokyo, Japan / <i>Japon</i>
	Vanuatu, Wallis et Futuna, Nouvelle-Calédonie	IPNC, Nouméa	VIDRL**, Melbourne, Australia
	Cook Islands, Polynésie française	Institut Malarde, Papeete	VIDRL, Melbourne, Australia
	Other countries in the central part of the region / <i>Autres États du centre de la région</i>	Mataika House, Fiji Islands	VIDRL, Melbourne, Australia

* National Institute for Infectious Diseases
 ** Victoria Infectious Disease Reference Laboratory

In early 2005, accreditation of the L2 laboratories was under way. The programme could be launched in the PPHSN zone after the meeting at the VIDRL (Melbourne) planned for May.

Alain Berlioz-Arthaud
 Centre de Biologie Médicale
 Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie

coût abordable. L'évaluation d'un kit immuno-chromatographique effectuée en 2002 à l'IPNC pour LabNet avait mis en évidence des performances sub-optimales et il reste d'actualité de rechercher un test plus fiable. C'est dans cette optique qu'un nouveau produit, basé sur le principe d'agglutination de particules a été évalué dans deux laboratoires du réseau, l'hôpital de Yap et l'IPNC. Les résultats préliminaires montrent des caractéristiques très satisfaisantes en termes de spécificité et sensibilité. Le rapport d'évaluation complet sera publié dans Inform'ACTION courant 2005.

Programme régional d'élimination de la rougeole

Le bureau régional de l'OMS pour la région du Pacifique s'est fixé pour but l'élimination de la rougeole à l'horizon 2015. Le rôle des laboratoires est capital dans la progression de ce programme pour la confirmation des cas cliniquement déclarés et pour aider à identifier les régions ou États à risque pour lesquels des campagnes de rattrapage pourront être proposées.

Le plan d'élimination est basé sur un renforcement de la vaccination et sur les activités de laboratoire.

Un réseau mondial des laboratoires de surveillance de la rougeole (RLR) a été créé à cet effet. Il comprend trois niveaux : central (CDC Atlanta), régional et national.

À l'issue du premier meeting régional (Manille, août 2004) et compte tenu des spécificités de la région insulaire du Pacifique, il a été décidé durant l'atelier d'aligner le RLR sur LabNet. Ceci suppose la définition d'un nouveau niveau de laboratoire : le niveau sous-régional. Les quatre laboratoires de niveau 2 (L2) selon l'organisation de LabNet sont désignés pour desservir les pays voisins pour la confirmation de laboratoire initiale de la rougeole, essentiellement la détection des IgM spécifiques. Les laboratoires L2 devront remplir les conditions techniques requises par l'OMS et seront alors officiellement accrédités. Le niveau de référence régionale (L3) sera représenté par deux laboratoires en Australie et au Japon.

L'organigramme régional proposé du RLR est le suivant :

Début 2005, les accréditations des laboratoires L2 étaient en cours et le programme pourrait ensuite être lancé dans la zone du ROSSP à la suite de la réunion prévue en mai au VIDRL (Melbourne).

Alain Berlioz-Arthaud
 Centre de Biologie Médicale
 Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie

MINISTERS OF HEALTH FOR THE PACIFIC ISLAND COUNTRIES MEETING APIA, SAMOA, 14–17 MARCH 2005

In 1995 a conference of ministers of health held in Fiji Islands issued the Yanuca Declaration, a statement proposing the vision of “Healthy Islands” as the unifying theme for health promotion and health protection in the Pacific. The Healthy Islands ideal was defined as a state where the Pacific Islands were places where:

- children are nurtured in body and mind;
- environments invite learning and leisure;
- people work and age with dignity;
- ecological balance is a source of pride; and
- the ocean, which sustains us, is protected.

The subsequent meetings in Rarotonga in 1997, Koror in 1999, Madang in 2001 and Nuku’alofa in 2003 developed this vision of health in the Pacific Islands in the context of the geographical, social, economic and health features specific to island nations and territories. The vision has been applied to environmental health, noncommunicable and communicable diseases, mental health and human resource management.

The Samoa meeting continued this tradition of exploring ways of strengthening collaboration in the Pacific way, and reviewed progress made in the implementation of the 2003 Tonga commitment to promote healthy lifestyles and supportive environments.

The meeting coined the phrase “one vision, a double burden, three challenges”: namely the Healthy Islands vision, the Pacific’s need to fight against infectious diseases on two fronts — controlling existing infections and guarding against introduction of new ones — and the three challenges of NCDs, CDs and our need to increase training of health workers.

Surveillance and outbreak response

The Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) featured largely in the discussions. Ministers discussed the PPHSN’s role as an avenue for implementing international health regulations, the regional EpiNet team, and the regional outbreak response fund. Suggestions were made that the regional outbreak response fund, or revolving fund, be included in the Pacific Plan being developed by the Pacific Islands Forum.

In the light of the current spread of avian influenza A (H5N1) in Asia, and the risk of extensive social disruption should there be an influenza pandemic, the importance of putting influenza pandemic preparedness on national agendas was stressed.

Additionally, with regards to the non-communicable disease surveillance, it was reiterated that advantage should be taken of PPHSN, especially regarding surveillance networking and data pooling.

RÉUNION DES MINISTRES DE LA SANTÉ DES PAYS OCÉANIENS APIA, SAMOA, 14–17 MARS 2005

En 1995, lors de leur réunion aux Îles Fidji, les Ministres de la Santé ont émis la Déclaration de Yanuca. Cette Déclaration propose la vision d’“Îles-santé” comme thème fédérateur des actions de promotion et de protection de la santé en Océanie. L’idéal des Îles-santé fut défini comme un état dans lequel les îles du Pacifique sont des lieux où :

- les enfants se développent physiquement et spirituellement ;
- l’environnement invite à l’apprentissage et aux loisirs ;
- les gens travaillent et vieillissent dans la dignité ;
- l’équilibre écologique est source de fierté ;
- l’océan qui nous fait vivre est protégé.

Les réunions postérieures, à Rarotonga, en 1997, Koror, en 1999, Madang, en 2001, et Nuku’alofa, en 2003, ont permis d’ étoffer cette vision de la santé publique en Océanie en prenant en compte les caractéristiques géographiques, sociales, économiques et sanitaires propres aux États et Territoires insulaires. Cette vision a été appliquée aux domaines de la salubrité de l’environnement, à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, à la santé mentale et à la gestion des ressources humaines.

La réunion du Samoa s’est inscrite dans la continuité des réunions précédentes en ayant pour objet la recherche de moyens de renforcer la collaboration dans l’esprit océanien, et l’examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l’Engagement des Tonga en faveur de la promotion de modes de vie sains et d’environnements favorables, adopté en 2003.

Les participants ont forgé l’expression suivante : “une vision, un double fardeau, trois défis”. C’est-à-dire : la vision d’Îles-santé, la nécessité qui s’impose à la région de lutter contre les maladies infectieuses sur deux fronts (enrayer la propagation des infections existantes et se préserver de l’introduction de nouvelles infections) et, pour les trois défis, la lutte contre les maladies non transmissibles, contre les maladies transmissibles et la le besoin impératif de mieux former les professionnels de santé.

Surveillance de la santé publique et riposte aux flambées épidémiques

Le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) a été largement évoqué au cours des discussions. Les ministres ont débattu du rôle du ROSSP comme une voie par laquelle le Règlement sanitaire international pourrait être mis en œuvre, de l’équipe EpiNet régionale et du fonds régional de riposte aux flambées épidémiques. Il a été proposé d’intégrer ce fonds, ou fonds renouvelable, dans le Plan pour le Pacifique élaboré actuellement par le Forum des Îles du Pacifique.

Au vu de l’actuelle propagation de la grippe aviaire A (H5N1) en Asie, et du risque de graves perturbations sociales si cette grippe prenait l’ampleur d’une pandémie, les participants ont souligné l’importance de faire de la préparation à une pandémie de grippe une priorité nationale.

En outre, pour ce qui est de la surveillance des maladies non transmissibles, ils ont répété qu’il fallait profiter des avantages offerts par le ROSSP, notamment pour l’échange des informations issues des activités de surveillance et la mise en commun des données.

Participants in the Meeting of Ministers of Health for the Pacific Islands countries,
14-17 March 2005, Apia, Samoa /

*Participants de la réunion des Ministres de la santé des pays océaniques,
du 14 au 17 mars 2005, Apia, Samoa*



The final version of the recommendations related to PPHSN development will be presented in a later issue of *Inform'ACTION*.

HIV/AIDS

In response to the growing HIV/AIDS threat, ministers recognised the ever-growing need for political commitment, leadership, partnership, collaboration and harmonisation of activities in the area of HIV/AIDS. Prevention still remains a priority. However, there is recognition of the need for a comprehensive approach to treatment, care and support for those people living with HIV/AIDS (PLWHA). Since 2003, a Global Fund HIV project has been implemented in 11 countries, focusing on prevention, surveillance, and STI diagnostics. Ministers recognised that a lot more needs to be done to strengthen these areas.

Dengue

Dengue is a major public health problem across the Pacific. Ministers expressed their concerns about the impact that dengue was having in their countries and related their experiences in controlling the disease. New Caledonia described its comprehensive early warning system, which makes use of entomological, virological and meteorological indicators to provide early information on dengue outbreaks. Palau reported on how, by sharing information with other countries via PacNet on the outbreak associated with the regional arts festival, a wider epidemic was probably prevented. Fiji Islands reported on its efforts to strengthen laboratory surveillance and epidemic response. Tonga commented on its current outbreak, and the need for support from WHO and SPC to respond to the epidemic. A proposal was put forward to create a regional dengue initiative, based on the PPHSN network, to work with all Pacific Island countries and territories to strengthen their capacity for dengue prevention and control.

Expanded Programme on Immunization

The Expanded Programme on Immunization (EPI) in the Pacific saves at least 3000 children's lives every year, prevents disability and sickness in tens of thousands more, and has an enormous impact on overall economic development in the Pacific. Some key EPI issues discussed included maintaining "polio free" status, measles elimination and hepatitis B control. The Pacific Hospital Based Active Surveillance (HBAS), developed by WHO in conjunction with SPC as part of the polio eradication activities, offers Pacific nations a sound platform for expanding disease surveillance activities in the Pacific region. The meeting heard that donor and partner coordination is paramount for effective targeting of assistance where it is most needed. There was strong support for the new Pacific Immunization Programme Strengthening (PIPS) initiative, which brings together AusAID, CDC, JICA, NZAID, WHO, UNICEF and SPC/PPHSN under a common EPI agenda.

Migration of skilled health personnel

The loss of skilled health personnel (SHP) through migration has serious implications for the health of Pacific peoples and threatens the Healthy Islands initiatives and health systems performance, including outbreak response. Many strategies for retention of health workers were considered, including: recovering recruitment replacement costs from the countries/agencies that have benefited from the migrant workers, better remuneration, enforcement of bonds and mandatory service requirements, and other country specific solutions and regional

La version définitive des recommandations relatives au développement du ROSSP sera présentée dans un prochain numéro d'Inform'ACTION.

VIH/SIDA

Afin de faire face à la menace croissante du VIH/SIDA, les ministres ont reconnu que, dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, la nécessité d'une volonté politique, d'une direction ferme, de partenariats, de liens de collaboration et de l'harmonisation des activités s'imposait de plus en plus. La prévention reste une priorité. Toutefois, les ministres sont conscients qu'il est indispensable d'adopter une approche globale du traitement, des soins et du soutien à apporter aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis 2003, un projet de lutte contre le VIH financé par le Fonds mondial a été mis en œuvre dans onze pays, principalement sous l'angle de la prévention, de la surveillance et du diagnostic des IST. Les ministres ont admis qu'il reste encore beaucoup à faire pour renforcer les actions dans ces domaines.

Dengue

La dengue est un grand problème de santé publique dans tout le Pacifique. Les ministres ont exprimé leurs préoccupations quant à l'impact de la dengue dans leur pays et ils ont cité les mesures qu'ils prennent pour enrayer cette maladie. La Nouvelle-Calédonie a décrit son système global d'alerte précoce qui utilise des indicateurs entomologiques, virologiques et météorologiques, pour fournir des informations dès que se déclenche une flambée de dengue. Palau a expliqué comment une épidémie de grande ampleur a probablement été évitée grâce aux échanges d'informations avec d'autres pays via PacNet sur la flambée de dengue qui a eu lieu pendant le Festival des arts du Pacifique. Les Îles Fidji ont présenté les efforts qu'elles déploient pour renforcer la surveillance par les laboratoires et la riposte aux épidémies. Les Tonga ont évoqué la flambée de dengue qui sévit actuellement dans le pays, et leur besoin d'obtenir une aide de l'OMS et de la CPS pour y faire face. Il a été suggéré de lancer un projet régional de lutte contre la dengue, reposant sur le ROSSP, qui permettrait à tous les États et Territoires insulaires océaniques d'unir leurs efforts pour renforcer leur aptitude à prévenir la dengue et à juguler sa propagation.

Programme élargi de vaccination

Le programme élargi de vaccination (PEV) mené dans le Pacifique permet de sauver les vies d'au moins 3 000 enfants par an, et de prévenir l'apparition d'handicaps ou de maladies chez des dizaines de milliers d'autres. Le PEV a un impact considérable sur le développement économique global de la région. Les débats ont porté sur les principaux objectifs du PEV, à savoir : préserver la région indemne de poliomyélite, éradiquer la rougeole et lutter contre l'hépatite B. Le système de surveillance active en milieu hospitalier, élaboré par l'OMS conjointement avec la CPS dans le cadre des activités d'éradication de la poliomyélite, offre aux pays du Pacifique un cadre solide pour l'intensification des activités de surveillance des maladies en Océanie. Les participants à la réunion ont pris acte que la coordination entre les bailleurs de fonds et les partenaires est essentielle au bon ciblage de l'assistance, là où elle est la plus nécessaire. Ils ont exprimé un soutien sans réserve pour le nouveau Projet de renforcement du programme de vaccination dans le Pacifique (PIPS) qui regroupe, autour de la priorité commune qu'est le PEV, l'AusAID, le CDC, la JICA, la NZAID, l'OMS, l'UNICEF ainsi que la CPS via le ROSSP.

Migration du personnel de santé qualifié

L'exode de professionnels de santé qualifiés a de graves retombées sur la santé des Océaniens et compromet la concrétisation d'îles-santé et le bon fonctionnement des systèmes de santé, y compris la riposte aux flambées épidémiques. De nombreuses stratégies visant à retenir les professionnels de santé ont été évoquées, par exemple, recouvrer les coûts de recrutement du personnel de remplacement auprès du pays ou de l'établissement qui a bénéficié de l'arrivée du professionnel migrant, augmenter les rémunérations, faire respecter les obligations de service liant les professionnels à leur pays d'origine, mettre en œuvre des mesures adaptées au pays concerné, ou

cooperation. It was decided that countries need to plan to better manage migration and human resources.

Pacific Open Learning Health Net (POLHN)

The Pacific Open Learning Health Net (POLHN) has established learning centres in ten countries, equipped with computers and training resources and facilities. It provides training of health personnel in basic IT and computer skills, as well as a resource to enable them to undertake health courses and learning through distance education. While ministers expressed concern at the relatively low completion rates by those enrolled in POLHN courses, the POLHN was accepted as a useful learning network for continuing professional education and for IT skills training.

Dr Narendra Singh
Communicable Disease Surveillance Specialist
 SPC

encore renforcer la coopération régionale. Les participants sont convenus que les pays devaient mieux s'armer pour gérer la migration d'agents de santé et les ressources humaines.

Réseau océanien d'apprentissage ouvert des professions sanitaires

Le Réseau océanien d'apprentissage ouvert des professions sanitaires a mis sur pied des centres de formation dans dix pays, chaque centre étant doté d'ordinateurs et de ressources pour la formation. Il permet d'inculquer aux professionnels de santé des rudiments d'informatique et de mettre à leur disposition des moyens de suivre une formation médicale et d'approfondir leurs connaissances par l'enseignement à distance. Tout en exprimant leurs préoccupations quant au pourcentage relativement faible de personnes allant jusqu'au bout de leur formation, les ministres ont toutefois convenu que ce réseau est un outil pédagogique utile pour la formation professionnelle continue et pour l'acquisition de compétences en informatique.

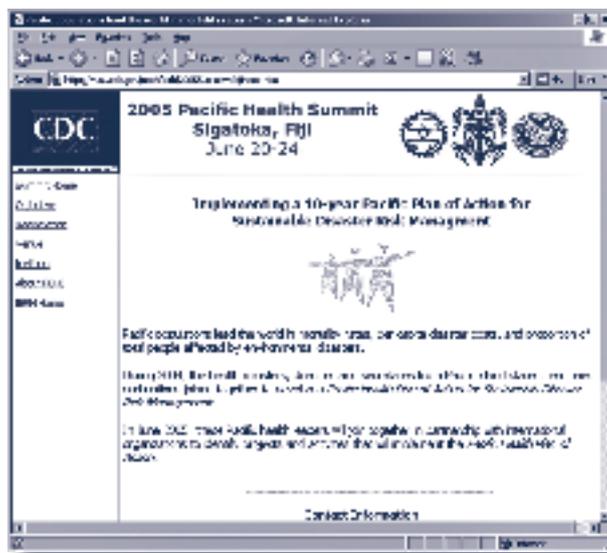
Docteur Narendra Singh
Spécialiste de la surveillance des maladies transmissibles
 CPS

En bref

SECOND PACIFIC HEALTH SUMMIT FOR SUSTAINABLE DISASTER RISK MANAGEMENT

DEUXIÈME SOMMET OCÉANIEN DE LA SANTÉ POUR LA GESTION DURABLE DES RISQUES EN CAS DE CATASTROPHE

The Second Pacific Health Summit for Sustainable Disaster Risk Management will be held at the Outrigger on the Lagoon Hotel in Sigatoka, Fiji, 20–24 June 2005. During 2004, the health ministers, directors and secretaries from Pacific Island states, territories and countries together developed a Pacific Health Plan of Action for Sustainable Disaster Risk Management. In June, these Pacific health leaders will meet again in partnership with international organisations to identify projects and activities that will implement the Pacific Health Plan of Action. This summit is being sponsored by the Centers for Disease Control and Prevention Pacific Emergency Health Initiative (CDC PEHI). For more information, check the Summit website at: <http://www.cdc.gov/nceh/ierh/2005Summitweb/index.htm>.



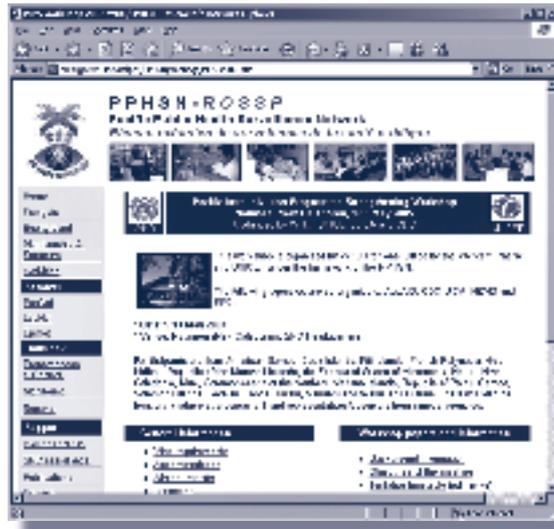
Le deuxième Sommet océanien de la santé pour la gestion durable des risques en cas de catastrophe se tiendra à l'hôtel Outrigger on the Lagoon, à Sigatoka (Îles Fidji), du 20 au 24 juin 2005. En 2004, les ministres, directeurs généraux et secrétaires d'État de la Santé des États et Territoires insulaires océaniques ont élaboré ensemble un Plan d'action sanitaire océanien pour la gestion durable des risques en cas de catastrophe. Les responsables des services de santé océaniques se réuniront à nouveau en juin avec des représentants des organisations internationales avec lesquelles ils collaborent, afin de mettre sur pied des projets et des activités servant la mise en œuvre de ce Plan d'action sanitaire océanien. Ce

sommet est organisé sous l'égide des Centres de lutte contre la maladie et du Projet d'intervention sanitaire d'urgence dans le Pacifique (CDC PEHI). Pour obtenir de plus amples informations, consulter le site Internet du Sommet à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/nceh/ierh/2005Summitweb/index.htm>

WHO/UNICEF PIPS WORKSHOP

A Pacific Immunization Programme Strengthening (PIPS) Workshop took place at SPC Headquarters in Noumea, New Caledonia, 9–13 May 2005. This workshop was organised by WHO and UNICEF within the framework of the PPHSN. The following agencies were co-organisers: AusAID, CDC, JICA, NZAID and SPC. PICTs participants came from Cook Islands, Fiji Islands, French Polynesia, Guam, Kiribati, Federated States of Micronesia, Nauru, New Caledonia, Niue, Commonwealth of the Northern Mariana Islands, Republic of Palau, Samoa, Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, and Wallis and Futuna. More information on this workshop is available on the PPHSN website:

<http://www.spc.int/phs/PPHSN/Meetings/PIPS-2005.htm>



OMS/UNICEF ATELIER PIPS

Un atelier sur le renforcement du programme de vaccination dans le Pacifique (PIPS) s'est tenu au siège de la CPS à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), du 9 au 13 mai 2005. Cet atelier était organisé par le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental et l'UNICEF sous l'égide du ROSSP. Les institutions suivantes ont organisé conjointement cette réunion: AusAID, CDC, JICA, NZAID et

CPS. Les participants sont venus des pays suivants : Îles Cook, Îles Fidji, Polynésie française, Guam, Kiribati, États fédérés de Micronésie, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Niue, Îles Mariannes du Nord, Palau, Samoa, Îles Salomon, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Wallis et Futuna. De plus amples informations sur cet atelier sont disponibles sur le site web du ROSSP :

<http://www.spc.int/phs/ROSSP/Reunions/PIPS-2005.htm>

Inform'ACTION is the bulletin of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN). It contains news and information about public health surveillance activities in the Pacific Islands. The first priorities of the PPHSN are communicable diseases, especially the outbreak-prone ones.

Printed at SPC (Noumea) with the support of the French Ministry of Foreign Affairs and NZAID (**PREPARE Project**).

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: Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int), Narendra Singh (NarendraS@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, 2005
All rights for commercial / for profit reproduction or translation, in any form, reserved. 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 le bulletin du 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. Les premières priorités du ROSSP sont les maladies transmissibles, particulièrement celles à potentiel épidémique.

Imprimé à la CPS (Nouméa) avec le concours financier du Ministère français des affaires étrangères et de NZAID (**Projet PREPARE**).

Production : Section SSP & LMT, CPS, BP D5, 98848 Nouméa, Nouvelle-Calédonie. Tél : (687) 26.20.00 ; Fax : (687) 26.38.18 ; Mél: ChristelleL@spc.int; <http://www.spc.int/phs>.

Comité de lecture: Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int), Narendra Singh (NarendraS@spc.int).

Publié sous la direction de Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int) avec le concours des sections Publications et Traduction pour la section SSP & 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, 2005
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.