

JOINING EFFORTS

Welcome to the first issue of *Inform'ACTION* for 2006.

While highly pathogenic avian influenza has now spread to three continents, it fortunately remains a disease of birds rather than humans. One of the highlights of this 23rd edition is news of the Pacific Regional Influenza Pandemic Preparedness Project (PRIPPP). Acknowledging the importance of this issue to Pacific Island countries and territories (PICTs), SPC, in collaboration with partners the World Health Organization and the World Organisation for Animal Health (OIE) and aid donors the Australian Agency for International



Participants of the first regional training course on leptospirosis /
Participants du premier cours régional sur les leptospiroses

CONTENTS

Surveillance & Response

Measles outbreak and response campaign in Fiji, 1996.....	3
Leptospirosis in Wallis and Futuna in 2005.....	10
Leptospirosis report 2005: New Caledonia.....	14

PPHSN News

First regional Asia-Pacific training course on leptospires and leptospirosis.....	19
Inception of PICNet.....	22
Conclusions & recommendations of WHO Workshop on IHR 2005 & PIP in the Pacific.....	25
PRIPPP.....	28
Enhancing the role of LabNet in the Pacific region.....	30

In Brief

Evaluation of a new rapid test for dengue serology.....	33
---	----

Supplement: Measles fact sheet

SOMMAIRE

Surveillance & Réponse

Épidémie de rougeole et campagne de vaccination antirougeoleuse à Fidji en 2006.....	3
La leptospirose à Wallis et Futuna en 2005.....	10
Bilan leptospirose 2005 - Nouvelle-Calédonie.....	14

ROSSP Actualités

Premier cours régional Océanie-Asie « leptospires et leptospirose ».....	19
Le commencement de PICNet.....	22
Conclusions & recommandations de l'atelier OMS sur le RSI 2005 & la préparation à une pandémie de grippe en Océanie.....	25
PRIPPP.....	28
Renforcement du rôle de LabNet dans la région océanienne.....	30

En Bref

Évaluation d'un nouveau test de dépistage sérologique rapide de la dengue.....	33
--	----

Supplément: Fiche technique rougeole

AGIR ENSEMBLE

Inform'ACTION est heureux de retrouver ses lecteurs en ce premier numéro de l'année 2006.

Alors que la grippe aviaire hautement pathogène touche désormais trois continents, elle reste heureusement cantonnée au monde animal. Cette 23^e édition d'Inform'ACTION mettra notamment l'accent sur le Projet régional océanien de préparation à une pandémie de grippe (PRIPPP). Consciente de l'importance de ce fléau pour les États et Territoires insulaires océaniques, la CPS a décidé de mener à bien ce projet majeur sur les questions de santé animale et humaine en collaboration avec deux partenaires – l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) – et deux bailleurs de fonds – l'Agence australienne pour le développement international (AusAID) et l'Agence néo-zélandaise pour le développement international (NZAID). Cette liste n'est pas exhaustive, et la CPS entend inviter d'autres acteurs à se joindre à cette action.

Development (AusAID) and the New Zealand International Aid and Development Agency (NZAID), decided to jointly develop this important project addressing both animal and human health issues. The list of partners is not exhaustive and SPC intends to seek the assistance of other partners and donor agencies.

PRIPPP will allow regional coordination of initiatives related to avian influenza and human influenza preparedness and ensure optimal utilisation of limited resources, avoiding duplication. It is also designed to ensure preparedness among all PICTs against other emerging diseases.

The New Caledonia Pasteur Institute (IPNC) and SPC, with financial assistance from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), have started to deal with one important development of influenza surveillance: assistance in the setting up of simple sentinel surveillance crucially supported by laboratory testing and confirmation, with a proven and innovative technique for sample referral for further identification. This will not only strengthen influenza surveillance in the region but also prepare PICTs for a possible progression towards pandemic influenza.

On the same matter, the conclusions and recommendations of the WHO Workshop on International Health Regulations (2005) and Pandemic Influenza Preparedness in the Pacific held in Fiji in November 2005 are reproduced in this bulletin. Some information on the inception of an SPC-IPNC project to increase influenza surveillance in the Pacific is also provided.

The issue begins with a series of articles on recent outbreaks, surveillance and response experiences in the region. We greatly welcome and acknowledge the contribution from Dr Timaima Tuiketeki and Dr Josaia Samuela on the measles outbreak that has been affecting Fiji since February 2006, including the public health measures and mass measles vaccination activities that were implemented in response to the outbreak. We have also included in this issue an example of a fact sheet compiled by Dr Narendra Singh and Ms Peta-Anne Zimmerman for health workers in Fiji Islands, which could be adapted for other PICTs to help raise awareness and prevent measles outbreaks.

Our colleagues from Wallis and Futuna and New Caledonia, Dr Laurent Morisse, Dr Gwénaél Roualen, Dr Jean-François Yvon, Dr Alain Berlioz-Arthaud and Dr Fabrice Mérien, continue the surveillance and response columns with their surveillance and epidemiological reports on leptospirosis for 2005. We thank them for these valuable articles that remind us of the impact of this zoonosis on our populations, which often causes significant mortality despite a low morbidity. Fortunately, thanks to proper and timely care, this is not the case in Wallis and Futuna.

In recognition of this important problem, IPNC and SPC co-organised the first regional Asia-Pacific training course

Le Projet permettra de coordonner, à l'échelle de la région, les activités liées à la préparation des interventions pour lutter contre la grippe aviaire et la grippe humaine, et d'optimiser l'utilisation de ressources limitées tout en évitant les chevauchements. Il est également conçu pour garantir la préparation de tous les États et Territoires insulaires océaniques à la survenue d'autres maladies émergentes.

L'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) et la CPS ont commencé, avec le concours financier des Centres de lutte contre la maladie (CDC), à mettre en place une des pièces maîtresses de la surveillance de la grippe. En effet, ils ont contribué à l'implantation d'un dispositif de surveillance par réseau sentinelle dont le laboratoire constitue un pilier puisqu'il est chargé des tests et de la validation des résultats, une technique novatrice étant utilisée pour transmettre les échantillons aux fins d'identification ultérieure. La surveillance de la grippe dans la région sera non seulement renforcée, mais les États et Territoires insulaires océaniques seront aussi mieux préparés pour faire face à une éventuelle pandémie.

Ce numéro contient par ailleurs, sous cette même rubrique, les conclusions et les recommandations de l'atelier de l'OMS sur le Règlement sanitaire international (2005) et la préparation à une pandémie de grippe en Océanie, qui s'est tenu aux Îles Fidji en novembre 2005. Il inclut également des informations sur la première étape d'un projet commun de la CPS et de l'IPNC pour accroître la surveillance de la grippe dans la région océanique.

Ce numéro d'Inform'ACTION présente tout d'abord une série d'articles sur les récentes flambées et les dernières expériences de la région en matière de surveillance et de riposte. Nous tenons à exprimer nos plus vifs remerciements aux docteurs Timaima Tuiketeki et Josaia Samuela pour leur article relatif à la flambée de rougeole qui touche les Îles Fidji depuis février 2006, notamment en ce qui concerne les mesures de santé publique et les vaccinations de masse subséquentes. Nous avons également inclus dans ce numéro un modèle de fiche technique élaborée par le Dr Narendra Singh et Madame Peta-Anne Zimmerman pour les agents de santé des Îles Fidji, document qui pourrait être adapté pour les autres États et Territoires insulaires océaniques afin de sensibiliser les agents de la santé aux flambées de rougeole et d'enrayer la maladie.

Nos collègues de Wallis et Futuna et de Nouvelle-Calédonie, les docteurs Laurent Morisse, Gwénaél Roualen, Jean-François Yvon, Alain Berlioz-Arthaud et Fabrice Mérien, continuent de publier sous la rubrique Surveillance et réponse avec leurs rapports sur la surveillance et l'épidémiologie de la leptospirose en 2005. Nous les remercions pour ces précieux articles qui nous interpellent sur l'indidence de cette zoonose sur nos populations, une maladie souvent à l'origine d'un taux de mortalité élevé malgré une faible morbidité. Heureusement, grâce à des soins précoces et adéquats, ce n'est pas le cas à Wallis et Futuna.

on leptospires and leptospirosis in April 2006 in Noumea. Dr Fabrice Mérien summarises the proceedings and outcomes of the course.

A new service of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN), the Pacific Regional Infection Control Network (PICNet), was officially launched in February 2006 on the occasion of a technical consultation meeting and training workshop on infection control and prevention organised by SPC in Fiji Islands. A summary of the meeting report is provided in the bulletin, together with the terms of reference of the network.

Last but not least, a short abstract of the results of an evaluation of a new rapid test for dengue serology conducted by IPNC and the Clinical Laboratory of Yap State Hospital in the Federated States of Micronesia in 2004 is reproduced for the information and consideration of all PPHSN members.

The Editors

Conscients de ce fléau, l'IPNC et la CPS ont organisé conjointement le premier cours de formation de la région Asie-Océanie sur les leptospires et la leptospirose en avril 2006 à Nouméa. Le docteur Fabrice Mérien résume le compte rendu et les résultats de ce cours.

Le Réseau océanien de lutte contre les infections nosocomiales (PICNet) – nouveau service du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) –, a été officiellement inauguré en février 2006 à l'occasion d'une réunion de consultation technique et d'un atelier de formation sur la lutte contre les infections nosocomiales et leur prévention que la CPS a organisé aux Îles Fidji. Ce numéro contient un résumé du rapport de la réunion ainsi que le mandat de ce nouveau Réseau.

Enfin, vous y trouverez également un résumé, à l'intention des membres du ROSSP, des résultats d'une évaluation d'un nouveau test de dépistage sérologique de la dengue réalisé, en 2004, par l'IPNC et le laboratoire clinique du Yap State Hospital dans les États fédérés de Micronésie.

La rédaction

Surveillance et Réponse

MEASLES OUTBREAK AND RESPONSE CAMPAIGN IN FIJI, 2006

Measles is documented as having accounted for many deaths among the indigenous Fijian population in the late 1800s. Anecdotal evidence and reports exist of well-known mass gravesites in villages, where the unfortunate victims of measles epidemics were communally buried. Given the tragic historic impact of infectious diseases such as measles on our population, policy-makers, health professionals and the community should treat outbreaks with urgency and give them more attention.

The last documented outbreak of measles in Fiji was in late 1997–early 1998, when 955 cases were reported to the Ministry of Health (MOH). In 2001 there were increased notifications of measles cases from certain geographical areas in Fiji, based on fever and rash clinical case definitions. However, there was no laboratory documentation to support the serological diagnosis of measles. Instead, rubella was confirmed both serologically and clinically from the islands of Taveuni in the Northern division and Koro in the Central/Eastern division. Hence, a confirmed outbreak of rubella occurred in Fiji in 2001 and this was supported by similar outbreaks in the neighbouring Pacific countries of Tonga and Samoa.

Fiji's immunisation coverage for measles in 2005, as reported by the National Immunization Survey conducted that year, was 80%. This falls short of the 95% required to

ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE ET CAMPAGNE DE VACCINATION ANTIROUGEOLEUSE À FIDJI EN 2006



Vaccination on the roadside / Vaccination sur le bord de la route

Il est bien établi que la rougeole a été à l'origine de nombreux décès au sein de la population fidjienne à la fin du 19^e siècle. Des données empiriques et des rapports font état de fosses communes dans les villages, où l'on enterrait les malheureuses victimes de ces épidémies. Étant donné l'incidence tragique que les maladies infectieuses telles que



Public health nurse giving MR dose /
Une infirmière administrant une dose de vaccin RR.

provide adequate population immunity to prevent measles outbreaks and eventually eliminate the disease. Initially, the measles antigen was given as a single dose at the age of nine months. Since 2003/2004, it has been given as a combined antigen with rubella, known as MR, at two different age schedules. The first MR dose (MR1) is given at age 12 months and the second dose (MR2) upon school entry, at around six years of age. Thus, as a response towards its goal of measles elimination by 2010, Fiji has introduced a second dose of MR into its routine EPI schedule.

Current measles outbreak and mobilisation of response

On 17 February 2006, Lautoka Hospital in the Western division reported to the Mataika House laboratories three cases of measles in children aged six months (one case) and 11 months (two cases), who had already been hospitalised. One case was from Lautoka and the other two had been referred from Nadi and Sigatoka hospitals. Interestingly, the case from Lautoka had developed the symptoms while in the Yasawa Islands, a group of islands frequently visited by tourists. Acute-phase sera were collected from the three cases for measles IgM enzyme-linked immunosorbent assay testing, and the specimens were transported to Suva. Only one of the three met the full criteria for clinical case definition. However, subsequent results of serology tests confirmed all of them to be positive for measles-specific IgM antibodies.

After discussions between the MOH Public Health (PH) Division, the three divisional health directors, paediatricians and WHO/UNICEF, it was agreed that a

la rougeole ont eue par le passé sur notre population, les législateurs, les professionnels de la santé et la communauté devraient traiter les flambées dans les meilleurs délais et leur accorder davantage d'attention.

La dernière flambée épidémique de rougeole enregistrée à Fidji date de la fin de 1997 et du début de 1998, lorsque 955 cas avaient été notifiés au Ministère de la santé. En 2001, les notifications de cas de rougeole, fondées sur les définitions cliniques de la fièvre et de l'éruption cutanée, ont augmenté à certains endroits à Fidji. Toutefois, il n'y a pas eu de données de laboratoire à l'appui du diagnostic sérologique de rougeole. En revanche, la rubéole a été confirmée sur les plans sérologique et clinique sur les îles de Taveuni, dans la division nord, et de Koro, dans la division centrale-est. Par conséquent, une flambée confirmée de rubéole a bien éclaté à Fidji en 2001, ce que sont venues corroborer d'autres poussées épidémiques similaires survenues aux Tonga et au Samoa, pays voisins.

En 2005, la couverture vaccinale pour la rougeole à Fidji, établie dans le cadre de l'enquête nationale sur la vaccination réalisée cette même année, était de 80 % ; et elle n'atteint donc pas le pourcentage de 95 %, nécessaire pour apporter à la population l'immunité suffisante qui empêcherait la survenue de flambées de rougeole et permettrait, à terme, d'éliminer la maladie. Jusqu'en 2003-2004, une dose unique du vaccin antirougeoleux était administrée à l'âge de neuf mois. Depuis 2003-2004, il est administré conjointement au vaccin antirubéoleux, la première dose à 12 mois et la seconde à l'entrée à l'école primaire, à 6 ans environ. Pour atteindre l'objectif de l'élimination de la rougeole d'ici à 2010, Fidji a donc ajouté l'administration d'une deuxième dose de vaccin dans son calendrier de vaccination systématique au titre du PEV.

Flambée actuelle de rougeole et mobilisation en faveur de la riposte

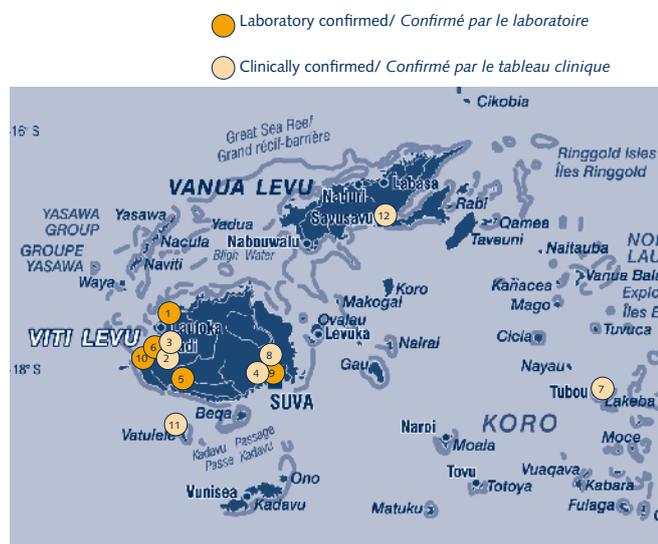
Le 17 février 2006, l'hôpital de Lautoka dans la division Ouest a notifié aux laboratoires de Mataika House trois cas de rougeole chez des enfants âgés de 6 mois (un cas) et de 11 mois (deux cas), qui avaient déjà été hospitalisés. L'un d'entre eux venait de Lautoka et les deux autres avaient été transférés des hôpitaux de Nadi et de Sigatoka. Fait intéressant, le bébé de Lautoka avait contracté les symptômes de la maladie alors qu'il se trouvait dans les îles Yasawa, archipel fréquemment visité par des touristes. Des prélèvements recueillis durant la phase aiguë de la maladie ont été effectués pour la recherche d'anticorps IgM de la rougeole par test ÉLISA, et transportés à Suva. Seul l'un des trois cas remplissait tous les critères répondant à la définition d'un cas clinique. Toutefois, les résultats ultérieurs des tests sérologiques ont permis de confirmer que tous les cas étaient positifs.

Après des entretiens menés entre le personnel de la division Santé publique du Ministère de la santé publique, les directeurs de la santé des trois divisions, les pédiatres, l'OMS et l'UNICEF, il a été décidé de planifier et de mener une campagne de vaccination supplémentaire, qu'on appelle communément à Fidji campagne de vaccination de masse. On a créé un groupe de travail national chargé des épidémies de rougeole, comprenant des cadres supérieurs des services de santé publique, des services de santé des trois

supplementary immunisation activity (SIA) – commonly referred to in Fiji as a mass measles vaccination (MMV) campaign – be planned and implemented. This led to the formation of a national measles outbreak taskforce (NMOT) comprising senior PH staff, the health services of the three geographical divisions (Western, Northern and Central/Eastern), Fiji Pharmaceutical Services and donor agencies WHO, UNICEF, JICA/J-PIPS and AusAID/Fiji Health Sector Improvement Program (FHSIP). The taskforce is chaired by the Director of Public Health.

Following the first meeting of NMOT, on 10 March in Suva, the three divisional health services were advised to make their own micro-plans to look into two major aspects of this outbreak: ongoing measles surveillance, and the implementation of MMV activities (SIA) to contain transmission within the country. By this time, the number of cases of measles had increased to 12: seven from the Western division, four from Central/Eastern and one from Northern (see Figure 1). Since the outbreak had been confirmed through laboratory tests in both Fiji and Melbourne, Australia, a consensus was reached that no further blood investigation was necessary unless there were unusual cases, or a first case arose in a new location.

Figure 1: Initial mapping of measles cases (as of 10 March 2006) / Figure 1: Cartographie initiale des cas de rougeole (au 10 mars 2006)



NMOT agreed to make the target age group for the SIA from six months to six years, irrespective of previous history of measles infection or prior vaccination status. The campaign was to officially begin on 3 April and end on 3 May 2006. The three divisional health services were to finalise their plans with assistance from the MOH central office and donor agencies. Other major outputs from the meeting were:

- a decision to reprogramme funds from the PH budget to fund initial planning and implementation activities;
- a decision to conduct SIA training of all PH nurses throughout the country in cold chain integrity, vaccine potency, safety injection techniques, waste management, monitoring adverse events, and recording and reporting

circonscriptions géographiques (ouest, nord et centre-est), des services pharmaceutiques de Fidji et des organismes bailleurs de fonds (OMS, UNICEF, Agence japonaise de coopération internationale (JICA)/Projet océanien de renforcement de la vaccination (PIPS) et le Fiji Health Sector Improvement Program (FHSIP)/Agence australienne pour le développement international (AusAID). Ce groupe de travail est présidé par le directeur de la santé publique.

À la suite de la première réunion de ce Groupe de travail, le 10 mars 2006 à Suva, on a conseillé aux services de santé des trois divisions d'établir leurs propres micro-plans en vue d'étudier les deux principaux aspects de cette épidémie : surveillance continue de la rougeole et mise en place de campagnes de vaccination supplémentaire, afin d'endiguer la transmission de cette maladie dans le pays. À cette date, le nombre de cas de rougeole était passé à 12 : sept pour la division ouest, quatre pour la division centrale-est et un pour la division nord (voir Figure 1). Depuis que l'épidémie a été confirmée par des tests réalisés dans des laboratoires de Fidji et de Melbourne (Australie), on est convenu par consensus qu'il n'est pas nécessaire de faire d'autres analyses de sang à moins que l'on détecte des cas inhabituels ou qu'un nouveau cas survienne sur un nouveau site.

Le Groupe spécial est convenu que la classe d'âge ciblée par la campagne de vaccination supplémentaire serait les enfants âgés de six mois à six ans, quels que soient leurs antécédents en matière de rougeole ou leur situation vaccinale. La campagne doit être lancée officiellement le 3 avril et prendre fin le 3 mai 2006. Les services de santé des trois divisions doivent mettre leur plan en forme définitive avec l'aide du bureau central du Ministère de la santé et des bailleurs de fonds. Parmi les autres décisions adoptées à la réunion qui seront mises en œuvre, il y a lieu de citer :

- la réorientation des fonds émanant du budget affecté à la santé publique, au profit des activités de planification et d'exécution des activités à mener dans un premier temps ;
- la conduite d'une formation, au titre des campagnes de vaccination supplémentaire, de toutes les infirmières en santé publique du pays sur les sujets suivants : intégrité de la chaîne du froid, efficacité des vaccins, techniques d'injection sûres, gestion des déchets, suivi des réactions indésirables et enregistrement et notification des données sur la couverture vaccinale ;
- l'offre d'un soutien logistique de la part des organisations suivantes :
 - OMS : conseils techniques concernant les campagnes de vaccination supplémentaire et la surveillance épidémiologique
 - UNICEF/Centres de lutte contre la maladie (CDC) – vaccins et consommables médicaux
 - FHSIP/AusAID – conseils techniques et financement
 - JICA/PIPS – conseils techniques, équipement, véhicules; et
- la participation des généralistes et de l'hôpital privé de Suva à la notification des cas de rougeole et à la vaccination des enfants du groupe d'âge ciblé.

À cette date, les services des trois divisions planifiaient déjà leurs activités. Les services de santé de la circonscription ouest mettaient en place un réseau de notification et de suivi de tous les cas de rougeole dans la circonscription, et

Surveillance & Response

- coverage data;
- that logistics support from agencies involved would include:
 - WHO – technical advice with SIA and epidemiological surveillance
 - UNICEF/CDC – vaccines and consumables
 - FHSIP/AusAID – technical advice and funding
 - JICA/J-PIPS – technical advice, equipment, vehicle; and
- that general practitioners and Suva Private Hospital would be involved in notification of measles cases and vaccination of children in the target age group.

By this time the three divisional health services were already planning their activities. Western Health Services was putting in place a network for notification and follow-up of all measles cases in the division, and a budget plan to trace and vaccinate all existing defaulters for MR1 and to urgently complete school coverage for MR2. They had confirmed that they would start two weeks earlier than the official campaign date. The other two divisions were more focused on consolidating their micro-plans and starting on the official date set by the taskforce.

Communication and social mobilisation strategies

With the management and coordination of a senior technical adviser from FHSIP and technical staff from the National Centre for Health Promotion, an implementation strategy was put in place to communicate important health messages and alerts to the media and the community through the “M-RIP” principles: Massive, Repetitive, Intensive and Persistent communication. The strategy comprised:

- two fact sheets on measles and health advice – one for the community (parents) and the other for health professionals;
- vaccination advice to health staff on eligibility criteria for the target age group;
- two press conferences for major media outlets;
- radio announcements giving health alerts and SIA campaign dates; and
- TV spots giving health advice and alerts.

The community fact sheets and radio announcements were translated from English into the two major vernacular languages – Fijian and Hindustani – while the TV spot was in English only.

Disease surveillance

A surveillance team set up an office in the MOH central office in Suva to coordinate the active surveillance of measles cases throughout the country, mainly targeting the 21 sentinel sites that are already in place for hospital-based active surveillance of acute flaccid paralysis for polio elimination in Fiji. The team consisted of a WHO epidemiologist and the National Adviser for Family Health. In six weeks, five epidemiologists were actively involved in the outbreak surveillance and response.

un plan budgétaire pour suivre et vacciner tous les enfants n'ayant pas reçu la première dose de vaccin, et terminer d'urgence la vaccination de ceux qui, à l'école, n'ont pas encore reçu leur deuxième dose. Ces services avaient confirmé qu'ils commenceraient leur travail deux semaines avant la date officielle à laquelle la campagne devait débuter. Les deux autres circonscriptions étaient davantage axées sur la consolidation de leurs micro-plans et sur le lancement de leur campagne à la date prévue par le Groupe spécial.

Communication et stratégies de mobilisation sociale

Grâce à un conseiller technique principal du Programme d'amélioration du secteur fidjien de la santé et au personnel technique du Centre national de promotion de la santé, qui se sont chargés de la gestion et de la coordination, une stratégie de mise en œuvre a été mise en place, qui vise à communiquer d'importantes alertes sanitaires aux médias et à la population locale en se fondant sur les principes suivants : communication massive, répétitive, intensive et appuyée. Cette stratégie prévoyait:

- deux fiches présentant des conseils sur la rougeole et la santé : l'une pour la population (parents) et l'autre pour les professionnels de la santé ;
- des conseils pour les professionnels de la santé concernant les critères d'admission pour le groupe d'âge ciblé par la vaccination;
- deux conférences de presse destinées aux principaux médias ;
- la diffusion à la radio d'alertes sanitaires et d'annonces des dates des campagnes de vaccination supplémentaire ; et
- la diffusion, à la télévision, de messages donnant des conseils en matière de santé et d'alertes sanitaires.

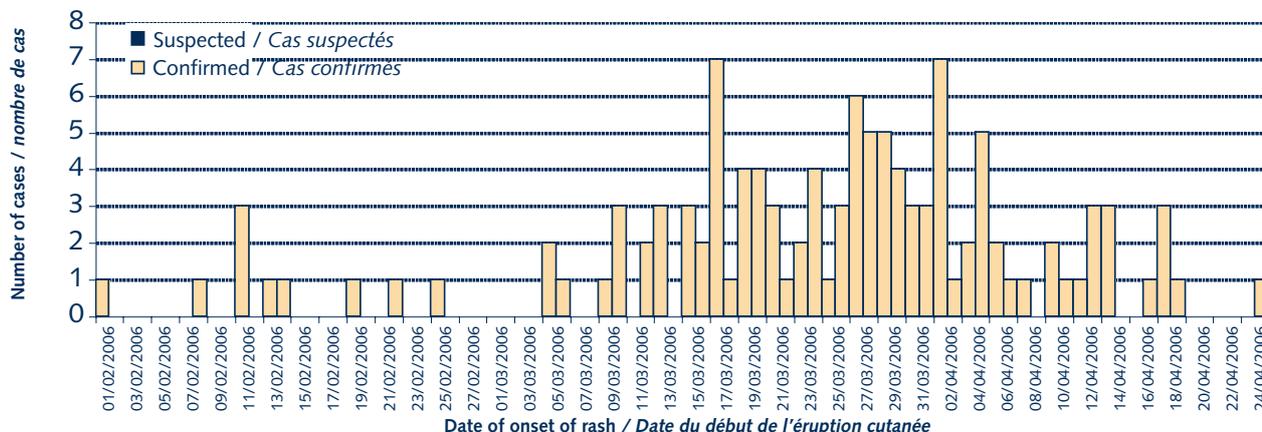
Les fiches à l'intention de la population et les annonces à la radio ont été traduites dans les deux langues locales – fidjien et hindustani – à partir de l'anglais, tandis que le message télévisé était diffusé en anglais uniquement.

Surveillance de la maladie

Une équipe de surveillance a été établie dans le bureau central du Ministère de la santé à Suva et chargée de coordonner la surveillance active des cas de rougeole dans tout le pays. Il s'agira pour elle de se mettre en rapport avec les vingt-et-un sites sentinelles, déjà en place, qui s'occupent de la surveillance active en milieu hospitalier de la paralysie flasque aiguë en vue de l'éradication de la polio à Fidji. L'équipe était formée d'un épidémiologiste de l'OMS et du conseiller national pour la santé familiale. En six semaines, cinq épidémiologistes ont été activement associés à la surveillance des flambées épidémiques et à la riposte en la matière.

La surveillance active a consisté à téléphoner à l'agent de liaison sur chacun des 21 sites sentinelles chaque semaine depuis le 13 mars (par la suite, les cas augmentant, ces appels ont été faits quotidiennement), pour lui demander s'il y avait eu des cas de rougeole le jour ou le week-end précédent. Tous les cas positifs ont été investigués à l'aide d'un formulaire d'investigation des cas et notifiés au bureau de la circonscription sur une liste. Le directeur général de la santé communautaire a ensuite regroupé toutes les données et envoyé par messagerie électronique ou par télécopie la liste définitive à l'équipe de surveillance à Suva. Seuls les cas

Figure 2: Epidemiological curve for measles outbreak in Fiji /
Figure 2 : Courbe épidémiologique concernant la flambée de rougeole à Fidji



* Six cases are not shown in the figure due to unknown date of onset of rash at this stage

* Six cas ne figurent pas sur le graphique car on ne sait pas à quelle date l'éruption cutanée s'est déclarée

The active surveillance involved phoning a contact person at each of the 21 sentinel sites every week from 13 March (later, due to the increasing number of cases, this was done on a daily basis) to ask whether any measles cases had been seen on the previous day or weekend. All positive cases were investigated using a case investigation form and notified to the divisional office on a line listing form. The General Manager (Community Health) in the divisional office then consolidated all the data and emailed or faxed the final line listing to the surveillance team in Suva. Only cases notified through the line listing were officially accepted and counted.

notifiés sur cette liste ont été acceptés et comptabilisés.

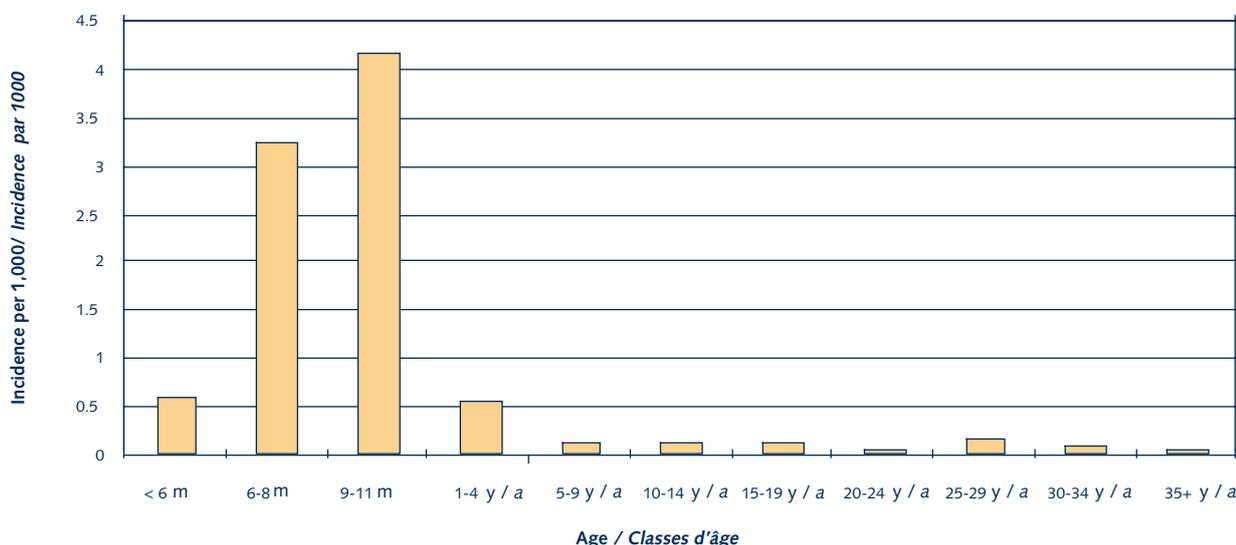
L'équipe de surveillance était ainsi chargée de l'analyse des mises à jour récapitulatives concernant l'épidémie et de leur diffusion auprès de tous les intervenants, y compris les médecins des subdivisions (source principale de données), les directeurs de circonscriptions, les cliniciens, les agences partenaires, PacNet, etc. L'équipe a également participé à la consolidation des données issues de la campagne de vaccination supplémentaire et fournies par les subdivisions, dans le cadre de la coordination réalisée par un conseiller technique principal de l'OMS chargé du PEV, ce qui a permis de surveiller plus étroitement les progrès accomplis dans les différentes subdivisions, et a régulièrement donné son avis aux directeurs de circonscriptions sur les résultats qu'ils ont obtenus en matière de couverture vaccinale.

The surveillance team was thus responsible for analysing and posting summary updates of the outbreak to all stakeholders, including subdivisional medical officers (the main source of data), divisional managers, clinicians, partner agencies, PacNet, etc. The team was also involved with consolidating SIA coverage data from the subdivisions, in a process coordinated by an EPI senior technical adviser from WHO that allowed closer monitoring of the progress of the SIA in the various subdivisions, and provided constant feedback to the divisional managers on their coverage performance.

Mise en oeuvre

Avant que la campagne ne débute, de nombreux centres de santé de tout le pays s'occupaient déjà activement de vacciner les enfants qui avaient réagi aux alertes sanitaires des médias, en particulier au premier message télévisé (diffusé le 24 mars) concernant la situation de la flambée de rougeole,

Figure 3: Age-specific attack rates / Figure 3: Taux d'attaque par classe d'âge



Implementation of SIA

Before the campaign start date, many health centres throughout the country were already busy with vaccinations of children who had responded to the media alerts, especially the first TV spot (aired on 24 March) on the measles outbreak situation and the need for parents to bring in any children within the targeted age group. The previous day, the two fact sheets were collected from the printers and dispatched to schools and health facilities – the two major distribution centres for the respective fact sheets.

On 3 April, the campaign was officially launched in the Northern and Central/Eastern divisions. The whole Western division and the Suva and Rewa subdivisions in Central division had started their campaigns 1–2 weeks earlier. Many clinics were vaccinating as many as 200–300 children a day, and in certain places the staff could barely cope with the influx. After the first two weeks of the campaign, the load at the clinics lessened. This was the signal to intensify outreach vaccination posts into the community, including house-to-house visits.

There were very few problems in terms of confusion about the target age group. Most of the initial setbacks were due to delays in the distribution time of vaccines from the storage facility (usually the subdivisional health centre) to vaccination outposts or health facilities in remote areas that have no refrigerators due to transport problems. There were hardly any reports of adverse side effects, undue wastage of vaccines, or refusal of parents to have their children vaccinated – though two incidences of the latter were reported from the Central/Eastern and Northern divisions, due to ignorance and strict religious beliefs.

Conclusion

As of 28 April 2006, 125 cases of measles had been reported in Fiji based on clinical case definition and laboratory tests. Of these, seven had epidemiological linkages to a laboratory-confirmed case, and 17 were further confirmed by positive measles-specific IgM serology. Twenty-six cases (21%) were admitted to hospital; these were mainly younger children suffering complications of pneumonia. A pregnant mother was hospitalised with measles during her third trimester but delivered a healthy baby uneventfully. The baby subsequently developed measles without any complications. No deaths have been reported so far.

Among the 21 active sentinel sites at hospitals, 17 were reporting (including zero reporting) as of 27 April. The Western division, especially the Nadroga subdivision along the south-western part of the main island of Vitilevu, was the most affected area, due to poor routine measles coverage rates, poor accessibility to health services, and possibly low pre-existing herd immunity.

The current SIA campaign was implemented in a dramatic fashion compared to the last campaign, with many

et la nécessité pour les parents de présenter tout enfant appartenant à ce groupe d'âge pour le faire vacciner. Le jour précédent, on était allé chercher les deux fiches chez les imprimeurs, et on les avait distribuées dans les écoles et les centres de santé, à qui elles étaient essentiellement destinées.

Le 3 avril, la campagne a été officiellement lancée dans les circonscriptions nord et centrale-est. Toute la circonscription ouest et les subdivisions de Suva et de Rewa avaient lancé leur campagne une à deux semaines plus tôt. De nombreux dispensaires avaient vacciné jusqu'à 200-300 enfants par jour et, à certains endroits, le personnel avait eu du mal à faire face à l'afflux de personnes venues faire vacciner leur enfant. Après les deux premières semaines, leur nombre avait diminué et la vaccination s'était ralentie dans les dispensaires, ce qui avait permis de renforcer la vaccination de proximité au sein même des villages, y compris par des visites à domicile.

Il y a eu très peu de problèmes liés à une confusion concernant le groupe d'âge cible. La plupart des problèmes rencontrés initialement étaient dus à des retards dans la distribution de vaccins, imputables aux problèmes de transport entre le centre de stockage (généralement le centre de santé de la subdivision) et les sites de vaccination ou les établissements de santé situés dans des zones reculées et dépourvues de réfrigérateurs. Il n'y a pratiquement pas eu de notification d'effets indésirables, de gaspillage de vaccins ni de refus des parents de faire vacciner leurs enfants, même si les circonscriptions centrale et nord-est ont par la suite rapporté que la vaccination avait été refusée dans deux cas, par ignorance ou en raison de croyances religieuses strictes.

Conclusion

Au 28 avril 2006, 125 cas de rougeole avaient été notifiés à Fidji sur la base de la définition clinique des cas et des tests de laboratoire. Sur ce total, 7 avaient des liens, sur le plan épidémiologique, avec un cas confirmé de laboratoire, et 17 ont été confirmés par la suite par une recherche positive des immunoglobulines (IgM) antirougeoleuses. Vingt-six (21 %) patients ont été hospitalisés, dont de jeunes enfants souffrant de complications d'une pneumonie. Une mère enceinte atteinte de rougeole a été hospitalisée durant le troisième trimestre mais a donné naissance à un enfant en bonne santé, qui a ensuite lui-même attrapé la rougeole sans pour autant souffrir de complications. Aucun décès n'a été enregistré à ce jour.

Parmi les 21 sites sentinelles actifs dans les hôpitaux, 17 avait procédé à des notifications, y compris d'absence de cas, en date du 27 avril dernier. La circonscription ouest, en particulier la subdivision Nadroga située dans la partie sud-ouest de la principale île de Viti Levu, a été la plus touchée, en raison du faible taux de couverture vaccinale contre la rougeole, du mauvais accès aux services de santé et, peut-être, d'une faible immunité préalable du groupe.

La campagne de vaccination supplémentaire a été mise en œuvre de façon bien plus remarquable que la précédente, de nombreux intervenants ayant manifesté leur intérêt pour cette action et y ayant pris part. Le faible taux de réaction initial a été compensé par des directeurs enthousiastes,

Summary results

Résultats récapitulatifs

Table 1: SIA Fiji coverage as of 28 April 2006

Tableau 1: Couverture de la campagne de vaccination supplémentaire en date du 28 avril 2006

Central / Centre	Target population / Population cible	SIA doses given / Doses administrées	Coverage / Couverture
Suva	20,723	17,184	83%
Serua/Namosi	2,100	2,041	97%
Rewa	8,439	8,046	95%
Tailevu	2,539	2,028	80%
Naitasiri	1,622	1,902	117%
Total	35,423	31,201	88%
Eastern / Est	Target population / Population cible	SIA doses given / Doses administrées	Coverage / Couverture
Lomaiviti	2,432	1,983	82%
Kadavu	1,550	981	63%
Lakeba	935	1,052	112%
Lomaloma	356	218	61%
Rotuma	278	271	97%
Total	5,551	4,505	81%
Western / Ouest	Target population / Population cible	SIA doses given / Doses administrées	Coverage / Couverture
Lautoka/Yasawa	10,247	8,783	86%
Nadi	7,116	6,593	93%
Ba	4,497	3,716	83%
Tavua	2,986	2,875	96%
Nadroga	5,584	5,262	94%
Ra	3,206	3,497	109%
Total	33,636	30,726	91%
Northern / Nord	Target population / Population cible	SIA doses given / Doses administrées	Coverage / Couverture
Macuata	10,643	7,340	69%
Cakaudrove	3,903	3,483	89%
Bua	2,000	1,856	93%
Taveuni	2,103	2,025	96%
Total	18,649	14,704	79%
National total	93,259	81,136	87%

stakeholders' interest and involvement. The initial slow pace of the response was overtaken by enthusiastic managers, anxious public health staff, curious and willing donor agency partners, and a very receptive but cautious public. Achieving 87% coverage (over 81,000 doses administered) within 3–4 weeks of intensive vaccination activities was no easy feat (see Table 1). Credit must go to the PH nurses for their dedication and sacrifices in ensuring the successful implementation of the campaign.

un personnel de santé publique attentif, des bailleurs de fonds curieux et de bonne volonté, et un public très réceptif quoique timide. Atteindre une couverture de 87 pour cent (plus de 81 000 doses administrées) en trois à quatre semaines d'activité vaccinale intensive n'a pas été facile (voir tableau 1). Il faut ici remercier le personnel infirmier pour son dévouement, sans lequel la campagne n'aurait pas été couronnée de succès.

Dr Timaima Tuiketēi
Director of Public Health
Ministry of Health

Dr Josaia Samuela
National Adviser Family Health
Ministry of Health

Docteur Timaima Tuiketēi
Directeur de la santé publique
Ministère de la santé

Docteur Josaia Samuela
Conseiller national en santé familiale
Ministère de la santé

LEPTOSPIROSIS IN WALLIS AND FUTUNA IN 2005

An extract from the 2005 epidemiological report by doctors Laurent Morisse, Gwénaél Roualen and Jean-François Yvon of the EpiNet team in the Health Agency of the Territory of the Wallis and Futuna Islands.

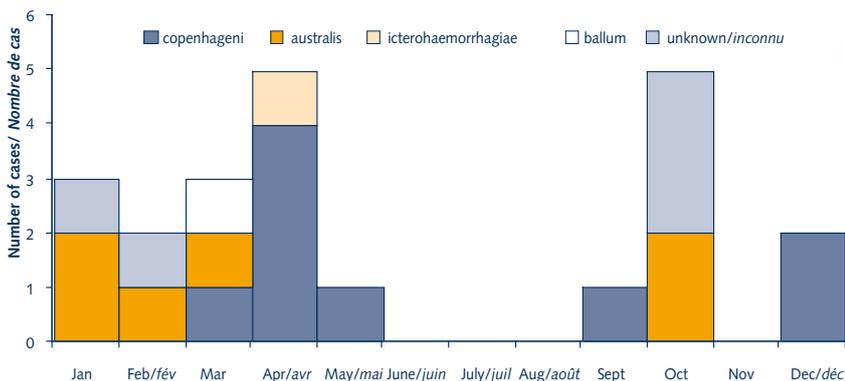
► 22 cases recorded in the territory

- 21 in Futuna (endemic zone) and 1 sporadic case in Wallis
- 16 confirmed cases (serology or PCR) and 6 suspected
- Annual incidence in Futuna: 450/100 000 inhabitants (700/100 000 inhabitants in 2004)

► Chronological distribution

Graph 1: Monthly record of serovar-confirmed leptospirosis cases in Wallis and Futuna in 2005

Graphique 1: relevé mensuel des cas de leptospirose confirmés par sérovats à Wallis et Futuna en 2005



It can be noted that case recruitment is spread throughout the year but is lower during the cool season (June to September). Ninety per cent of cases are recruited over a seven-month period of the year.

► Geographical distribution

In Futuna, Alo district has a clear majority of cases with 15 out of 21, or 70% of the total. Taoa village is the most affected with eight cases, four of which are clustered in the Lalo neighbourhood. Then comes Ono with four cases, including three grouped in the Vaimasa area. The two cases in Poi are in the Tufuone area. Only two villages are affected in Sigave, where the cases are geographically dispersed.

LA LEPTOSPIROSE À WALLIS ET FUTUNA EN 2005

Extrait du rapport épidémiologique 2005 produit par les docteurs Laurent Morisse, Gwénaél Roualen et Jean-François Yvon, de l'équipe EpiNet de l'Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna.

► 22 cas recensés sur le territoire:

- 21 sur Futuna (zone endémique) et 1 cas sporadique sur Wallis
- 16 cas confirmés (sérologie ou PCR) et 6 suspects
- incidence annuelle sur Futuna: 450 / 100 000 habitants (700 / 100 000 habitants en 2004)

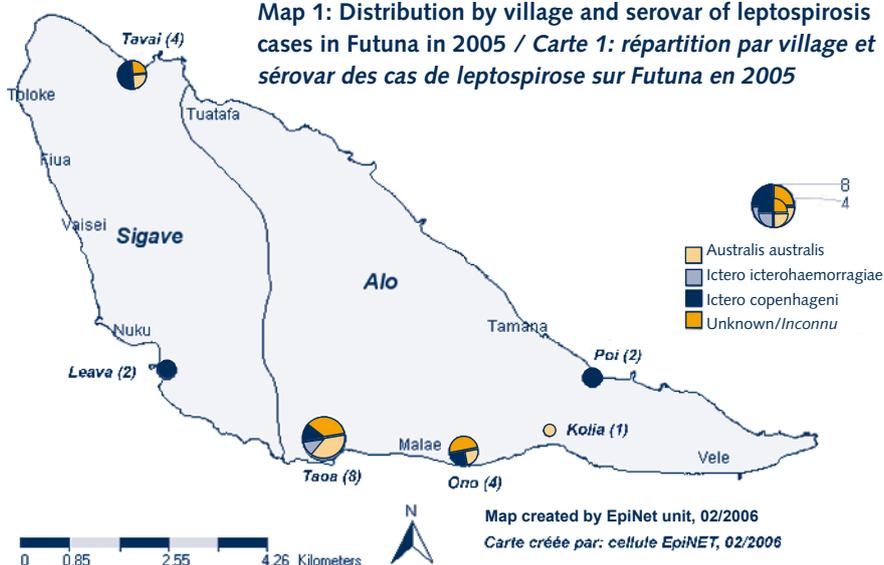
► Distribution chronologique:

On remarque qu'il existe un recrutement dispersé des cas tout au long de l'année avec tout de même un faible recrutement des cas pendant la saison sèche (juin à septembre). Quarante-vingt-dix pour cent des cas sont recrutés sur sept mois.

► Distribution géographique:

Sur Futuna, il existe une nette prédominance des cas dans la circonscription de Alo avec 15 cas sur 21, soit 70 % des cas. Le village de Taoa est le plus touché avec huit cas dont quatre cas groupés pour le seul quartier de Lalo. Vient ensuite Ono avec quatre cas dont trois cas groupés dans le quartier de Vaimasa. Les deux cas de Poi se situent dans le quartier de Tufuone. Seuls deux villages sont touchés à Sigave et les cas sont géographiquement dispersés.

Map 1: Distribution by village and serovar of leptospirosis cases in Futuna in 2005 / Carte 1: répartition par village et sérovat des cas de leptospirose sur Futuna en 2005



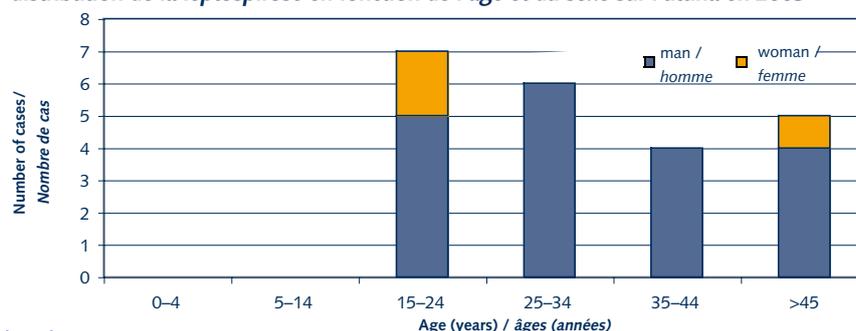
► Exposed population

Case distribution is very uneven between the sexes, with women accounting for only 15% of the total. Cases are, however, spread over all the age groups, with cases under 35 years predominating (59.1%). Only three cases are wage-earners; the Wallis case was a wage-earner on a commercial pig farm. All the cases look after pigs. One case claimed never to have looked after the family's pigs and to have bathed in the river in the days before contracting the disease (the Gutuvai at Taoo). None of the cases wore boots or shoes when they went to look after the pigs.

► Clinical presentation

The usual trio – headache, myalgia, conjunctival suffusion – occurs in 90%, 95% and 75% of cases respectively. Forty per cent of cases presented with a cough. The figures vary greatly depending on the serovar concerned (see Table 1). *L. Icterohaemorrhagiae copenhageni* is responsible for all visceral complications. The heart damage was due to pericarditis.

Graph 2: Distribution of leptospirosis by age and sex in Futuna in 2005/ Graphique 2: distribution de la leptospirose en fonction de l'âge et du sexe sur Futuna en 2005



► Population exposée:

La distribution des cas est très inégale selon le sexe puisque les femmes ne représentent que 15 % du total. Elle est par contre dispersée selon les tranches d'âge avec tout de même une prédominance des cas avant 35 ans (59,1 %). Seuls trois cas sont salariés; le cas de Wallis était salarié dans un élevage commercial de cochons. Tous les cas ont un parc à cochons à entretenir. Un seul cas a déclaré ne jamais s'occuper du parc à cochons familial et s'être baigné dans une rivière les jours précédant la maladie (La Gutuvai à Taoo). Aucun des cas ne possédait de bottes ou de chaussures lorsqu'il allait s'occuper du parc à cochons familial.

► Présentation clinique:

La triade classique, céphalées/myalgies/suffusion conjonctivale est retrouvée respectivement dans 90 % / 95 % / 75 % des cas. Quarante pour cent des cas présentaient une toux à l'arrivée. Ces chiffres diffèrent sensiblement en fonction du sérovar (cf. tableau 1). *L. Icterohaemorrhagiae copenhageni* est responsable de toutes les complications viscérales. L'atteinte cardiaque était une péricardite.

Table 1: Clinical and biological signs by serovar identified in Futuna in 2005

Tableau 1: signes cliniques et biologiques en fonction du sérovar identifié en 2005 à Futuna

Sign / Signes	Serovar / Sérovares	Icterohaemorrhagiae icterohaemorrhagiae	Icterohaemorrhagiae copenhageni	Australis australis	Unknown / Inconnu
Number of cases / Nombre de cas		1	8	7	5
Fever > 39°C / Fièvre > 39 °C		1	6	7	5
Headache / Céphalées		1	7	6	5
Myalgia / Myalgies		1	8	6	5
Conjunctival suffusion / Suffusion conjonctivale		1	5	5	5
Cough / Toux			4	2	5
Jaundice / Ictère			2		
Heart damage / Atteinte cardiaque			1		
Meningeal reaction / Réaction méningée			1	2	
Oliguria / Oligurie					
Shivering after administration of amoxicillin / Frissons après l'administration d'amoxicilline		1	6	3	5
Thrombopenia < 150 000 / mm ³ / Thrombopénie < 150 000 / mm ³			2		
Renal failure (creatinin > 250 µmol/l) / Insuffisance rénale (créatinine > 250 mmol/l)			2		

► Serogroups and serovars identifiable among positive cases

► Sérogroupes et sérovars identifiables parmi les cas positifs:

Table 2: Distribution of leptospirosis cases by serovar in Wallis and Futuna in 2005
 Tableau 2: distribution des cas de leptospirose en fonction du sérovar à Wallis et Futuna en 2005

Serogroup / Sérogruppe	Serovar / Sérovar	Number / Effectif	Percentage / Proportion
Australis	australis	6	35%
Icterohaemorrhagiae	copenhageni	8	47%
Icterohaemorrhagiae	icterohaemorrhagiae	1	6%
Ballum	ballum	1	6%

The serogroups *Australis* and *Icterohaemorrhagiae* play a major role in Futuna, while the serogroup *Ballum* corresponds with the case in Wallis.

Les sérogroupes *Australis* et *Icterohaemorrhagiae* jouent un rôle majeur sur l'île de Futuna. Le sérogruppe *Ballum* correspond au cas de Wallis.

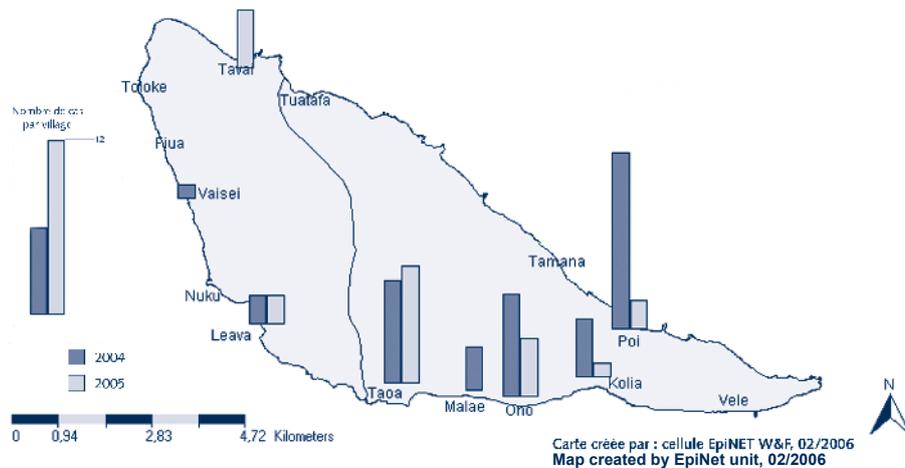
► Comparison with 2004

- Island of Futuna

► Comparaison avec 2004:

- Île de Futuna

Map 2: Distribution by village of cases of leptospirosis in Futuna in 2004 and 2005
 Carte 2: répartition par village des cas de leptospirose sur Futuna en 2004 et 2005



Avec 21 cas de leptospirose en 2005, la tendance paraît à la baisse par rapport à 2004 (34 cas). On confirme tout de même une situation d'endémie sur l'île de Futuna. La période de faible recrutement pendant la saison sèche se confirme cette année. Le recrutement de la circonscription de Sigave passe de dix à vingt-sept pour cent des cas, répartis sur deux villages non mitoyens, dont un nouveau foyer de leptospirose par rapport à 2004: Tava'i. Plus remarquable, le mini foyer de recrutement de Poi chute de quarante-quatre à dix pour cent des cas. Une campagne de dératisation soutenue avait été mise en place

dans ce village au 2^e semestre 2004. À noter également l'existence de deux foyers « familiaux », l'un à Ta'oa et l'autre à Ono.

With 21 cases of leptospirosis in 2005 in comparison with 34 cases in 2004, the trend would appear to be downward. We can nevertheless confirm an endemic situation on the island of Futuna. The period of low recruitment during the dry season occurred again this year. Recruitment in the Sigave district rose from 10% to 27% of cases when compared with 2004, in two non-neighbouring villages and including a new leptospirosis outbreak site: Tava'i. More noteworthy is that the Poi mini recruitment zone dropped from 44% to 10% of cases. An intense rat eradication drive was conducted in this village in the second half of 2004. Two 'family' clusters – one at Ta'oa and the other at Ono – may also be noted.

Les rôles prépondérants des sérogroupes *Icterohaemorrhagiae* et *Australis* restent inchangés. La moyenne d'âge et le sex-ratio sont quasiment inchangés. Personne ne porte, cette année encore, de protection aux pieds.

- Île de Wallis

En 2004 comme en 2005, un seul cas de leptospirose a été diagnostiqué. Le sérogruppe identifié en 2004 était *Automnalis* alors qu'il s'agit de *Ballum* en 2005.

The preponderant role played by the serogroups *Icterohaemorrhagiae* and *Australis* remains unchanged.

The mean age and sex ratios are virtually unchanged. So far this year no-one has worn protective gear on their feet.

- **Island of Wallis**

In 2004, as in 2005, only one case of leptospirosis was diagnosed. The serogroup identified in 2004 was *Autumnalis*, whereas in 2005 it was *Ballum*.

► **Paths to better prevention**

There seems little real hope of persuading people to wear protective footwear when they are in pigpen areas, despite a number of awareness-raising campaigns being carried out since 1998 by the health and rural economy sectors. To have pigpens made from cement by supplying farmers with the materials required (cement, wire netting and corrugated iron) free of charge and leaving them to build them as they see fit does not seem to be the best alternative. As the environmental survey carried out in February this year revealed the presence of many rats' nests around the slabs, the proportion of farms concerned (92% are cement-built or cement and earth) and the major incidence (growing in recent years) of the disease would seem to indicate that disease incidence is increasing as more and more farms are building cement pens!

The pigpens need rehabilitating to a strict set of instructions regarding the site and construction method to be chosen, plus an obligatory drainage system for waste water and water soiled by animal faeces.

Chemical rat control by the territorial departments concerned and better sanitation of farms by the community need to be done on a permanent basis but also whenever a case of human leptospirosis occurs in an area.

The full report includes information about the following diseases: dengue, leptospirosis, brucellosis, influenza, lymphatic filariasis, sexually transmitted infections, hepatitis B, salmonellosis, acute bloody diarrhoea, tuberculosis and leprosy. It is available online from the PPHSN web site at <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Services/EpiNet/intro.htm>.

Doctors Laurent Morisse, Gwénaél Roualen and Jean-François Yvon
EpiNet team
Health Agency of the Territory of the Wallis and Futuna Islands

► **Des pistes pour une meilleure prévention:**

Le port de protection des pieds paraît illusoire à faire respecter lorsque les sujets se promènent dans la zone des parcs. Plusieurs campagnes d'information, menées par le service de santé et celui de l'économie rurale, ont déjà été effectuées depuis 1998.

Cimenter les parcs à cochons de manière individuelle en fournissant gratuitement à l'éleveur le matériel (ciment, grille et tôle), à charge pour lui de faire son parc comme il le souhaite ne paraît pas être la meilleure solution. L'enquête environnementale effectuée en février dernier montrant la présence de nombreux nids de rats autour des dalles, la proportion des parcs mis en cause (92 % sont en ciment ou en ciment + terre) et l'incidence importante et croissante ces dernières années de la maladie tendraient à montrer actuellement l'aggravation de la maladie due à l'élevage hors-sol du porc !

Il faut engager une réhabilitation des parcs à cochons avec un cahier des charges précis à respecter concernant le site et le type de construction et l'adjonction obligatoire d'un réseau étanche d'évacuation des eaux usées et souillées par les déjections animales.

Une dératisation chimique par les services territoriaux concernés et un assainissement des propriétés par la population sont à mener de manière continue mais également ponctuelle lorsqu'une zone est concernée par un cas de leptospirose humaine.

Le rapport complet inclut des comptes rendus sur les maladies suivantes: la dengue, la leptospirose, la brucellose, la grippe, la filariose lymphatique, les infections sexuellement transmissibles, l'hépatite B, les salmonelloses, les diarrhées sanglantes aiguës, la tuberculose et la lèpre. Il est disponible en ligne sur le site web du ROSSP <http://www.spc.int/phs/ROSSP/Services/EpiNet/intro.htm>

Docteurs Laurent Morisse, Gwénaél Roualen et Jean-François Yvon
Équipe EpiNet
Agence de santé du Territoire des Îles Wallis et Futuna



LEPTOSPIROSIS REPORT 2005: NEW CALEDONIA

Introduction

Leptospirosis is one of New Caledonia's major infectious diseases. Against the background of a year-round endemicity, outbreaks usually occur during the warmer and wetter months. Cases of human infection are routinely recorded in west coast cattle farming areas and rural Melanesian settings (tribal-style habitations).

The New Caledonia Pasteur Institute (*Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie* – IPNC) handles all locally prescribed testing for the biological diagnosis of leptospirosis. This situation gives the testing results clear epidemiological value.

Rainfall figures in 2005 were below the usual average, which probably explains why the number of diagnosed cases, while significantly higher than in 2004 (40 cases as against 13), remained low. At the same time, the laboratory was approached all year round to test specimens from the surrounding region (Wallis and Futuna, French Polynesia, Fiji, Tonga, Federated States of Micronesia and Vanuatu) and in this way took part in outbreak confirmation in these countries.

1 – Diagnostic strategy

Diagnostic parameters

The main assay for leptospirosis diagnosis is the microscopic agglutination test (MAT, after Martin and Pettit), based on the agglutination of living suspensions of *Leptospira* by the serum to be tested. This process detects total antibodies and turns positive 10–12 days after the onset of the disease. The response is serovar-specific and requires the use of a representative set of the *Leptospira* strains described in New Caledonia (at present, 10 antigens are selected). When necessary, in particular for regional studies, the complete panel (23 antigens) is used. While the principle involved is simple, MAT is still an unstandardised technique that is challenging to maintain and calls for sound experience on the part of technicians. To guarantee the quality of the test, IPNC has for the past three years taken part in international quality control programmes (Royal College of Pathologists of Australasia and the National Reference Laboratory in Melbourne).

Whenever possible, a pair of samples – early and late – is requested to study the development of agglutinating titres and, in most cases, to determine the serovar concerned.

On the early specimens (Day 1 to Day 6 from symptom emergence), the laboratory can reveal bacterial DNA by a molecular biology technique (PCR). This assay gives a quick result and can now totally replace bacteriological culture for testing early samples. Since 2004, IPNC has been using a locally developed technique of real-time gene amplification,

BILAN LEPTOSPIROSE 2005 NOUVELLE-CALÉDONIE

Introduction

La leptospirose est connue comme l'une des pathologies infectieuses majeures de la Nouvelle-Calédonie. Sur un fond d'endémie présent tout au long de l'année, des foyers épidémiques sont habituellement constatés pendant les mois chauds et pluvieux. Les contaminations humaines sont classiquement rencontrées dans les zones d'élevage bovin de la côte Ouest et en milieu rural mélanésien (habitat en tribu).

L'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) traite la totalité des examens nécessaires au diagnostic biologique de la leptospirose prescrits sur le territoire. Cette situation confère aux résultats du laboratoire un intérêt épidémiologique certain.

L'année 2005 a été marquée par une pluviométrie encore déficitaire par rapport aux valeurs normales, expliquant sans doute un nombre de cas diagnostiqués qui reste faible, mais toutefois en hausse sensible par rapport à 2004 (40 cas contre 13). Dans le même temps, le laboratoire a été sollicité tout au long de l'année pour des prélèvements d'origine régionale (Wallis et Futuna, Polynésie, Fidji, Tonga, Micronésie, Vanuatu...) et a ainsi contribué à la confirmation d'épidémies dans ces territoires.

1 - Stratégie diagnostique

Paramètres diagnostiques

Le test de première ligne pour le diagnostic de la leptospirose est la réaction de micro agglutination (MAT, d'après Martin et Pettit), basée sur l'agglutination de suspensions vivantes de *Leptospira* par le sérum à tester. Cet examen détecte les anticorps totaux et se positive en 10 à 12 jours après le début de la maladie. La réponse est spécifique de sérovar et nécessite l'emploi d'une batterie représentative des souches de *Leptospira* décrites en Nouvelle-Calédonie (actuellement: 10 antigènes sélectionnés). Au besoin, en particulier à l'occasion d'enquêtes régionales, le panel complet (23 antigènes) est utilisé. D'un principe simple, le MAT est cependant une technique peu standardisée, délicate à maintenir et qui requiert une expérience certaine de la part des techniciens. Pour garantir la qualité de cette analyse, l'IPNC participe depuis trois ans à des programmes internationaux de contrôle de qualité (Royal College of Pathologists of Australasia et National Reference Laboratory de Melbourne).

Chaque fois que possible, il est demandé une paire de prélèvements, précoce et tardif, pour étudier l'évolution des titres agglutinants et, le plus souvent, déterminer le sérovar en cause.

Sur les prélèvements précoces (J1 à J6 par rapport à l'apparition des symptômes), le laboratoire peut mettre en évidence l'ADN bactérien par une technique de biologie moléculaire (PCR). Cette analyse donne un résultat rapide et remplace désormais totalement la culture bactériologique comme paramètre à réaliser sur les prélèvements précoces. Depuis 2004, l'IPNC met en

involving the SYBR-Green technology on LightCycler (Roche Diagnostics). This protocol was validated and published in 2005 (*FEMS Microbiology Letters*, 2005, 249: 139–147). The current procedure delivers a result in less than two hours, with greater automatization and the opportunity to quantify the bacterial load.

Interpretation

Probable case: Patient presenting an MAT titre over 1/400th for a pathogenic serovar from a single specimen. Even if epidemiological or clinical arguments strengthen the presumed diagnosis, this kind of result may correspond to the immunological scar from a previous leptospirosis infection.

Confirmed case: Detection of the bacterium (culture) or its genome (PCR) from an early specimen or by a clear variation in the MAT titre from two specimens taken one after the other – true seroconversion (shift from a titre agglutinating at 0 to at least 1/400th) or ‘seroascension’ (variation by a factor of 4 between the two tests of the agglutinating titre for a pathogenic serovar).

œuvre une technique développée localement d’amplification génique en temps réel, utilisant la technologie SYBR-Green sur LightCycler (Roche Diagnostics). Ce protocole a été validé puis publié en 2005 (FEMS Microbiology Letters, 2005, 249, 139-147). La procédure actuelle délivre un résultat en moins de deux heures, avec une automatization accrue et une possibilité de quantification de la charge bactérienne.

Interprétation

Cas probable: Patient ayant présenté sur un prélèvement unique un titre MAT supérieur au 1/400^e pour un sérovar pathogène. Même si des arguments épidémiologiques ou cliniques peuvent renforcer la présomption du diagnostic, ce type de résultat peut correspondre à la cicatrice immunologique d’une leptospirose ancienne.

Cas confirmé: Il se définit par la mise en évidence de la bactérie (culture) ou de son génome (PCR) sur un échantillon précoce ou d’une variation nette du titre en MAT sur deux prélèvements itératifs: séroconversion vraie (passage d’un titre agglutinant de 0 à au moins 1/400^e) ou séroascension (variation d’un facteur 4 entre les deux tests du titre agglutinant pour un sérovar pathogène).

2 – Activity in 2005: results for New Caledonia

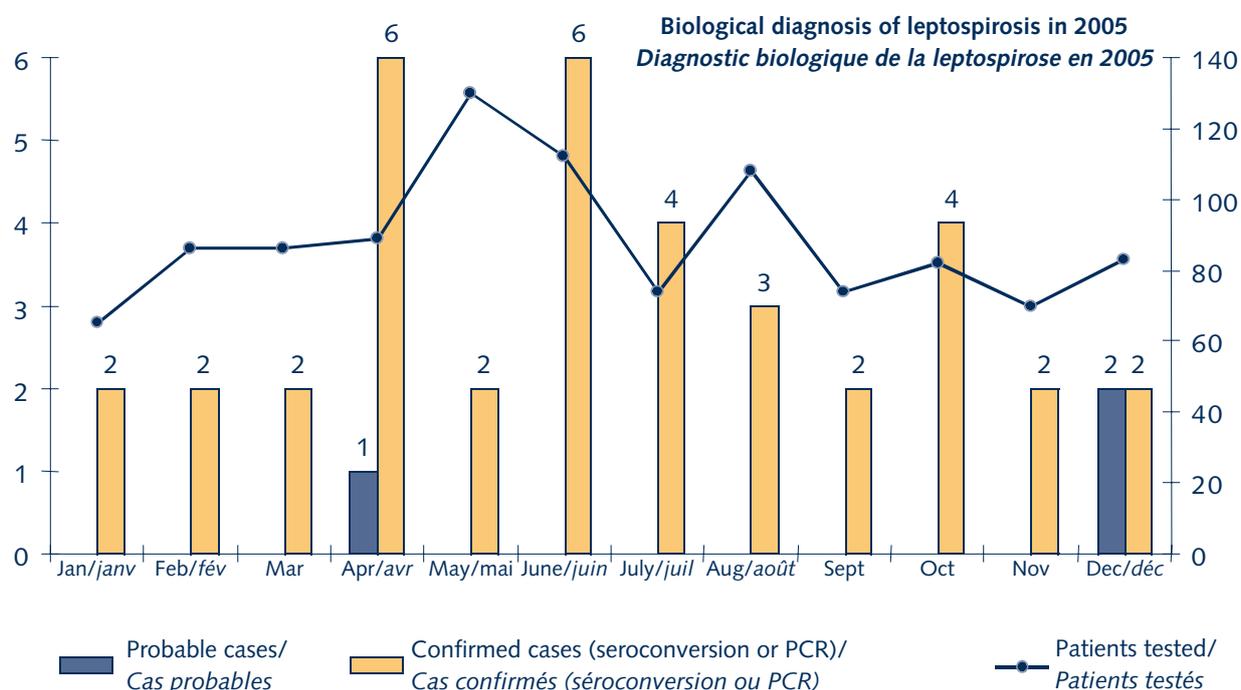
2 - Activité pour l’année 2005 : Résultats pour la Nouvelle-Calédonie

Activity and number of cases in 2005

Activité et nombre de cas en 2005:

Number of specimens tested / Nombre d’échantillons testés		1059
Patients testing positive for leptospirosis / Patients testés positifs pour la leptospirose	Confirmed cases / Cas confirmés	37 (9 by seroconversion or ‘seroascension’, 28 by PCR)/ 37 (9 par séroconversion ou séroascension, 28 par PCR)
	Probable cases / Cas probables	3
	Total	40

Changes over the year/ Évolution au cours de l’année



In 2005 the peak that usually occurs during the hot season was not evident. This trend probably reflects the absence of a clear outbreak; instead, case recruitment was on a sporadic basis, which supplied the underlying leptospirosis endemic pattern in New Caledonia. The total number of cases recorded remained low but still showed a clear increase over 2004.

On ne retrouve pas de façon nette en 2005 le pic d'activité habituellement centré sur la saison chaude. Cette tendance traduit probablement l'absence de phénomène épidémique marqué mais un recrutement des cas sur un mode sporadique, qui alimente le fond endémique de la leptospirose en Nouvelle-Calédonie. Le nombre total de cas mis en évidence reste faible mais toutefois en hausse sensible par rapport à 2004.

Demographic data on positive patients / Données démographiques sur les patients positifs

Geographic origin (commune of residence)/Origine géographique (commune de résidence)	Number of cases/ Nombre de cas	%	Geographic origin (commune of residence)/Origine géographique (commune de résidence)	Number of cases/ Nombre de cas	%
Bourail	6	15%	Canala	3	8%
Boulouparis	1	3%	Hienghène	2	5%
La Foa	1	3%	Houailou	5	13%
Mont-Dore	2	5%	Kouaoua	1	3%
Nouméa	9	23%	Poindimié	1	3%
Païta	2	5%	Ponerihouen	2	5%
Vao Île des Pins	1	3%	Touho	1	3%
Total Province Sud	22	55%	Voh	1	3%
Tadine	1	3%	Total Province Nord	16	40%
Wé	1	3%	Total	40	100%
Total Province des Îles	2	5%			

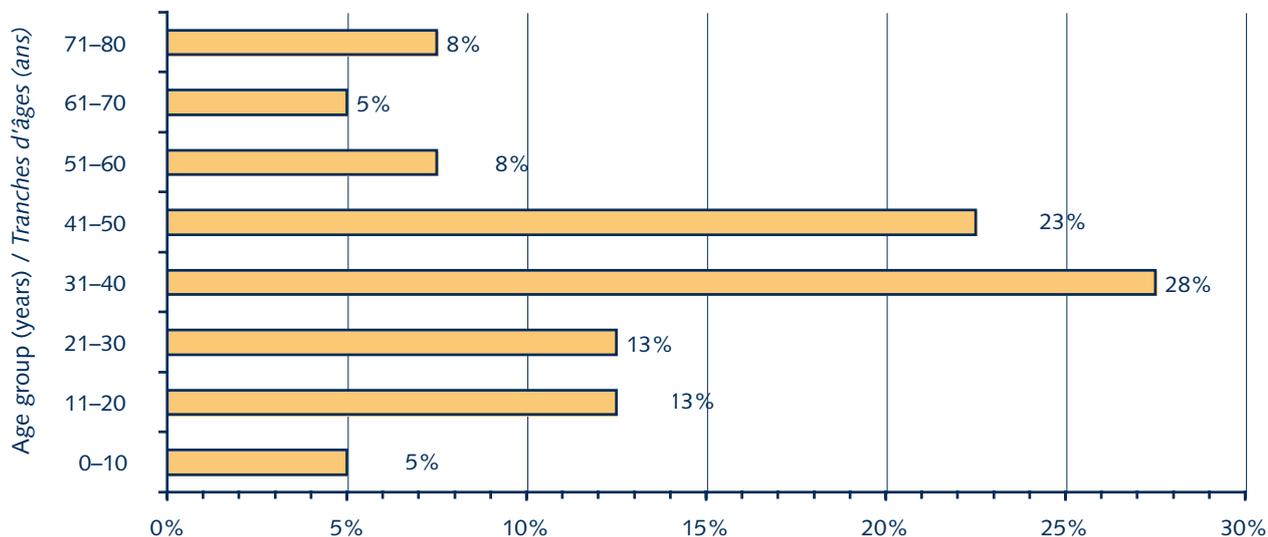
Although the number of cases detected was too low to be deemed representative, this case location pattern suggests widespread leptospirosis distribution in the three provinces of New Caledonia.

Bien que le nombre de cas mis en évidence soit insuffisant pour être déclaré représentatif, cette répartition des cas suggère une distribution large de la leptospirose dans les trois provinces de la Nouvelle-Calédonie.

A clear majority of patients were male: 31 out of 40, or 77% of positives. The mean age was 37.9 years (low and high ends: 5 to 74). The age-group distribution of patients was as follows.

Les patients sont en grande majorité de sexe masculin: 31 sur 40, soit 77 % des cas positifs. L'âge moyen est de 37,9 ans (extrêmes: 5 à 74). La répartition des malades par tranches d'âges se répartit de la façon suivante:

Age pyramid of positive cases in 2005 / Pyramide des âges des cas positifs en 2005



Clinical and epidemiological data

The following tables were prepared on the basis of the patient records accompanying 189 test requests (including 20 confirmed or probable cases out of the 40 recorded in 2005).

Epidemiological context:

Number / Effectif	Confirmed/probable cases Cas confirmés/probables		Unconfirmed cases/ Cas non confirmés	
	20	100%	169	100%
Environmental contamination / Contaminations environnementales				
Swimming / Baignade	6	30%	52	31%
Hunting / Chasse	5	25%	16	9%
Fishing / Pêche	6	30%	22	13%
Contact with animals / Contact avec les animaux				
Cattle / Bovins	9	45%	24	14%
Deer / Cerfs	1	5%	10	6%
Horses / Chevaux	7	35%	20	12%
Dogs / Chiens	9	45%	79	47%
Pigs / Porcs	4	20%	24	14%
Rats / Rats	10	50%	48	28%

Hunting and freshwater fishing and contact with livestock and rats are the exposure factors regularly encountered.

Données cliniques et épidémiologiques:

Les tableaux suivants sont établis à partir des fiches de renseignements accompagnant 189 demandes d'examens (dont 20 cas confirmés ou probables sur les 40 mis en évidence en 2005).

Contexte épidémiologique:

Assez classiquement, la chasse et la pêche en eau douce ainsi que le contact avec les animaux de rente et les rats sont des facteurs d'exposition fréquemment retrouvés.

Clinical context:

Symptom / Symptômes	Confirmed/probable cases Cas confirmés/probables			Unconfirmed cases Cas non confirmés			P
	Number investigated / Effectif renseigné	Symptom present Symptôme présent		Number investigated / Effectif renseigné	Symptom present Symptôme présent		
Headache / Céphalées	18	13	72%	141	111	79%	0,35
Myalgia / Myalgies	19	18	95%	135	106	79%	0,08
Haemorrhage / Hémorragie	15	6	40%	102	11	11%	<0,01
Jaundice / Ictère	17	13	76%	112	39	35%	<0,01
Conjunctival suffusion / Suffusion conjonctivale	19	11	58%	100	38	38%	0,1
Pulmonary syndrome / Syndrome pulmonaire	12	3	25%	83	19	23%	0,8
Meningeal syndrome / Syndrome méningé	16	0	0%	86	7	8%	0,56
Cardiac syndrome / Syndrome cardiaque	16	4	25%	87	7	8%	0,07
Renal syndrome / Syndrome rénal	17	10	59%	86	24	28%	0,03

Contexte clinique:

The patient recruitment symptoms are headaches, myalgia and jaundice; the most specific are haemorrhagic events and jaundice.

Identifiable serogroups in positive cases (19 out of 40)

The serogroup is identified on an assumption basis by the antigen giving the highest titre in the serological microscopic agglutination reaction.

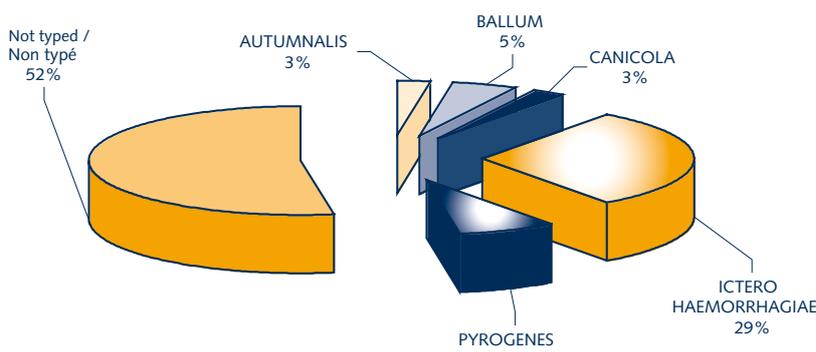
Les symptômes de recrutement des patients sont les céphalées, les myalgies et l'ictère; les plus spécifiques sont les manifestations hémorragiques et l'ictère.

Sérogroupe identifiable parmi les cas positifs (19 sur 40):

Le sérogroupe est identifié de façon présomptive par l'antigène donnant le titre le plus élevé dans la réaction sérologique de micro agglutination.

Serogroups identified in 2005 / Sérogroupe identifiés en 2005

In 2005 a measure of diversity was noted in the strains identified, in particular the minor contribution from serogroup *Icterohaemorrhagiae*, which usually predominates. Also noteworthy was the lack of visible circulation of the serogroup *Australis*, which seemed to be emerging in New Caledonia in the recent past.



On constate en 2005 une certaine diversité des souches identifiées avec en particulier une contribution assez discrète du sérogroupe *Ictero haemorrhagiae* habituellement prépondérant. À noter également l'absence de circulation visible du sérogroupe *Australis* qui semblait émerger en Nouvelle-Calédonie depuis quelques années.

Conclusion

With more than 1000 patients investigated, 2005 was characterised by a moderate level of laboratory activity that was nevertheless intense enough to enable a realistic description of leptospirosis in New Caledonia. Since 2000, a clear drop in the number of cases diagnosed has been evident. This trend is partly influenced by the prevailing weather conditions, but may also reflect a genuine dawning awareness in the community about the seriousness of this disease and its prevention. Leptospirosis has for some time been a disease people talk about in New Caledonia, through messages and campaigns from the various health authorities but also in the media. At the same time, regional activity has been kept up, principally as part of IPNC's involvement in PPHSN.

Conclusion

Avec plus de 1 000 patients investigués, l'année 2005 a été caractérisée par une activité modérée du laboratoire, mais certainement suffisante pour autoriser une description réaliste de la leptospirose en Nouvelle-Calédonie. On constate, depuis 2000, une diminution nette du nombre de cas diagnostiqués. Cette tendance est en partie liée aux conditions climatiques de cette période, mais traduit peut-être une prise de conscience réelle au niveau de la population sur la gravité de cette maladie et sa prévention. Depuis longtemps, en effet, la leptospirose est une maladie « dont on parle » en Nouvelle-Calédonie, tant à travers les messages et campagnes des différentes autorités sanitaires que dans la presse locale destinée au grand public. Dans le même temps, l'activité régionale s'est maintenue, principalement dans le cadre de l'engagement de l'IPNC dans le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP).

In 2006, other international initiatives are planned in the area of biological diagnosis of leptospirosis, in particular as part of a coordinated activity between Pasteur Institutes (ACIP) involving the Cambodia Pasteur Institute, and through a regional training session on leptospires at IPNC (see article in this issue).

En 2006, d'autres ouvertures à l'international sont prévues sur la thématique du diagnostic biologique de la leptospirose, notamment dans le cadre d'une action concertée inter pasteurienne (ACIP) avec l'Institut Pasteur du Cambodge et par la tenue à l'IPNC d'un cours régional sur les leptospires (voir article dans ce numéro).

Dr Alain Berlioz-Arthaud
New Caledonia Pasteur Institute
Medical Biology Centre

Dr Fabrice Mérien
New Caledonia Pasteur Institute
Bacteriological Research Laboratory

Dr Alain Berlioz-Arthaud
Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie,
Centre de biologie médicale

Dr Fabrice Mérien
Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie,
Laboratoire de recherche en bactériologie

FIRST REGIONAL ASIA-PACIFIC TRAINING COURSE ON LEPTOSPIRES AND LEPTOSPIROSIS

PREMIER COURS RÉGIONAL OCÉANIE-ASIE « LEPTOSPIRES ET LEPTOSPIROSES »

The prognosis for leptospirosis can sometimes be severe, with major associated mortality. The clinical diagnosis for this spirochetosis is difficult, because the symptoms are not very specific, ranging from the basic influenza form (fever, headaches, myalgia) to Weil's disease, which includes liver and kidney damage. Specific biological diagnosis comprising the isolation of the pathogen, serology (MAT, ELISA) and molecular biology techniques from PCR remain the preserve of specialist agencies such as IPNC, whose laboratory is associated with the French National Leptospire Reference Centre. Present in a number of PICTs (see other articles in this issue) and in Asia, leptospirosis is a priority disease for PPHSN.



Le pronostic de la leptospirose est parfois sévère, avec une mortalité associée importante. Le diagnostic clinique de cette spirochètose est difficile, les symptômes étant peu spécifiques, allant de la simple forme grippale (fièvre, céphalées, myalgies) à la maladie de Weil associant atteintes hépatique et rénale. Le diagnostic biologique spécifique comprenant

l'isolement de l'agent pathogène, la sérologie (MAT, ELISA) et les techniques de biologie moléculaire issues de la PCR restent l'apanage de structures spécialisées comme en possède l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC), dont le laboratoire est associé au Centre national de référence des leptospires. Présente dans plusieurs États et Territoires insulaires du Pacifique (voir articles dans ce numéro), ainsi qu'en Asie, la leptospirose est une maladie prioritaire du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP).

In view of this situation, in partnership with SPC and with financial support from the Techmed company, IPNC organised the first regional training course on leptospires and leptospirosis for participants from the Asia-Pacific region from 10 to 16 April 2006. After consideration of the applicants' particulars (university training, professional background), 14 participants from a range of countries were selected (Fiji, Guam, Hawaii, Samoa, Cook Islands, French Polynesia, New Caledonia, Wallis and Futuna, Cambodia and Vietnam). Under the joint guidance of Fabrice Mérien (IPNC) and Tom Kiedrzyński (SPC), the participants of this first session enjoyed the benefits of theoretical and practical sessions led by French-speaking experts (including Guy Baranton) and English-speaking experts (including Rod J. Chappel of the National Serology Reference Laboratory, Melbourne, and John F. Mackay of Roche New Zealand). During the two days of practical work, the participants were able to become familiar with serological diagnostic techniques (microagglutination test, ELISA IgM, dipstick assay) and molecular techniques (real-time gene amplification on LightCycler).

The course allowed the participants to have access to complete and up-to-date background information on leptospirosis in fields as varied as metabolism, taxonomy, genetics, epidemiology, the clinical view, treatment,

Fort de ce constat, l'IPNC, en partenariat avec la CPS et avec le concours financier de la société Techmed, a organisé du 10 au 16 avril 2006 le premier cours régional « leptospires et leptospiroses » s'adressant à des candidats en provenance de la région Océanie-Asie. Un examen des dossiers (formation universitaire, parcours professionnel) a permis de sélectionner 14 candidats originaires de zones géographiques très variées (Fidji, Guam, Hawaii, Samoa, Îles Cook, Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis et Futuna, Cambodge et Vietnam). Sous la direction conjointe de Fabrice Mérien (Institut Pasteur) et Tom Kiedrzyński (CPS), les participants à cette première session ont pu bénéficier de cours théoriques et pratiques donnés par des intervenants francophones (dont Guy Baranton) et anglophones (dont Rod J. Chappel du NRL de Melbourne et John F. Mackay de la société Roche New Zealand). Pendant les deux jours de travaux pratiques, les participants ont pu se familiariser avec les techniques de diagnostic sérologique (test de micro agglutination, ELISA IgM, dipstick assay) et moléculaires (amplification génique en temps réel sur LightCycler).



vaccination and diagnostics, together with the most recent data from scientific research (molecular typing, physiopathology, cellular immunity).

One of the goals of the course was to train participants to better understand the relationships between leptospires and their hosts and the environment. Stress was laid particularly on the various modes of transmission and the eco-epidemiological consequences of modifications to the environment due to human activities. Another aspect concerned the principles of leptospirosis surveillance and prevention.

The most recent progress in knowledge of leptospirosis and the current diagnostic techniques for this zoonosis, such as the real-time PCR technique, were also presented to participants.

On returning to their respective countries, the participants will be able to assess the mode of propagation (endemic or epidemic) of human leptospirosis, assess the incidence of the zoonosis, identify the principal *Leptospira* serogroups in circulation in order to understand the most probable modes of human exposure, examine the various laboratory testing methods and recommend reliable and practical methods for use by laboratories at various levels, and make national and international decision-makers aware of the impact of leptospirosis on public health.

This first course was a genuine success and the organising team was very happy to see how highly motivated all the participants were. Further action is already being undertaken to ensure that the course continues to be relevant in the participants' daily professional life.

Dr Fabrice Mérien
New Caledonia Pasteur Institute
Bacteriological Research Laboratory

Ce cours a permis d'offrir aux différents participants un background synthétique, complet et actualisé sur la leptospirose dans des domaines aussi différents que le métabolisme, la taxonomie, la génétique, l'épidémiologie, la clinique, le traitement, la vaccination, le diagnostic et aussi les données les plus récentes issues de la recherche scientifique (typage moléculaire, physiopathologie, immunité cellulaire).

Un des objectifs était de former les participants afin qu'ils soient capables de mieux appréhender les relations entre les leptospires, leurs hôtes et l'environnement. L'accent a particulièrement été mis sur les différents modes de transmission et sur les conséquences éco-épidémiologiques des modifications du milieu liées aux activités humaines. Un autre aspect a concerné les principes de surveillance et de prévention des leptospiroses.

Les progrès les plus récents réalisés dans la connaissance de la leptospirose et des techniques actuelles de diagnostic de cette zoonose, comme la technique de PCR en temps réel, ont aussi été présentés aux participants.

De retour dans leurs pays respectifs, les participants à l'issue de cette formation pourront rendre compte du mode de propagation (endémique ou épidémique) de la leptospirose humaine, y évaluer l'incidence de cette zoonose, identifier les principaux sérogroupes de *Leptospira* en circulation afin de comprendre les modes d'exposition humaine les plus probables, examiner les différentes méthodes de tests en laboratoire et recommander des méthodes fiables et réalisables par des laboratoires de différents niveaux, et enfin sensibiliser les décideurs nationaux et internationaux à l'impact de la leptospirose sur la santé publique.

Ce premier cours a été un véritable succès et l'équipe organisatrice se félicite de la forte motivation de tous les participants. Un suivi est d'ailleurs prévu afin que ce cours continue à vivre dans leur quotidien professionnel.

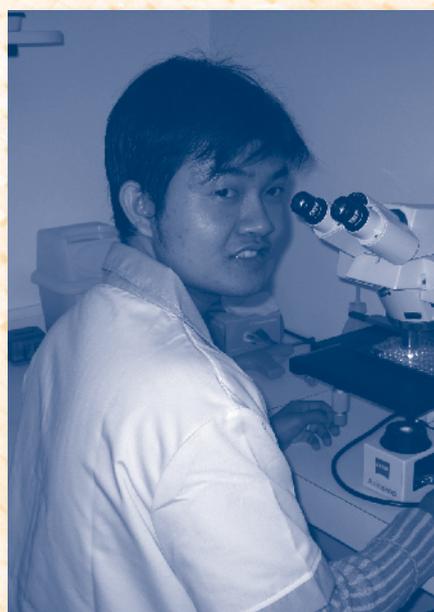
Dr Fabrice Mérien
Laboratoire de recherche en bactériologie
Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie

**Practical work at New Caledonia Pasteur Institute
Travaux pratiques à l'institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie**



During the two days of practical work, the participants were able to become familiar with serological diagnostic techniques (microagglutination test, ELISA IgM, dipstick assay) and molecular techniques (real-time gene amplification on LightCycler). /

Pendant les deux jours de travaux pratiques, les participants ont pu se familiariser avec les techniques de diagnostic sérologique (test de micro agglutination, ELISA IgM, dipstick assay) et moléculaires (amplification génique en temps réel sur LightCycler).



INCEPTION OF PICNET

The Pacific Regional Infection Control Network (PICNet) was officially launched in February 2006 at a technical consultation meeting and training workshop on infection control and prevention held in Lautoka, Fiji Islands. The meeting was organised by SPC within the framework of PPHSN, with financial assistance from the Asian Development Bank (ADB).

PICNet is designed to facilitate infection control response to infectious disease threats in the region, through better communication, accessibility of expertise and technical advice.

History

The idea of PICNet arose during the 1st Regional EpiNet Workshop, held in 2003 after the SARS threat. In September 2005, an Infection Control Specialist (ICS), Ms Peta-Anne Zimmermann, funded by ADB, was attached to PPHSN to further the development of PPHSN and to improve infection control capacity in a sustainable way through a variety of activities, including the development of PICNet (see *Inform'ACTION* 22: 10–13).

Technical consultation meeting

The meeting in Lautoka was the first gathering of PICNet members and established the terms of reference for the network (see page 24).

Participants came from Cook Islands, Federated States of Micronesia, Fiji Islands, Kiribati, Nauru, Palau, Papua New Guinea, Samoa, Solomon Islands and Tonga. The facilitators of the meeting included Ms Peta-Anne Zimmerman; Ms Margaret Leong, Risk Management Unit, Lautoka Hospital, Fiji Islands; Mr Philip Melling, Clinical Nurse Consultant, NSW Infection Control Resource Centre, Sydney, Australia; Dr Tom Kiedrzyński, Epidemiologist, SPC; Dr Narendra Singh, Communicable Disease Surveillance Specialist, SPC; and Dr Kubo Toru, Medical Officer, WHO Suva Office.

The first two days of the event were dedicated to technical consultation with participants, primarily to report on the current infection control situation within the region and to set priorities and future plans. In addition, the inaugural members were given two documents to review and give feedback on: draft regional infection control guidelines, and management of occupational exposure guidelines.



COMMENCEMENT DE PICNET

Le Réseau océanien de lutte contre les infections nosocomiales (PICNet) a été officiellement lancé en février 2006 à l'occasion d'une réunion de consultation technique et atelier de formation sur la lutte contre les infections nosocomiales qui s'est tenue à Lautoka (Îles Fidji). La réunion a été organisée par la CPS, dans le cadre du ROSSP, avec le concours financier de la Banque asiatique de développement (BASD).

PICNet est conçu pour faciliter la lutte contre les infections nosocomiales en réponse aux menaces de maladies infectieuses dans la région grâce à une meilleure communication, l'accès aux experts et techniciens-conseil.

Historique

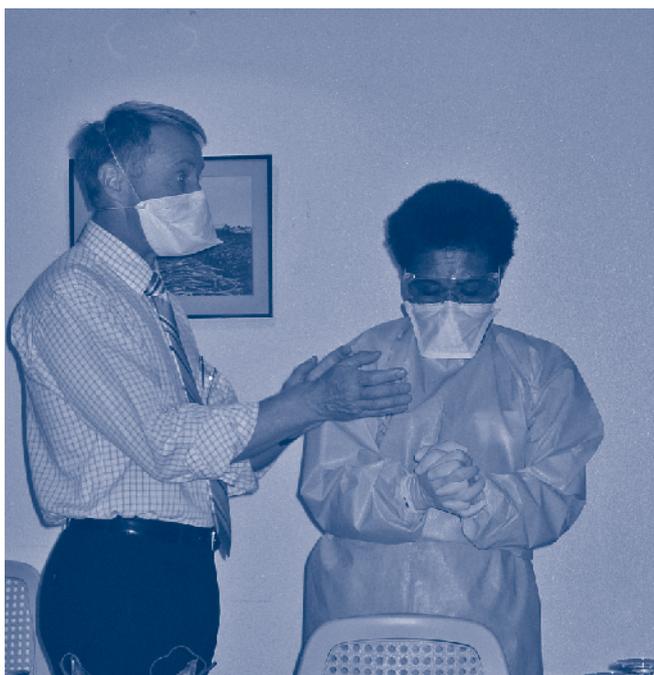
L'idée de PICNet a vu le jour pendant le premier atelier régional EpiNet, qui s'est tenu en 2003 après la menace du SRAS. En septembre 2005, une spécialiste de la lutte contre les infections nosocomiales, Mme Peta-Anne Zimmermann, dont le poste était financé par la BASD, a été affectée au ROSSP dans le but de développer le réseau et de renforcer les capacités de lutte contre les infections nosocomiales de façon durable, à travers un large éventail d'activités, y compris le développement et lancement de PICNet (voir *Inform'ACTION* 22: 10–13).

Réunion de consultation technique

À l'occasion de leur première réunion, les membres de PICNet ont défini le mandat du réseau (voir page 24).

Les participants sont venus des Îles Cook, des États fédérés de Micronésie, des Îles Fidji, de Kiribati, Nauru, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, des Îles Salomon et des Tonga. Ils ont été encadrés par Mme Peta-Anne Zimmerman, Mme Margaret Leong, Risk Management Unit, Lautoka Hospital aux Îles Fidji; M. Philip Melling, Clinical Nurse Consultant, NSW Infection Control Resource Centre, Sydney, Australie; Dr Tom Kiedrzyński, épidémiologiste, CPS; Dr Narendra Singh, Spécialiste de la surveillance des maladies transmissibles, CPS; et Dr Kubo Toru, Medical Officer, WHO Suva Office.

Les deux premiers jours de l'atelier ont été consacrés à une consultation technique des participants, visant en premier lieu à faire le point sur la situation qui prévaut dans la région en matière de lutte contre les infections nosocomiales, et à déterminer



PICNet members practicing donning of personal protective equipment, including "duckbill" P2 mask /
 Les membres de PICNet s'entraînent à revêtir l'équipement individuel de protection, y compris le masque P2

Training workshop

The training workshop took up the last three days of the event. Its focus was to assist beginning infection control professionals (ICPs) to set up and implement infection control programmes in their respective nations or facilities. The three major themes of the training were: the basic principles of infection control; management of occupational exposures, including practical case study exercises; and sharing of experiences and lessons learnt.

Exercise Lucy Goose

Exercise Lucy Goose is a tabletop exercise that aims to highlight and define the role of ICPs in influenza pandemic preparedness and response planning and implementation. All participants were engaged in the exercise, with three groups established to work through the eight messages issued over a period of approximately four hours. Primarily facilitated by Ms Zimmerman and Mr Melling, Lucy Goose was based on Exercise Warning Shot, which was conducted by the NSW Government in 2003.

les mesures à prendre en priorité et dresser les plans d'action futurs. En outre, il leur a été remis deux documents, pour examen et commentaires : le projet de directives de lutte contre les infections nosocomiales à l'échelon régional, et des directives sur la gestion de l'exposition du personnel soignant.

Atelier de formation

Les trois derniers jours de la réunion ont été consacrés à un atelier de formation, dont l'objectif était d'aider les professionnels de la lutte contre les infections nosocomiales à mettre en place des programmes de lutte contre les infections nosocomiales dans leurs pays et leurs hôpitaux. L'atelier a porté sur trois grands thèmes : les principes de base de la lutte contre les infections nosocomiales, la gestion des risques professionnels, dont l'étude de cas concrets et le partage d'expériences et de leçons apprises.

Exercice Lucy Goose

« Lucy Goose est un exercice qui se fait sur table dont le but est de mettre en lumière et définir le rôle des professionnels de la lutte contre les infections nosocomiales dans la planification et la mise en œuvre des opérations de préparation et de riposte à une pandémie de grippe. Tous les participants se sont répartis en trois groupes qui ont travaillé, pendant quatre heures environ, en réponse à huit messages à faire passer. L'exercice repose sur l'exercice de planification des catastrophes « Coup de semonce » réalisé par les autorités de Nouvelle-Galles du Sud en 2003.

Logo

Based on the PPHSN logo, the PICNet logo has been developed by an SPC graphic artist following recommendations by the meeting participants. It will be sent to all PPHSN core members for their comments and endorsement.



Logo

The logo of PICNet has been developed by an artist from the CPS, based on the logo of the ROSSP, following the recommendations of the meeting participants. It will be sent to all statutory members of the ROSSP for observations and approval.

PICNet: Terms of reference

Objectives

Within the framework of PPHSN:

- To set minimum standards for infection control in PICTs, with adapted evidence-based/best practices
- To develop infection control capacity in PICTs
- To raise awareness of infection control issues
- To develop and maintain infection control links with health (and other) entities (e.g. governmental and non-governmental agencies, donors)
- To develop a strategic plan for PICNet
- Future objective: To develop and maintain standardised healthcare-associated infection (HAI) surveillance and response mechanisms

Membership

Core

- All health professionals with an interest in infection control, with one national focal point for each SPC member state

Allied

- Health professionals from Australia and New Zealand with an interest in infection control
- International organisations: WHO, SPC
- Training institutions, including schools of nursing, medicine, oral health
- Donors

Steering committee

- WHO (1)
- SPC (1)
- Fiji School of Medicine (1) (yet to be confirmed)
- Six core-member representatives, who volunteered and were nominated at the first technical consultation meeting, from Fiji, Kiribati, Palau, Papua New Guinea, Samoa and Solomon Islands

This composition will be subsequently reviewed and adapted to have sub-regional representation, like the PPHSN Coordinating Body. A renewal process will also be put in place.

Roles

- Facilitate and monitor the achievement of objectives
- Maintain records of PICNet meetings/workshops, including recommendations and plans of action, and disseminate them to relevant bodies for appropriate action
- Internal communication by e-mail, with a meeting or teleconference twice a year

Focal point

The focal point of PICNet is the PPHSN Coordinating Body focal point.

Roles

- Develop and maintain network communication with core and allied members and external linkages
- Provide technical assistance in collaboration with other agencies/members

Mandat de PICNet

Objectifs

Dans le cadre du ROSSP :

- Établir des normes minimales en matière de lutte contre les infections nosocomiales dans les États et Territoires insulaires du Pacifique, en adaptant les meilleures pratiques ou celles qui sont fondées sur les faits, afin :
- de développer des capacités de lutte contre les infections nosocomiales dans les États et Territoires insulaires du Pacifique,
- de sensibiliser davantage aux problèmes de la lutte contre les infections nosocomiales,
- d'établir et entretenir des liens en matière de lutte contre les infections nosocomiales avec les services vétérinaires et d'autres entités (par exemple pouvoirs publics, organisations non gouvernementales, bailleurs de fonds),
- d'élaborer un plan stratégique pour PICNet
- Futur objectif : mettre au point des mécanismes normalisés de surveillance et de riposte aux infections nosocomiales.

Composition :

Membres statutaires

- Tous les professionnels de la santé qui s'intéressent à la lutte contre les infections nosocomiales, avec un point de contact national dans chaque pays membre de la CPS

Membres associés

- Professionnels de la santé australiens et néo-zélandais qui s'intéressent à la lutte contre les infections nosocomiales
- Organisations internationales : OMS, CPS
- Établissements de formation, y compris les écoles d'infirmières, les écoles de médecine, les écoles de santé buccodentaire
- Bailleurs de fonds

Comité directeur

- OMS (1)
 - CPS (1)
 - École de médecine de Fidji (1) (à confirmer)
 - Six représentants des membres statutaires (Îles Fidji, Kiribati, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa et Îles Salomon) qui se sont portés volontaires et ont été nommés lors de la première réunion de concertation technique
- Cette composition sera revue ultérieurement et sera adaptée de manière à ce que les sous-régions soient représentées, sur le mode du Groupe de coordination du ROSSP. Une procédure de renouvellement des membres sera également mise en place.

Rôle

- Faciliter et surveiller la manière dont les objectifs sont atteints
- Garder trace des réunions de PICNet et des ateliers, ainsi que des recommandations et des plans d'action, et les diffuser aux organismes compétents pour suite à donner
- Communication interne : par courrier électronique, entretiens ou téléconférence bisannuelle

Point de contact

Le point de contact du Groupe de coordination du ROSSP est le point de contact de PICNet.

Rôle

- Mettre au point et faciliter la communication entre les membres statutaires, les membres associés et les correspondants extérieurs
- Fournir une assistance technique, en collaboration avec d'autres organismes ou membres

Conclusion

The workshop provided an essential and unprecedented forum for ICPs in the Pacific region. New and exciting initiatives and plans were established to further the work and support of infection control and prevention throughout the region. The overall evaluation of the meeting indicates that it was a worthwhile exercise and important in raising the profile of infection control, not only at a regional level but also at a national and facility level.

The meeting report, including the complete set of documents (Action Plan, Exercise Lucy Goose, etc.), will be available soon on the PICNet web page of the PPHSN website: <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PICNet.htm>

Conclusion

Cet atelier a donné aux professionnels de la lutte contre les infections nosocomiales dans la région une occasion unique et essentielle d'échanger des idées. De nouveaux plans et projets passionnants ont été envisagés, afin de poursuivre le travail et de faciliter la lutte contre les infections nosocomiales et la prévention dans l'ensemble de la région. L'ensemble des observations faites à propos de la réunion indique que celle-ci se justifiait pleinement et qu'elle a contribué à mieux faire connaître la lutte contre les infections nosocomiales non seulement à l'échelon régional, mais aussi au niveau des pays et des hôpitaux.

Le rapport de la réunion, comprenant le jeu complet de documents (Plan d'action, Exercice Lucy Goose, etc.), sera consultable très prochainement sur les pages PICNet du site web du ROSSP: <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PICNet.htm>

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS OF WHO WORKSHOP ON INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (2005) AND PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS IN THE PACIFIC

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ATELIER DE L'OMS SUR LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) ET LA PRÉPARATION À LA SURVENUE D'UNE PANDÉMIE DE GRIPPE EN OCÉANIE

CONCLUSIONS	CONCLUSIONS
1. International Health Regulations (2005)	Règlement sanitaire international ou RSI (2005)
1.1 Workshop participants recognised that the revised International Health Regulations, or IHR (2005), set out challenging new requirements. At the same time, they also provide new opportunities for all the Pacific Island countries and areas (PICs) to strengthen their local and national public health capacities.	<i>Les participants à l'atelier reconnaissent que les dispositions du Règlement sanitaire international révisé, ou RSI (2005) contiennent de nouvelles exigences qui représentent un défi. Dans un même temps, ces dispositions offrent de nouvelles possibilités aux États et Territoires insulaires océaniques (ETIO) de renforcer les capacités de leurs services de santé publique aux échelons local et national.</i>
1.2 The participants also recognised the importance of starting preparations for the effective implementation of IHR (2005) in PICs. However, there are some major challenges to be met, including resource constraints, limited public health infrastructure, lack of national and local capacities for surveillance and response, and capacities at points of entry in many PICs.	<i>Les participants reconnaissent également qu'il est important de lancer la préparation à la mise en œuvre du RSI (2005) dans les ETIO. Cependant, des obstacles majeurs devront être surmontés, dont l'insuffisance des ressources, les carences des infrastructures de santé publique, l'insuffisance des capacités de surveillance et de riposte aux échelons national et local, et le manque de moyens aux points d'entrée de nombreux ETIO.</i>
1.3 The legal framework that IHR (2005) will provide when they enter into force can be considered a model for influenza pandemic preparedness and response. The implementation of IHR (2005) will contribute directly to preparedness for all public health emergencies, particularly pandemic influenza.	<i>Lorsqu'il entrera en vigueur, le RSI (2005) constituera un cadre juridique qui peut être considéré comme un modèle de préparation à la lutte et à la riposte contre la survenue d'une pandémie de grippe. Sa mise en œuvre contribuera directement à la préparation à la lutte contre toutes les urgences de santé publique, notamment une pandémie de grippe.</i>
1.4 PICs, regional networks (particularly PPHSN), WHO and other partners all have synergistic roles to play in preparations for IHR (2005) implementation and improving influenza pandemic preparedness in PICs.	<i>Les ETIO, les réseaux régionaux (notamment le Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP)), l'OMS et d'autres partenaires ont tous un rôle à jouer en synergie dans le cadre des préparatifs à la mise en œuvre du RSI (2005) et de l'amélioration de la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe dans les ETIO.</i>

<p>2. Influenza pandemic preparedness</p>	<p>Préparation à la survenue d'une pandémie de grippe</p>
<p>2.1 Influenza pandemic preparedness has current global attention and momentum and political leaders are calling for urgent action. This is a great opportunity to strengthen preparedness for influenza pandemic and other public health emergencies.</p>	<p><i>Actuellement, la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe fait l'objet de préoccupations à l'échelle mondiale et donne lieu à beaucoup d'activités. Les dirigeants politiques demandent que des mesures soient prises d'urgence. Cette conjoncture présente une excellente occasion de renforcer la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe et à d'autres urgences de santé publique.</i></p>
<p>2.2 The participants recognised that an influenza pandemic poses a significant potential threat to PICs. The range of options that PICs have to address is both limited and unique, with specific issues in the Pacific. Pandemic preparedness needs to address these limitations and unique opportunities.</p>	<p><i>Les participants reconnaissent que l'éventualité d'une pandémie de grippe représente une grave menace potentielle pour les ETIO. Les options susceptibles d'être envisagées par les ETIO sont peu nombreuses mais distinctives, puisqu'elles doivent répondre aux caractéristiques spécifiques de l'Océanie. Dans le cadre de la préparation à la survenue d'une pandémie, il conviendra de tenir compte de ces limitations et de ces caractéristiques.</i></p>
<p>2.3 While significant progress with influenza pandemic preparedness in many PICs has been made, the participants fully recognised the urgent need for all PICs to further develop and test their national influenza preparedness plans.</p>	<p><i>Bien que des progrès importants aient été enregistrés dans de nombreux ETIO en matière de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe, les participants sont absolument persuadés qu'il est urgent pour tous les ETIO d'affiner leurs plans nationaux de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe et de les mettre à l'épreuve.</i></p>

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

<p>1. International Health Regulations</p>	<p>Règlement sanitaire international</p>
<p>1.1 A functional National IHR Focal Point needs to be established as a priority, using existing national structure as appropriate, to drive preparations for the effective implementation of IHR (2005).</p>	<p><i>L'une des actions prioritaires consistera à désigner un point focal national efficace, qui se chargera des activités liées au RSI en se basant, si possible, sur des structures nationales, pour faire avancer les préparatifs de la mise en œuvre effective du RSI (2005).</i></p>
<p>1.2 National and local public health capacity is essential and the key to the effective implementation of IHR (2005). The process of assessing existing national and local capacities should be started as soon as practicable to identify shortfalls and gaps for implementation of IHR (2005). Based on the capacity gaps identified above, work plans to prepare for implementation, including capacity strengthening, should be developed, or incorporated into an existing national plan.</p>	<p><i>Les capacités nationales et locales en santé publique sont un élément essentiel, et la clé d'une mise en œuvre efficace du RSI (2005). L'évaluation des capacités locales et nationales existantes devrait être lancée le plus tôt possible pour permettre d'identifier les déficiences et les carences susceptibles de gêner la mise en œuvre du RSI (2005). Une fois que ces insuffisances de capacité auront été recensées, il faudrait élaborer des plans de travail préparant la mise en place du RSI et incorporant une composante de renforcement des capacités, voire intégrer ces plans de travail dans les plans nationaux lorsqu'il en existe déjà.</i></p>
<p>1.3 It is also important to secure political commitment, allocation of resources and support of other government and external agencies to fully implement IHR (2005). Conducting scenario exercises at national level with senior decision-makers and politicians would raise their awareness of the expectations for fulfilling national obligations under IHR (2005).</p>	<p><i>Il est également important d'obtenir l'engagement politique, l'allocation de ressources et le soutien d'autres organismes publics et extérieurs pour mettre pleinement en œuvre le RSI (2005). Le recours à des exercices de simulation à l'échelon national, auxquels participeraient des décideurs et autres représentants politiques de haut niveau, permettrait de sensibiliser ces derniers aux attentes relatives aux obligations imposées aux pays en vertu du RSI (2005).</i></p>
<p>1.4 All PICs should use IHR (2005) as an opportunity to promote intersectoral and regional communication and coordination, and to mobilise and share expertise and other resources.</p>	<p><i>Tous les ETIO devraient exploiter le potentiel offert par le RSI (2005) pour promouvoir la communication et la coordination plurisectorielles et à l'échelon régional, ainsi que la mise en commun des compétences et d'autres ressources.</i></p>
<p>1.5 All PICs should review and amend as necessary all existing national legislation to ensure its compatibility with IHR (2005) obligations and influenza pandemic preparedness requirements.</p>	<p><i>Tous les ETIO devraient réviser et, le cas échéant, amender leur législation nationale afin d'en assurer la conformité aux exigences du RSI (2005) et aux dispositions relatives à la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe.</i></p>

<p>1.6 IHR (2005) should be addressed in all high-level national, regional and international forums, such as the Pacific Islands Forum. IHR (2005) should be proposed to be included as an agenda item for the next Pacific Islands Forum and be included in the Pacific Plan, when possible.</p>	<p><i>Le RSI (2005) devrait être pris en compte par toutes les enceintes nationales, régionales et internationales de haut niveau, tel le Forum des îles du Pacifique. Il faudrait proposer l'inclusion du RSI (2005) à l'ordre du jour de la prochaine conférence du Forum des îles du Pacifique, ainsi que dans le Plan pour le Pacifique lorsque ce sera possible.</i></p>
<p>1.7 WHO and PPHSN should continue working with PICs to help further strengthen a regional approach to capacity development in public health, including IHR (2005) implementation and influenza pandemic preparedness in the Pacific.</p>	<p><i>L'OMS et le ROSSP devraient continuer à travailler avec les ETIO pour poursuivre le renforcement d'une approche régionale du développement des capacités en santé publique, incluant la mise en œuvre du RSI (2005) ainsi que la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe en Océanie.</i></p>
<p>2 Influenza pandemic preparedness</p>	<p>Préparation à la survenue d'une pandémie de grippe</p>
<p>2.1 WHO and SPC, under the framework of PPHSN, should mobilise and coordinate external funding and other support for national influenza pandemic preparedness in PICs to ensure optimal utilisation of limited resources and avoid duplication.</p>	<p><i>Dans le cadre du ROSSP, l'OMS et la CPS devraient mobiliser et coordonner des financements externes et d'autres concours pour la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe dans les ETIO, afin d'optimiser l'utilisation de ressources limitées et d'éviter les redondances.</i></p>
<p>2.2 The membership of the national influenza pandemic preparedness task force (or equivalent) should be reviewed to ensure multisectoral and National IHR Focal Point representation.</p>	<p><i>La composition des équipes nationales chargées de la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe (ou de leurs homologues) devrait être revue de sorte qu'elle soit plurisectorielle et inclue le point focal national chargé des activités liées au RSI.</i></p>
<p>2.3 All PICs should accelerate, finalise, review and test, as appropriate, national influenza pandemic preparedness plans.</p>	<p><i>Tous les ETIO devraient accélérer le travail de mise au point, de révision et de mise à l'épreuve, le cas échéant, des plans nationaux de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe.</i></p>
<p>2.4 WHO and SPC should encourage and facilitate all PICs to share their national influenza pandemic preparedness plans and to improve inter-country coordination of pandemic planning, including harmonisation of recommendations on public health measures, when possible.</p>	<p><i>L'OMS et la CPS devraient encourager et faciliter la mise en commun par tous les ETIO de leur plans nationaux de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe, et les aider à mieux coordonner leur planification des interventions en cas de pandémie de grippe, et, notamment, à harmoniser leurs recommandations relatives aux mesures de santé publique dans la mesure du possible.</i></p>
<p>2.5 PICs should carefully consider the effectiveness, feasibility, and economic and other consequences of border control measures in their national influenza pandemic preparedness plans. WHO should provide a review of available evidence of the effectiveness of all possible options of border control measures and their appropriateness in the Pacific.</p>	<p><i>Les ETIO devraient étudier soigneusement l'efficacité, la faisabilité, et les conséquences, économiques ou autres, des mesures de contrôle aux frontières dans le cadre de leurs plans nationaux de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe. L'OMS devrait fournir les résultats d'un examen des informations disponibles sur l'efficacité de tous les types de mesures de contrôle aux frontières envisageables et de leur applicabilité en Océanie.</i></p>
<p>2.6 PICs should address other public health measures before considering stockpiles of antivirals and use of pandemic vaccines, given the limited availability, high cost, and uncertainty of effectiveness of these interventions.</p>	<p><i>Les ETIO devraient envisager d'autres mesures de santé publique avant la constitution de stocks de médicaments antiviraux et le recours à des vaccins pandémiques, étant donné les disponibilités limitées et le coût élevé de ces produits, ainsi que l'incertitude concernant l'efficacité de ce type d'intervention.</i></p>
<p>2.7 Regional coordination mechanisms should be explored by WHO/SPC and other regional and international forums to address procurement and stockpiles of medical supplies in the Pacific.</p>	<p><i>L'OMS et la CPS, ainsi que d'autres enceintes régionales et internationales, devraient réfléchir à la question des achats et des stocks de produits médicaux pour l'Océanie.</i></p>
<p>2.8 PICs should make efforts to ensure that their surveillance system is sufficiently sensitive to detect any unusual cluster of influenza-like illness. Given that the laboratory capacities are limited for confirmation of influenza virus sub-types in the Pacific, PICs should ensure they can transfer relevant specimens urgently to a reference laboratory for characterisation and confirmation, with assistance from WHO/SPC.</p>	<p><i>Les ETIO devraient s'attacher à ce que leurs systèmes de surveillance soient suffisamment sensibles pour détecter tout ensemble inhabituel de cas groupés d'infection de type grippal. Sachant que les capacités des laboratoires océaniques à confirmer les sous-types de virus grippal sont limitées, les ETIO devraient s'assurer de leur capacité à envoyer les échantillons concernés à un laboratoire de référence aux fins d'identification et de confirmation, avec l'assistance de l'OMS et de la CPS.</i></p>

PRIPPP: A JOINT EFFORT TO ACCELERATE INFLUENZA PANDEMIC PREPAREDNESS

SPC convened a workshop in Nadi, Fiji Islands on 23 and 24 February 2006 in collaboration with AusAID to finalise an important proposal: the Pacific Regional Influenza Pandemic Preparedness Project (PRIPPP).

PRIPPP has been developed mainly in response to Australia's announcement to support Pacific states' capacity to counter threats posed by highly pathogenic avian influenza (HPAI), influenza pandemic threat and other infectious diseases, through funding of AU\$8 million to PPHSN through SPC (mentioned in *Inform'ACTION* 22: 25). The announcement was made during the Pacific Islands Forum leaders' meeting in Port Moresby, Papua New Guinea in late 2005. New Zealand has also made additional funding available to SPC for influenza pandemic preparedness work in the Pacific (NZ\$825,000). SPC intends to seek additional funding from other donors with a direct interest in the Pacific region and who may be interested in supporting the initiative.

The project is in line with resolutions from the Pacific Heads of Agriculture and Forestry and Heads of Veterinary and Animal Production Services. It will involve a number of key organisations working in human health and animal health – namely SPC, WHO and OIE – for the benefit of the 22 core member PICTs of PPHSN.

PRIPPP will allow regional coordination of initiatives related to avian influenza and human influenza preparedness and ensure optimal utilisation of limited resources, avoiding duplication.

Objective and components

The aim of PRIPPP is to ensure preparedness among all PICTs, at both national and regional levels, against avian influenza epidemic, the human influenza pandemic threat and other emerging diseases. While significant progress has been made in many PICTs with influenza pandemic preparedness plans (IPPP), there is an urgent need for all PICTs to further develop, finalise and test their national influenza preparedness plans and reinforce their animal surveillance and response activities in the region.

PRIPPP's components reflect the following three broad areas of intervention:

- preparedness and broader emergency plans;
- surveillance and response by public and animal health systems; and
- regional coordination and project management.

PRIPPP : DES PARTENARIATS POUR DYNAMISER LA PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE DE GRIPPE

Les 23 et 24 février, la CPS a organisé, en collaboration avec l'Agence australienne pour le développement international (AusAID), un atelier à Nadi, Îles Fidji, qui avait pour objet la mise au point d'un important projet : le Projet régional océanien de préparation à une pandémie de grippe (PRIPPP).

La décision de concevoir le projet a été prise après que l'Australie ait annoncé son intention d'aider les États océaniques à renforcer leurs capacités de riposte aux menaces posées par la grippe aviaire à virus hautement pathogène, l'éventualité d'une pandémie de grippe et d'autres maladies infectieuses, en mettant à la disposition du ROSSP par le truchement de la CPS des crédits d'un montant de 8 millions de dollars australiens (voir *Inform'ACTION* 22, page 25). L'Australie a annoncé sa décision au cours du Sommet des chefs d'État et de gouvernement des pays membres du Forum des îles du Pacifique qui s'est tenue à Port-Moresby (Papouasie-Nouvelle-Guinée) à la fin de 2005. La Nouvelle-Zélande contribuera également en mettant 825 000 dollars néo-zélandais supplémentaires à la disposition de la CPS pour ses travaux de préparation à la lutte contre une pandémie de grippe en Océanie. La CPS envisage de rechercher des financements complémentaires auprès d'autres bailleurs directement intéressés par l'Océanie et éventuellement prêts à appuyer ce projet.

Le projet PRIPPP s'inscrit dans le droit fil des résolutions adoptées par les Directeurs océaniques de l'agriculture et de la foresterie, par les chefs des services vétérinaires et par les chefs de service de santé et de production animale. Il impliquera la participation d'un grand nombre d'organisations de premier plan qui s'intéressent à la santé humaine et à la santé animale – dont la CPS, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) – à l'intention des 22 États et Territoires insulaires océaniques (ETIO), membres statutaires du ROSSP.

Le PRIPPP permettra de coordonner, à l'échelle de la région, les activités liées à la préparation des interventions de lutte contre la grippe aviaire et la grippe humaine, et d'optimiser l'utilisation de ressources limitées tout en évitant les chevauchements.

Objectifs et composantes

Le but du projet est de veiller à ce que tous les ETIO soient préparés, tant à l'échelon national que régional, aux interventions de lutte contre une épidémie de grippe aviaire, une pandémie de grippe et les maladies émergentes. Bien que d'énormes progrès aient été enregistrés par de nombreux ETIO en matière de préparation aux interventions en cas de pandémie de grippe, il est urgent pour tous les ETIO d'affiner, de finaliser, et de mettre à l'épreuve leurs plans nationaux de préparation aux interventions en cas d'épidémie de grippe et de renforcer la surveillance de la santé animale ainsi que les moyens de riposte aux épidémies dans la région.

Les composantes du projet reflètent les trois grands domaines d'intervention suivants :

- plans de préparation et autres plans d'intervention d'urgence de plus grande envergure ;
- surveillance et riposte aux maladies par les systèmes de santé publique et animale ;
- coordination régionale et gestion de projet.

Implementation

The project will be implemented in all PICTs with the assistance of the regional institutions mentioned above (SPC, WHO and OIE), under the management of SPC and WHO. The activities related to human health will be coordinated through PPHSN with the guidance of the PPHSN Influenza Specialist Group or a PPHSN Regional Pandemic Preparedness Taskforce yet to be defined, while those related to the animal health component will be coordinated by the Animal Health and Production team at SPC in Suva.

Contacts

For more information on the project, please contact:

Dr Tom Kiedrzyński
Epidemiologist
SPC Noumea
Email: tomk@spc.int

Dr Ken Cokanasiga
Animal Health and Production Advisor
SPC Suva
Email: kenc@spc.int

Dr Seini Kupu
Influenza Pandemic Preparedness Specialist
SPC Noumea
Email: seinik@spc.int

Mise en oeuvre

Le projet sera mis en oeuvre dans tous les ETIO, avec l'assistance des institutions régionales susmentionnées (CPS, OMS et OIE), sa gestion étant confiée à la CPS et l'OMS. Dans le domaine de la santé humaine, les activités seront coordonnées par l'intermédiaire du ROSSP, qui bénéficiera des conseils du Groupe de spécialistes de la grippe établi au sein du ROSSP ou d'un groupe de travail régional du ROSSP pour la préparation à une pandémie qui reste à définir. Les activités menées dans le cadre de la composante Santé animale seront coordonnées par l'équipe Santé et productions animales de la CPS à Suva.

Contacts

Pour de plus amples informations sur le projet, veuillez contacter :

Dr Tom Kiedrzyński
Épidémiologiste
CPS Nouméa
Courriel : tomk@spc.int

Dr Ken Cokanasiga
Conseiller en santé et productions animales
SPC Suva
Courriel : kenc@spc.int

Dr Seini Kupu
Spécialiste de la préparation à une pandémie de grippe
CPS Nouméa
Courriel : seinik@spc.int

First PRIPPP recruit

'A na Seini Tupou Veihoa Motuliki Kupu joined SPC's Public Health Surveillance and Communicable Disease Control Section team in early April 2006 to start implementing PRIPPP activities. Before coming to SPC, Dr Kupu worked in the Tonga Ministry of Health as Senior Medical Officer in charge of Communicable Disease Control and Prevention, Public Health Division. Her main role and responsibilities within the PRIPPP project include, but are not limited to, working with PICTs to facilitate completion of their IPPPs and test their plans, and other related activities as required in her terms of reference.

Dr Kupu is no stranger to the region or to influenza pandemic preparedness – she worked at SPC in 2004 on a regional project for SARS and influenza preparedness as an ADB consultant to PPHSN.



Une première recrue pour le projet

'A na Seini Tupou Veihoa Motuliki Kupu s'est jointe à la Section Surveillance de la santé publique et lutte contre les maladies transmissibles au début du mois d'avril 2006 pour lancer la mise en oeuvre des activités du projet. Avant de rejoindre la CPS, Seini Kupu était chargée de la lutte contre les maladies transmissibles et de la prévention, à la Division de la santé publique du Ministère de la santé, aux Tonga. Dans le cadre du projet conduit par la CPS, ses principales responsabilités consisteront, entre autres, à aider les États et Territoires insulaires océaniques à mettre au point et à tester leurs plans de préparation à une pandémie de grippe; elle sera également chargée d'autres activités relevant de son mandat.

Elle connaît bien la région, ainsi que le travail de préparation à une pandémie de grippe, puisqu'elle a déjà collaboré à un projet régional visant à accroître le degré de préparation aux épidémies de SRAS et de grippe, au siège de la CPS en 2004, en tant qu'experte-conseil de la Banque asiatique de développement affectée au Réseau océanique de surveillance de la santé publique (ROSSP).

ENHANCING THE ROLE OF LABNET IN THE PACIFIC REGION

The creation and implementation, in 2000, of the laboratory network LabNet has had a significant impact on PPHSN. Laboratories in Pacific Island countries have made considerable improvements in their ability to provide reliable testing for ongoing clinical needs and also for various outbreaks that have occurred in the region. Some of the biggest improvements experienced are:

- ability to perform a wider range of specific test methods, within individual laboratories at Level 1 (L1 – national/territorial laboratories) and Level 2 (L2 – four public health laboratories in Fiji Islands, French Polynesia, Guam and New Caledonia that have accepted responsibility to provide select diagnostic services to neighbouring countries and territories according to their individual capacity) to identify the target diseases of PPHSN;
- access to Level 3 laboratories (L3 – reference laboratories in Australia, New Caledonia, New Zealand and the United States), which has further increased the ability to identify target diseases;
- access to technical training and expertise from L3 laboratories and other LabNet professional partners to enhance the performance abilities of L1 and L2 laboratories;
- shipping mechanisms, particularly in northern Pacific Island territories, to package and ship specimens to meet all regulatory requirements; and
- communications between members through enhanced electronic mechanisms.

The world is currently faced with the emerging threat of a highly pathogenic influenza epidemic and possibly a new influenza pandemic, and to prepare for this, one of the goals of PPHSN is for Pacific Island countries to implement a surveillance strategy for circulating influenza strain occurrences. This surveillance strategy will be accomplished by the implementation of a screening test to be performed in L1 laboratories and then sending specimens for confirmation to an L3 laboratory, as part of the LabNet mechanisms. This will provide us with a better knowledge of the usual annual influenza statistics and will help identify serious epidemic situations when they occur.

Recognising the positive impact the LabNet function has had on communicable disease control, ADB, through SPC, has contracted Mr Albert Gurusamy to serve as Laboratory Specialist Consultant for PPHSN to evaluate and enhance LabNet activities in the region. Mr Gurusamy, who most recently worked at the Commonwealth Health Center in Saipan, Commonwealth of the Northern Mariana Islands, and in Guam, managing clinical laboratory operations, will focus his attention on the reinforcement and enhancement of

RENFORCEMENT DU RÔLE DE LABNET DANS LA RÉGION OCÉANIENNE

La création et la mise en œuvre du Réseau de laboratoires de santé publique (LabNet) en 2000 ont eu une incidence considérable sur le ROSSP. Les laboratoires des États et Territoires insulaires océaniques ont accompli des progrès importants dans le domaine du dépistage, aujourd'hui plus fiable, pour répondre aux besoins cliniques permanents et faire face aux différentes flambées épidémiques survenues dans la région. Parmi ces améliorations, citons notamment :

- la capacité d'effectuer un éventail plus large de dépistages ciblés dans les laboratoires de niveau 1 (L1 – laboratoires nationaux ou territoriaux) et 2 (L2 – quatre laboratoires de santé publique aux Îles Fidji, en Polynésie française, à Guam et en Nouvelle-Calédonie qui ont accepté de fournir certains services diagnostiques à des États ou des territoires voisins, en fonction de leur capacité) pour déceler les maladies visées par les activités du ROSSP,
- l'accès aux laboratoires de niveau 3 (L3 – laboratoires de référence situés en Australie, en Nouvelle-Calédonie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis d'Amérique) qui permet de renforcer les capacités de détection de ces mêmes maladies,
- l'accès à l'expérience et à la formation technique des laboratoires L3 et d'autres partenaires professionnels du réseau LabNet en vue de renforcer les capacités des laboratoires L1 et L2 en matière de résultats,
- les mécanismes utilisés, en particulier dans les États et Territoires insulaires du Pacifique Nord, pour conditionner et transporter les échantillons dans des conditions conformes à toutes les réglementations,
- la communication entre les membres grâce à des moyens électroniques renforcés.

Le monde est actuellement confronté à la menace de plus en plus sérieuse d'une épidémie de grippe aviaire hautement pathogène et, peut-être, d'une nouvelle pandémie de grippe. Dans le cadre de la préparation à ce fléau, le ROSSP souhaite que les États et Territoires insulaires océaniques mettent en œuvre une stratégie de surveillance des souches grippales en circulation. Ainsi, les laboratoires L1 devront réaliser un test de dépistage dont les résultats seront confirmés par un laboratoire L3 en vertu du dispositif de LabNet. Il sera dès lors possible de mieux connaître les

statistiques annuelles habituelles sur la grippe et de déceler toute situation épidémique grave.



Reconnaissant l'incidence positive de LabNet sur la lutte contre les maladies transmissibles, la Banque asiatique de développement (BASD) a engagé, via le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), Albert Gurusamy qui assume les fonctions de Consultant/spécialiste des laboratoires pour le ROSSP et est chargé de l'évaluation et du renforcement des activités

laboratory activities in the Pacific region. Key tasks will include:

- assessing and reviewing in-country lab performances;
- analysing training needs to meet lab performance goals;
- improving network relationships between L1, L2 and L3 laboratories; and
- evaluating and implementing new test methods to enhance PPHSN target disease testing.

The LabNet functions play a vital role in supporting the ongoing efforts of PPHSN and the goals of SPC, and the role performed by the Laboratory Specialist will serve to enhance laboratory performances in all PPHSN core member countries and territories.

As part of the project funded by CDC to increase influenza surveillance in the Pacific Island region (see *Inform'ACTION* 22: 27-28), SPC and IPNC have also contracted a Laboratory Technical Specialist, Ms Melissa Pontré, to work specifically on enhancing the development of molecular testing techniques for influenza and other respiratory pathogens.

Ms Pontré, who most recently worked at the Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory (VIDRL) in Melbourne, Australia, will be based primarily in Noumea at IPNC, and will be devoting most of her time to assisting in the development and strengthening of PCR testing, specifically the use of Real-Time PCR (RT-PCR) to identify various influenza types. She will also be working with Mr Gurusamy to implement protocols in the six initial Pacific Island countries selected for this project, which are Cook Islands, Fiji Islands, Guam, Palau, Tonga and Wallis and Futuna. The goal is for L1/L2 labs to perform a screening test, utilising fluorescent stains and microscopy, on specimens that meet the clinical criteria for influenza and influenza-like illnesses and then to send specimens to IPNC for confirmation by PCR. Participants in the project will be provided with equipment and reagents, and key personnel from the labs will be sent for an intensive training session at one of the designated influenza testing facilities in Australia and New Zealand. The equipment and reagents have been ordered and initial site visits are made to the participating country sites in mid-June.



Albert Gurusamy
Laboratory Specialist / ADB Consultant for PPHSN
Spécialiste des laboratoires / Consultant de la BASD pour le ROSSP

Melissa Pontré
SPC/IPNC Laboratory Technical Specialist
Technicienne de laboratoire spécialisée, CPS/IPNC

de LabNet dans la région. Albert Gurusamy, qui travaillait auparavant au Commonwealth Health Center de Saipan (Îles Mariannes du Nord) et à Guam, où il dirigeait les services de laboratoire clinique, se concentre sur le renforcement et l'amélioration des activités des laboratoires de la région océanique. Il est notamment chargé :

- d'évaluer et examiner les résultats obtenus dans les laboratoires nationaux,
- d'évaluer les besoins de formation pour répondre aux objectifs de résultats des laboratoires,
- de renforcer les relations entre les laboratoires L1, L2 et L3,
- d'évaluer et de mettre en œuvre de nouvelles méthodes de dépistage en vue d'affiner la détection des maladies visées par les activités du ROSSP.

La contribution de LabNet aux efforts permanents du ROSSP et aux objectifs de la CPS revêt une importance capitale ; aussi le poste de Consultant/spécialiste des laboratoires vient-t-il renforcer le fonctionnement des laboratoires dans les principaux États et Territoires membres du ROSSP.

Dans le cadre du projet financé par les Centres de lutte contre la maladie (CDC) pour renforcer la surveillance de la grippe dans la région océanique (*Inform'ACTION* 22, 27-28), la CPS et l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC) ont également engagé Mélissa Pontré, Technicienne de laboratoire spécialisée, qui s'emploie à améliorer les techniques de diagnostic moléculaire pour la grippe et d'autres agents pathogènes à l'origine de troubles respiratoires.

Mélissa Pontré, qui travaillait jusqu'à une date récente au Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory (Laboratoire de référence des maladies infectieuses de l'État de Victoria) à Melbourne, mène principalement ses activités à Nouméa, à l'IPNC. Elle se consacre avant tout au développement et au renforcement du dépistage basé sur la technique PCR et, plus particulièrement, la PCR en temps réel afin de déceler plusieurs types de grippe. Elle travaille aussi, en collaboration avec Albert Gurusamy, à la mise en œuvre de protocoles dans les six premiers États et Territoires insulaires océaniques sélectionnés pour ce projet, à savoir les Îles Cook, les Îles Fidji, Guam, Palau, les Tonga et Wallis et Futuna. L'objectif est que les laboratoires L1 et L2 réalisent un test de dépistage, par microscopie avec marqueurs fluorescents, qui réponde aux critères cliniques de la grippe et des maladies de type grippal, et qu'ils envoient ensuite les échantillons analysés à l'IPNC qui confirmera les résultats par PCR. Les participants au projet recevront le matériel ainsi que les réactifs, et les principaux agents de laboratoire seront envoyés en formation intensive dans un des centres de dépistage de la grippe sélectionnés en Australie et en Nouvelle-Zélande. Le matériel et les réactifs ont été commandés et les premières visites sur site dans les pays participants débutent à la mi-juin.

SOME MORE NEW FACES AT SPC AND WHO

Dr Justus Benzler arrived at the beginning of May 2006 to take over the position of Communicable Disease Surveillance Specialist from Dr Narendra Singh. Dr Benzler arrives from Germany, where he was working in the area of communicable disease surveillance at the Robert Koch Institute in Berlin, specifically taking care of the German national reporting system for notifiable infectious diseases. Before that he worked in several African countries as a district medical officer and helped to set up demographic and health information systems. While he has spent many years in different environments contributing to improving the collection of high-quality data related to populations and their health and making it conveniently available for decision-makers, he has never worked in the Pacific region. Dr Benzler looks forward to this new experience and to collaborating with the other PPHSN members.



DE NOUVEAUX VISAGES À LA CPS ET À L'OMS

Le docteur Justus Benzler est arrivé à la CPS au début du mois de mai 2006 pour prendre la succession du docteur Narendra Singh au poste de Spécialiste de la surveillance des maladies transmissibles. Le docteur Benzler arrive de l'Institut Robert Koch de Berlin, en Allemagne, où il s'occupait du système national de notification des maladies infectieuses à déclarer, dans le domaine de la surveillance des maladies transmissibles. Il a vécu auparavant dans plusieurs pays d'Afrique, y travaillant en qualité de médecin-chef et mettant sur pied des systèmes d'information démographique et sanitaire. Bien qu'ayant passé de nombreuses années, dans des milieux très divers, à contribuer à l'amélioration de la collecte d'informations de haute qualité sur les populations et leur statut sanitaire et à mettre ces informations à la disposition des décideurs sous une forme facilement exploitable, il n'a encore jamais travaillé dans le Pacifique. Le docteur Benzler se félicite donc de cette nouvelle expérience et de pouvoir collaborer avec les autres membres du ROSSP.

New WHO regional advisor for communicable diseases

Dr Takeshi Kasai has recently been appointed as the Regional Advisor for Communicable Disease Surveillance and Response (CSR) at the WHO-WPRO regional office in Manila. He succeeds Dr Hitoshi Oshitani, who was in the position for six years. Dr Kasai graduated as a medical doctor from the Keio University School of Medicine in Japan in 1990. He has a Master of Science degree in Public Health in Developing Countries and a Diploma of Tropical Medicine and Hygiene, both from the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Dr Kasai has previously worked with WHO as Medical Officer in Tuberculosis at the regional office from 2000 to 2003. His other experience includes working at the Japan Ministry of Health, Labour and Welfare as Infectious Diseases Advisor, and later as Director of the Office for WHO at the International Affairs Division of the ministry. In addition, he was Deputy Director-General of the Welfare and Health Bureau of the Miyazaki Prefectural Government in Japan. In his new position as regional advisor, Dr Kasai will coordinate WHO's activities in countries in Asia and the Pacific with regard to infectious diseases, including the problem of H5N1 avian influenza, the implementation of the International Health Regulations (2005) and any new emerging infectious disease threats.

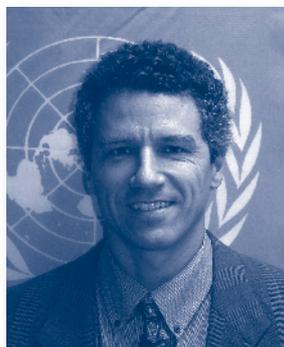


L'OMS nomme un nouveau Conseiller régional pour la lutte contre les maladies transmissibles

Le docteur Takeshi Kasai vient d'être nommé au poste de Conseiller pour la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies au Bureau régional OMS du Pacifique occidental, à Manille. Il succède au docteur Hitoshi Oshitani, titulaire du poste pendant six ans. Le docteur Kasai a obtenu son doctorat en Médecine à l'école de Médecine de l'université de Keio en 1990. Il détient également une Maîtrise ès-sciences en santé publique dans les pays en développement, ainsi qu'un Diplôme de Médecine et d'hygiène tropicale de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Le docteur Kasai a déjà collaboré, en qualité de médecin, au programme de lutte contre la tuberculose de l'OMS, au bureau régional de cette organisation, de 2000 à 2003. Au cours de sa carrière, il était Conseiller pour la lutte contre les maladies infectieuses au Ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Sécurité sociale, puis Directeur du bureau chargé des relations avec l'OMS au sein de la Division des relations internationales dudit ministère. Il a également occupé le poste de Directeur-Général adjoint du Service de la santé et de la sécurité sociale de la Préfecture de Miyazaki, au Japon. Dans son nouveau poste, le docteur Kasai sera chargé de la coordination des activités menées par l'OMS dans les pays de la région Asie-Pacifique dans les domaines de la lutte contre les maladies infectieuses et, notamment, contre la grippe aviaire H5N1, de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et des menaces posées par les maladies infectieuses émergentes.

New medical officer for communicable diseases in the Pacific at the WHO Suva office

Dr Jacob Kool was recently appointed as the long-term Medical Officer for Communicable Disease Surveillance and Response at WHO's office in Suva, filling the position that Dr Mike O'Leary occupied for many years. Dr Kool is a citizen of the Netherlands. He obtained his medical degree in 1990 from the University of Utrecht, a Certificate in Tropical Medicine from the Dutch Royal Tropical Institute and a PhD in Medical Epidemiology from the University of Amsterdam. Like his predecessor, Dr Kool trained in the Epidemic Intelligence Service programme at CDC in America. He has occupied positions in several countries, working on tropical medicine, surveillance and outbreak investigation. He worked at the WHO regional office in Manila from 1993 to 1995 in the Expanded Programme on Immunization. In his current position, Dr Kool will assist and advise Pacific countries with their infectious disease surveillance, prevention and outbreak investigations. This will include influenza pandemic preparedness and the new International Health Regulations. He expects to work closely with the national EpiNet teams and with SPC.



Un nouveau médecin chargé de la lutte contre les maladies transmissibles en Océanie prend ses fonctions au bureau de l'OMS à Suva

Le docteur Jacob Kool a récemment été nommé au poste permanent de Médecin chargé de la surveillance des maladies transmissibles et de la riposte contre ces maladies, au bureau de l'OMS à Suva. Il succède au docteur Mike O'Leary, qui a occupé ce poste pendant de nombreuses années. De nationalité néerlandaise, le docteur Kool a obtenu son doctorat en Médecine à l'université d'Utrecht en 1990, un Certificat en Médecine tropicale au Royal Tropical Institute des Pays-Bas, et un Doctorat en Épidémiologie médicale à l'université d'Amsterdam. Comme ses prédécesseurs, le docteur Kool a suivi la formation du Service d'information épidémiologique des Centres américains de lutte contre la maladie. Sa carrière l'a mené dans divers pays où il a pratiqué dans les domaines de la médecine tropicale, ainsi que de la surveillance de la santé publique et de l'investigation des flambées épidémiques. De 1993 à 1995, il a travaillé au Bureau régional OMS du Pacifique occidental, à Manille, pour le Programme élargi de vaccination. Dans son nouveau poste, le docteur Kool apportera son concours aux États et Territoires océaniques, auxquels il prodiguera des conseils en matière de surveillance et de prévention des maladies infectieuses, et d'investigation des flambées épidémiques. Ses responsabilités incluront la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe ainsi que le nouveau Règlement sanitaire international. Il s'attend à travailler en étroite collaboration avec les équipes EpiNet et avec la CPS.



WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

EVALUATION OF A NEW RAPID TEST FOR DENGUE SEROLOGY

In 2004, the Pasteur Institute of New Caledonia and the Clinical Laboratory of Yap State Hospital in the Federated States of Micronesia conducted a collaborative study under the framework of PPHSN to evaluate a new rapid test for dengue serology that could be regionally recommended for use in other Pacific Islands.

Test details:

PENTAX Anti-Dengue Virus IgM Detection PA kit 96
Contact: <http://www.pentax.co.jp/english/products/newceramics/virus/>

The results of the evaluation have just been published in WHO's *Dengue Bulletin* (reference: Berlioz-Arthaud, A., Marfel, M., Durand, A.M. and Ogawa, T. Evaluation of a new anti-dengue virus IgM particle agglutination kit in the context of the Pacific Islands. *Dengue Bulletin*, vol. 29, 2005: 70-78).

ÉVALUATION D'UN NOUVEAU TEST DE DÉPISTAGE SÉROLOGIQUE RAPIDE DE LA DENGUE

En 2004, dans le cadre du ROSSP, l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, et le laboratoire clinique de l'hôpital de l'État de Yap (États fédérés de Micronésie) ont effectué une étude conjointe visant à évaluer un nouveau test de dépistage sérologique rapide de la dengue, dont l'utilisation pourrait être recommandée dans d'autres îles du Pacifique.

Référence du test :

PENTAX Anti-Dengue Virus IgM Detection PA kit 96 tests
Informations complémentaires en anglais : <http://www.pentax.co.jp/english/products/newceramics/>

Les conclusions de cette évaluation viennent d'être publiées dans le *Bulletin d'information Dengue de l'OMS* (Référence : Berlioz-Arthaud A., Marfel M., Durand A.M. and Ogawa T. Evaluation of a New Anti-Dengue Virus IgM Particle Agglutination Kit in the Context of the Pacific Islands. *WHO Dengue Bulletin*, 2005;29:70-78.).

This is the abstract of the article: "The objectives of this regional study were to evaluate a new dengue IgM particle agglutination (PA) test in terms of sensitivity and specificity to compare this kit to a widely used immunochromatographic strip test and to assess its operational handling in limited settings, such as those encountered in the Pacific insular region. The sensitivity and specificity were assessed using serum-banked sera from the Pasteur Institute in New Caledonia with a commercial microplate ELISA kit taken as the reference. The prospective field part of the study was performed in the Yap State Hospital during a DENV-1 outbreak. The particle agglutination test showed a sensitivity of 76.7% and a specificity of 95.2%. For the strip assay, those characteristics were 73.3% and 83.3% respectively. The use of the particle agglutination test in Yap confirmed its easy handling and suggested a higher sensitivity. **This new particle agglutination test is useful in the Pacific islands because of higher sensitivity and specificity and operational flexibility in remote locations.**"

The full article is accessible in PDF through the PPHSN website at: <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Services/LabNet/activities.htm>.

*Veillez trouver ci-dessous la traduction du résumé de cet article: « Cette étude régionale poursuivait les objectifs suivants : évaluer la sensibilité et la spécificité d'un nouveau test d'agglutination de particules pour détecter les IgM de la dengue afin de comparer ce kit avec un test immunochromatographique sur bandelette largement utilisé ; et évaluer la facilité d'utilisation de ce kit dans un environnement contraignant, tel que celui que l'on peut trouver dans les îles du Pacifique. Afin d'évaluer la sensibilité et la spécificité du kit, des sérums de la banque de sérum de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie ont été utilisés, un kit ELISA sur microplaque du commerce servant de référence. L'étude prospective sur le terrain a eu lieu à l'hôpital de l'État de Yap (États fédérés de Micronésie) pendant une flambée épidémique de dengue 1. Le test d'agglutination de particules a montré une sensibilité de 76,7 % et une spécificité de 95,2 %, contre 73,3 et 83,3 % respectivement pour le test sur microplaque. L'utilisation du test d'agglutination de particule à Yap a confirmé la facilité d'utilisation de ce kit et a montré une sensibilité supérieure. **Ce nouveau test d'agglutination de particules s'avère utile dans les îles du Pacifique de par son haut degré de sensibilité et de spécificité et sa grande facilité d'utilisation dans les endroits isolés.** »*

Le fichier pdf de l'article dans son intégralité est accessible en ligne à l'adresse suivante (anglais) : <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Services/LabNet/activities.htm>

Surveillance reports recently posted on PPHSN website at:
<http://www.spc.int/phs/PPHSN/>

Rapports de surveillance récemment postés sur le site web du ROSSP :
<http://www.spc.int/phs/ROSSP/index.htm>



PPHSN - ROSSP

Pacific Public Health Surveillance Network
Réseau océanien de surveillance de la santé publique









- Home
- Français 
- Background
- Membership & Structure
- Activities
- Services**
- PacNet
- LabNet
- EpiNet
- PICNet
- Outbreak**
- Preparedness & Control
- Monitoring
- Reports

PPHSN Services - LabNet for Verification & Identification

| [Introduction](#) | [Activities](#) | [Meetings](#) | [PacNet-Lab](#) | [Lab surveillance reports](#) | [Lab Handbooks](#) |

Laboratory surveillance reports

This page is intended to put on line laboratory surveillance reports produced by Pacific Island Countries and Territories members of the PPHSN.

In case you have any problem (e.g., slow Internet connection) downloading any of the following files from the web, please contact us: PHS&CDC section, Focal Point of PPHSN Coordinating Body.

We will forward you the relevant documents by using whatever means of communication you will find the most appropriate (i.e., email, fax, post).

Reports

From Wallis and Futuna

Latest News

Lab surveillance reports from Wallis and Futuna
2005 Microbiology Activity Report - Wallis and Futuna

from New Caledonia
Laboratory surveillance of dengue fever in New Caledonia - 2004

from French Polynesia
Resistance to the main germs responsible for infections isolated at the Louis Malardé Institute's

Lab surveillance reports available at:

<http://www.spc.int/phs/PPHSN/Services/LabNet/Lab-surveillance-reports.htm>

2005 Microbiology activity report of Wallis and Futuna Health Agency Clinical Laboratory, by Dr Jean-François Yvon, Biologist (original in French – available in English)

2005 Epidemiological report – Wallis and Futuna, by Doctors Laurent Morisse, Gwénaél Roualen and Jean-François Yvon of the EpiNet team in the Health Agency of the Territory of the Wallis and Futuna Islands (original in French, with the leptospirosis part available in English in this issue of *Inform'ACTION*)

2005 Dengue report – New Caledonia, by Dr Alain Berlioz-Arthaud, Pasteur Institute of New Caledonia (original in French – conclusion available in English)

2005 Influenza report – New Caledonia, by Dr Alain Berlioz-Arthaud, Pasteur Institute of New Caledonia (original in French – conclusion available in English)

2005 Dengue fever data from laboratories in French Polynesia, by Dr Pascal Jarno, Department of Health, French Polynesia (original in French – available in English)

2005 Status report on antibiotic sensitivity in the bacteria isolated by the Louis Malardé Clinical Laboratory in French Polynesia, by Dr Cyril Coudert, Louis Malardé Clinical Laboratory in French Polynesia (available in English and French)

Routine surveillance reports available at:

http://www.spc.int/phs/pphsn/Surveillance/Routine_reports.htm

2006 Guam Epidemiology Newsletter, produced every week by Dr Robert Haddock from the Office of Epidemiology and Research, Department of Public Health and Social Services, Government of Guam (available in English only)

Surveillance reports for dengue and influenza in New Caledonia (2005 and 2006), by Dr Alain Berlioz-Arthaud, Pasteur Institute of New Caledonia (in French and English) – links under construction (all the reports have been posted on PacNet)

We are grateful to our colleagues from French Polynesia, Guam, New Caledonia and Wallis and Futuna who were willing to share this information with their PPHSN colleagues and take this opportunity to encourage other Pacific Island countries and territories to send us similar reports.

Rapports de surveillance biologique accessibles à l'adresse suivante :

<http://www.spc.int/phs/PPHSN/Services/LabNet/Lab-surveillance-reports.htm>

Rapport d'activité microbiologique 2005 – Agence de Santé du Territoire des Iles Wallis et Futuna, Laboratoire de biologie médicale, produit par le Dr Jean-François Yvon (original en français – disponible en anglais)

Rapport épidémiologique 2005 – Wallis et Futuna, produit par les docteurs Laurent Morisse, Gwénaél Roualen et Jean-François Yvon de la cellule épidémiologique EpiNet, Agence de Santé du Territoire des Iles Wallis et Futuna (original en français, la partie sur la leptospirose est disponible en anglais dans ce numéro d'*Inform'ACTION*)

Bilan Dengue 2005 – Nouvelle-Calédonie, produit par le Dr Alain Berlioz-Arthaud, Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (original en français – conclusion disponible en anglais)

Bilan Grippe 2005 – Nouvelle-Calédonie, produit par le Dr Alain Berlioz-Arthaud, Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (original en français – conclusion disponible en anglais)

Les données issues des laboratoires de Polynésie française en 2005 concernant la dengue, transmis par le Dr Pascal Jarno, Direction de la Santé, Polynésie française (original en français – disponible en anglais)

État de la sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées au laboratoire de biologie médicale de l'Institut Louis Malardé, (année 2005) transmis par le Dr Cyril Coudert (original en français – disponible en anglais)

Rapports de surveillance de routine accessibles à l'adresse suivante :

http://www.spc.int/phs/pphsn/Surveillance/Routine_reports.htm

2006 Guam Epidemiology Newsletter, produit de façon hebdomadaire par le Dr Robert Haddock, Office of Epidemiology and Research, Department of Public Health and Social Services, Government of Guam (disponible en anglais seulement)

Rapports de surveillance – Réseaux Sentinelles Dengue et Grippe - Nouvelle-Calédonie (pour 2005 et 2006), produits régulièrement par le Dr Alain Berlioz-Arthaud, Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (disponibles en français et en anglais) – liens en construction (tous ces rapports ont été postés sur PacNet)

Nous remercions nos collègues de Guam, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française et Wallis et Futuna qui ont bien voulu partager ces informations avec tous leurs collègues du ROSSP et nous profitons de cette occasion pour encourager d'autres États et Territoires insulaires océaniques à nous faire parvenir des rapports du même type.



Boat taking Fiji measles vaccination team to Islands / Une équipe de vaccination contre la rougeole de Fidji à bord du bateau à destination des îles.

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 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).

Layout by Muriel Borderie

Published by the Publications and Translation Sections for the PHS&CDC Section.

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 ;

Mét: 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)

Mise en page: Muriel Borderie

Avec le concours des sections Publications et Traduction pour la section SSP & LMT de la CPS.

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

© Copyright Secretariat of the Pacific Community, 2006

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.

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

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2006

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.