

Inform'ACTION

ISSN 1029-3396

Information for action / Information pour action

CONTENTS

Surveillance & Response

- Dengue fever situation in the Pacific Islands countries and territories, 30 September 2008 3
Provider-initiated HIV testing and counselling in TB clinics in the Pacific 6
Progress of the lab-based influenza surveillance project12
Report on 18 months of biological surveillance of influenza in Wallis and Futuna14

Infection Control

- Improvements in infection control at Colonial War Memorial Hospital in Fiji..... 16
Building infection control capacities in the Pacific Islands – Feedback from Vanuatu, Nauru and Kiribati18

Meetings & Training

- Recommendations from the 14th meeting of the PPHSN Coordinating Body23
4th PIPS Workshop summary report29
Second Pacific WHO Global salmonella surveillance training course in Papua New Guinea31

- In brief**.....34

SOMMAIRE

Surveillance & Réponse

- Situation de la dengue dans les États et Territoires insulaires océaniques, 30 septembre 2008 3
Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de soins océaniques traitant les tuberculeux6
Avancement du projet de surveillance de la grippe en laboratoire.....12
Bilan de 18 mois de surveillance biologique de la grippe à Wallis et Futuna.....14

Lutte anti-infectieuse

- Amélioration de la lutte contre les infections nosocomiales à l'hôpital Colonial War Memorial des Îles Fidji16
Renforcement des capacités de lutte anti-infectieuse dans les îles du Pacifique18

Réunions & formation

- Recommandations de la 14e Réunion du Groupe de coordination du ROSSP23
Compte rendu analytique du quatrième atelier PIPS.....29
Deuxième atelier océanien de formation sur le programme OMS de surveillance mondiale des salmonelles.....31

- En bref**34



DOES INFORM'ACTION FULFIL ITS MISSION?

Sharing information, experience, resources and means is the backbone of PPHSN, which is aimed at improving public health surveillance and response in the Pacific Island region. But such sharing cannot exist without effective communication.

Inform'ACTION was created to fulfil this function together with PacNet (a network-wide email list for alerts and communication). Ten years have gone by since the first issue of *Inform'ACTION* was published in July 1998. From time to time, we receive feedback on the bulletin, but we believe that a global review is needed to make sure that this communication tool really benefits PPHSN members, especially the core members of the network, the Ministries/Departments of Health of Pacific Island countries and territories (PICTs), and all other members and partners.

First, to facilitate the review process, we have put together a supplement with a list of selected articles published in the 29

INFORM'ACTION REMPLE-T-IL SON RÔLE ?

Le partage d'informations, d'expériences, de ressources et de moyens est la raison d'être du ROSSP, qui vise à améliorer la surveillance et les interventions en santé publique dans la région océanique. Or, ce partage ne peut se faire sans une bonne communication.

Inform'ACTION a été créé pour remplir cette fonction, aux côtés de PacNet (une liste de diffusion électronique qui couvre l'intégralité du réseau, et sert aux alertes et à la communication). Dix ans se sont écoulés depuis la parution du premier numéro d'*Inform'ACTION*, en juillet 1998. Nous recevons de temps à autre des commentaires sur ce bulletin, mais il nous semble qu'un examen global s'impose pour s'assurer que les membres du ROSSP tirent réellement profit de cet outil de communication, en particulier les membres statutaires du réseau, à savoir les ministères et départements de la santé des États et Territoires insulaires océaniques (ÉTIO) et tous les autres membres et partenaires.

Premièrement, afin de faciliter cet examen, nous avons préparé un supplément composé d'une liste d'articles sélectionnés, publiés dans les 29 numéros. Ce dossier donne une bonne idée générale du type d'informations publiées dans *Inform'ACTION*. La dengue constitue

issues. It provides a good overview of the type of information available through the bulletin. Dengue fever has been the main topic of discussion, with 37 stories from the PICTs. The other eight communicable diseases specifically targeted by PPHSN (measles, rubella, influenza, leptospirosis, typhoid fever, cholera, SARS and HIV/STIs) were also well covered. But as you know, PPHSN does not restrict its focus to only these diseases, as the selected articles show. Information on 14 other diseases, including emerging diseases in the region such as the Zika virus or brucellosis, was also published in *Inform'ACTION*.

Secondly, we have improved the accessibility of electronic versions of the bulletin on the internet. Each article can be downloaded separately in PDF format (even the articles from the first nine issues). They are listed in a content management system to facilitate searching and downloading (see details in the supplement).

Thirdly, we have prepared a questionnaire so that all subscribers and on-line readers can evaluate the function, content, format and usefulness of the bulletin. You can either fill in the hard copy attached to the bulletin or the electronic version available on line. Finally, we have created a forum to facilitate discussion about the bulletin (see details in the supplement).

The present bulletin covers a number of subjects from the current Pacific epidemic scene. The dengue fever situation in the region is alarming (see summary on page 3) with the re-introduction of the DEN-4 serotype, which has not circulated in the region since 1995, and then in only three PICTs according to our records. The previous big regional outbreak of DEN-4 occurred in 1979–80 and affected at least 11 PICTs.

Low numbers of TB patients co-infected with HIV have been reported so far in PICTs, but TB-HIV co-infection is an emerging threat says Dr Axel Wiegandt.

The progress of lab-based influenza surveillance in the region is also presented and Dr Jean-François Yvon shares with us Wallis and Futuna's experience in this regard.

Major improvements to infection control procedures have been made in the last months in a number of PICTs, as described by Miriama Vakaloloma from Fiji Islands, Leias Obed from Vanuatu, Gano Mwareow from Nauru and Helen Murdoch from Kiribati.

Outcomes and recommendations from three important meetings, the 14th PPHSN Coordinating Body Meeting, the 4th PIPS Workshop and the 2nd Pacific WHO Global Salmonella Surveillance (GSS) Training Workshop, which took place in the first semester of this year, are also summarised in the bulletin. Our colleague, Marina Pulu from Niue, gives us her point of view on the GSS workshop.

2

The *In Brief* section introduces Dr Boris Pavlin from WHO, Jennifer Fischer and Salanieta Elbourne from SPC. This section also has good news about the new medical library at Yap Hospital, which replaces the one destroyed in Typhoon

le principal sujet de discussion, avec 37 récits rapportés par les ÉTIO. Les huit autres maladies transmissibles spécifiquement visées par le ROSSP (rougeole, rubéole, grippe, leptospirose, fièvre typhoïde, choléra, SRAS et VIH/IST) ont également reçu une bonne couverture. Toutefois, vous n'êtes pas sans savoir que le ROSSP ne limite pas son action à ces maladies, comme les articles sélectionnés en témoignent. Des informations sur 14 autres maladies, dont des maladies émergentes dans la région telles que le virus Zika ou la brucellose, ont également été publiées dans *Inform'ACTION*.

Deuxièmement, nous avons facilité l'accès aux versions électroniques du bulletin sur l'Internet. Tous les articles peuvent être téléchargés séparément au format PDF (y compris ceux remontant aux neuf premiers numéros). Pour faciliter les recherches et le téléchargement, ils sont énumérés dans un système de gestion du contenu (voir les précisions fournies dans le supplément).

Troisièmement, nous avons préparé un questionnaire pour permettre à tous les abonnés et aux lecteurs en ligne d'évaluer la fonction, le contenu, la présentation et l'utilité du bulletin. Vous pouvez donc remplir le formulaire joint au bulletin, ou utiliser la version électronique disponible en ligne. Enfin, nous avons créé un forum pour faciliter les discussions sur le bulletin (voir supplément).

Ce numéro porte sur divers sujets en rapport avec les épidémies en cours dans le Pacifique. La dengue devient très préoccupante (voir le résumé à la page 3) compte tenu de la réintroduction du sérotype DEN-4 qui n'avait pas circulé dans la région depuis 1995, et seulement dans trois ÉTIO selon nos sources. La précédente flambée régionale importante de DEN-4 est survenue en 1979/80, et au moins onze ÉTIO ont été touchés.

À ce jour, le nombre de co-infections VIH/tuberculose reste faible dans les ÉTIO, mais d'après le Docteur Axel Wiegandt, cette co-infection constitue une nouvelle menace.

Les progrès de la surveillance de la grippe dans les laboratoires de la région sont également présentés, et le Docteur Jean-François Yvon partage avec nous l'expérience de Wallis et Futuna dans ce domaine.

Plusieurs ÉTIO ont considérablement amélioré leurs procédures de lutte anti-infectieuse au cours des derniers mois, comme le rapportent Miriama Vakaloloma des Îles Fidji, Leias Obed de Vanuatu, Gano Mwareow de Nauru et Helen Murdoch de Kiribati.

Les résultats et recommandations de trois manifestations importantes qui ont eu lieu pendant le premier semestre de l'année — la 14^e réunion du Groupe de coordination du ROSSP, le quatrième atelier PIPS (Initiative de renforcement des programmes de vaccination dans le Pacifique) et le deuxième atelier de formation de l'OMS sur la surveillance mondiale des salmonelles — sont également résumés dans ce numéro. Notre collègue, Marina Pulu de Niue, nous fait part de ses impressions sur ce dernier atelier.

La section *En bref* présente le Docteur Boris Pavlin de l'OMS, ainsi que Jennifer Fischer et Salanieta Elbourne de la CPS. On peut également y lire de bonnes nouvelles concernant la nouvelle bibliothèque médicale de l'hôpital de Yap qui vient remplacer celle détruite par le typhon Sudal, en 2004.

Nous espérons que votre plaisir à lire ces articles sera égal au nôtre lorsque nous les avons reçus. Nous adressons nos remerciements aux personnes qui nous envoient leurs commentaires et leurs histoires.



Sudal in 2004. We hope you will enjoy reading these articles as much as we did when we received them. We sincerely thank our many contributors for their feedback and stories.

From a personal point of view, I would like to tell you how much I love this job. Dedication, modesty and generosity are common qualities shared by many health professionals in the region and this is certainly what makes PPHSN so special and renowned on the international scene!

Let's keep the momentum going and work together to improve PPHSN services. We are looking forward to receiving your feedback, ideas and contributions to make sure that Inform'ACTION fulfils its mission and meets your needs and expectations. We will concentrate on PacNet in the next issue.

With our warmest regards,

Christelle Lepers,
on behalf of the editorial team

Quant à moi, j'aimerais vous dire à quel point j'aime ce travail. Le dévouement, la modestie et la générosité sont des qualités fréquemment rencontrées chez les spécialistes de santé de la région, et elles contribuent sans aucun doute à la renommée et à l'estime portée au ROSSP dans le monde !

Continuons à aller de l'avant, et à allier nos forces pour améliorer les services du ROSSP. Merci de nous adresser vos commentaires, vos idées et vos contributions pour veiller à ce que Inform'ACTION remplisse sa mission, et réponde à vos besoins et à vos attentes. Notre prochain numéro sera plus particulièrement consacré à PacNet.

Très chaleureusement vôtre,

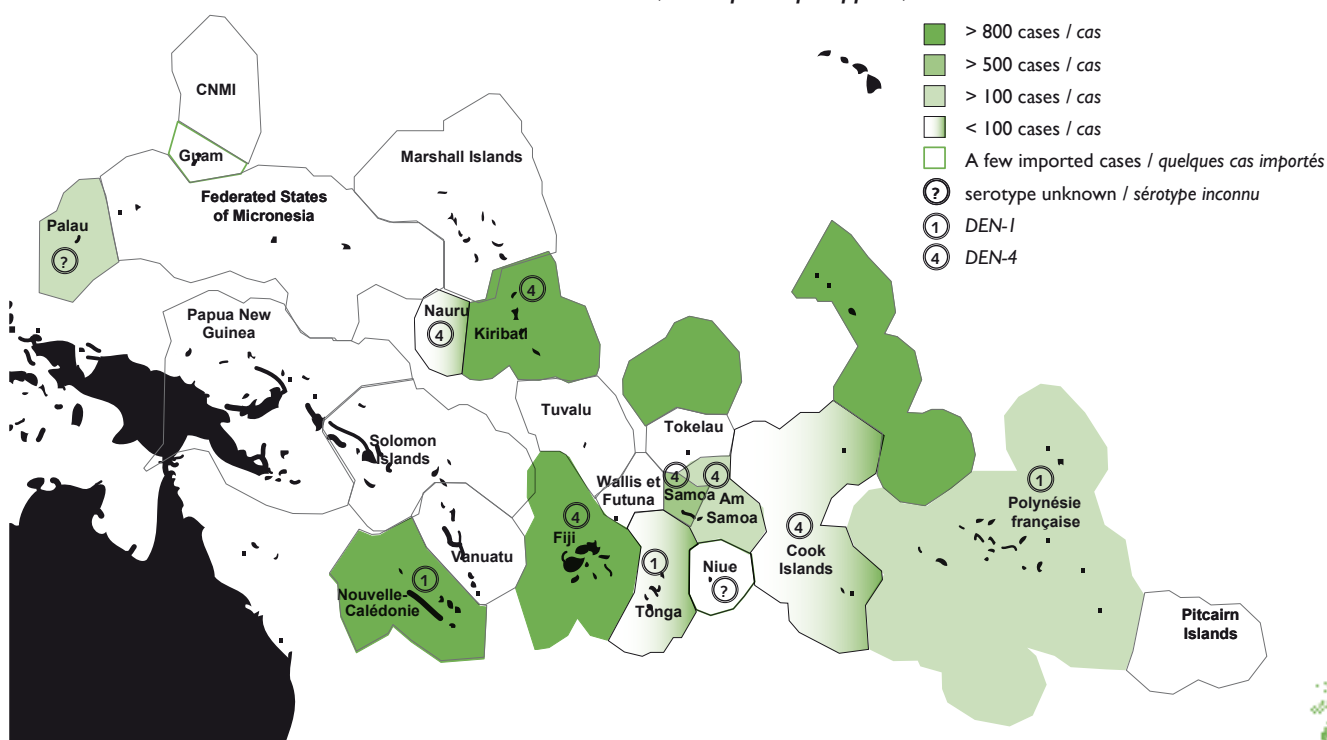
Christelle Lepers,
au nom de l'équipe de rédaction

DENGUE FEVER SITUATION IN THE PACIFIC ISLAND COUNTRIES AND TERRITORIES, 30 SEPTEMBER 2008

This overview was compiled from information about dengue fever posted on PacNet from 1 January to 30 September 2008 by Pacific Island countries and territories (PICTs), and other reports received from PICTs. Only the most recent data/information is presented. PacNet members can access the initial reports on PacNet archives through the PPHSN website (www.spc.int/phs/PPHSN).

SITUATION DE LA DENGUE DANS LES ÉTATS ET TERRITOIRES INSULAIRES OCÉANIENS, 30 SEPTEMBRE 2008

Cet aperçu de la situation de la dengue a été préparé à partir des informations postées sur PacNet entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2008 par les États et Territoires insulaires océaniques (ÉTIO), et d'autres rapports des ÉTIO. Seules les données/informations les plus récentes sont présentées ici. Les membres du réseau peuvent accéder aux rapports originaux qui sont conservés dans les archives de PacNet sur le site web du ROSSP (www.spc.int/phs/pphsn).



Surveillance & response

American Samoa

Out of 10 samples sent to Hawaii for typing, only one came back as having DEN-4 type. Increased numbers of people were seeking medical advice and care regarding dengue-like symptoms. A poster asked other island nation health surveillance officers whether delegates returning from the Pacific Arts Festival were afflicted with dengue; negative responses were received from Wallis and Futuna and Marshall Islands (see below).

Source: PacNet message of 15 August.

Cook Islands

A rise in probable dengue fever cases was observed in Rarotonga between 18 and 21 August. Over four days, 11 cases tested positive for IgM antibodies using the PanBio Dengue Duo rapid test. Confirmatory tests undertaken in Australia on a selection of 6 suspected cases (using paired sera), confirmed only one case of DEN-4. This case recently returned from Samoa.

Source: PacNet messages of 22 August and 10 September.

Fiji Islands

An outbreak of dengue fever was confirmed on 2nd September. In all, 1306 cases were reported to the Ministry of Health between 9 April to 19 September (including 25 cases of DHF & DSS). No deaths were reported. The serotype was identified as DEN-4.

Source: PacNet message of 26 September.

French Polynesia

The situation was stable on 31 August, with 150 positive cases recorded by laboratories since the beginning of the year, including 12 new cases reported in August. Only serotype DEN-1 continued to be isolated.

Source: PacNet message of 17 September.

Guam

Six imported cases (4 from the Philippines, 1 from Bali and 1 from Palau) were diagnosed on Guam in 2008 (up to 27 September).

Source: Guam Epidemiology Newsletter available on PPHSN website (under routine surveillance).

Kiribati

According to a report of 6 July, 831 probable cases were reported since 26 May. No deaths had been confirmed; however, several children were rumoured to have died at the onset of the outbreak. The number of admissions for DHF and DSS was around 30; about 50% of these were under 10 years of age. In June there was a steady decline in the number of probable cases reported and in the last three days of June no cases were reported. The serotype was identified as DEN-4.

Source: PacNet message of 6 July.

Marshall Islands

On 18 August, the only delegate to the Pacific Arts Festival was not affected; no cases of suspect dengue were seen in the previous month.

Source: PacNet message of 18 August in response to American Samoa message of 15 August.

Samoa américaines

Sur 10 échantillons expédiés pour typage à Hawaï, un seul a été confirmé comme correspondant à DEN-4. On a constaté une recrudescence du nombre de personnes qui venaient consulter ou se faire soigner pour des symptômes apparentés à ceux de la dengue. Les agents de surveillance sanitaire des autres pays insulaires étaient invités à indiquer si les participants au Festival des arts du Pacifique présentaient les symptômes de la dengue à leur retour ; des réponses négatives ont été reçues de la part de Wallis et Futuna et des Îles Marshall (voir ci-après).

Source : message PacNet du 15 août.

Îles Cook

Une augmentation des cas probables de dengue a été observée à Rarotonga entre le 18 août et le 21 août. Sur une période de quatre jours, 11 personnes soumises au test de diagnostic rapide PanBio présentaient des anticorps IgM. Des analyses de confirmation effectuées en Australie sur 6 cas suspects (sur des paires de sérum) n'ont confirmé qu'un seul cas de DEN-4. Ce cas concernait une personne récemment revenue du Samoa.

Source : messages PacNet du 22 août et 10 septembre.

Îles Fidji

Une épidémie de dengue a été confirmée le 2 septembre. En tout, 1306 cas ont été notifiés au Ministère de la Santé entre le 9 avril et le 19 septembre 2008 (dont 25 formes sévères – DHF et DSS). Aucun décès n'a été signalé. Le sérotype DEN-4 a été identifié.

Source : message PacNet du 26 septembre.

Polynésie française

La situation était stable au 31 août, avec 150 cas positifs enregistrés par les laboratoires depuis le début de l'année, dont 12 nouveaux cas déclarés en août. Le DEN-1 demeure le seul sérotype isolé.

Source : messages PacNet du 17 septembre.

Guam

Six cas importés (4 des Philippines, 1 de Bali et 1 de Palau) ont été diagnostiqués à Guam en 2008 (en date du 27 septembre).

Source : Guam Epidemiology Newsletter disponible sur le site web du ROSSP (sous surveillance de routine).

Kiribati

D'après un rapport du 6 juillet, 831 cas présumés ont été signalés depuis le 26 mai. Aucun décès n'a été confirmé ; toutefois, plusieurs enfants seraient morts au début de l'épidémie. Environ 30 personnes ont été hospitalisées pour dengue sévère (DHF et DSS) dont la moitié environ était âgée de moins de dix ans. En juin, on a enregistré une baisse régulière du nombre de cas présumés et, dans les trois derniers jours du mois, aucun cas n'a été signalé. Le sérotype DEN-4 a été identifié.

Source : message PacNet du 6 juillet.

Îles Marshall

En date du 18 août, le seul participant au Festival des arts du Pacifique n'a pas été touché ; aucun cas présumé de dengue n'a été vu au cours du dernier mois.

Source : message PacNet du 18 août en réponse au message des Samoa américaines en date du 15 août.



New Caledonia

A dengue fever outbreak was declared on 22 February 2008. Situation as at 22 September: 999 cases reported since the beginning of 2008. Serotype isolated: DEN-1 (+ sporadic imported cases of DEN-2 and DEN-4). No deaths reported.

Source: PacNet message of 12 March and dengue report (situation as at 22 September 2008) available on New Caledonia Health Department (DASS) website (<http://www.dass.gouv.nc/>)

Nauru

Two cases with onset of dengue symptoms in May (and no travel history outside Nauru during the incubation period) were confirmed for DEN-4 in Australia. Since July, no further suspected cases have been reported.

Source: PacNet message of 16 September.

Niue

Out of 12 specimens sent to NZ for dengue serology, two were IgG antibody positive and one of those was IgM equivocal. Both cases were recent returnees from the Pacific Arts Festival in American Samoa.

Source: PacNet message of 3 September.

Palau

A rise in dengue fever cases was observed at the beginning of August 2008. Thirteen cases were reported in July 2008, compared to 45 confirmed cases in August and 39 confirmed cases reported from 1 to 25 September (of whom 13 were admitted).

Source: PacNet messages of 17 August, 8 and 26 September.

Samoa

A total of 557 cases have been reported by the Ministry of Health since the number of cases increased markedly with 219 cases in July 2008, followed by 281 in August, and 57 in September (up to 24 September). Serotype isolated: DEN-4 (+ 1 imported case of DEN-1).

Source: PacNet message of 24 September and report of 16 October 2008.

Tonga

News received on the outbreak that has affected the country since June 2007 indicates that up to 8 March, there had been an increase in the number of cases and villages affected. Two deaths have been reported since the beginning of the year (2008) due to DHF. Cases decreased in April and 18 sporadic cases were seen from May up to 16 June. No further cases were reported from 17 June to 1 July. The serotype identified was DEN-1.

Source: PacNet message of 5 March and report received from the Ministry of Health on 1 July.

Wallis and Futuna

Zero cases of dengue fever have been recorded since 2004, including among delegates returning from the Pacific Arts Festival.

Source: PacNet message of 17 August in response to American Samoa message of 15 August.

Christelle Lepers,
Surveillance Information Officer

Acknowledgements: Many thanks to the health authorities from the Pacific Island countries and territories for sharing their data/information on dengue with PPHSN members through PacNet.

Nouvelle-Calédonie

Une épidémie de dengue a été déclarée le 22 février 2008.

Situation au 22 septembre : 999 cas déclarés depuis le début de 2008. Sérotype isolé : DEN-1 (ainsi que quelques cas sporadiques importés de DEN-2 et DEN-4). Aucun décès à signaler.

Source : message PacNet du 12 mars et rapport concernant la dengue en Nouvelle-Calédonie en 2008 (situation au 22 septembre) disponible sur le site web de la DASS (<http://www.dass.gouv.nc/>).

Nauru

Deux cas avec apparition des premiers symptômes de la dengue en mai (n'ayant pas voyagé hors de Nauru pendant la période d'incubation) ont été confirmés en Australie comme DEN-4. Depuis juillet, aucun autre cas suspect n'a été rapporté.

Source : message PacNet du 16 septembre.

Niue

Sur douze échantillons envoyés en Nouvelle-Zélande pour sérologie de la dengue, deux présentaient des anticorps IgG positifs et l'un d'entre eux était IgM équivoque. Les deux cas concernaient des personnes revenues récemment du Festival des arts du Pacifique.

Source : message PacNet du 3 septembre.

Palau

Une augmentation des cas de dengue a été observée au début du mois d'août 2008. Treize cas ont été signalés juillet 2008, contre 45 cas confirmés en août et 39 cas confirmés rapportés entre le 1er et le 25 septembre (dont 13 ont été hospitalisés).

Source : messages PacNet du 17 août, 8 et 26 septembre.

Samoa

Au total, 557 cas de dengue ont été rapportés par le Ministère de la Santé du Samoa depuis que le nombre de cas a augmenté de façon marquée avec 219 cas en juillet 2008, suivis de 281 cas en août et 57 cas en date du 24 septembre. Sérotype isolé : DEN-4 (+ 1 cas importé de DEN-1).

Source : message PacNet du 24 septembre et rapport du 16 octobre 2008.

Tonga

Des nouvelles reçues concernant l'épidémie de dengue qui touchait le pays depuis juin 2007, indiquaient qu'en date du 8 mars, on constatait une augmentation du nombre de cas et de villages touchés. Deux décès par dengue hémorragique avaient été signalés depuis le début de l'année 2008. Le nombre de cas a diminué en avril et 18 cas sporadiques ont été rapportés entre mai et le 16 juin. Aucun autre cas n'a été rapporté entre le 17 juin et le 1 juillet. Le sérotype identifié était DEN-1.

Source : message PacNet du 5 mars et rapport reçu du Ministère de la Santé le 1 juillet.

Wallis et Futuna

Aucun cas de dengue n'a été enregistré depuis 2004, y compris chez les participants au Festival des arts du Pacifique.

Source : message PacNet du 17 août en réponse au message des Samoa américaines du 15 août.

Christelle Lepers

Chargée de l'information sur la surveillance de la santé publique,
CPS

Remerciements : Un grand merci aux autorités sanitaires des États et Territoires insulaires océaniques de bien vouloir partager leurs données et informations sur la dengue avec les membres du ROSSP par le biais de PacNet.



PROVIDER-INITIATED HIV TESTING AND COUNSELLING IN TB CLINICS IN THE PACIFIC

Summary

Low numbers of TB patients co-infected with HIV have been reported so far in the Pacific Island countries and territories (PICTs), but TB-HIV co-infection is an emerging threat.

Surveillance of HIV in TB patients is therefore crucial in order to assess the need for collaboration between HIV and TB programmes on formulation and implementation of a joint TB/HIV strategy and to provide information on the HIV epidemic. HIV prevalence among TB patients is a sensitive indicator of the spread of HIV into the general population.

WHO-recommended surveillance methods include periodic cross-sectional HIV seroprevalence surveys and data from routine care of TB patients (1).

Organisation of surveys has proved to be complicated, with the main limitations of a recent survey having been lack of staff time, legislation and ethical issues, and logistical issues (2).

On the other side, data from routine care of TB patients are also scarce; in most PICTs much less than half of all TB patients were tested for HIV in 2007, the main barriers being lack of clear HIV testing policies, lack of trained counsellors, irregular supplies of HIV-testing reagents, high workload of staff, and lack of adequate space.

Thus, ways to improve surveillance of HIV in TB- and HIV-testing uptake need to be found, and the introduction of a provider-initiated testing and counselling policy should be considered.

CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH À L'INITIATIVE DU SOIGNANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS OCÉANIENS TRAITANT LES TUBERCULEUX

Résumé

Les malades tuberculeux signalés comme porteurs également du VIH ne sont pas très nombreux dans les États et Territoires insulaires océaniques (ETIO). Néanmoins, la co-infection TB-VIH constitue une menace émergente.

La surveillance du VIH chez les tuberculeux est par conséquent capitale si l'on veut évaluer la nécessité d'une collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH/Sida et contre la TB en vue de la formulation et de la mise en œuvre d'une stratégie de lutte commune, ainsi que de la diffusion d'informations sur l'épidémie du VIH. La prévalence du virus chez les malades tuberculeux est un indicateur sensible de la progression du VIH parmi la population en général.

Les méthodes de surveillance recommandées par l'OMS incluent des enquêtes ponctuelles périodiques sur la séroprévalence du VIH et l'enregistrement des données dérivant des soins courants dispensés aux tuberculeux (1).

L'organisation des enquêtes s'est avérée compliquée, les principales difficultés rencontrées lors d'une récente enquête étant liées au manque de personnel, à des questions d'ordre juridique et éthique et à des problèmes logistiques (2).

Quant aux données dérivant des soins courants dispensés aux tuberculeux, celles-ci sont aussi rares ; dans la plupart des ETIO, les tuberculeux ayant subi un test de dépistage du VIH en 2007 représentent bien moins de la moitié de l'ensemble des malades, les principaux obstacles étant l'absence de politiques claires de dépistage du VIH, la pénurie de conseillers qualifiés, des approvisionnements irréguliers en réactifs pour les tests VIH, des agents de santé débordés de travail, et le manque de locaux adéquats.

Il reste donc à trouver des moyens d'améliorer la surveillance du VIH chez les tuberculeux et la pratique du dépistage du VIH, et à envisager l'adoption d'une politique de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant.



Background

The relationship between TB and HIV is well known: HIV promotes progression to active TB both in people with recently acquired *M. tuberculosis* infections and in people with late infections. HIV is the most powerful known risk factor for reactivation of latent tuberculosis infection to active disease. HIV-infected people are more susceptible to TB infection when they are exposed to *M. tuberculosis*.

HIV not only increases the number of TB cases but also alters the clinical course of TB disease. As HIV-related immunosuppression increases, the clinical pattern of TB disease changes, with increasing numbers of smear-negative pulmonary TB and extra-pulmonary TB cases. TB is more likely to be disseminated and more difficult to diagnose as immunosuppression progresses.

TB and HIV are thus closely interlinked. TB is a leading cause of HIV-related morbidity and mortality. HIV is the most important factor fuelling the TB epidemic in populations with a high HIV prevalence, such as in many countries in sub-Saharan Africa and parts of Southeast Asia.

What is the situation in the Pacific?

Apart from Papua New Guinea (PNG), observed rates of HIV prevalence and incidence are currently low, and are either static or rising very slowly in PICTs. However, reported HIV case notification does not reflect the total disease burden due to incomplete notification and variable access to HIV testing and counselling.

The largest number of HIV-positive cases can be found in New Caledonia, French Polynesia, Guam, Kiribati and Fiji. As at June 2007, a total of 1196 HIV cases had been reported across the Pacific (outside PNG), 412 AIDS cases and 227 AIDS-related deaths. Although current reported HIV prevalence is relatively low, significant risk factors for HIV transmission exist – namely the high prevalence of sexually transmissible infections (STIs).

With regard to the TB disease burden in the Pacific, in 2007, 1650 new TB cases (all forms) were reported by 20 PICTs (PNG excluded); this indicates that the TB disease burden is relatively low in PICTs. The average TB case notification rate in 2007 was 55/100,000 population, which is lower than the average for the Western Pacific region (75/100,000). However, some PICTs, e.g. Kiribati and Marshall Islands, have very high TB notification rates – much higher than the average for the region.

In summary, TB remains a serious public health problem in several countries in the Pacific, with coexisting high prevalence of risk factors for HIV in several countries although HIV prevalence is currently low. Thus, HIV surveillance among TB patients should continue and be improved so as to provide accurate data to countries and enable TB and HIV programmes to make appropriate changes in their policies and strategies when necessary.

Contexte

Les liens entre la tuberculose et le VIH sont bien connus : le VIH favorise la progression de la tuberculose active tant chez les sujets ayant récemment contracté une infection à *M. tuberculosis* que chez les personnes infectées depuis longtemps. Le VIH est parmi les facteurs de risque connus le plus puissant pour ce qui concerne la transformation d'une infection tuberculeuse latente en une maladie active. Les personnes séropositives sont plus susceptibles de contracter la tuberculose lorsqu'elles sont exposées à *M. tuberculosis*.

Le VIH non seulement accroît le nombre de cas de tuberculose mais il modifie également le cours clinique de la progression de la tuberculose. À mesure que l'immunosuppression liée au VIH augmente, le profil clinique des cas de tuberculose varie, le nombre de sujets souffrant d'une tuberculose pulmonaire à frottis négatif et de tuberculose extrapulmonaire augmentant. Plus l'immunosuppression s'aggrave, plus la tuberculose risque de se présenter sous une forme disséminée et plus elle est difficile à diagnostiquer.

La tuberculose et le VIH sont donc étroitement liés. La tuberculose est une des causes majeures de la morbidité et de la mortalité liées au VIH. Le VIH, lui, est le facteur de propagation de l'épidémie de tuberculose le plus important parmi les populations accusant une forte prévalence du VIH, comme dans beaucoup de pays de l'Afrique subsaharienne et certaines régions de l'Asie du Sud-Est.

Comment se présente la situation en Océanie?

Si l'on excepte la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les taux observés de prévalence et d'incidence du VIH sont encore faibles aujourd'hui dans les États et Territoires insulaires océaniques et, soit restent stables, soit augmentent très lentement. Toutefois, le nombre de cas de séropositivité déclarés ne reflète pas la véritable charge de la maladie, car les déclarations sont incomplètes et la couverture du dépistage du VIH est variable.

Le nombre le plus important de séropositifs se trouve en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Guam, à Kiribati et aux Îles Fidji. Au 30 juin 2007 et cumulativement, 1 196 cas de séropositivité avaient été déclarés dans toute l'Océanie (la Papouasie-Nouvelle-Guinée non comprise), 412 cas de sida et 227 décès liés au sida. Bien que la prévalence soit relativement faible, les facteurs de risque importants de transmission du VIH, à savoir notamment la forte prévalence d'infections sexuellement transmissibles (IST), sont bien là.

S'agissant de la charge de la tuberculose dans le Pacifique, 1 650 nouveaux cas (toutes formes) ont été notifiés en 2007 par 20 ETIO (à l'exclusion de la Papouasie-Nouvelle-Guinée) ; cela laisse penser que la charge de la tuberculose est relativement faible dans les ETIO. La moyenne du taux de notification de cas de tuberculose était en 2007 de 55/100 000 habitants, chiffre inférieur à la moyenne de la Région du Pacifique occidentale (75/100,000). Cependant, certains ETIO, comme Kiribati et les Îles Marshall, enregistrent des taux de notification de la tuberculose très élevés, bien supérieurs à la moyenne pour la Région.

En résumé, la tuberculose demeure un sérieux problème de santé publique dans plusieurs pays océaniques, avec, en plus, la coexistence d'une forte prévalence de facteurs de risque d'infection au VIH dans plusieurs pays, même si la prévalence du VIH est actuellement faible. Par conséquent, la surveillance du VIH chez les tuberculeux devrait continuer et s'améliorer, de manière à fournir des données précises aux pays et à permettre aux acteurs de la lutte



Furthermore, even though in low HIV-prevalence countries few TB patients will be HIV-infected, the test should always be considered in managing individual TB patients. HIV testing and counselling for tuberculosis patients offers an entry point for a continuum of prevention, care, support and treatment for HIV as well as for TB. The indication for HIV testing is strong: co-infected patients may benefit by having access to antiretroviral therapy as HIV treatment programmes expand, or through administration of cotrimoxazole for prevention of opportunistic infections.

Methods

The number of TB patients tested for HIV and reported cases of HIV in TB patients is collected annually by the World Health Organization (WHO) and published in the WHO report on global tuberculosis control (3).

SPC was responsible for the TB/HIV co-infection surveillance project, a survey initiated in 2005 that aimed to determine the extent of the problem and provide baseline data for longitudinal comparisons. Eleven countries were included in the project initially: New Caledonia, French Polynesia, Guam, Fiji, Kiribati, Northern Mariana Islands (CNMI), Tonga, Samoa, Marshall Islands, Palau and Solomon Islands. The approach to sampling was to screen a consecutive group of newly diagnosed TB cases. Subjects eligible for HIV testing could be either newly identified cases or relapses. Based on previous figures of the number of new TB cases in the countries selected, it was anticipated that around 400 people would be screened over the course of the project (May–December 2005).

Results

Data from the latest WHO report on global tuberculosis control (2008) show that in 2005 in the Pacific Island region, a total of 396 TB patients were tested for HIV, most of them in the French territories (New Caledonia and French Polynesia), Fiji and the US-affiliated countries (Guam and CNMI), and three HIV-positive TB patients were detected (two in Kiribati as part of the survey and one in Fiji).

From the same report, 2006 data show that a total of 367 TB patients were tested for HIV and again three TB patients were found to be HIV-positive (all in Fiji).

Due to a series of constraints, the TB/HIV co-infection surveillance project has provided only limited data. In only three countries have a substantial number of TB patients been counselled and tested: Kiribati, Guam and CNMI. In Kiribati, out of 102 TB patients enrolled in the study, HIV results are available for only 59 to date: 57 are HIV negative and two (males aged 52 and 17) were found to be HIV positive. In Guam, out of a total of 91 TB patients enrolled in the study, HIV testing results are available for 87 – all were found to be HIV negative. In CNMI, out of a total of 88 TB patients enrolled in the study, HIV testing results are available for 86; again, all were found to be HIV negative.

contre le VIH et la tuberculose à effectuer des changements dans leurs politiques et stratégies, au moment opportun.

En outre, même si dans les pays à faible prévalence du VIH seuls quelques rares tuberculeux risquent d'être infectés par le VIH, il y a lieu de toujours inclure le test de dépistage dans la prise en charge individuelle des malades. Le dépistage du VIH chez les tuberculeux, et le conseil qui l'accompagne, sont des moyens d'assurer la prise en charge dans sa continuité, prévention, soins, traitement et soutien tant des séropositifs que des tuberculeux. Tout parle en faveur de ce dépistage : les malades co-infectés peuvent avoir accès à la thérapie antirétrovirale au fur et à mesure que les programmes de traitement du VIH progressent, ou peuvent se voir administrer de la cotrimoxazole qui prévient des infections opportunistes.

Méthodes

Les nombres de tuberculeux ayant subi un test VIH et les cas déclarés de séropositivité chez des tuberculeux sont recueillis chaque année par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et publiés dans le rapport de l'OMS sur l'état de la lutte antituberculeuse dans le monde (3).

La CPS a été chargée de la conduite d'un projet de surveillance de la co-infection TB/VIH, étude lancée en 2005 et ayant pour but de déterminer l'ampleur du problème et de fournir des données de référence permettant des comparaisons longitudinales. À l'origine, le projet portait sur onze pays, à savoir, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, Guam, les Îles Fidji, Kiribati, les Îles Mariannes du Nord, les Tonga, le Samoa, les Îles Marshall, Palau et les Îles Salomon. La méthode d'échantillonnage consistait à faire subir un dépistage à un groupe chronologique de cas de tuberculose nouvellement diagnostiqués. Les sujets pressentis pour subir un test VIH pouvaient être soit des cas nouvellement détectés, soit en période de rechute. En se basant sur les données de nouveaux cas de tuberculose signalés dans les pays choisis, il a été estimé qu'environ 400 personnes subiraient un test de dépistage au cours de la réalisation du projet (mai-décembre 2005).

Résultats

Les données issues du dernier rapport de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde (2008) indiquent qu'en 2005, en Océanie, 396 tuberculeux ont subi un test VIH, dont la plupart étaient des habitants des collectivités françaises de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie, des Îles Fidji et des territoires associés des États-Unis d'Amérique (Guam et Îles Mariannes du Nord). Trois tuberculeux ont été déclarés positifs (deux à Kiribati dans le cadre de l'étude et un aux Îles Fidji).

Dans le même rapport, les données de 2006 indiquent que 367 tuberculeux au total ont subi un test VIH et, à nouveau, trois tuberculeux se sont avérés séropositifs (tous aux Îles Fidji).

En raison de diverses contraintes, le projet de surveillance de la co-infection TB/VIH n'a produit qu'un nombre de données limité. Les tuberculeux n'ont été conseillés et dépistés en grand nombre que dans trois pays: Kiribati, Guam et les Îles Mariannes du Nord. À Kiribati, sur 102 tuberculeux ayant participé à l'étude, seuls 59 ont obtenu à ce jour des résultats du test VIH: 57 sont négatifs et deux sont positifs (des hommes âgés de 52 et 17 ans). À Guam, sur un total de 91 tuberculeux ayant participé à l'étude, seulement 87 ont obtenu des résultats de leur test VIH, tous étant négatifs. Aux Îles Mariannes du Nord, sur un total de 88 tuberculeux ayant participé à l'étude, seulement 86 ont obtenu des résultats de leur test VIH; là encore, tous étaient négatifs.



Discussion

HIV testing for TB patients is a critical entry point to interventions for both treatment and prevention.

There was no increase in provision of HIV testing for TB patients between 2005 and 2006; in fact, there was a slight decline due to the fact that Kiribati stopped testing after the TB/HIV surveillance project was completed. The other countries, especially Guam, CNMI, Fiji, New Caledonia and French Polynesia, continued with HIV testing of TB patients; however, HIV testing was not provided to all TB patients.

Across all reporting countries, testing led to the detection of three HIV-positive TB patients in 2005 and again three in 2006. Thus, prevalence of HIV among TB patients seems to be low in most settings. However, the data are incomplete and it is not possible to look at trends.

From these findings it appears clearly that there is room for further improvement, especially in countries with high TB burdens and with existing risk factors for HIV transmission, such as Kiribati.

What could be the way forward?

Client-initiated approaches have been the primary model for providing HIV testing and counselling. However, coverage of client-initiated HIV testing and counselling services is inadequate and uptake has been hampered by many factors, including stigma and limited access.

The most critical enabler for the success of TB/HIV service scale-up at various sites is provider-initiated HIV testing and counselling. Without HIV testing and counselling, countries will never recognise the true scale of the burden of HIV and TB co-infection, and people with TB who are co-infected with HIV will go unrecognised and untreated.

The key is to set a policy of provider-initiated HIV testing in clinical settings.

Health-care-provider-initiated diagnostic testing using rapid HIV tests should be offered to all individuals with symptoms and signs suggesting HIV infection, including all persons with TB (4).

Provider-initiated HIV testing and counselling present an opportunity to ensure that HIV is more systematically diagnosed in health-care facilities in order to facilitate patient access to needed HIV prevention, treatment, care and support services.

As per definition (4), provider-initiated HIV testing and counselling refers to HIV testing and counselling that is recommended by health-care providers to persons attending health-care facilities as a standard component of medical care. The major purpose of such testing and counselling is to enable specific clinical decisions to be made and/or specific medical

Discussion

Le test de dépistage du VIH chez des tuberculeux est une occasion importante de déclencher des interventions tant pour soigner que pour prévenir.

Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de tests VIH pratiqués sur des tuberculeux entre 2005 et 2006; en fait, ce nombre a même légèrement diminué parce que Kiribati a arrêté d'en faire dès que le projet de surveillance de la co-infection a pris fin. Les autres pays, en particulier Guam, les Îles Mariannes du Nord, les Îles Fidji, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française, ont continué de conduire ces tests sur les tuberculeux, toutefois les malades n'ont pas pu tous en bénéficier.

Sur tous les pays ayant envoyé leurs résultats, les tests ont entraîné la détection de trois tuberculeux séropositifs, en 2005 et 2006. Ainsi, la prévalence du VIH chez les tuberculeux semble faible dans la plupart de ces contextes. Toutefois, les données étant incomplètes, il n'est pas possible d'en déduire des tendances.

A la lumière de ce qui précède, il semble évident qu'il y a lieu de s'efforcer d'améliorer la situation, surtout dans les pays sur lesquels la tuberculose pèse lourdement, et où des facteurs de risque pour l'infection VIH sont présents, comme Kiribati.

Quelle est la voie à prendre?

Le conseil et dépistage à l'initiative des clients a été le modèle initial pour concevoir l'offre d'un service de dépistage du VIH et de conseil. Toutefois, la couverture de ce service fondé sur la seule demande du client est faible, et son utilisation est souvent entravée par de nombreux facteurs, tels que la stigmatisation dont souffrent les séropositifs et un accès limité.

La seule démarche qui favoriserait le succès d'un service accru de dépistage de la co-infection TB/VIH en divers lieux est celle qui consiste dans l'offre du service de dépistage et de conseil par les agents qui dispensent les soins eux-mêmes. Sans ce type de service, les pays ne connaîtront jamais l'ampleur réelle de la charge de la co-infection, et les tuberculeux ayant contracté le VIH continueront de l'ignorer et de ne pas être traités.

La clé du succès réside dans l'établissement d'une politique prévoyant un dépistage du VIH à l'initiative des agents soignants, en milieu clinique.

Les agents de santé dispensant des soins devraient offrir la possibilité de subir un test diagnostique au moyen des tests VIH rapides à toutes les personnes présentant des symptômes et des signes laissant présager une infection au VIH, y compris à toutes les personnes tuberculeuses (4).

Le service de dépistage et de conseil offert par les agents soignants constitue un moyen d'assurer un diagnostic systématique du VIH dans les établissements de soins et, par le fait, facilite pour les malades l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Comme l'indique la définition qui en est donnée, (4), le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative des agents soignants consistent dans l'offre de ces services sur la recommandation des agents de santé, comme un élément normal des soins médicaux. Le but principal de ces services est de permettre la prise de décisions cliniques ou l'offre de services médicaux spécifiques, qui ne seraient pas possibles si le statut sérologique de la personne était ignoré.



services to be offered that would not be possible without knowledge of the person's HIV status.

In the case of persons presenting to health facilities with symptoms or signs of illness that could be attributable to HIV, it is a basic responsibility of health-care providers to recommend HIV testing and counselling as part of the routine clinical management of the patient. This includes recommending HIV testing and counselling to tuberculosis patients. As in the case of client-initiated HIV testing and counselling, provider-initiated HIV testing and counselling is voluntary and the 'three Cs' – informed consent, counselling and confidentiality – must be observed.

HIV testing should follow recommended CDC/UNICEF/WHO/SPC HIV-testing strategies and relevant national HIV-testing algorithms. The specific test combinations need to be evaluated in the context in which they will be used before wide-scale implementation (5).

In parallel it will be important to have adequate training and supervision for health-care providers, particularly in the processes of counselling, obtaining informed consent and maintaining confidentiality of HIV test results. Close monitoring and evaluation, especially in the implementation stages, will be needed to ensure that provider-initiated HIV testing and counselling is well implemented.

A standardised and complementary information system should be developed to monitor management of HIV/TB patients and performance of TB and HIV care efforts. Once a TB patient has been diagnosed, the health-care provider must inquire whether the patient knows his/her HIV status. If the patient does not know his/her status, the health-care provider should offer HIV counselling and testing.

If the patient refuses HIV testing, multiple consultations during treatment of TB allow the health-care provider to ascertain the reasons for refusal, re-emphasise the value of testing and access to care if HIV-infected, and encourage the patient to remain uninfected if the test is negative. Similarly, post-test counselling can be reinforced during the 6–8 months of treatment. The evaluation of the TB patient for HIV also presents an opportunity to counsel and test the patient's sexual partner(s) and, if appropriate, children for both TB and HIV.

Conclusion

In most PICTs, a provider-initiated testing and counselling policy is not in place. TB patients are referred to HIV testing and counselling centres for HIV testing where these are available, with limited numbers of patients actually tested. Furthermore, sending TB patients to HIV testing facilities might unnecessarily expose people living with HIV to infectious TB. Introduction of a provider-initiated testing and counselling policy should immediately be considered in PICTs. The ultimate goal is for HIV testing to become available to all TB cases.

Si une personne se rend dans un établissement de soins et présente des symptômes ou des signes attribuables au VIH, les agents de santé traitants se doivent de recommander à cette personne de se soumettre à un test de dépistage et de bénéficier du conseil qui l'accompagne, dans le cadre de la prise en charge clinique normale du patient. Cela inclut cette même offre aux tuberculeux. Comme c'est le cas lorsque le dépistage et la consultation sont à l'initiative du patient, cette offre de service de la part des agents de santé n'oblige pas les patients à s'y soumettre et, en l'occurrence, la règle des trois "C", consentement éclairé, confidentialité et conseil, reste de rigueur.

Le dépistage du VIH devrait se conformer aux méthodes recommandées par les organisations CDC/UNICEF/OMS/CPS et aux algorithmes des tests VIH nationaux. Les combinaisons spécifiques du test devront être évaluées dans le contexte dans lequel elles seront utilisées avant d'être appliquées à grande échelle (5).

Parallèlement, il importera d'offrir une formation et une supervision adéquates aux agents de santé soignants, portant en particulier sur les méthodes de conseil, l'obtention du consentement informé de la personne pressentie et l'assurance de la confidentialité relative aux résultats du test VIH. Il faudra effectuer un suivi attentif et une évaluation, notamment au moment de la mise en place, pour faire en sorte que les tests VIH et le conseil proposés par les agents soignants soient pratiqués de manière optimale.

Il y aura lieu de mettre au point un système d'information normalisé et complémentaire pour suivre la prise en charge des malades touchés par la co-infection TB/VIH et contrôler l'efficacité des soins administrés pour traiter la tuberculose et l'infection au VIH. Lorsque la TB aura été diagnostiquée chez un patient, le personnel soignant devra chercher à savoir si le malade connaît son statut sérologique VIH. Si le malade l'ignore, l'agent de santé devra lui proposer le test de dépistage du virus et le service de conseil qui l'accompagne.

Si le malade refuse de subir le test, l'agent de santé peut encore tirer profit des multiples consultations qui ont lieu durant le traitement de la tuberculose pour connaître les raisons de son refus, lui faire valoir à nouveau l'intérêt du dépistage et de l'accès aux soins si jamais il était porteur du virus, et l'encourager à se préserver de l'infection si jamais le test s'avère négatif. De même, les entretiens de conseil qui suivent le test peuvent se multiplier pendant les 6 à 8 mois que dure le traitement. La recherche du VIH chez le tuberculeux donne aussi l'occasion de conseiller et de tester le partenaire sexuel du malade et, le cas échéant, ses enfants, pour y dépister à la fois le bacille de la tuberculose et le VIH.

Conclusion

La plupart des ETIO n'ont pas mis en place une politique de dépistage du VIH et de conseil à l'initiative du soignant. Les tuberculeux sont dirigés vers des centres de dépistage et de conseil, lorsque ceux-ci existent, pour y subir des tests VIH, les malades subissant effectivement ce test étant en nombre limité. Par ailleurs, diriger les tuberculeux vers des centres de dépistage du VIH risque d'exposer des personnes vivant avec le VIH à une forme contagieuse de la tuberculose. Il faudrait d'urgence envisager d'introduire une politique de conseil et dépistage par les agents de santé soignants dans les ETIO. Le but visé est de donner la possibilité à tous les tuberculeux de subir un test de dépistage du VIH.



By diagnosing and managing additional HIV cases detected through the portal of the TB control programme, clinicians will contribute to diminishing the burden of HIV, and thus TB. Other benefits of knowing HIV status include infection control: because HIV-infected individuals experience drastic consequences when they acquire *M. tuberculosis* (re-)infection, good TB infection control in health facilities is crucial to prevent transmission. This occurs within a hierarchy, beginning with administrative controls, followed by environmental control measures and personal respiratory protective devices.

Furthermore, although HIV infection has not been conclusively shown to be an independent risk factor for drug resistance, multi-drug-resistant (MDR) tuberculosis outbreaks in HIV settings and high mortality rates in persons with MDR tuberculosis and HIV infection justify routine drug susceptibility testing (DST) in all HIV-infected tuberculosis patients (6).

Dr Axel Wiegandt

Medical Officer - Tuberculosis Control Section
SPC

Acknowledgements

The author would like to gratefully acknowledge all PICTs who provided HIV and TB data for this report.

References

1. Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients. 2nd ed. WHO, Geneva, 2004.
2. Tuberculosis/HIV Co-infection Surveillance Project, March 2005. TB Control Section, SPC, Noumea (Project document).
3. Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing. WHO, Geneva, 2008.
4. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO, Geneva, 2007.
5. Recommendations for expanding HIV testing in the Pacific: Regional Level Technical Consultation on HIV Testing for the Pacific, 5–6 May 2008, Pago Pago, American Samoa. HIV & STI Section, SPC, Noumea.
6. International standards for tuberculosis care (ISTC). Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, The Hague, 2006.

En diagnostiquant et en prenant en charge des cas supplémentaires d'infection au VIH par le biais du programme de lutte contre la tuberculose, les cliniciens contribueront à alléger la charge de la séropositivité et, dans le même temps, de la tuberculose. En outre, le dépistage de la séropositivité aura pour autres avantages de permettre d'améliorer la lutte anti-infectieuse: du fait que les porteurs du VIH voient leur état se dégrader fortement lorsqu'ils contractent *M. tuberculosis* (infection ou réinfection), une lutte anti-infectieuse contre la tuberculose dans les établissements de soins est essentielle pour empêcher sa transmission. Cette lutte s'exerce systématiquement, à commencer par des contrôles administratifs, suivis par des mesures d'assainissement de l'environnement et la distribution d'équipements personnels de protection des voies respiratoires.

En outre, bien qu'il n'ait pas été définitivement prouvé que l'infection au VIH est un facteur de risque de résistance aux médicaments, des flambées de tuberculose multirésistante dans des milieux où sévit le VIH, et le taux élevé de mortalité chez les personnes ayant à la fois ce type de tuberculose et l'infection au VIH justifient que l'on pratique systématiquement des tests de sensibilité aux médicaments chez tous les tuberculeux également porteurs du VIH (6).

Docteur Axel Wiegandt

Médecin – Section Tuberculose
CPS

Remerciements

L'auteur souhaite remercier tous les États et territoires insulaires océaniques qui ont fournis des données sur le VIH et la tuberculose pour la compilation de ce rapport.

Références

- (1) Directives de l'OMS sur la surveillance du VIH chez les tuberculeux. 2ème éd. OMS, Genève, 2004.
- (2) Tuberculosis/HIV Co-infection Surveillance Project, March 2005. TB Control Section, SPC, Noumea (Project document).
- (3) Lutte contre la tuberculose dans le monde: Surveillance, planification, financement. OMS, Genève, 2008.
- (4) Guide sur le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de soins. OMS, Genève, 2007.
- (5) Recommendations for expanding HIV testing in the Pacific: Regional Level Technical Consultation on HIV Testing for the Pacific, 5–6 May 2008, Pago Pago, American Samoa. HIV & STI Section, SPC, Noumea.
- (6) International standards for tuberculosis care (ISTC). Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, The Hague, 2006.

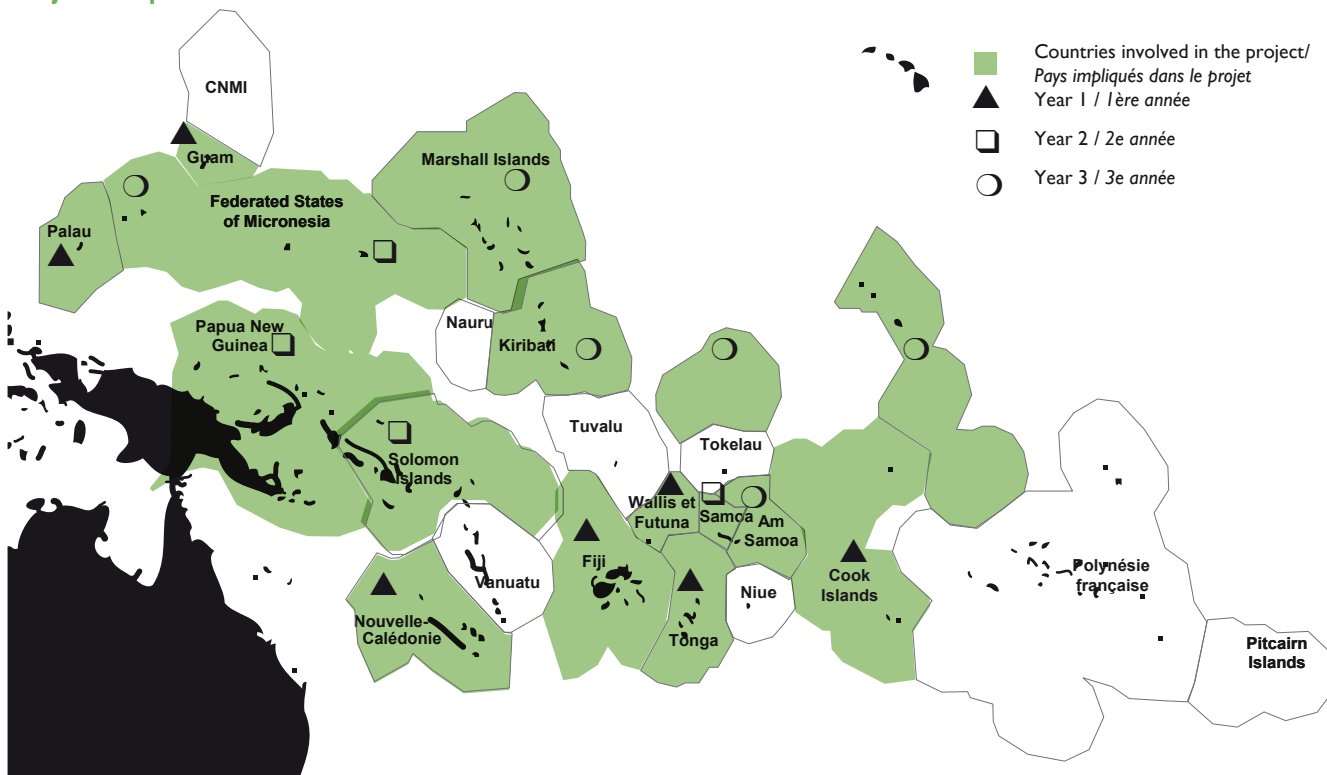


PROGRESS OF THE LAB-BASED INFLUENZA SURVEILLANCE PROJECT

In *Inform'ACTION* 26 we provided the most recent update of this PPHSN project, which started in September 2005 and which is sponsored by CDC and coordinated by SPC and the Pasteur Institute of New Caledonia (IPNC). At that time the status of continuation of the project was not clear. We have since received confirmation from CDC that funding for the project and all its related activities will be continued until 2010 at least.

The period that this update covers is September 2007–May 2008. In addition to this article, we asked our colleagues from Wallis and Futuna, who joined the project in January 2007, to share their experiences with us (see page 14).

Project implementation



In Year 1, the project was implemented in Cook Islands, Fiji, Guam, New Caledonia, Palau, Tonga and Wallis and Futuna.

In Year 2, the project was implemented in FSM-Pohnpei, Papua New Guinea, Samoa and Solomon Islands.

To date, 17 sentinel sites have been designated for the project and the staff of 10 laboratories have been trained in fluorescent microscopy procedures.

As part of the implementation, a fluorescent microscope, staining reagents and supplies are purchased and delivered to each PICT; sentinel sites are selected by the country/

AVANCEMENT DU PROJET DE SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN LABORATOIRE

Dans *Inform'ACTION* 26, nous vous donnions les dernières nouvelles de ce projet du ROSSP, qui a débuté en septembre 2005 et est parrainé par les CDC et coordonné par la CPS et l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC). Nous ignorions alors (en mai 2007) si nous pourrions poursuivre le projet. Nous avons reçu depuis, des CDC, la confirmation que le financement de ce projet et de toutes les activités qui s'y rapportent sera assuré jusqu'en 2010 au moins.

La période couverte par cette nouvelle mise à jour va de septembre 2007 à mai 2008. En plus de cet article, vous trouverez un récit de nos collègues de Wallis et Futuna, qui ont rejoint le projet en janvier 2007, et à qui nous avons demandé de faire part de leur expérience (voir page 14).

Mise en œuvre du projet

La première année, le projet a été mis en œuvre aux Îles Cook, aux Îles Fidji, à Guam, en Nouvelle-Calédonie, à Palau, aux Tonga et à Wallis et Futuna.

La deuxième année, il a été mis en œuvre à Pohnpei (États fédérés de Micronésie), en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Samoa et aux Îles Salomon.

A ce jour, 17 sites sentinelles ont été désignés et le personnel de 10 laboratoires a été formé à l'utilisation de la microscopie par fluorescence.

Dans le cadre de la réalisation du projet, un microscope à fluorescence, des réactifs colorants et des fournitures ont été achetés et livrés à chaque ÉTIO, des sites sentinelles ont été choisis par l'État ou le Territoire concerné, et une équipe d'agents d'exécution de la CPS, composée d'un spécialiste de laboratoire

territory; and presentations and training are provided by an SPC implementation team consisting of a lab specialist and an epidemiologist.

Testing activities

The total number of specimens collected from participating sentinel sites in PICTs from September 2007 to May 2008 was 604. Fluorescent microscopy procedures were performed on these specimens following the project protocols. Of the 604, 18 were identified as influenza A, six were identified as influenza B, and 44 were identified as RSV (respiratory syncytial virus).

For the project, the designated confirmation laboratories are IPNC and the WHO Collaborating Centre, Melbourne (WHO-CC). For this report period, a total of 32 specimens were sent to IPNC for confirmation. Of these, 11 were confirmed and typed as influenza A: type H3, and two were confirmed and typed as influenza A: type H1. A total of 13 specimens were sent by IPNC to WHO-CC for confirmation and genotyping. Of these, 11 were recovered, confirmed and typed as influenza A: type H3: A/Brisbane/10/2007-like.

Issues and challenges

One of the major challenges the project is experiencing is the inconsistent provision of shipping/courier services in the wider Pacific region, which makes it very difficult to ship specimens to the designated confirmation laboratories. The project's coordinators (SPC and IPNC) aim to improve this situation by seeking alternative commercial shipping mechanisms that can consistently provide services to all PICTs. The coordinators would also like to see sentinel site activities increased in PICTs as this would contribute to better surveillance of seasonal influenza. To assist with this, the project aims to provide dedicated epidemiology expertise on a regular basis.

Future activities

Within Year 3 funding, it is planned to implement activities in American Samoa, FSM-Yap, Kiribati and RMI-Majuro. Continuation funding for year 4 has been granted. As part of the project's objectives, SPC and IPNC seek to sustain all related activities in PICTs that have already been implemented, and to consider adding more PICTs to the project.

Albert Gurusamy
Laboratory Specialist, SPC

et d'un épidémiologiste, a fait des exposés d'explication et dispensé des formations.

Réalisation de tests

Le nombre total de spécimens prélevés de septembre 2007 à mai 2008 par les agents travaillant sur les sites sentinelles participants des ETIO, s'est élevé à 604. Ces spécimens ont été analysés au microscope à fluorescence suivant les protocoles établis pour le projet. Sur les 604 spécimens, il s'est avéré que 18 étaient porteurs du virus de la grippe de type A, six du virus de la grippe de type B, et 44 du virus respiratoire syncytial (VRS).

Les laboratoires désignés pour la confirmation dans le cadre du projet sont l'IPNC et le Centre collaborateur de l'OMS à Melbourne. (CC-OMS). Pour la période concernée par le présent rapport, 32 spécimens au total ont été envoyés à l'IPNC pour confirmation. Sur ces 32 spécimens, il a été confirmé que 11 étaient porteurs du virus de la grippe A: type H3, et deux du virus de la grippe A de type H1. Au total 13 spécimens ont été envoyés par l'IPNC au CC-OMS pour confirmation et génotypage. Onze d'entre eux sont revenus avec la confirmation qu'ils portaient le virus de la grippe A: type H3, avec la variante génétique analogue à A/Brisbane/10/2007.

Domaine d'action et problèmes à résoudre

L'un des principaux problèmes auxquels se heurte le projet tient à l'irrégularité des services d'expédition dans le Pacifique en général, ce qui complique énormément l'envoi de spécimens vers les laboratoires de confirmation désignés. Les coordonnateurs du projet (la CPS et l'IPNC) essaient d'améliorer la situation en recherchant d'autres moyens d'expédition par des compagnies de transport commerciales, aptes à fournir des services réguliers vers tous les ETIO. Ils aimeraient également voir les sites sentinelles accroître leurs activités dans les ETIO, de manière à ce que s'exerce une meilleure surveillance de la grippe saisonnière. À cette fin, les réalisateurs du projet s'efforcent d'assurer le concours régulier d'un épidémiologiste spécialisé.

Futures activités

Dans le cadre du financement de la troisième année, il est prévu de réaliser des activités aux Samoa américaines, à Yap (États fédérés de Micronésie), à Kiribati et à Majuro (Îles Marshall). Des engagements de fonds pour la poursuite du projet pendant une quatrième année ont été reçus. Dans la ligne des objectifs du projet, la CPS et l'IPNC s'emploient à soutenir toutes les activités associées dans les ETIO qui ont déjà bénéficié du projet, et à déterminer d'autres États et Territoires océaniques où le projet pourrait être mis en œuvre.

Albert Gurusamy
Spécialiste de laboratoire, CPS

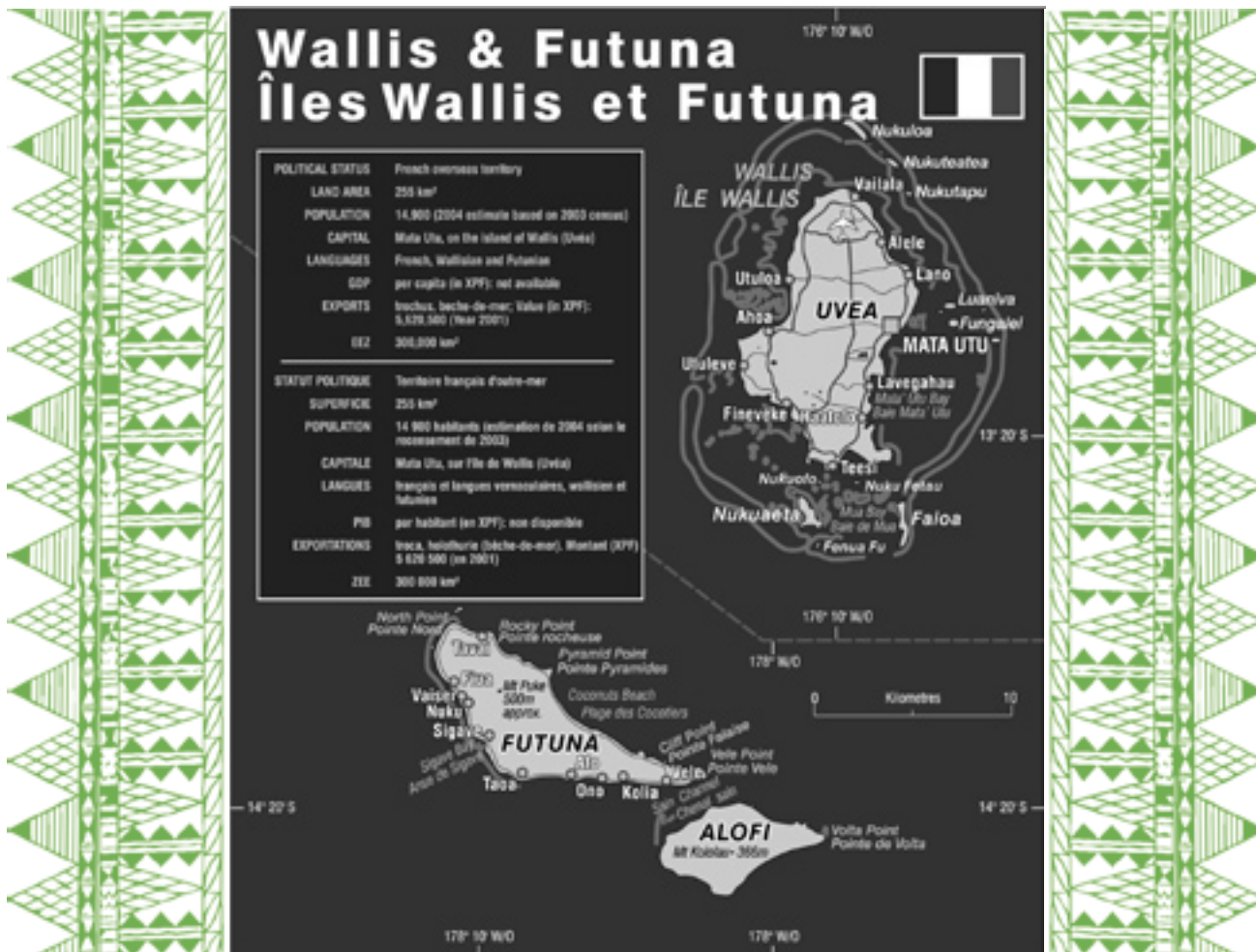


REPORT ON 18 MONTHS OF BIOLOGICAL SURVEILLANCE OF INFLUENZA IN WALLIS AND FUTUNA

(11 August 2008)

BILAN DE 18 MOIS DE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DE LA GRIPPE À WALLIS ET FUTUNA

(11 août 2008)



Biological surveillance of human influenza by immunofluorescence (IF) has been operating in Wallis and Futuna since January 2007, after the acquisition of a fluorescence microscope by the Medical Biology Laboratory of the Wallis and Futuna Islands Health Agency as part of the project to strengthen influenza surveillance in the Pacific.

La surveillance biologique de la grippe humaine à Wallis et Futuna par immunofluorescence est effective depuis janvier 2007, grâce à la mise en place d'un microscope à fluorescence au laboratoire de Biologie Médicale de l'agence de Santé des îles Wallis et Futuna, dans le cadre du projet de renforcement de la surveillance de la grippe dans la région Pacifique.

Activity from 01/01/2007 to 30/06/2008

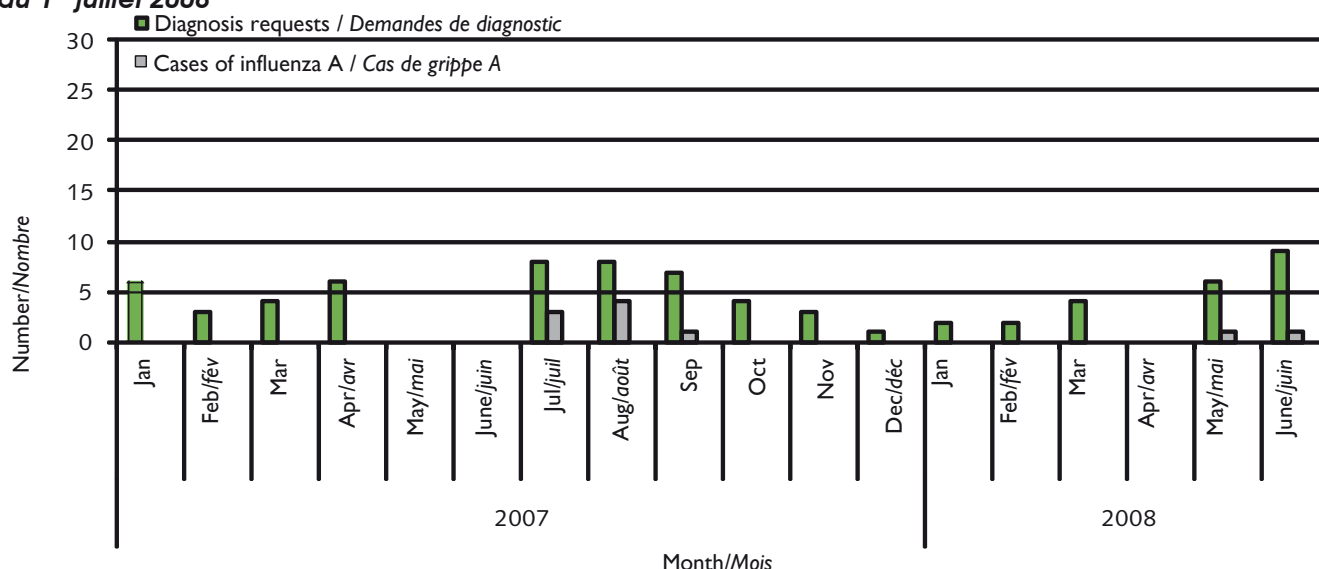
- ✓ Total number of patients investigated = 73
- ✓ 5 unusable acellular specimens
- ✓ Number of patients positive for influenza A by IF = 13 + 3 indeterminate results
- ✓ Number of patients positive for influenza B by IF = 0
- ✓ Virus typing by Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC):
 - A/H1 = 4
 - A/H3 = 7

Bilan d'activité du 01/01/2007 au 30/06/2008

- ✓ nombre total de patients investigués = 73
- ✓ 5 prélèvements acellulaires inexploitable
- ✓ nombre de patients positifs pour la grippe A en IF = 13 + 3 résultats douteux
- ✓ nombre de patients positifs pour la grippe B en IF = 0
- ✓ typage des virus par l'Institut Pasteur de Nouvelle Calédonie (IPNC) :
 - A/H1 = 4
 - A/H3 = 7



Graph 1: Monthly record of requests for biological influenza diagnosis and influenza cases in Wallis and Futuna from 1 January 2007 to 1 July 2008 / Graphique 1 : Relevé mensuel des demandes de diagnostic biologique de la grippe et des cas de grippe à Wallis et Futuna du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} juillet 2008



Health Agency Medical Biology Laboratory IF performance

From January to September 2007, all the negative and positive specimens (n = 40) were sent for checking (PCR) to IPNC. From October 2007, only the positive specimens were sent to IPNC for virus typing.

Performances de l'IF au laboratoire de Biologie Médicale de l'Agence de Santé :

De janvier à septembre 2007, tous les prélèvements négatifs et positifs (n = 40) ont été envoyés en contrôle (PCR) à l'IPNC. À partir d'octobre 2007, seuls les prélèvements positifs ont été transmis à l'IPNC pour typage du virus.

Table 1: Evaluation of influenza diagnosis by immunofluorescence on Wallis / Tableau 1 : Évaluation du diagnostic de la grippe par immunofluorescence à Wallis

	IPNC		TOTAL	IF performance / Performances IF			
	PCR +	PCR -		Sensitivity / Sensibilité	VPP ⁽¹⁾	Specificity / Spécificité	VPN ⁽²⁾
Wallis laboratory / Laboratoire Wallis	IF +	6	4	75%	60%	87.5%	93.3%
	IF -	2	28				
TOTAL	8	32	40				

(1) VPP = positive predictive value
 (2) VPN = negative predictive value

(1) VPP = valeur prédictive positive
 (2) VPN = valeur prédictive négative

Conclusions

After 18 months of activity, there can be no doubt that influenza virus circulation on the islands of Wallis and Futuna is detected early and reliably. We have also been able to identify two epidemic periods: one during the 2007 southern winter with two influenza strains (A/H1 and A/H3), and the other in May and June 2008 involving A/3.

Conclusions

Après 18 mois d'activité, il est incontestable que la circulation des virus grippaux sur les îles Wallis et Futuna est détectée de façon précoce et systématique. Nous avons d'ailleurs pu mettre en évidence 2 périodes épidémiques : l'une durant l'hiver austral 2007 avec circulation de 2 souches

Some comment is required, however:

- 1) For a small territory like Wallis and Futuna, with limited human resources, immunofluorescence is a lengthy and laborious technique in comparison with rapid diagnostic tests.
- 2) With less than one request per week on average, it is difficult to maintain a satisfactory quality standard and this is why the method's sensitivity and positive predictive value are mediocre. In order to improve this diagnosis outcome, two laboratory technicians will be going to IPNC for training before the end of 2008.
- 3) While reagent supplies were not an issue for the 18-month period, there is a severe shortage of positive control slides, despite many requests.*
- 4) Without sustainable funding for this activity from regional organisations, this kind of technology cannot be economically sustained in a small territory with limited resources (average cost per patient: 20 euros).

Dr Jean-François Yvon
Biological Pharmacist
Wallis and Futuna Territorial Health Agency
Clinical Laboratory, Sia Hospital

* Editorial note: This issue is being addressed by the project coordinators. IPNC will provide control slides to Wallis and Futuna and the WHO Collaborating Centre in Melbourne is preparing stocks of slides for all PICTs involved in the project.

grippales (A/H1 et A/H3), l'autre au cours des mois de mai et juin 2008 à A/3.

Néanmoins, quelques remarques s'imposent :

- 1) *Pour un petit territoire comme Wallis et Futuna, aux ressources humaines limitées, l'immunofluorescence est une technique longue et fastidieuse par rapport aux tests de diagnostic rapide.*
- 2) *Avec moins de 1 demande par semaine en moyenne, il est difficile de maintenir un niveau de qualité satisfaisant ; c'est la raison pour laquelle la sensibilité et la valeur prédictive positive de la méthode sont médiocres. Afin d'améliorer ces performances diagnostiques, 2 techniciens du laboratoire vont partir en formation à l'IPNC d'ici la fin de l'année.*
- 3) *Si l'approvisionnement en réactifs n'a pas posé de problèmes durant ces 18 mois, nous manquons cruellement de lames de contrôles positifs, malgré nos multiples requêtes.**
- 4) *Sans un financement pérenne de cette activité par les organismes régionaux, il n'est pas réaliste, d'un point de vue économique, de maintenir ce type de technologie sur un petit territoire aux ressources limitées (coût moyen par patient : 20 euros environ).*

Dr Jean-François Yvon
Pharmacien Biologiste
Agence de Santé du Territoire de Wallis et Futuna
Laboratoire de Biologie Médicale
Hôpital de Sia

* Note éditoriale : Les coordinateurs du projet sont sur le point de résoudre ce problème. L'IPNC doit fournir des lames de contrôles positifs à Wallis et Futuna et le centre collaborateur de l'OMS doit préparer un stock de lames pour tous les États et Territoires couverts par le projet.

Infection Control

IMPROVEMENTS IN INFECTION CONTROL AT COLONIAL WAR MEMORIAL HOSPITAL IN FIJI

Hospital-acquired infections, including infections with multi-drug-resistant organisms, are of ongoing concern in Fiji and many other Pacific Island countries. This article provides a summary of the activities at the Colonial War Memorial Hospital (CWMH) in Suva, Fiji in the past year.

AMÉLIORATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES À L'HÔPITAL COLONIAL WAR MEMORIAL DES ÎLES FIDJI

Les infections nosocomiales, en particulier celles donnant lieu à une polypharmacorésistance, sont une cause de préoccupation permanente aux îles Fidji et dans de nombreux autres pays insulaires. Dans cet article sont résumées les activités engagées dans ce domaine au Colonial War Memorial Hospital (CWMH) de Suva (Îles Fidji) au cours de l'année écoulée.



Hand hygiene



A three-month hand hygiene project initiated in 2007 increased compliance in the ICU from 30% to 45%. The strategy included an awareness programme for all disciplines of staff, provision of alcohol-based hand gel to all intensive care units, use of hand hygiene education posters, and monitoring of hand hygiene practices using a devised audit tool.

A follow-up campaign is planned for 2008. The management of the hospital was willing to increase the budget for paper towels to support the efforts of the infection control committee. Also, alcohol-based hand gel, which was originally provided by the World Health Organization (WHO), will now be supplied by Fijian Pharmaceutical Services (FPS) for all high-risk wards.

Post-surgical infections

Increasing the number of hand-washing facilities and improving supplies of soap, towels and disinfectant further promoted hand hygiene in and around the theatres. Surveillance data show a spectacular decrease in post-surgical wound infections from 'clean' procedures (mastectomy, thyroidectomy, hydrocelectomy, herniorrhaphy and ORIF) from 15% to 5% between 2006 and 2007. Ongoing efforts aim at 0% by the end of 2008.

Blood-borne infections

Several outbreaks of blood-borne infections were identified in the neonatal intensive care unit (NICU) and pediatric intensive care unit (PICU) in 2007, resulting in several deaths. Investigation of these outbreaks pointed out that factors involved were lapses in proper infection control (including poor hand hygiene), staff shortages and improper use of IV fluid bags. Single-use 100 ml vials were supplied by WHO to prevent sharing of IV fluid bags between patients in NICU and PICU, and supply of these vials is now ensured by FPS.

Surveillance for blood-borne infections was improved by presenting the number of weekly positive blood cultures in epidemic curves to enable rapid detection of possible clusters. So far in 2008, no outbreaks have occurred in NICU and PICU. A small cluster of multi-resistant organisms was detected in the

Hygiène des mains



Un projet de trois mois sur l'hygiène des mains a été mis en place en 2007 pour augmenter le respect des procédures de 30 % à 45 % au sein de l'unité de soins intensifs. La stratégie reposait sur un programme de sensibilisation destiné aux agents de toutes disciplines, la mise à disposition d'un gel désinfectant à base d'alcool à toutes les unités de soins intensifs, l'affichage de posters sur l'hygiène des mains, et le suivi du respect des procédures à l'aide d'un outil de vérification élaboré à cet effet.

Une campagne de suivi est prévue pour 2008. La direction de l'hôpital est prête à augmenter le budget prévu pour l'achat de serviettes en papier dans le but d'appuyer les efforts du comité de lutte contre les infections nosocomiales. Par ailleurs, le gel désinfectant à base d'alcool, jusque-là fourni par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sera désormais livré par Fijian Pharmaceutical Services (FPS) à toutes les unités de soins à haut risque.

Infections post-chirurgicales

L'augmentation du nombre de lavabos et des approvisionnements en savons, serviettes et désinfectants a contribué à promouvoir l'hygiène des mains dans les salles d'opération et à proximité. Les données de surveillance montrent une baisse spectaculaire des infections post-opératoires des lésions résultant de procédures "propres" (mastectomies, thyroïdectomies, hydrocélectomies, hernioplasties et fixations internes par réduction chirurgicale) qui sont tombées de 15 % à 5 % entre 2006 et 2007. L'objectif est d'atteindre le niveau zéro d'ici la fin de 2008.

Infections transmissibles par le sang

Plusieurs flambées d'infections transmises par le sang sont survenues en 2007 dans le service de réanimation néo-natale et le service de réanimation pédiatrique, occasionnant plusieurs décès. Les investigations ont mis en évidence plusieurs facteurs, dont un relâchement des procédures correctes de lutte contre les infections nosocomiales (notamment une mauvaise hygiène des mains), un manque de personnel et une utilisation incorrecte des poches de soluté pour administration intraveineuse. L'OMS avait fourni des flacons de 100 ml à usage unique pour empêcher que ces poches ne soient utilisées sur différents patients dans les deux services de réanimation précités, et la fourniture de ces flacons est désormais assurée par FPS.

La surveillance des infections transmissibles par le sang a également été améliorée depuis que le nombre hebdomadaire de prélèvements sanguins positifs est présenté en courbes épidémiques, ce qui permet de repérer rapidement d'éventuels foyers infectieux. Aucune flambée n'est survenue depuis le début

Infection Control

adult ICU, resulting in prompt control measures (temporary closure of the ICU, disinfection, increase in staff numbers, and supply of 100 ml vials).

Miriama Vakaloloma
Infection Control Nurse
Colonial War Memorial Hospital
Suva, Fiji

This message was posted on PacNet on 19 June by the Infection Control Committee at CWMH.

de 2008 dans ces deux services. Un petit foyer d'organismes multirésistants a été décelé dans le service de soins intensifs pour adultes, et des mesures de lutte ont rapidement été instaurées (clôture provisoire de l'unité de soins, désinfection, augmentation des effectifs et fourniture de flacons de 100 ml).

Miriama Vakaloloma
Infirmière chargée de la lutte contre les infections nosocomiales
Colonial War Memorial Hospital
Suva (Îles Fidji)

Ce message a été diffusé sur PacNet le 19 juin par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales du Colonial War Memorial Hospital.

BUILDING INFECTION CONTROL CAPACITIES IN THE PACIFIC ISLANDS

An Infection Control Officer, Mrs Margaret Leong, based at ASPC Noumea and funded by the Pacific Regional Influenza Pandemic Preparedness Project (PRIPPP), is assisting Pacific Island countries and territories in strengthening their national infection control capacity through the provision of basic infection control (IC) training and programme establishment. These activities contribute to the development of PICNet, the Pacific Infection Control Network launched in 2006 under the framework of PPHSN. Below is a summary of Margaret's activities in the region, followed by feedback and progress reports that we have received from countries Margaret visited during the first semester of 2008.

In-country visits were made to Tonga, Solomon Islands, Republic of Kiribati, Vanuatu and Nauru during the first semester of 2008. The main objectives of these country visits were to:

- ✓ review existing IC systems and recommend and assist with IC strategies for each country visited; and
- ✓ conduct IC workshops, with emphasis on personal protective equipment (PPE) use.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE LUTTE ANTI-INFECTIEUSE DANS LES ÎLES DU PACIFIQUE

Mme Margaret Leong, chargée de la lutte anti-infectieuse, basée à la CPS à Nouméa et dont le poste est financé par le Projet régional océanien de préparation à une pandémie de grippe, aide les États et Territoires insulaires océaniques à renforcer leurs capacités nationales de lutte anti-infectieuse en offrant une formation élémentaire à la lutte anti-infectieuse et à la conception de programmes d'action. Ces activités contribuent à la constitution du réseau PICNet, Réseau régional océanien de lutte anti-infectieuse, lancé en 2006 dans le cadre du ROSSP. On trouvera ci-après une brève description des activités de Margaret dans la Région, suivie d'appréciations et de rapports d'avancement que nous avons reçus des pays où elle s'est rendue au cours du premier semestre de 2008.

Margaret s'est en effet rendue dans les pays suivants : Tonga, Îles Salomon, Kiribati, Vanuatu et Nauru au cours du premier semestre de 2008. Les principaux objectifs de ces visites étaient :

- ✓ évaluer les systèmes de lutte anti-infectieuse en place, recommander des stratégies de lutte efficaces et aider chaque pays visité à les mettre en pratique, et
- ✓ conduire des ateliers sur le thème de la lutte anti-infectieuse, en mettant l'accent sur l'utilisation des équipements de protection individuelle.





Nauru



Solomon Islands/ Îles Salomon



Tonga



Vanuatu



Findings from the country visits demonstrate that there are some elements of infection practice on the ground. However, limitations are noted in the lack of established IC programmes and appointments for IC responsibility in country.

Assistance was provided on: IC programme development, review of existing IC guidelines, IC audits, establishment and review of IC committees, advocacy for appointment of IC officers (if not full-time, then part-time) and introduction of networking with colleagues in the region through PICNet and outside the region through joining the 'In SafeHands' network.

The workshop organised for the countries included two days for medical participants and one day for non-medical participants. Topics covered for medical participants were:

- ✓ IC essentials – standard precautions (covered demonstration of hand-washing steps for all participants);
- ✓ PPE presentation with demonstration of donning and removing PPE (all participants);
- ✓ respiratory hygiene and additional precautions;
- ✓ isolation procedures;
- ✓ IC programme essentials;
- ✓ innovation with limited resources;
- ✓ management and risk assessment of occupational exposure to blood and body fluids; and
- ✓ group work.

The non-medical workshop was designed for representatives from each country's national pandemic influenza preparedness taskforce committee, and focused on basic IC practices and PPE.

Margaret Leong and Christelle Lepers, SPC

Les constatations faites durant ces visites montrent que certaines interventions sont conduites sur le terrain pour lutter contre les infections. On note cependant des limites à ces interventions du fait de l'absence de programmes de lutte anti-infectieuse établis et de personnes nommément désignées pour mener cette lutte dans le pays.

L'assistance fournie dans le cadre de cette mission a donc consisté à montrer comment on met sur pied un programme de lutte anti-infectieuse, à étudier les directives établies en la matière, à évaluer les actions conduites, à créer ou à évaluer des comités de lutte anti-infectieuse, à plaider en faveur de la nomination de responsables de cette action (sinon à plein temps, du moins à temps partiel) et à initier les personnes agissant sur ce terrain à nouer des relations en réseau avec des collègues de la Région, par le biais de PICNet, et hors de la Région en adhérant au réseau "In SafeHands".

L'atelier organisé pour les pays a duré deux jours pour les participants appartenant au corps médical et un jour pour ceux n'ayant pas de lien avec la santé. Les sujets traités avec les agents de santé ont été les suivants.

- ✓ Rudiments de la lutte anti-infectieuse – précautions d'usage (démonstration de lavage des mains suivie d'une application pratique par tous les participants)
- ✓ Présentation des équipements de protection individuelle avec démonstration de la manière de les enfiler et de les retirer (avec la participation de tous)
- ✓ Hygiène respiratoire et précautions supplémentaires
- ✓ Procédures d'isolement
- ✓ Composantes essentielles d'un programme de lutte anti-infectieuse;
- ✓ Innover malgré des ressources limitées;
- ✓ Évaluer et gérer les risques liés à l'exposition en milieu professionnel à des projections de sang et de fluides du corps
- ✓ Travail de groupe.

L'atelier destiné aux personnes n'appartenant pas au corps médical était organisé à l'intention des représentants nationaux faisant partie du comité national d'intervention chargé de la préparation à une pandémie de grippe, et a essentiellement porté sur les mesures pratiques de la lutte anti-infectieuse et sur les équipements de protection individuelle.

Margaret Leong et Christelle Lepers, CPS

Feedback from Vanuatu, 1 July 2008

by Leias Obed, newly appointed Infection Control Nurse

First of all I would like to thank SPC for sending Margaret over to Vanuatu to help us strengthen infection control in the workplace.

The workshop was worthwhile for the participants. We included the in-charge from all six provinces. The workshop put pressure on the Vila Central Hospital management and even the Ministry of Health to set up an infection control committee. In the past, nurses and health staff didn't realise the importance of infection control measures, but with the workshop everybody will take extra precautions even though we have a shortage of staff and limited resources.

The medical manager will be nominating the Infection Control Committee by the end of this week and then we will start work on the guidelines, which we will adapt from the SPC regional guideline provided by Margaret.

There are activities now in place. For example, the hospital has employed a lady to do the sewing, which we haven't had for quite a few years – therefore, now our torn mattresses and pillows are fixed. The nurses' knowledge on hand-washing has been raised, and soap which is now provided by the manager is distributed to all sinks. Workplans have been supported by the nursing manager in order to provide training to all new and old staff.

I want to really concentrate on hand-washing but there are complaints from some wards, like the antenatal clinic with six consultation rooms and no sinks. Currently they are using a dish for hand-washing but after the workshop I am now lobbying for a big container with a tap for the time being while awaiting a sink with a paddle to be funded by any interested party. Soaking of instruments over 24 hours no longer exists – we soak reusable equipment over 20–30 minutes but with sterilisation we wash, keep dry, pack and send for sterilisation. Before the workshop we shared the dressing trays for at least 1–5 patients but now the pharmacy supplies more dressing gear and we are introducing 1–1, even for outpatients.

The message has been disseminated to the provinces but they want similar workshops to be introduced as well as more nurses taking part.

Commentaires de Vanuatu, 1^{er} juillet 2008

par Leias Obed nouvellement affectée aux soins infirmiers dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales



J'aimerais tout d'abord remercier la CPS pour avoir envoyé Margaret à Vanuatu pour nous aider à mieux lutter contre les infections sur nos lieux de travail.

Cet atelier a été très profitable pour nous. Nous comptons des participants impliqués dans les soins de santé venus des six provinces. Cet atelier a mis la pression sur la direction de l'hôpital central de Port-Vila et même sur le ministère de la santé pour qu'ils forment un comité de lutte anti-infectieuse. Auparavant, les infirmiers et le personnel médical n'étaient pas conscients de l'importance des mesures à prendre pour combattre les infections. Après l'atelier, tout le monde prendra des précautions supplémentaires, même si nous souffrons d'une pénurie de personnel et d'un manque de ressources.

Le directeur médical va désigner les membres du Comité de Lutte anti-infectieuse d'ici à la fin de la semaine, et nous commencerons aussitôt à travailler à établir des directives, en nous inspirant des directives régionales de la CPS que nous a données Margaret.

Des activités sont déjà en cours. Par exemple, l'hôpital a employé une dame pour faire des travaux de couture, ce qui nous a manqué pendant un bon nombre d'années. Maintenant, nos matelas et nos oreillers sont réparés. Les membres du personnel infirmier sont plus attentifs à bien se laver les mains comme ils l'ont appris, et la distribution des savons sur tous les lavabos est désormais assurée par la direction. L'infirmière chef veille à ce que les programmes de travail soient appliqués pour que les agents, anciens ou nouvellement recrutés, soient formés.

Je souhaite vraiment me concentrer sur le lavage des mains, mais on reçoit des plaintes de la part de quelques services, comme la clinique périnatale, qui a six salles de consultation et aucun lavabo. Pour le moment, ils utilisent un plat pour se laver les mains, mais dès que je suis rentrée de l'atelier, j'ai commencé à faire des démarches pour obtenir un grand récipient et un robinet en attendant qu'une partie intéressée finance l'achat d'un lavabo avec un dispositif d'écoulement. Nous ne faisons plus tremper les instruments plus de 24 heures – nous faisons tremper les équipements réutilisables pendant 20 à 30 minutes, mais nous les stérilisons. Nous les lavons, les séchons, les emballons et nous les envoyons à la stérilisation. Avant l'atelier, nous utilisions le même plateau à pansements pour 1 à 5 patients au moins. Désormais la pharmacie nous en envoie davantage, et nous employons un plateau par malade, même pour les malades ambulatoires.

Le message a bien été transmis dans les provinces, mais celles-ci réclament des ateliers similaires, auxquels davantage d'infirmiers pourraient prendre part.



Feedback from Nauru, 15 July 2008

by Gano Mwareow, Director of Nursing and Infection Control Focal Contact, Nauru

This was the first workshop done in the country by an Infection Control Officer from SPC; however, similar training has been conducted in the past through the Training Program by the Health Educator and myself with an Orientation Program for new health employees.

Approximately 30 participants attended this workshop, including medical professionals on the first two days and non-medical on the third day. The three days were just right to cover the topics for the workshop.

Generally, the workshop was a very successful event as participants gave a very good assessment for the overall training component. Participants also gave good feedback and looked forward to improving conditions and implementing infection control activities in their relevant sections.

After the workshop, a series of activities were implemented:

- ✓ An infection control committee was formed.
- ✓ A part-time nurse for IC activities was identified.
- ✓ An infection control annual mandatory is in progress.
- ✓ An IC training programme was started.
- ✓ The Ministry of Health is going to supply linen for the hospital.
- ✓ Hand-washing equipment was reviewed.

And there is more to come on the next agenda.

In general, I believe that the workshop was well organised and informative, very clear and easy to understand. Great and useful information and practices were gathered together that opened our minds to reinforce the importance of infection control practices in our country. Finally, it was a refresher course that reminded us to do our duties correctly at all times.

Feedback from Kiribati, 4 August 2008

by Helen Murdoch, Infection Control Nurse

The workshop was very beneficial for the nurses, especially myself as a coordinator of the IC programme and also for nurses and medical assistants who came from remote outer islands and sisters from the hospital. It helped to update us on the following procedures: hand-washing, and putting on and removing of PPE. Besides these, we also had time to review standard procedures.

It was very good that for the first time, outer island nurses were involved in the training, as infection control was first initiated for



Commentaire de Nauru, 15 juillet 2008

par Gano Mwareow, Directrice des soins infirmiers et point de contact pour la lutte contre les infections nosocomiales, Nauru

C'était le premier atelier organisé dans le pays par un chargé de la lutte anti-infectieuse de la CPS, bien qu'une formation analogue ait été dispensée dans le passé, dans le cadre du Programme de formation, par l'éducateur sanitaire et moi-même travaillant auprès du Programme d'orientation des nouvelles recrues des services de santé.

Environ 30 participants ont suivi cette formation, des professionnels de la santé les deux premiers jours, et des personnes extérieures au milieu médical le troisième jour. La durée de trois jours a été idéale pour traiter tous les sujets.

D'une manière générale, cet atelier a eu beaucoup de succès, les participants ayant exprimé leur grande satisfaction à l'égard du contenu pédagogique. Ils ont également émis de bonnes appréciations et sont impatients d'améliorer les conditions de la lutte anti-infectieuse dans leurs services respectifs et de lancer des activités dans ce domaine.

Après l'atelier, plusieurs mesures ont été prises :

- ✓ un comité de lutte anti-infectieuse a été formé ;
- ✓ une infirmière a été affectée à temps partiel à des activités de lutte anti-infectieuse ;
- ✓ un rapport annuel obligatoire sur la lutte anti-infectieuse est en cours d'établissement ;
- ✓ un programme de formation à la lutte anti-infectieuse a débuté ;
- ✓ le ministère de la santé va fournir du linge à l'hôpital ;
- ✓ l'équipement permettant aux agents de santé de se laver les mains a été évalué.

D'autres activités encore sont prévues.

En général, je pense que l'atelier a été instructif et très bien organisé, très clair et facile à comprendre. Il nous a été donné un ensemble d'informations et de conseils pratiques complet et utile, qui nous a fait prendre conscience de l'importance de renforcer nos activités de lutte anti-infectieuse dans notre pays. Enfin, il nous a rafraîchi les idées et rappelé combien il importe d'exécuter ses tâches correctement, à tout moment.

Commentaire de Kiribati, 4 août 2008

par Helen Murdoch, infirmière chargée de la lutte contre l'infection



L'atelier a été très profitable pour tout le personnel infirmier, en particulier pour moi qui coordonne la réalisation du programme de lutte contre l'infection, mais aussi pour les infirmiers et aides-soignants, qui étaient venus d'îles périphériques reculées, et pour les sœurs de l'hôpital. Il nous a permis d'actualiser nos connaissances sur les gestes suivants : se laver les mains, enfilet et retiret un équipement de protection individuelle. De plus, nous avons eu le temps de revoir les procédures courantes.

C'est une très bonne idée d'avoir fait venir pour la première fois les infirmiers des îles périphériques pour suivre une formation de ce type, car jusqu'à présent, seul le personnel



hospital nurses, and medical assistants and public health nurses have never been involved with it except for the hepatitis vaccinations that we gave them. We were also very fortunate that Margaret was able to spend her time reviewing the IC policy guideline for Kiribati.

Following the workshop, I reviewed the IC programme (mainly the workplan), and conducted hand-washing and putting on and removing PPE for almost 50 per cent of the different sections of the hospital. Currently I am working on the IC guideline, making amendments according to recommendations made by Margaret Leong.

infirmier de l'hôpital s'occupait de la lutte contre l'infection. Les aides-soignants et les infirmiers de la santé publique n'y avaient jamais été impliqués sauf lorsqu'il s'est agi de la vaccination contre l'hépatite que nous leur avons confiée. Nous avons eu aussi beaucoup de chance que Margaret ait pu consacrer un peu de son temps à la révision des directives pratiques en matière de lutte anti-infectieuse pour Kiribati.

Après l'atelier, j'ai revu le programme de lutte anti-infectieuse (principalement le programme de travail), et conduit des séances de formation pour apprendre à près de la moitié des sections de l'hôpital à se laver les mains et à enfiler et retirer des équipements de protection individuelle. Actuellement, je travaille sur les directives en matière de lutte anti-infectieuse, en y apportant des corrections conformément aux recommandations émises par Margaret Leong.

RECOMMENDATIONS FROM THE 14TH MEETING OF THE PPHSN COORDINATING BODY



RECOMMANDATIONS DE LA 14^E RÉUNION DU GROUPE DE COORDINATION DU ROSSP



This year, members of the PPHSN Coordinating Body (CB) met at SPC headquarters in Noumea (New Caledonia) from 14 to 16 April. The seven core member countries and territories (Fiji Islands, French Polynesia, Kiribati, Marshall Islands, Northern Mariana Islands, Samoa and Tokelau) were represented, as well as all the allied members (Institute of Environmental Science and Research, Fiji School of Medicine, Pasteur Institute of New Caledonia, SPC and WHO).

Cette année, les membres du Groupe de Coordination (GC) du ROSSP se sont réunis au siège de la CPS, à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), du 14 au 16 avril. Les sept États et Territoires membres statutaires du réseau (Îles Fidji, Polynésie française, Kiribati, Îles Marshall, Îles Mariannes du Nord, Samoa et Tokelau) étaient représentés, ainsi que tous les membres associés (Institute of Environmental Science and Research, École de médecine de Fidji, Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, CPS et OMS).



Meetings and training

Acronyms

CDC:	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
ESR:	Environmental Science & Research (NZ)
IHR:	International Health Regulations
IPNC	Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie
MOH:	Ministry/Department of Health
NCD:	non-communicable disease
PICTs:	Pacific Island countries and territories
POLHN:	Pacific Open Learning Health Net
PPE:	personal protective equipment
PPHSN:	Pacific Public Health Surveillance Network
PPHSN-CB:	Pacific Public Health Surveillance Network Coordinating Body
PPTC:	Pacific Paramedical Training Centre
SPC:	Secretariat of the Pacific Community
TOR:	terms of reference
TOT:	training of trainers
WHO:	World Health Organization

Acronymes

CDC	Centres de lutte contre la maladie (USA)
CPS	Secretariat général de la communauté du Pacifique
ESR	Institute of Environmental Science and Research (NZ)
GC	Groupe de coordination
IPNC	Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
POLHN	Pacific Open Learning Health Net (Réseau océanien d'apprentissage ouvert des professions sanitaires)
PPTC	Centre de formation paramédicale du Pacifique (NZ)
RSI	Règlement sanitaire international
ROSSP	Réseau océanien de surveillance de la santé publique

RECOMMENDATIONS
Surveillance
<i>Interagency harmonisation for information requirements</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agencies need to harmonise their information requirements and reporting forms as PICTs spend a lot of time filling in the different forms. This issue was already being seen as critical at the 'Inter-Agency Meeting on Health Information Requirements in the South Pacific' held in 1995, one year before the foundation of PPHSN. ✓ There is obviously a need to maintain awareness of interagency and inter-programme harmonisation on data and information requirements.
<i>EpiSurv7 system</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ The trial with the EpiSurv7 system proposed by NZ's ESR should go ahead; after the issues raised at the last CB meeting have been solved, a modified version that fits PICT needs should be set up in a couple of PICT pilot sites. ESR and SPC will continue to seek funding to make this happen.
<i>Standardisation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ There should be a monitoring and evaluation framework for in-country surveillance activities, with a standard set of indicators.
<i>Notifiable diseases</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ There should be a standardised core list across the region, with extensions that reflect local disease patterns and priorities, and with the involvement of both clinicians and laboratories. ✓ This core list should be based on WHO guidelines and include standard case definitions (WHO, CDC). ✓ Criteria for lab confirmation need to cover the existing range of local capacities.

RECOMMANDATIONS
Surveillance
<i>Harmonisation des besoins des différentes organisations en matière d'information sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les organisations doivent harmoniser leurs besoins en matière d'information sanitaire ainsi que leurs formulaires de notification, car les États et Territoires insulaires océaniques passent beaucoup de temps à remplir les différents formulaires. Ce point avait déjà été considéré comme essentiel lors de la Conférence inter-organisations sur les besoins d'information sanitaire dans le Pacifique Sud qui a eu lieu en 1995, soit un an avant la création du ROSSP. ✓ Il est évidemment nécessaire d'informer les organisations et les programmes sur l'harmonisation des besoins en matière de données et d'information sanitaire.
<i>Système EpiSurv7</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il faudrait procéder à l'essai du système EpiSurv7, proposé par l'ESR. Une fois que les problèmes signalés lors de la dernière réunion du GC auront été réglés, une nouvelle version adaptée aux besoins des États et Territoires insulaires océaniques devrait être mise en place dans quelques pays pilotes. Pour ce faire, l'ESR et la CPS continueront de rechercher des financements.
<i>Normalisation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il faudrait élaborer un cadre de suivi et d'évaluation des activités de surveillance menées à l'échelon national et un ensemble d'indicateurs communs.
<i>Maladies à déclarer</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il faudrait créer, avec l'aide des cliniciens et du personnel des laboratoires, une liste principale et officielle des maladies à déclarer dans la région, qui tiendrait compte de la morbidité locale et des priorités des pays. ✓ Cette liste devrait suivre les principes directeurs de l'OMS, notamment les normes de définition des cas (OMS et CDC). ✓ Il faut que les critères de confirmation des cas par le laboratoire tiennent compte de l'ensemble des capacités des pays.



RECOMMENDATIONS
Resources for response
<i>National/territorial EpiNet (or equivalent response) teams</i>
✓ A letter should be sent to PICTs regarding the composition of EpiNet (or equivalent response) teams and the proposed terms of reference.
✓ EpiNet (or equivalent response) teams should be represented in the national International Health Regulations (IHR) focal point.
<i>Other resources for response</i>
In addition to human resource availability:
✓ There is a need to have a clearly identified budget for national/territorial as well as regional response activities.
✓ Kits for taking lab specimens should be set up, together with shipping containers and clear procedures, and they should be pre-positioned with ad hoc stock management practices (e.g. annual). Innovative ways to preserve samples should be devised if deterioration during shipment is likely to occur (e.g. ethanol-fixed or dried venous blood spot on filter paper).
✓ PPE (for infection control) should be available and pre-positioned. PPE supplies would be best managed through a central warehouse for the Pacific Islands, which would link with suppliers and ensure more affordable prices.
LabNet
✓ The Technical Working Body (IPNC, PPTC, SPC and WHO) should be reactivated to address the issue of support to L2 laboratory development and other LabNet-related issues as discussed at the last meeting, in consultation with L1 laboratories.
✓ Partnerships should be further explored: <ul style="list-style-type: none"> • with Fiji School of Medicine for running PCR and other testing, and for training students; and • to fund consultants and trainers and make experts available in the region.
✓ Rapid test kits for typhoid fever (<i>Salmonella typhi</i>) should be evaluated in order to allow the use of a test to conduct community or rural investigations of typhoid outbreaks.
✓ A set of basic lab quality assurance (QA) standards should be developed and provided to PICTs, with a user-friendly audit on a regular cycle.
✓ Technical training/attachments should be put in place with LabNet partners.
PacNet
✓ Reporting on PacNet should be regarded as a positive action by PICTs. A country reporting/providing information on outbreaks shows that its surveillance system is working.
✓ The use of PacNet is an advantage for PICTs as it allows them to prepare for outbreaks. Governments must therefore be made aware of this with regard to clearance for information sharing.

RECOMMANDATIONS
Ressources nécessaires à l'intervention
<i>Équipes EpiNet nationales/territoriales (ou équipes d'intervention équivalentes)</i>
✓ Il faudrait envoyer un courrier aux États et Territoires insulaires océaniques sur la composition des équipes EpiNet (ou des équipes d'intervention équivalentes) et le mandat proposé.
✓ Les équipes EpiNet (ou des équipes d'intervention équivalentes) devraient être représentées au sein des points focaux nationaux RSI (Règlement sanitaire international).
<i>Autres ressources nécessaires à l'intervention</i>
<i>En plus des ressources humaines précitées, il est nécessaire de disposer des ressources suivantes.</i>
✓ Il est nécessaire d'établir avec précision le budget des activités d'intervention aux échelons national/territorial et régional.
✓ Il faudrait prévoir des kits de transport d'échantillons, des conteneurs agréés et des procédures claires. Les kits devraient être stockés et gérés selon des protocoles adéquats (gestion annuelle par exemple). Il faudrait prévoir de nouvelles méthodes de conservation des échantillons s'il existe des risques de détérioration durant le transport (prélèvements fixés à l'éthanol ou sang veineux séché sur papier filtre).
✓ Il faudrait également acquérir des équipements de protection individuelle (pour lutter contre les infections) et constituer des stocks. Il serait plus facile de gérer ces stocks en utilisant un seul entrepôt pour tous les pays océaniques. Cela permettrait d'entrer en contact avec les fournisseurs et d'obtenir des prix plus abordables.
LabNet
✓ L'organe de travail technique LabNet (composé de représentants de l'IPNC, du PPTC, de la CPS et de l'OMS) devrait s'attacher à régler la question du développement des laboratoires de niveau 2 et les autres questions liées au réseau LabNet et débattues lors de la dernière réunion, en concertation avec les laboratoires de niveau 1.
✓ Il faudrait nouer de nouveaux liens de partenariat : <ul style="list-style-type: none"> • avec l'École de médecine de Fidji, pour réaliser les tests d'amplification en chaîne par polymérase (ACP) et d'autres tests de dépistage, et former les étudiants ; • afin de financer des postes de consultants et de formateurs, et faire en sorte qu'il y ait des spécialistes dans la région.
✓ Il faudrait évaluer les trousse de dépistage rapide de la fièvre typhoïde (<i>Salmonella Typhi</i>), afin que le test puisse être utilisé pour mener des enquêtes au sein des communautés et dans les milieux ruraux, lors de flambées de fièvre typhoïde.
✓ Il faudrait créer un ensemble de normes en matière d'assurance de la qualité et les diffuser dans les États et Territoires insulaires océaniques. Ces normes devraient prévoir une évaluation simple et régulière.
✓ Il faudrait organiser des formations techniques ou des stages, en collaboration avec les partenaires de LabNet.
PacNet
✓ Les États et Territoires insulaires océaniques devraient considérer la déclaration des maladies sur PacNet comme une action positive. Lorsqu'un pays déclare des cas ou fournit des informations sur des épidémies, il montre que son système de surveillance fonctionne.



RECOMMENDATIONS
<p>✓ In order to stimulate reporting from PICTs on PacNet and enhance PacNet usefulness, the following is recommended:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PacNet members should be reminded about how to use PacNet (including the PacNet archives). • Information on the composition (members) of PacNet should be posted on the list on a regular basis. • Awareness of the usefulness of PacNet should be raised at national high decision-making/ political level. • All PPHSN members, PICTs, allied members and partners should promote PacNet in order to change conservative behaviours. In particular, WHO should promote PacNet and other PPHSN services in conjunction with the IHR (e.g. when WHO receives an outbreak-related report from a PICT through the IHR focal point, it should encourage the PICT to post the information on PacNet too for the benefit of other PICTs). • National/territorial EpiNet (or equivalent response) team members should promote PacNet and other PPHSN services within their country (e.g. during EpiNet team meetings) as well as outside (e.g. when they attend external meetings). • SPC should send annual summaries to PICTs of all outbreak-related messages/reports posted on PacNet. As well as providing information, this should also help PICTs to realise the usefulness of PacNet and hopefully encourage them to contribute to it. • The importance of sending 'early warning' messages on PacNet should be clearly stated in EpiNet teams' TOR. Whenever possible, clearance of PacNet messages should be facilitated by EpiNet (or equivalent response) teams.
Inform'ACTION
<p>✓ A 'chat room' should be created to discuss Inform'ACTION articles. This may encourage more PPHSN members to read and contribute to Inform'ACTION.</p>
PICNet
<p>✓ SPC and WHO should further collaborate on infection control.</p>
<p>✓ PICTs should try to include infection control officers in their EpiNet teams.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>✓ Le système PacNet est un atout pour les États et Territoires insulaires océaniques, étant donné qu'il leur permet de se préparer à la survenue d'épidémies. Les autorités doivent, par conséquent, garder cela en mémoire et faire en sorte de faciliter la diffusion d'informations.</p>
<p>✓ Les recommandations suivantes ont été formulées pour inciter les États et Territoires insulaires océaniques à échanger des informations sur le réseau PacNet et améliorer l'utilité du système.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait rappeler aux membres du réseau les consignes d'utilisation de PacNet (et notamment des archives). • Il faudrait poster régulièrement des messages sur la composition de PacNet (membres). • Il faudrait informer les hauts fonctionnaires et les responsables politiques sur l'utilité de PacNet. • Tous les membres du ROSSP, les États et Territoires insulaires océaniques, les membres associés et les partenaires devraient promouvoir l'utilisation de PacNet, afin de modifier les comportements conservateurs. En particulier, l'OMS devrait, conjointement avec les États parties au Règlement sanitaire international, préconiser l'utilisation de PacNet et des autres services du ROSSP (par exemple, lorsqu'un État ou un Territoire insulaire océanique fournit des informations sur une épidémie à l'OMS, par le truchement du point focal national RSI, il faut l'encourager à diffuser également ces informations sur le réseau PacNet, dans l'intérêt des autres pays océaniques). • Les membres des équipes EpiNet nationales/ territoriales (ou des équipes d'intervention équivalentes) devraient promouvoir l'utilisation de PacNet et des autres réseaux du ROSSP, dans leur pays (lors des réunions des équipes EpiNet) et à l'étranger (lors des réunions à l'extérieur). • La CPS devrait envoyer aux États et Territoires insulaires océaniques une synthèse annuelle de l'ensemble des messages et des rapports postés sur PacNet. Cela permettrait en outre de faire reconnaître l'utilité de PacNet, ce qui favoriserait l'échange d'informations. • Il faudrait mentionner clairement l'importance de poster au plus tôt des messages d'alerte sur PacNet dans le mandat des équipes EpiNet. Les équipes EpiNet (ou les équipes d'intervention équivalentes) devraient, dans la mesure du possible, faciliter l'accès aux messages PacNet.
Inform'ACTION
<p>✓ Il faudrait créer un forum de discussion sur les articles d'Inform'ACTION. Cela permettrait d'inciter les membres du ROSSP à lire et à alimenter le contenu du bulletin.</p>
PICNet
<p>✓ La CPS et l'OMS devraient collaborer davantage dans ce domaine.</p>
<p>✓ Les États et Territoires insulaires océaniques devraient essayer de recruter des agents chargés de la lutte anti-infectieuse au sein des équipes EpiNet.</p>



RECOMMENDATIONS
Training (surveillance and response)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A Training Working Group composed of representatives from Fiji School of Medicine, SPC and WHO should work on training issues in surveillance and response. ✓ Whenever practical, in-country training is preferable as it allows more field-level health professionals (e.g. paramedical professionals) to be trained. International workshops are not always attended by the most appropriate people, and the skills learned there often are not disseminated to other staff. ✓ The possibility of sending one health professional from a particular PICT (e.g. an EpiNet or equivalent response team member) with a group of experts in the field to practise epidemiology during an outbreak investigation in another PICT is an important and unique opportunity to train key staff. ✓ On the other hand, it is better to train a few selected motivated people as 'specialists' rather than a large number of people who may not have a real interest in, and may not make use of, more advanced epidemiology. ✓ In general, training in surveillance and response should: <ul style="list-style-type: none"> • teach how to look at and act on the data, as surveillance makes sense only if people act on the data; • shape response systems decentralised towards operational levels close to the field; • be done at all levels of the health system and include frontline workers in particular, as well as lab-specimen-taking procedures; • be carried out in-country; • be practical/field based in the country context and refer to an existing early warning system; • include an in-country project (e.g. 'research' in surveillance and response); • include attachments for key staff during outbreak situations, as such attachments offer excellent opportunities for training; • always have clear objectives and evaluation built in; • include professionals from higher levels of the health system to train staff from more peripheral levels (TOT, or as facilitators); • include training in PPE use; and • have some training continuity built in as a follow-up (e.g. as continuing education). ✓ A regional, interagency/intergovernmental group of trainers as well as regional resources for outbreak investigation should be identified using available information (e.g. Directory of PPHSN Resources). This group would also help support outbreak investigations and response training, and serve as the 'Regional EpiNet Team'.

RECOMMANDATIONS
Formation (surveillance et intervention en cas de flambée épidémique)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Un groupe de travail sur la formation, composé de représentants de l'École de médecine de Fidji, de la CPS et de l'OMS, devrait se pencher sur les problèmes de formation en matière de surveillance et d'intervention en cas de flambée épidémique.</i> ✓ <i>Il est préférable, dans la mesure du possible, d'organiser des formations pratiques à l'échelon national, car elles permettent de former un plus grand nombre de professionnels de la santé (personnel paramédical par exemple). Les personnes les plus concernées ne peuvent pas toujours participer aux ateliers internationaux et les connaissances acquises sont rarement transmises à d'autres agents.</i> ✓ <i>Le fait qu'un professionnel de la santé (membre de l'équipe EpiNet ou d'une équipe d'intervention équivalente) d'un pays océanien soit envoyé dans un autre pays océanien aux côtés d'un groupe d'experts sur le terrain, pour mettre en pratique l'épidémiologie en participant à une investigation d'épidémie, constitue une occasion unique et inespérée de former des agents spécialisés.</i> ✓ <i>En revanche, la formation d'agents spécialisés ne devrait concerner qu'un petit nombre de personnes, sélectionnées et motivées, et non une foule de personnes susceptibles de ne pas souhaiter se perfectionner ou de ne pas utiliser les méthodes épidémiologiques avancées.</i> ✓ <i>Le plus souvent, la formation dans les domaines de la surveillance et de l'intervention en cas de flambée épidémique doit :</i> <ul style="list-style-type: none"> • enseigner aux agents comment analyser les données et prendre les mesures qui s'imposent à la lumière de ces informations, car la surveillance n'a de sens que si l'on utilise les informations disponibles pour agir ; • concevoir des systèmes d'intervention décentralisés qui permettent d'intervenir rapidement sur le terrain ; • concerner tous les professionnels de la santé, en particulier ceux qui se trouvent en première ligne, et porter sur les procédures de transport d'échantillons ; • par conséquent être organisée à l'échelon national ; • être pratique, fondée sur des activités de terrain menées dans le contexte du pays et se référer au système d'alerte précoce existant ; • inclure un projet à l'échelon national (par exemple une activité de "recherche" dans le domaine de la surveillance et de l'intervention en cas de flambée épidémique) ; • prévoir des stages pour les agents spécialisés lors des flambées épidémiques, étant donné que ces épisodes sont une excellente occasion de former des épidémiologistes ; • toujours avoir des objectifs clairs et prévoir une évaluation ; • recruter du personnel hautement qualifié au sein des services de santé pour former les agents périphériques (formation de formateurs ou d'animateurs) ; • prévoir un module de formation sur les équipements de protection individuelle ; • assurer un suivi à l'issue de la formation (formation continue).



RECOMMENDATIONS
<p>✓ In order to facilitate the selection of appropriate and motivated people for advanced training in field epidemiology, for instance, it is relevant to put generic training courses in public health/epidemiology online using WHO's POLHN system. Some field epidemiology training courses are already available on POLHN. People who have a general interest in epidemiology, including nurses at the district level and below, can access these courses. After completion of the courses, they can then participate in more advanced training courses.</p>
<p>PPHSN-CB TORs</p>
<p>✓ The latest version of the TOR was endorsed with the following addition: PPHSN should support IHR implementation because PPHSN activities are in line with IHR core capacities.</p>
<p>✓ Risk communication is not clearly stated in PPHSN services. This issue should be further considered as it is an area that needs to be strengthened in the Pacific Island region.</p>
<p>Collaboration among PPHSN partners</p>
<p>✓ There is a need for improving collaboration among PPHSN partners, especially SPC and WHO, through sharing of workplans and duty travel plans. This should be started between SPC and WHO as soon as possible.</p>
<p>Regional coordination strategy for avian and pandemic influenza</p>
<p>✓ Rather than trying to identify agencies' responsibilities, it might be better to develop guiding principles for interagency collaboration.</p>
<p>✓ Rather than SPC developing a proposal, organising a meeting of key regional players and writing the final document, it would be better if the agencies, including WHO and SPC, first met to draft a joint proposal.</p>
<p>Regional project to support vector surveillance and control activities against dengue</p>
<p>✓ The presentation of the regional project as reviewed by experts was much appreciated and the project was supported by the CB members.</p>
<p>NCDs and PPHSN</p>
<p>✓ The possible inclusion of NCDs within the planning and operations of PPHSN was raised again. All CB members agreed that it would be better to develop a separate network/mechanisms or approach similar to PPHSN for NCDs, rather than adding NCDs to the current PPHSN priority diseases (CDs).</p>

RECOMMANDATIONS
<p>✓ Les informations disponibles (Répertoire des ressources du ROSSP) devraient permettre d'identifier un groupe intergouvernemental/interinstitutionnel de formateurs à l'échelon régional ainsi que des ressources régionales pour l'investigation des flambées épidémiques. Ce groupe pourrait également contribuer à assurer la formation en matière d'investigation et d'intervention en cas de flambée épidémique et pourrait constituer l'équipe EpiNet régionale.</p>
<p>✓ Pour faciliter la sélection de personnes motivées et capables de suivre les cours de perfectionnement en épidémiologie, il est utile de mettre en ligne des cours de santé publique et d'épidémiologie, sur le site du Réseau océanien d'apprentissage ouvert des professions sanitaires (POLHN) de l'OMS. Des cours de formation à l'épidémiologie de terrain sont d'ores et déjà disponibles sur ce site. Les personnes qui s'intéressent de près ou de loin à l'épidémiologie, comme les infirmiers travaillant au niveau des districts ou à un échelon inférieur, peuvent les consulter. Une fois qu'ils auront étudié ces cours, ils pourront suivre une formation de perfectionnement.</p>
<p>Mandat du GC du ROSSP</p>
<p>✓ La dernière version du mandat du GC du ROSSP a été approuvée. Les ajouts suivants ont été faits : le ROSSP devrait promouvoir la mise en œuvre du RSI, car ses activités sont conformes aux principales capacités requises en vertu du RSI.</p>
<p>✓ La communication concernant les risques ne fait pas explicitement partie des activités du ROSSP. Cette question devrait être examinée plus avant, car des progrès restent à faire dans ce domaine à l'échelon régional.</p>
<p>Collaboration entre les partenaires du ROSSP</p>
<p>✓ Il est nécessaire d'améliorer la collaboration entre les partenaires du ROSSP, notamment entre la CPS et l'OMS, par le biais de programmes de travail/missions communs. La CPS et l'OMS devraient s'y employer dès que possible.</p>
<p>Stratégie de coordination régionale de lutte contre la grippe aviaire et les pandémies de grippe</p>
<p>✓ Plutôt que d'essayer d'identifier le rôle spécifique de chaque organisation, il serait préférable d'élaborer des principes directeurs afin que les différentes institutions travaillent de concert.</p>
<p>✓ Au lieu que la CPS élabore une proposition, organise une réunion des acteurs clés de la région et rédige un document final, il serait préférable que les organisations, l'OMS et la CPS y compris, se réunissent avant pour élaborer une proposition commune.</p>
<p>Projet régional de surveillance et de lutte antivectorielle contre la dengue</p>
<p>✓ La présentation du projet régional révisé par des experts a été très bien accueillie et le projet a reçu l'appui des membres du GC du ROSSP.</p>
<p>Maladies non transmissibles et ROSSP</p>
<p>✓ La possibilité d'inclure la surveillance des maladies non transmissibles dans la programmation et les activités du ROSSP a une nouvelle fois été évoquée. Tous les membres du GC ont jugé qu'il serait préférable de créer un réseau, un système ou un dispositif similaire au ROSSP pour la surveillance des maladies non transmissibles, plutôt que d'ajouter les maladies non transmissibles à la liste des maladies ciblées en priorité par le ROSSP (maladies transmissibles).</p>



RECOMMENDATIONS

PPHSN regional meeting

- ✓ CB members agreed that a regional meeting including two members of the national EpiNet team from each of the 22 PICTs should be organised during the first semester of 2009. This should help maintain relationships between members and also stimulate some functions of the network that may not be well known by EpiNet members.
- ✓ WHO is planning to organise an IHR meeting around October 2008. The EpiNet meeting could be organised back to back with this meeting. If needed, the WHO meeting could be postponed to early 2009 to accommodate this arrangement. SPC and WHO will try to identify funds to organise the regional EpiNet meeting.

The complete minutes of the meeting are available on the PPHSN website (www.spc.int/phs/PPHSN)

RECOMMANDATIONS

Séminaire régional du ROSSP

- ✓ Les membres du GC ont reconnu qu'il faudrait organiser un séminaire régional, auquel participeront deux membres des équipes EpiNet nationales des 22 États et Territoires insulaires océaniques, durant le premier semestre de 2009. Ce séminaire devrait permettre aux différents membres d'EpiNet d'entretenir des relations et de mieux connaître certaines fonctions du réseau.
- ✓ L'OMS prévoit d'organiser une conférence sur le Règlement sanitaire international (RSI) vers le mois d'octobre 2008. Cette conférence et le séminaire EpiNet pourraient être organisés l'un à la suite de l'autre. Pour ce faire, la conférence de l'OMS peut éventuellement être reportée au début de l'année 2009. La CPS et l'OMS s'efforceront de trouver des financements pour organiser le séminaire régional EpiNet.

Le compte-rendu complet de la réunion (en anglais) est disponible sur le site web du ROSSP (www.spc.int/phs/PPHSN)

4TH PIPS WORKSHOP SUMMARY REPORT



The 4th Regional Pacific Immunization Programme Strengthening (PIPS) Workshop was held from 12 to 16 May in Rarotonga, Cook Islands. The meeting was attended by representatives of 16 of the 20 invited Pacific Island countries and areas (PICs) as well as representatives from PIPS partners, including WHO, UNICEF, J-PIPS, AusAID, JICA and the US CDC.

Notable recommendations agreed to by participants in regard to the regional measles elimination goal included a need for nine PICs to conduct catch-up or follow-up measles supplementary immunisation activities (SIAs) in 2009–2010. SIAs are needed to maintain adequate population immunity for preventing outbreaks following importation of measles virus. Improving case-based measles surveillance utilising national notifiable diseases surveillance systems was also recommended.

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DU QUATRIÈME ATELIER PIPS



Le quatrième atelier sur l'initiative de renforcement du programme de vaccination dans le Pacifique (PIPS) s'est tenu à Rarotonga (Îles Cook) du 12 au 16 mai. Ont participé à cet atelier des représentants de seize des vingt États et Territoires insulaires océaniques invités, ainsi que des partenaires du PIPS, notamment l'OMS, l'Unicef, le J-PIPS, l'AusAID, le JICA et les Centres de lutte contre la maladie des États-Unis d'Amérique (CDC).

Les participants sont convenus d'un certain nombre de recommandations importantes visant l'objectif régional d'élimination de la rougeole et concernant, notamment, la nécessité pour neuf États et Territoires insulaires océaniques de conduire des activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole aux fins de rattrapage ou de suivi en 2009 et en





In regard to the regional goal of hepatitis B (HepB) control, recommendations included ensuring high HepB vaccine birth dose and HepB3 vaccination coverage, use of Uniject HepB vaccine for areas with substantial numbers of births outside the reach of the cold chain, and country planning for HepB control certification.

Regarding maintenance of polio eradication, recommendations included strengthening of AFP surveillance and universal preparation of plans of action for response to imported wild poliovirus.

In regard to strengthening routine immunisation services, recommendations included continuation of subregional training activities and in-country training with increasing co-financing by participating countries due to discontinuation of Japanese financial assistance beginning 2010; implementation of school entry requirements for completion of the child immunisation schedule in all countries and areas; greater use of multisectoral approaches to deliver vaccines to all children; and an increase in the VII revolving fund for vaccine procurement due to increasing government procurement of new and underutilised vaccines (NUVs).

Regarding NUVs, recommendations included mobilising external support to enable the four PICs that have not yet introduced Hib vaccine to do so, and for other countries and areas to conduct additional disease burden and health economic assessments for potential use of pneumococcal conjugate vaccine, rotavirus vaccine and HPV vaccine.

The importance of 'adverse event following immunisation' (AEFI) surveillance was reaffirmed in connection with several planned SIAs and introduction of NUVs.

Dr Wang Xiaojun
Technical Officer, Immunization
WHO Office for the South Pacific

2010, afin de maintenir l'immunité de la population à un niveau adéquat, et de prévenir toute flambée consécutive à une éventuelle importation du virus de la rougeole. Ils ont également recommandé d'améliorer la surveillance des cas de rougeole en s'appuyant sur les systèmes nationaux de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

S'agissant de l'objectif régional de lutte contre l'hépatite B (HepB), il a été recommandé de veiller à ce que la couverture vaccinale contre l'Hépatite B par la dose de vaccin anti-hépatite B administrée à la naissance et la 3^e dose (HepB3) soit élevée, d'utiliser le vaccin anti-hépatite B Uniject dans les zones où les naissances sont nombreuses, mais où la chaîne du froid n'est pas présente, et de planifier la certification des moyens de lutte contre l'hépatite B à l'échelon national.

En ce qui concerne le maintien du statut de pays déclaré indemne de poliomyélite, les recommandations visent le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'élaboration par tous les pays de plans d'intervention permettant de riposter en cas d'importation du poliovirus sauvage.

Le renforcement des services de vaccination systématique a également fait l'objet de recommandations concernant, entre autres, la poursuite des activités de formation à l'échelon sous-régional, accompagnée d'une augmentation de la participation financière des pays bénéficiaires pour pallier l'effet de l'interruption de l'aide financière japonaise à partir de 2010, l'imposition de conditions d'admission aux établissements scolaires permettant de mener à bien les programmes de vaccination des enfants dans tous les États et Territoires, un recours accru aux méthodes de travail multisectorielles pour permettre de vacciner tous les enfants, ainsi qu'une plus grande utilisation du septième Fonds renouvelable pour les achats de vaccins afin de financer l'augmentation des achats, par les pouvoirs publics, de vaccins nouveaux sous-utilisés.

S'agissant des vaccins nouveaux sous-utilisés, les participants ont recommandé de mobiliser l'aide extérieure pour permettre aux quatre pays qui ne l'ont pas encore fait d'introduire le vaccin anti-Hib, et à d'autres États et Territoires insulaires océaniques d'effectuer des évaluations de la charge de la maladie et des études d'économie de la santé supplémentaires, en vue d'une éventuelle utilisation du vaccin anti-pneumococcique conjugué, du vaccin antirotavirus, et du vaccin anti-HPV.

L'importance de la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables a été réaffirmée dans le contexte des activités de vaccination supplémentaire qui sont envisagées, et de l'introduction de vaccins nouveaux sous-utilisés.

Docteur Wang Xiaojun
Responsable technique - Vaccination
Bureau de l'OMS pour le Pacifique Sud

SECOND PACIFIC WHO GLOBAL SALMONELLA SURVEILLANCE TRAINING COURSE IN PAPUA NEW GUINEA

Papua New Guinea and Niue health professionals trained

Thirty-one health professionals from various provinces of Papua New Guinea and Niue attended a week-long training workshop on Global Salmonella Surveillance (GSS) in Port Moresby, Papua New Guinea (PNG), from 2 to 6 June 2008. Nauru was also invited to the workshop but could not make it.

This was the second regional training of this nature organised within the framework of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) specifically to strengthen the region's diagnostic microbiology capacity for *Salmonella* organisms, in line with regional efforts to address foodborne diseases (FBDs) and food chain surveillance. The first workshop, organised in 2006 in Fiji, brought together laboratory and public health specialists from 12 Pacific Island countries and territories (PICTs): Cook Islands, Fiji Islands, French Polynesia, Kiribati, Marshall Islands, New Caledonia, Palau, Samoa, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu and Vanuatu (see article in *Inform'ACTION* 25).

In the official opening statement, Dr Timothy Pyakalyia, representing the Government of PNG, said that the training was very important, and much needed as it would help equip and network health workers (hospital/laboratory-based and public health practitioners) throughout PNG and even in the region, possibly for the first time, to effectively deal with the problems of typhoid fever, which he said is endemic in many parts of the country and a frequent cause of disease outbreaks in prisons and schools throughout the country. He further said that typhoid fever is among the top 10 causes of hospital admissions and death in PNG. Foodborne disease surveillance was non-existent in the country, he said, but such a system needed to be put in place urgently.

Mr Anthony Gomez, who represented WHO in PNG, said WHO was happy to be part of the training. He presented WHO's history of how GSS first started and the global coverage of the training so far.

The same training course developed for the Fiji workshop was used in PNG. It is specifically designed to address typhoid fever problems in PICTs (including Fiji, Samoa, Tonga, Vanuatu and Marshall Islands, as well as PNG). It includes *S. typhi* aspects in the global course on non-*typhi* salmonella.

Participants were trained in two groups. One group focused on microbiology and the other on epidemiology aspects of salmonella infection, mainly *Salmonella typhi*, which causes

DEUXIÈME ATELIER OCÉANIE DE FORMATION SUR LE PROGRAMME OMS DE SURVEILLANCE MONDIALE DES SALMONELLES

Formation de professionnels de santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée et de Niue

Trente et un professionnels de santé de diverses provinces de Papouasie-Nouvelle-Guinée et de Niue ont participé à un atelier de formation d'une semaine sur la surveillance mondiale des salmonelles, qui s'est tenu à Port-Moresby (Papouasie-Nouvelle-Guinée), du 2 au 6 juin 2008. Nauru était également invité, mais a été empêché.

Cet atelier était le second du genre organisé dans le cadre du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP), avec pour objectif spécifique de renforcer les capacités régionales de diagnostic microbiologique des salmonelles, et d'appuyer ainsi les efforts menés dans la région pour lutter contre les maladies d'origine alimentaire, et surveiller la chaîne alimentaire. Le premier atelier, organisé en 2006 aux Îles Fidji, avait été suivi par des spécialistes des laboratoires et de la santé publique de 12 États et Territoires insulaires océaniques (ÉTIO) : Îles Cook, Îles Fidji, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Nouvelle-Calédonie, Palau, Polynésie française, Samoa, Tonga, Tuvalu et Vanuatu (voir l'article dans le numéro 25 d'*Inform'ACTION*).

Dans son allocution d'ouverture officielle, le Dr Timothy Pyakalyia, qui s'exprimait au nom du gouvernement de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, a rappelé l'importance de la formation, d'autant plus importante qu'elle crée des liens entre les travailleurs de santé (praticiens en milieu hospitalier/laboratoires et praticiens de santé publique) du pays et même de la région en leur apportant, peut-être pour la première fois, les compétences nécessaires pour s'attaquer efficacement aux problèmes posés par la typhoïde, une maladie endémique dans de nombreuses régions du pays et qui est fréquemment à l'origine de flambées épidémiques dans les prisons et les écoles du pays. Il précise que la typhoïde est l'une des 10 premières causes d'hospitalisation et de décès dans ce pays. Par ailleurs, la surveillance des maladies d'origine alimentaire est non existante en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et il est urgent de la mettre en place.

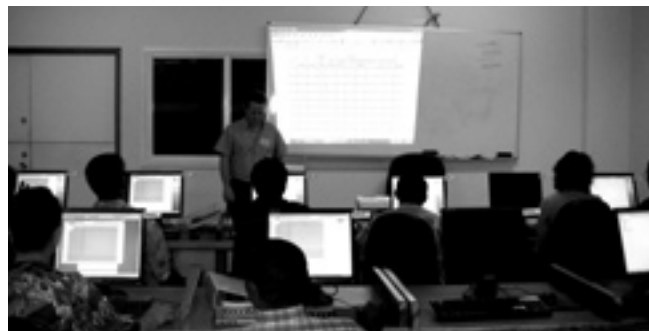
M. Anthony Gomez, représentant de l'OMS en Papouasie-Nouvelle-Guinée, a indiqué que l'OMS était heureuse d'être associée à cette action de formation. Il rappelle de quelle manière la surveillance mondiale des salmonelles a été mise en place par l'OMS, et présente la couverture actuelle de la formation dans le monde.

Le cours de formation élaboré pour les Îles Fidji a été réutilisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Il a été spécifiquement conçu pour traiter des problèmes en rapport avec la typhoïde dans les ÉTIO (aux Îles Fidji, au Samoa, aux Tonga, à Vanuatu, aux Îles Marshall ainsi qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée). Il aborde également les questions touchant à *S. typhi*, en plus du programme mondial sur les salmonelles non *typhi*.

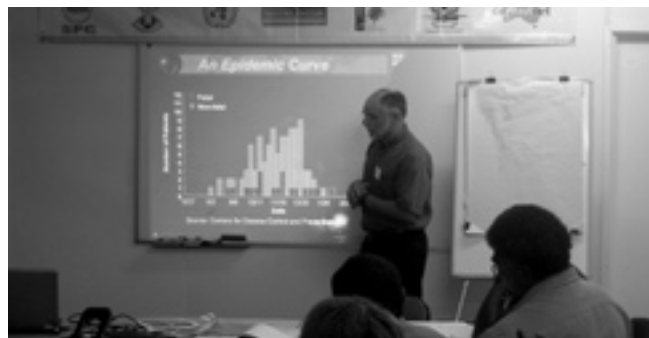
La formation a été scindée en deux groupes, l'un consacré à la microbiologie, et l'autre aux aspects épidémiologiques des infections à salmonelles qui portait principalement sur *Salmonella typhi*, l'organisme responsable de la typhoïde qui peut aussi



Meetings and training



The training was conducted at the Port Moresby General Hospital campus and PNG Department of Health headquarters. *La formation s'est déroulée sur le campus de l'Hôpital général de Port-Moresby et au siège du Département de la santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée.*



Trainers came from CDC (US), SPC (Fiji, New Caledonia and PNG), James Cook University (Australia), OzFoodNet (Australia), Southern Community Laboratory Services (New Zealand) and WHO's PNG Office.

Les formateurs venaient des CDC (États-unis d'Amérique), de la CPS (bureau des Îles Fidji, de Nouvelle-Calédonie et de Papouasie-Nouvelle-Guinée), de l'Université James Cook (Australie), d'OzFoodNet (Australie), de Southern Community Laboratory Services (NZ) et du bureau de l'OMS en Papouasie-Nouvelle-Guinée.



A total of 31 participants were trained; 29 were from PNG and two from Niue.

Au total, 31 participants ont bénéficié de la formation, dont 29 étaient originaires de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, et deux de Niue.



Of the 31 participants, 20 were trained in laboratory aspects and 11 in epidemiology aspects of salmonella surveillance. *Vingt des 31 participants ont été formés aux aspects microbiologiques, et 11 à l'épidémiologie de la surveillance des salmonelles.*

typhoid fever and can cause FBD outbreaks. The training went smoothly and feedback from the participants was positive.

Dr Marina Pulu from Niue shared her views on the workshop with us:

I thoroughly enjoyed the GSS workshop in PNG. The facilitators were excellent and their teaching easily understood. I wish that it was longer than a week to fully grasp the concepts, though. This was a bit of revision for me; however, it was great as I had not touched on the subject since medical school.

Coming away from this workshop, I was quite eager to make some recommendations in relation to surveillance of FBDs specifically, especially since the Pacific Islands Forum will be held in Niue in August – i.e. incorporate this to include food sampling during a possible outbreak, improve on current surveillance systems (which are currently syndromic in nature), develop a network with reference labs for confirmation of positives, improve our lab capacity to identify salmonella, etc.

A lot of the above will probably have to be legislated first (if this is not already done) to facilitate proper data collection in order for us to see if there is indeed a problem with foodborne diseases in Niue. I look forward to a Level II training if that is also in the pipeline!

The way forward

Dr James Wangi, Pandemic Influenza Preparedness Specialist based at SPC's PNG office and the primary facilitator of the training, said in the closing ceremony: 'The completion of the training is just a first step, and the major challenge now lies with implementing the action plan the participants (particularly from PNG) drew up, as one of the important outcomes of the training.'

He reminded the participants to take a regional approach to setting up action plans to institute laboratory-based salmonella surveillance in countries as a first step, and then to link the regional systems to form a national system. The work involved, particularly in rolling out the surveillance, would be a major challenge and SPC remained ready with technical assistance if requested by the governments of PNG and Niue.

Acknowledgements

Dr Wangi mentioned that 'Papua New Guinea is a difficult place to conduct any international training of such magnitude, and without the concerted efforts of all the partners, this training would not have been a success'. He particularly thanked the Government of PNG for their interest, involvement and participation in and ownership of the training; the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC); and the Port Moresby General Hospital for making its facilities available for use.

provoquer des flambées de maladies d'origine alimentaire. La formation s'est déroulée sans difficulté, et les retours d'information des participants ont été positifs.

Le Dr Marina Pulu de Niue nous a fait part de ses impressions sur l'atelier :

"J'ai beaucoup apprécié l'atelier sur la surveillance mondiale des salmonelles organisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les animateurs étaient excellents, et leur cours faciles à comprendre. J'aurais toutefois aimé que l'atelier dure plus d'une semaine pour assimiler pleinement les concepts. Pour moi, c'était un peu une révision ; elle m'a cependant fait beaucoup de bien, car je n'avais plus touché à la question depuis la faculté de médecine."

"À la fin de l'atelier, j'avais très envie de faire des recommandations, notamment sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire, étant donné que le Forum des Îles du Pacifique se tiendra à Niue en août – surtout pour l'échantillonnage des aliments en cas de flambée épidémique, l'amélioration des systèmes de surveillance (qui sont actuellement à caractère syndromique), la création d'un réseau de laboratoires de référence pour la confirmation des résultats positifs, l'amélioration des capacités d'identification des salmonelles dans nos laboratoires, etc."

"Nombre de ces aspects imposent l'adoption de textes législatifs (s'ils n'existent pas déjà) afin de faciliter la collecte des données nécessaires pour déterminer dans quelle mesure les maladies d'origine alimentaire posent problème à Niue. J'attends avec impatience le stage de niveau II s'il est en projet !"

Et maintenant ?

Le Dr James Wangi, spécialiste de la préparation à une pandémie de grippe en poste dans les bureaux de la CPS en Papouasie-Nouvelle-Guinée et animateur principal de l'atelier, a déclaré à la cérémonie de clôture : "L'achèvement de cette formation n'est qu'une première étape, le grand défi consistant maintenant à mettre en œuvre le plan d'action élaboré par les participants (notamment celui de la Papouasie-Nouvelle-Guinée), qui est l'une des retombées importantes de cette manifestation."

Il a rappelé aux participants d'avoir recours à une démarche régionale pour introduire les plans d'action visant à engager la surveillance des salmonelles en laboratoire, la première étape à mettre en œuvre, pour ensuite instaurer un système national rattaché à ceux de la région. Le travail à engager, notamment pour assurer la régularité de la surveillance, constitue un défi majeur, et la CPS reste prête à apporter son assistance technique si les gouvernements de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et de Niue en font la demande.

Remerciements

Le Dr Wangi a fait valoir que "la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'est pas un endroit facile pour organiser un atelier de formation international de cette ampleur, et qu'il n'aurait pas connu d'aussi bons résultats sans les efforts concertés de tous les partenaires". Il a tout particulièrement remercié le gouvernement de la Papouasie-Nouvelle-Guinée de son intérêt, de son implication, de sa participation et de son adhésion à la formation ; les Centres de lutte contre la maladie des États-Unis d'Amérique (CDC) ; et l'Hôpital général de Port-Moresby qui a prêté ses installations.



In brief

The training was organised by SPC in collaboration with the Port Moresby General Hospital, the PNG National Department of Health, WHO, CDC (WHO Global Salm-Surv team), OzFoodNet, the Pasteur Institute of New Caledonia (IPNC), James Cook University (Queensland) and the Institute of Environmental Science and Research of New Zealand.

It was mainly funded through the Pacific Regional Influenza Pandemic Preparedness Project, which is coordinated by SPC and financed by AusAID, NZAID, and the French Pacific Fund via IPNC.

Dr James Wangi

Pandemic Influenza Preparedness Specialist based in SPC's PNG office

Christelle Lepers

Surveillance Information Officer

L'atelier a été organisé par la CPS en collaboration avec l'Hôpital général de Port-Moresby, le Département de la santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'OMS, les CDC (Équipe du programme OMS de surveillance mondiale des salmonelles), OzFoodNet, l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie (IPNC), l'Université James Cook (Queensland) et l'Institute of Environmental Science and Research de Nouvelle-Zélande.

Il a été essentiellement financé par le Projet régional océanien de préparation à une pandémie de grippe (dont la coordination est assurée par la CPS et le financement par l'AusAID et la NZAID), et le Fonds Pacifique français, par l'intermédiaire de l'Institut Pasteur.

Dr James Wangi

Spécialiste de la préparation à une pandémie de grippe de la CPS, en poste en Papouasie-Nouvelle-Guinée

Christelle Lepers

Chargée de l'information sur la surveillance de la santé publique, CPS

New WHO staff

Dr Boris Pavlin (USA) has been appointed as the WHO Communicable Diseases Surveillance and Response (CSR) Epidemiologist, based in Pohnpei, Federated States of Micronesia, with effect from 2 March 2008. He will help North Pacific jurisdictions (particularly FSM and Republic of the Marshall Islands) to increase their capacity to detect and respond to outbreaks of epidemic-prone diseases such as dengue, typhoid fever, influenza, leptospirosis and others. Prior to his current position, Boris completed a Preventive Medicine specialisation at Johns Hopkins School of Public Health in Baltimore, MD. His previous work experience includes being a laboratory scientist for the Human Genome Project, and an Epidemic Intelligence Service Officer for the US Centers for Disease Control and Prevention, where he was responsible for responding to outbreaks of hemorrhagic fever diseases such as Ebola and Lassa fever. His primary professional interest is emerging and re-emerging infectious diseases, especially zoonoses.



Récent recrutement à l'OMS

Docteur Boris Pavlin (États-Unis d'Amérique) a été nommé au poste d'épidémiologiste chargé de la surveillance et de la lutte contre les maladies transmissibles (OMS/CSR), basé à Pohnpei, États fédérés de Micronésie, avec effet au 2 mars 2008. Il aidera les autorités du Pacifique nord (en particulier les États fédérés de Micronésie et la République des Îles Marshall) à accroître leurs capacités de détecter et de combattre des flambées de maladies à potentiel épidémique, telles que la dengue, la fièvre typhoïde, la grippe, la leptospirose, entre autres. Avant d'occuper ce poste, Boris a fait des études de spécialisation en matière de médecine préventive à l'École de médecine Johns Hopkins à Baltimore. Il a travaillé en qualité de spécialiste de laboratoire sur le Projet Génome humain et en tant qu'employé au service des renseignements épidémiologiques pour les centres de lutte contre la maladie aux États-Unis, où il était chargé de la riposte à organiser face à des flambées de fièvres hémorragiques telles que la fièvre de Lassa et la fièvre Ebola. Son principal intérêt professionnel se porte sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, en particulier les zoonoses.

New library for Yap State Hospital

On the tiny island of Yap in the far western Pacific, a new medical library has been created to replace the one destroyed in Typhoon Sudal in 2004. The Robert Wood Johnson Foundation, the nation's largest philanthropic organisation devoted exclusively to improving health and health care for all people, worked together with Guam's Ayuda Foundation to fund the project.

Une nouvelle bibliothèque pour l'hôpital de l'État de Yap

Sur la petite île de Yap, située à l'extrême-ouest du Pacifique, une nouvelle bibliothèque médicale a été créée afin de remplacer celle détruite par le typhon Sudal en 2004. La Fondation Robert Wood Johnson, la plus grande organisation philanthropique du pays, qui se consacre exclusivement à améliorer la santé et les soins médicaux pour tous, a travaillé de concert avec la fondation Ayuda de Guam pour financer ce projet.

Arlene Cohen et Alice Hadley, les bibliothécaires de Guam, Mark Durand et Thane Hancock, médecins, Charlene Laamtal, directrice de la bibliothèque médicale, ainsi que Daisy Gilmataam,

Librarians Arlene Cohen and Alice Hadley of Guam, and Drs Mark Durand and Thane Hancock, Medical Library Manager Charlene Laamtal, and Daisy Gilmataam, Information





Technology Technician of the Yap State Hospital all played a role in establishing the new Yap State Hospital Medical Library.

The Robert Wood Johnson Foundation grant covered the purchase of 250 books, cataloguing of the books, library management software, a PowerPoint projector and screen, three computers, two printers, and the construction of bookcases and computer desks. In addition, Richard Sher of Gaylord, a library supply company, helped to get the venture off to a good start by donating a two-drawer catalogue and various library supplies.

Things can move slowly in the tropics and then suddenly race by and this project was no exception. It originated when Dr Durand from Yap State Hospital contacted the Ayuda Foundation in Guam about replacing the typhoon damaged library in late 2005. After a few rounds of tweaking and revising proposals, Ayuda finally received the required funds in December 2007.

Yap State Hospital has 36 in-patient beds and 12 doctors (including one surgeon and one anaesthesiologist), and serves both the high island of Yap (population 8,000) and the inhabited outer islands (population 4,000). The lovely facility, built in 1979, provides both in-patient and out-patient care. Internet access is slow, but it allows staff to access online resources including a subscription to almost 70 textbooks in STAT!Ref and hundreds of full-text journals on EBSCO through subscriptions paid for by the Pacific Regional Educational Laboratory (PREL). The library has a PubMed 'My NCBI' account that provides tabbed search results with tabs for English language articles, and free full-text, making it easier for staff to find articles they can use.

Based on a press release April 15, 2008

For more information, please contact Arlene Cohen <arlenegcohen@gmail.com>; Alice Hadley <aehadley@gmail.com> or Dr Thane Hancock <thanehancock@gmail.com>



technicienne en technologie de l'information de l'hôpital de l'État de Yap, ont tous joué un rôle dans l'établissement de la nouvelle bibliothèque médicale de l'hôpital.

La Fondation Robert Wood Johnson a pris en charge l'achat de 250 livres, d'un logiciel de gestion de bibliothèque, d'un projecteur et d'un écran PowerPoint, de trois ordinateurs, de deux imprimantes, de bureaux pour les ordinateurs et a financé le catalogage des livres ainsi que la construction de rayons pour recevoir ces derniers. Par ailleurs, Richard Sher de la société Gaylord, société de fournitures pour les bibliothèques a offert un meuble de classement à deux tiroirs et diverses fournitures, aidant ainsi le projet à partir du bon pied.

Sous les tropiques, les choses peuvent évoluer très lentement puis tout à coup s'emballer ; ce projet n'a pas échappé à la règle. Tout a commencé quand le docteur Durand, de l'hôpital de l'État de Yap, a contacté la fondation Ayuda de Guam en vue du remplacement de la bibliothèque endommagée par le typhon fin 2005. Après plusieurs séries de légères modifications et révisions des propositions, la fondation Ayuda a fini par toucher en décembre 2007 les fonds demandés.

L'hôpital de l'État de Yap dispose de 36 lits réservés aux patients hospitalisés et 12 médecins (dont un chirurgien et un anesthésiste) y travaillent. Il répond aux besoins de l'île haute de Yap (8 000 habitants) ainsi que des îles périphériques habitées (4 000 habitants). L'adorable petit édifice, construit en 1979, dispense des soins à la fois aux patients en consultation et aux patients hospitalisés. Le débit de la connexion internet est lent, mais il permet au personnel d'accéder à des ressources en ligne. Parmi ces ressources, on trouve la souscription à STAT!ref (pour près de 70 manuels) et des centaines de revues en texte intégral sur EBSCO grâce à des souscriptions payées par le Laboratoire éducatif de la région du Pacifique (PREL). Le compte PubMed 'My NCBI' de la bibliothèque fournit des résultats de recherches sous forme d'onglets, avec des onglets distincts pour les articles écrits en anglais, et des revues en texte intégral permettant ainsi au personnel de trouver plus facilement les articles disponibles.

D'après un communiqué de presse du 15 avril 2008

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à Arlene Cohen <arlenegcohen@gmail.com>; Alice Hadley <aehadley@gmail.com> ou Thane Hancock <thanehancock@gmail.com>



New SPC staff

Ms Jennifer Fischer is the Project Coordinator for PRIPPP (Pacific Regional Influenza Pandemic Preparedness Project). She arrived in April 2008 to take over the position from Ms Radha Etheridge. Before coming to SPC, she worked in a number of roles in the Australian health system relating to delivery of clinical physiotherapy services, management of community health teams and rural health facilities and implementation of health programmes. Ms Fischer has also worked on bilateral aid projects in the health sectors of China and Indonesia. She has an interest in the development of health systems and their response to the health needs of populations. *'There are many challenges in working on a regional project that has stakeholders from human and animal health sectors and that also involves border security, customs and quarantine across many different countries. These challenges, however, are made much less by the warmth of the people and the beauty of the region.'*



Ms Salanieta Elbourne joined SPC at the beginning of September 2008 to replace Mr Albert Gurusamy, Laboratory Specialist. Ms Elbourne worked in the microbiology department of Fiji's CWM and Lautoka Hospital laboratories from 1981–2001. She then took up a position in the Marshall Islands with the Ministry of Health, where she worked for seven years. *'Setting up the microbiology department in the Majuro laboratory was my main task, along with training local technicians in basic microbiology and general laboratory tasks. I also co-facilitated workshops and laboratory training for other laboratories in the Northern Pacific region.'*



Nouvelles recrues de la CPS

M^{lle} Jennifer Fischer est coordonnatrice du PRIPPP. Elle est arrivée en avril 2008 pour remplacer M^{lle} Radha Etheridge. Elle a occupé plusieurs postes au sein du système sanitaire australien (services de kinésithérapie clinique, gestion d'équipes de santé communautaire et d'établissements sanitaires en milieu rural, mise en place de programmes de santé). Elle a également travaillé en Chine et en Indonésie sur des projets d'aide bilatérale dans le secteur sanitaire. Elle a un intérêt tout particulier pour le développement de systèmes sanitaires et leur réponse aux besoins des populations.

"Travailler pour un projet régional qui regroupe à la fois des intervenants des secteurs de la santé humaine et de la santé animale, et qui couvre la sécurité aux frontières, les services des douanes et de contrôle sanitaire dans de nombreux pays différents, comporte sa part de défis. Mais, ces défis me semblent plus légers grâce à la chaleur humaine des océaniens et la beauté des paysages de la région."

M^{lle} Salanieta Elbourne a rejoint la CPS début septembre 2008 pour prendre la succession d'Albert Gurusamy au poste de spécialiste des laboratoires. De 1981 à 2001, M^{lle} Elbourne a travaillé dans le service microbiologie des laboratoires des Centres hospitaliers de Lautoka et CWM de Fidji. Elle a ensuite occupé un poste au sein du Ministère de la Santé des Îles Marshall, pendant sept ans.

"Ma tâche principale consistait à mettre en place le service microbiologie du laboratoire de Majuro, ainsi que la formation du personnel local aux techniques fondamentales de laboratoire et de microbiologie. À mesure que mes activités de formation et de soutien aux techniciens de laboratoire augmentaient, mon rôle s'est élargi vers la facilitation d'ateliers et de formations pour d'autres laboratoires de la région Nord Pacifique."

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>.
Coordinated by Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int).
Editorial office: Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int), Justus Benzler (JustusB@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 océanique 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 ; <http://www.spc.int/phs>.
Publié sous la direction de Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int)
Comité de lecture: Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int), Justus Benzler (JustusB@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.

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

© Copyright Secretariat of the Pacific Community, 2008

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2008

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.

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.

