

## PROMOTING INFECTION CONTROL MEASURES

In this issue, the emphasis is on the importance of reinforcing infection control measures on our shores.

Health-care infection control plays a vital role in communicable disease control. This was vividly demonstrated in 2003 with the outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS), and the issue has become more and more urgent with the growing threat of an influenza pandemic.

### CONTENTS

#### Surveillance & Response

Hepatitis A in New Caledonia .....	3
Boosting infection control measures in the Pacific Islands.....	10
Tuvalu takes concerted action against rubella and measles...14	
Measles supplementary immunization activities in Solomon Islands and Vanuatu in 2006 .....	17

#### PPHSN News

PPHSN Coordinating Body meets.....	19
WHO workshop on IHR and PIP in the Pacific.....	25
Increasing influenza surveillance in the Pacific Island region...27	
Strengthened national influenza preparedness (SNIP) .....	28
Monitoring and evaluation of regional responses to HIV: Tying it all together with CRIS.....	29

In brief.....	31
---------------	----

### SOMMAIRE

#### Surveillance & Réponse

Point sur l'épidémie d'hépatite A en Nouvelle-Calédonie .....	3
Renforcement des mesures de lutte contre les infections nosocomiales .....	10
Lutte contre la rubéole et la rougeole à Tuvalu.....	14
Activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole aux Îles Salomon et à Vanuatu en 2006 .....	17

#### ROSSP Actualités

Réunion du groupe de coordination du ROSSP.....	19
Atelier de l'OMS sur le RSI et la préparation à une pandémie de grippe en Océanie.....	25
Renforcement de la surveillance de la grippe en Océanie.....	27
Renforcement des dispositifs nationaux de préparation à une épidémie de grippe.....	28
Suivi et évaluation des ripostes régionales au VIH.....	29

En bref.....	31
--------------	----



## PROMOUVOIR LES MESURES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOSOMIALES

Ce numéro met en lumière l'importance du renforcement des mesures de lutte contre les infections nosocomiales dans nos pays.

La lutte contre les infections nosocomiales joue un rôle essentiel dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles. Nous en avons eu une parfaite illustration en 2003, lors de la flambée épidémique de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), et la situation est devenue d'autant plus urgente avec la menace grandissante d'une pandémie de grippe.

Me Peta-Anne Zimmerman, Spécialiste de la lutte contre les infections nosocomiales et consultante de la Banque asiatique de développement (BAsD) auprès du ROSSP depuis le mois de septembre 2005, nous fait part de ses premières impressions et de ses premières conclusions à la suite de sa première série de visites dans des pays de la région tout au long des derniers mois. Elle nous explique ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation. Son

**M**s Peta-Anne Zimmerman, infection control specialist and MADB consultant to PPHSN since September 2005, shares her first impressions and findings from the round of country visits she has accomplished in the last couple of months, and discusses what could be done to improve the situation. A series of photos showing appropriate and inappropriate infection control practices is included in the article. In February 2006, a technical consultation meeting and training workshop will be organised on infection control and prevention.

**B**asic infection control measures, such as regular hand-washing, benefit broad communicable disease prevention and control. This is true for typhoid fever, as highlighted in the previous issue of *Inform'ACTION*, and it is demonstrated again in this issue with the article on Hepatitis A in New Caledonia. Epidemiologist Dr Sylvie Barny provides a detailed summary of the hepatitis A outbreak that has affected New Caledonia since April 2005, including maps and graphics illustrating the incidence of the disease by municipality.

**T**he articles from Tuvalu's Dr Nese Ituaso Convey, Chief of Primary & Preventive Health Services, and Dr Tekaa Nelesone, Director of Health, and from Mr Richard Duncan from WHO's Office for the South Pacific, document efforts to lessen the risk of future outbreaks of measles and rubella in Tuvalu, Vanuatu and Solomon Islands. These supplementary immunisation activities are being carried out under the Pacific Immunization Programme Strengthening (PIPS) initiative supported by numerous partners of PPHSN.

**D**uring the last quarter of 2005, the PPHSN coordinating body met in Suva, Fiji Islands. The meeting was organised in conjunction with WHO's Workshop on International Health Regulations and Pandemic Influenza Preparedness in the Pacific followed by a meeting of the PPHSN Influenza Specialist Group. An overview of these meetings is provided in the bulletin, including new projects to reinforce influenza surveillance and strengthen national influenza preparedness in Pacific Island countries and territories. These new PPHSN projects should speed up the process of pandemic influenza preparedness.

**M**r Tim Sladden, Surveillance Specialist – HIV/AIDS & STIs at MSPC, explains in detail the history, goal and functioning of the country response information system (CRIS) designed for the monitoring and evaluation of regional responses to HIV.

**F**inally, there are brief items on the appointment of the new Director-General of SPC and the new manager of the Public Health Programme.

**H**appy reading to all the readers of *Inform'ACTION*, and all the best for the New Year — 2006.

**A**ctivities in 2006 will be very much oriented towards strengthening pandemic influenza preparedness and linking these activities with the development of core capacity to meet the new International Health Regulations (2005).

**Christelle Lepers**  
Surveillance Information Officer,  
SPC Surveillance & Response

*article comporte une série de photos illustrant les bonnes et les mauvaises pratiques en matière de lutte contre les infections nosocomiales. En février 2006, une réunion de concertation technique et un atelier de formation seront organisés sur le thème de la lutte contre les infections nosocomiales et de leur prévention.*

**L**es mesures de lutte anti-infectieuse de base, comme « se laver régulièrement les mains », favorisent, en règle générale, la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces dernières. Cela s'applique à la fièvre typhoïde, comme le montrait le précédent numéro d'*Inform'ACTION*, et c'est ce que démontre, une fois encore, l'article sur l'hépatite A en Nouvelle-Calédonie publié dans ce numéro. Le docteur Sylvie Barny, médecin épidémiologiste, nous donne des précisions sur la flambée épidémique d'hépatite A qui touche la Nouvelle-Calédonie depuis avril 2005, et nous présente également des cartes et des graphiques indiquant l'incidence de la maladie par municipalité.

**L**es articles du docteur Nese Ituaso Convey, Directeur du Service de soins de santé primaires et de prévention de Tuvalu, du docteur Tekaa Nelesone, Directeur de la Santé, et de Richard Duncan du Bureau de l'OMS pour le Pacifique sud, traitent des efforts déployés afin de réduire le risque d'apparition de nouvelles épidémies de rougeole et de rubéole à Tuvalu, à Vanuatu et aux Îles Salomon. Ainsi, des campagnes de vaccination supplémentaire sont menées au titre du Programme de renforcement de la vaccination dans le Pacifique, avec le soutien de nombreux partenaires du ROSSP.

**A**u cours du dernier trimestre 2005, le Groupe de coordination du ROSSP s'est réuni à Suva (Îles Fidji). Cette réunion a eu lieu juste avant l'atelier de l'OMS sur le Règlement sanitaire international et la préparation à une pandémie de grippe en Océanie qui était suivi par une réunion du Groupe de spécialistes de la grippe du ROSSP. Le présent bulletin contient un compte rendu succinct de ces réunions, y compris des nouveaux projets de renforcement de la surveillance de la grippe et d'intensification de la préparation à une épidémie éventuelle de grippe dans les États et Territoires insulaires océaniques. Ces nouveaux projets du ROSSP devraient permettre d'accélérer le processus de préparation à une pandémie grippale.

**T**im Sladden, Spécialiste de la surveillance (lutte contre le VIH/SIDA et les IST) à la CPS, expose l'histoire, le but et le fonctionnement du Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) axé sur le suivi et l'évaluation des ripostes régionales au VIH.

**E**nfin, une série de brefs articles traitent de la nomination du nouveau Directeur général de la CPS, et du recrutement du nouveau Directeur du Département Santé publique.

**B**onne lecture à tous les lecteurs d'*Inform'ACTION* et meilleurs vœux pour la nouvelle année 2006 !

**E**n 2006, les activités seront axées sur le renforcement de la préparation à une pandémie de grippe et sur le lien à faire entre ces activités et le développement des principales capacités requises pour mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international (2005).

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

## HEPATITIS A IN NEW CALEDONIA — SUMMARY REPORT (06 December 2005)

### Alert

In late April 2005, the New Caledonia Pasteur Institute alerted the DASS-NC (New Caledonia Health and Social Affairs Office) Health Activities Department of an unusually high number of Hepatitis A-positive serum tests since the beginning of the year as compared to previous years.

### First epidemiological study (May 2005)

All the clinical laboratories were contacted in order to establish the exact number of positive serum tests and relevant patient characteristics.

This initial assessment in May identified some 36 cases with positive IgM (since 1 January 2005), mainly recorded over the municipalities of Dumbea, Mont-Dore, Noumea, Lifou and Païta.

Some other secondary cases, attached to the index cases, thereby bringing the total number of cases to 42. These cases mainly involved young people (under the age of 10 in almost half of the cases and under 15 in 80% of the cases).

The results of the investigation showed that while no common source existed for all the cases, some were clustered geographically or by family.

- In Païta (N'De tribe): The medical centre doctor was informed, so as to continue the investigation if necessary and arrange information sessions on hygiene.
- In Mont-Dore (La Coulée): The families affected had neither running water nor sanitation in their homes at the time of the outbreak and said they washed in the river and ate shellfish collected along the seashore. The medical centre doctor was contacted and information was provided to the families. The mayor of the municipality was advised of the situation by the sanitation officer, who offered to assist by taking water samples. No response has so far been received to this offer.
- In Dumbea: Most of the cases lived at the Koutio squatter settlement. Apart from the lack of sanitation (drinking water comes from a common standpipe), some people here also consumed cooked shellfish they had gathered themselves.
- In Noumea: the cases investigated were isolated ones. The index cases were not found and no specific factor was identified. These cases were older than those in the other municipalities.
- On Lifou: the first cases were reported in the area of We (Hapetra and Hmeleck). The dispensary doctor contacted sent a nurse to carry out the investigation and reported poor hygiene in these families and possible infection at school during the class tooth-brushing

## POINT SUR L'ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE A EN NOUVELLE-CALÉDONIE (06 DÉCEMBRE 2005)

### Alerte

À la fin du mois d'avril 2005, l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie a signalé au Service des actions sanitaires de la Direction des Affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) la fréquence inhabituelle du nombre de sérologies positives de l'hépatite A depuis le début de l'année par rapport aux années précédentes.

### 1<sup>re</sup> enquête épidémiologique

Suite à cette alerte, une première investigation a été menée. Tous les laboratoires biologiques ont été contactés afin de recueillir le nombre exact de sérologies positives avec les caractéristiques des patients.

Ce premier bilan effectué en mai retrouvait 36 cas avec IgM positive (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005), répartis principalement sur les communes de Dumbea, Mont-Dore, Noumea, Lifou et Païta.

Une première enquête auprès des patients et des médecins traitants a permis de retrouver d'autres cas secondaires, attachés aux cas index, ce qui portait à 42 le nombre total de cas. Ces cas concernaient essentiellement des jeunes (moins de 10 ans dans près de la moitié des cas et moins de 15 ans dans près de 80 % des cas).

Les résultats de l'investigation ont montré qu'il n'existait alors pas de source commune à tous ces cas, mais qu'il existait des cas groupés géographiquement ou familialement :

- A Païta (tribu de N'Dé) : Le médecin du centre médical a été informé, afin de poursuivre l'investigation si nécessaire et de mettre en place des séances d'information sur l'hygiène.
- Au Mont-Dore (La Coulée) : Les familles touchées n'avaient ni eau courante à domicile, ni bloc sanitaire au moment de l'épidémie, et disaient se baigner dans la rivière et manger des coquillages pêchés au bord de mer. Le médecin du centre médical a été contacté et des informations ont été données aux familles. Le maire de la commune a été informé de la situation par l'ingénieur sanitaire, qui a proposé son aide pour effectuer des prélèvements d'eau. Aucune réponse n'a été donnée à ce jour à cette proposition.
- A Dumbea : La plupart des cas étaient domiciliés dans les squats de Koutio. Hormis l'absence de blocs sanitaires (l'eau potable étant distribuée par un robinet communautaire), on retrouvait une consommation de coquillages pêchés cuits.
- A Noumea : Les cas explorés étaient des cas isolés. Les cas index n'ont pu être retrouvés, et aucun facteur spécifique n'a pu être mis en évidence. Ces cas étaient plus âgés que ceux des autres communes.
- A Lifou : Les premiers cas étaient signalés dans la zone de We (Hapetra et Hmeleck). Le médecin du dispensaire contacté a diligenté une infirmière pour mener l'enquête et a évoqué une hygiène défaillante au sein des familles et la possibilité pour certains enfants de contamination à l'école au cours de la séance collective de brossage de dents (échanges de gobelets ou de brosses à dent). Ce bilan a été transmis au médecin coordonnateur.

session (use of the same cups or toothbrushes). This report was sent to the coordinating medical officer.

**Second epidemiological report as at 17/08/05**

One hundred and three cases of Hepatitis A had been reported by 17 August 2005, i.e. 61 cases more than in the first report in May. These new cases were reported in July and came from Lifou and Noumea, raising the incidence rate to 4.7 cases per 10,000 inhabitants. This figure was certainly lower than the actual rate given that with Hepatitis A the percentage of unreported cases is significant – due to a high percentage of anicteric forms (estimated at 90% according to the authors).

Age group distribution revealed that the outbreak was affecting young children with 78% of children under the age of 15 (56.1% were in the 5 to 9 age group), thereby giving and incidence rate in the under 15 age group of 12.4 per 10 000, i.e. nearly nine (9) times the incidence rate for people over the age of 15. It should be noted that the adults involved most often resided in the township of Noumea.

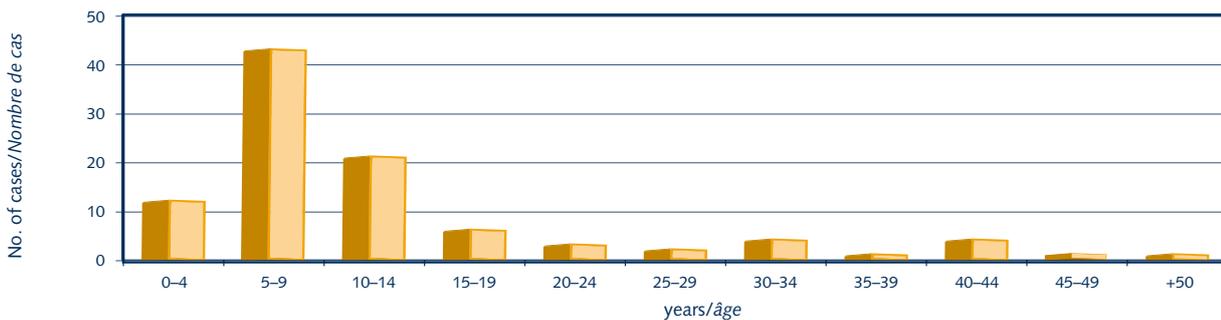
**2<sup>e</sup> bilan épidémiologique (17 août 2005)**

Cent trois (103) cas d'hépatite A avaient été signalés au 17 août 2005, soit 61 cas supplémentaires par rapport au 1<sup>er</sup> bilan du mois de mai. Ces nouveaux cas signalés en juillet provenaient de Lifou et de Nouméa. Ils portaient l'incidence ou le taux d'attaque à au moins 4,7 cas pour 10 000 habitants, dans la mesure où la proportion de cas non déclarés d'hépatite A n'est pas négligeable, en raison de la proportion importante de formes anictériques (estimée à 90 % selon les auteurs).

La répartition par tranche d'âge montrait que cette épidémie touchait 78 % des enfants de moins de 15 ans (dont 56,1 % âgés de 5 à 9 ans), ce qui porte l'incidence chez les moins de 15 ans à 12,4 pour 10 000 (soit près de 9 fois l'incidence des 15 ans et plus). A noter que les adultes touchés résidaient le plus souvent dans la commune de Nouméa.

La répartition des cas signalés par commune confirmait alors que les communes les plus concernées étaient celles de Lifou (plus de la moitié des cas) et de Nouméa.

**Distribution by age group / Répartition par tranche d'âge**

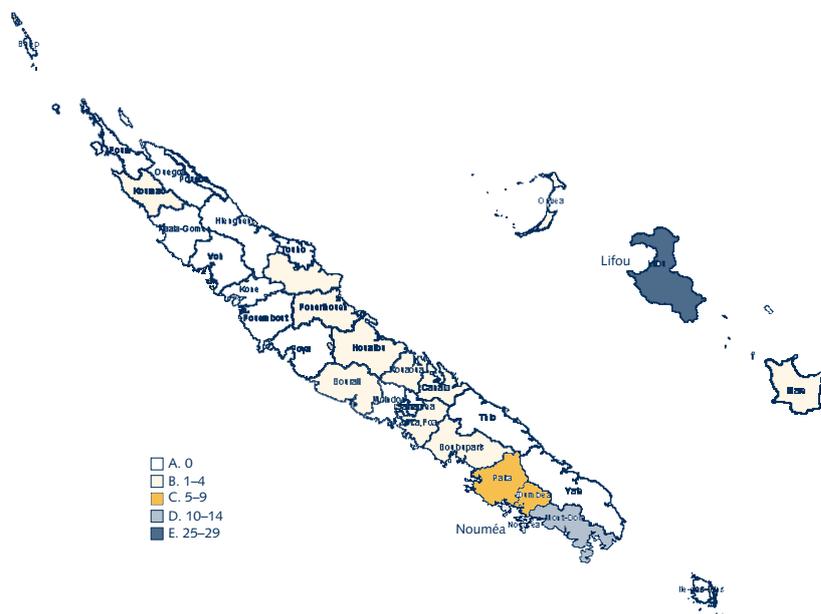


Distribution of reported cases by municipality confirmed that the municipality of Lifou (more than half the cases) and Noumea were those most affected.

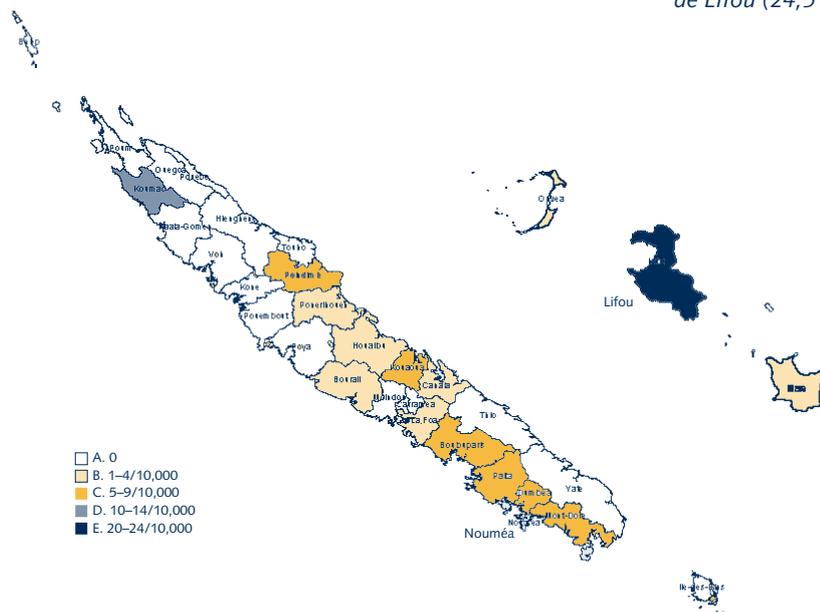
However the number of cases by population showed that the incidence rate was clearly higher in the municipality of Lifou (24.5 per 10 000).

**Distribution of cases by municipality (17/08/05) Répartition des cas par commune au 17 août 2005**

In that municipality, the period of festive custom gatherings (weddings, yam season), which favours exchanges between tribal areas, could explain in part the geographic spread of cases over the entire island. Surveillance measures were strengthened following this observation and two technicians from DASS-NC's Environmental Health Unit visited Lifou. This visit, which took place in August, led to the conclusion that the origin of the transmission was mainly hand-borne due to deficiencies in hygiene (no hand-washing, no soap), both within families and at the schools, and even a lack of sanitation in certain tribal areas.



## Incidence rate by municipality (17/08/05) Taux d'incidence par commune au 17/08/05



In all, the epidemiological situation observed at that time, characterised by an unusual increase in the number of viral Hepatitis A cases compared to the previous five years, demonstrated high-levels of semi-endemic transmission of the virus in New Caledonia with:

- on the one hand, transmission in the form of a community outbreak developing over a period of several weeks and mainly affecting children under 15 in communities at risk (lack of private or community sanitation) in which most of the adults were already immune (Lifou, Païta, La Coulée);
- on the other hand, sporadic transmission involving more frequently those adults who had probably been protected during childhood by their lifestyles and who were now exposed at an older age during a period in which the virus was circulating more freely.

### Strengthening surveillance

After strengthening surveillance measures, particularly at the various clinical laboratories, the latter submitted, to the best of their technical capacities, a retrospective list of the cases diagnosed since May, which made it possible to update the epidemiological data: 311 reported cases (2/3 in the under 15 age group) throughout the country as at 24/08/05, with an initial peak in early May and another in early August and certain municipalities more affected than others.

### Role of healthcare professionals

It was at this point in time that it was deemed vital to provide wider information coverage to healthcare professionals. In fact, only those doctors contacted during the investigations or the visit to Lifou were fully aware of the problem.

Information about the epidemiological situation, which explained in detail the main recommendations to be given to parents, was sent to both public and private doctors, by e-mail or fax or through their supervising agencies, asking that they report any new cases diagnosed.

Toutefois, le nombre de cas rapporté à la population, montrait que l'incidence était nettement plus élevée dans la commune de Lifou (24,5 pour 10 000).

Dans cette commune, la période des fêtes coutumières (mariages, saison des ignames), qui favorise les échanges entre tribus, pourrait expliquer en partie la dissémination géographique des cas sur l'ensemble de l'île. Suite à cette observation, le dispositif de surveillance a été renforcé et une mission a été effectuée à Lifou par deux techniciennes de la cellule santé-environnement de la DASS-NC. Cette mission, menée au mois d'août, a conclu que l'origine de la transmission était principalement manuellement, et causée par des carences en matière d'hygiène (défaut de lavage des mains, absence de savon), autant au sein des familles que dans les écoles, voire une absence d'assainissement dans certaines tribus.

Au total, la situation épidémiologique objectivée à cette date était caractérisée par une augmentation inhabituelle du nombre de cas d'hépatite virale A par rapport aux cinq dernières années. Elle témoignait d'une forte circulation, de type semi-endémique, du virus en Nouvelle-Calédonie avec :

- d'une part, une transmission sous forme d'épidémie communautaire évoluant depuis plusieurs semaines et touchant principalement des enfants de moins de quinze dans des communautés à risque (à cause de l'absence d'assainissement individuel ou collectif) et dans lesquelles les adultes sont pour la plupart déjà immunisés (Lifou, Païta, La Coulée) ;
- d'autre part, une transmission sporadique concernant plutôt des adultes probablement protégés dans l'enfance par leur mode de vie et se trouvant exposés au virus à un âge plus avancé, à une période où le virus circule plus souvent.

### Renforcement de la surveillance

Suite au renforcement du dispositif de surveillance, les différents laboratoires d'analyses médicales ont transmis dans la mesure de leur possibilité technique une liste rétrospective des cas diagnostiqués depuis le mois de mai. Ceci permet de mettre à jour les données épidémiologiques : 311 cas signalés (2/3 chez les moins de 15 ans) sur l'ensemble du pays jusqu'au 24 août 2005, avec un premier pic début mai et un autre début août, certaines communes étant plus touchées que d'autres.

### La place des professionnels de santé

C'est à cette période qu'il a été jugé indispensable d'informer plus largement les professionnels de santé. En effet, les médecins contactés au moment des investigations ou lors de la mission à Lifou étaient quasiment les seuls à être largement sensibilisés.

Une information sur la situation épidémiologique, précisant les principales recommandations à donner aux patients, a été transmise aux médecins publics et privés, par mail, fax ou via leurs directions, leur demandant de bien vouloir signaler tout nouveau cas diagnostiqué.

Cette sensibilisation du corps médical de la Nouvelle-Calédonie, effectuée en urgence, avait pour but d'améliorer le dispositif de surveillance et, en insistant auprès des patients sur les mesures d'hygiène à prendre, permettait de lutter contre la transmission de cette maladie d'un individu à l'autre.

## Surveillance & Response

This awareness campaign for medical personnel in New Caledonia, which was carried out on an emergency basis, was designed to improve surveillance measures, and, by highlighting with patients the hygiene measures to be taken, make it possible to control inter-individual transmission of this disease.

Attending physicians, who are a vital link in surveillance and alert in the event of unusual phenomena, have an important role, as often they are the ones who may have observed the first in a larger-than-normal group of cases. Their role is, then, to inform the Health Activities Department early enough to ensure that they can properly carry out their investigations and implement control measures.

Laboratory technicians are also an important link in the system as they receive the requests for serum tests prescribed by different doctors and can have a wider and earlier overview of the scope of the outbreak. Informing the Health Activities Department of unusually high numbers of viral Hepatitis A serum tests can also make it possible to begin epidemiological investigations, follow the evolution of the outbreak and assess the effectiveness of the health actions implemented.

### Public health measures

Given the epidemiological situation, it seemed essential to:

- continue recording Hepatitis A cases from laboratories and doctors and extend the coverage to primary schools, so as to monitor the progress of the outbreak and measure the effects of the action taken (and possibly add this disease to the list of notifiable diseases);
- remind the public and doctors of the hygiene rules to follow so as to limit transmission of the disease;
- inform doctors of the need to recommend vaccination to people usually residing in areas of low endemicity and required to travel to a risk-prone area;
- seek the vaccination strategies best suited to the epidemiology of the disease in New Caledonia, in particular by recommending the vaccination of members of exposed professions (staff of childcare centres, boarding facilities, disabled persons' centres, sanitation service staff, etc.);
- give priority to risk-prone areas in the construction of toilet blocks;
- make sure that hygiene-oriented health education programmes are a priority.

The introduction of a public vaccination programme can only be planned as an adjunct to a diarrhoeal disease control programme. Its purpose would be to reduce the number of severe cases requiring medical hospitalisation.

Before introducing vaccination strategies, prior assessment is needed of:

- the incidence of severe forms in hospitalised patients;
- population immunity, by age and place of residence;
- length of protection provided by vaccination;
- results of vaccination programmes conducted in at-risk communities (Canada); and
- cost effectiveness and cost/benefit ratios of the proposed strategies.

*Le médecin traitant est un maillon indispensable du dispositif de surveillance et d'alerte, en cas de phénomène inhabituel, car il est bien souvent le premier à observer des cas groupés plus nombreux qu'à l'accoutumée. Son rôle est alors d'informer le service des actions sanitaires suffisamment tôt, pour mener à bien les investigations et mettre en place les mesures de lutte.*

*Le biologiste est aussi un maillon important du dispositif, car il reçoit les demandes de sérologies prescrites par différents médecins, et peut avoir une vision plus large et plus précoce de l'importance du phénomène épidémique. Le signalement de toute fréquence inhabituelle de diagnostics sérologiques d'hépatite virale A au service des actions sanitaires permet de déclencher les investigations épidémiologiques mais aussi de suivre l'évolution de ce phénomène épidémique, et d'évaluer l'efficacité des actions de santé mises en place.*

### Mesures de santé publique

Compte tenu de la situation épidémiologique, il semblait indispensable :

- de poursuivre ce recueil des cas d'hépatite A à partir des laboratoires et des médecins et de l'étendre aux écoles primaires, afin de suivre l'évolution de cette épidémie et mesurer les effets des actions mises en place (et éventuellement ajouter cette maladie à la liste des maladies à déclaration obligatoire) ;
- de rappeler au public et aux médecins les règles d'hygiène permettant de limiter la transmission de cette maladie ;
- d'informer les médecins de la nécessité de conseiller la vaccination aux personnes résidant habituellement en zone de basse endémie et devant se déplacer dans une zone à risque ;
- de rechercher les stratégies vaccinales les mieux adaptées à l'épidémiologie de la maladie en Nouvelle-Calédonie, en particulier en recommandant la vaccination des membres des professions exposées (personnels des crèches, des internats, des établissements pour personnes handicapées, enseignants, personnels des services de restauration collective, des services d'assainissement, etc.) et des personnes porteuses de maladies chroniques (hémophiles, hépatopathies chroniques, etc.) ;
- d'axer les programmes « blocs sanitaires » de manière prioritaire sur les zones à risque ;
- de faire en sorte que les programmes d'éducation sanitaire ciblés sur l'hygiène soient une priorité.

*La mise en place d'un programme de vaccination de la population ne peut être envisagée qu'en complément d'un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Il aurait pour but la réduction du nombre de cas sévères nécessitant une prise en charge médicale hospitalière.*

Avant de mettre en place des stratégies vaccinales, il est nécessaire au préalable d'évaluer :

- l'incidence des formes graves hospitalisées ;
- l'immunité de la population, selon l'âge et le lieu de résidence ;
- la durée de la protection apportée par la vaccination ;
- le résultat de programmes de vaccinations menées dans des communautés à risque (Canada) ; et
- les rapports coût/efficacité et coût/bénéfice des stratégies proposées.

**Epidemiological situation as at 4 December 2005 (week 48)**

As at 4 December 2005, 794 new cases have been recorded since the beginning of the outbreak, with 197 on Lifou (24.9%), 231 in Noumea (29.2%), 64 in Poindimie (8.1%), 45 in Dumbea (5.7%), 37 in Mont-Dore (4.7%), 39 on Mare (4.9%), 34 in Paita (4.3%), 35 on Ouvéa (4.4%), 20 in Canala (2.5%) and 15 in Koumac (1.9%). Altogether, 76.8% of new cases were under 15 years of age and 54.3% were of the male sex.

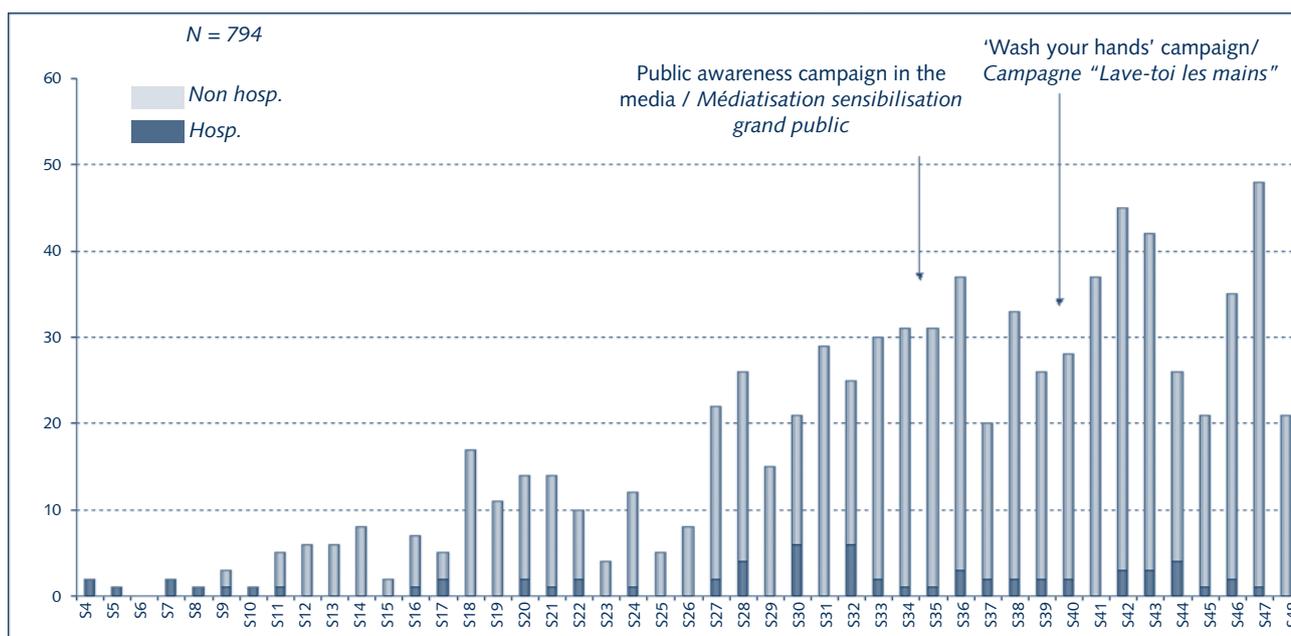
The following figure shows, for New Caledonia as a whole, a regular weekly increase in the number of cases until 10 September (week 36), followed by a drop in the weekly case total in week 37 and a fresh gradual increase up to a peak in week 42. The fall that occurred in week 43, about one month after the 'Wash your hands' campaign began, was not confirmed and a third epidemic wave was observed from week 47 to week 48.

**Bilan épidémiologique au 4 décembre 2005 (semaine 48)**

Au 4 décembre 2005, 794 nouveaux cas ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie, dont 197 à Lifou (24,9 %), 231 à Nouméa (29,2 %), 64 à Poindimié (8,1%), 45 à Dumbéa (5,7 %), 37 au Mont-Dore (4,7 %), 39 à Maré (4,9 %), 34 à Païta (4,3 %), 35 à Ouvéa (4,4 %), 20 à Canala (2,5%) et 15 à Koumac (1,9%). Au total, 76,8 % des nouveaux cas ont moins de 15 ans et 54,3 % sont du sexe masculin.

La figure suivante montre, pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, une augmentation hebdomadaire régulière du nombre de cas jusqu'au 10 septembre (semaine 36), suivie par une baisse du nombre de cas hebdomadaires à la semaine 37, et de nouveau une augmentation progressive pour atteindre un pic à la semaine 42. La baisse amorcée à la semaine 43, environ un mois après le début de la campagne « Lave-toi les mains », ne se confirme pas et l'on observe une 3<sup>e</sup> vague épidémique de la semaine 47 à 48.

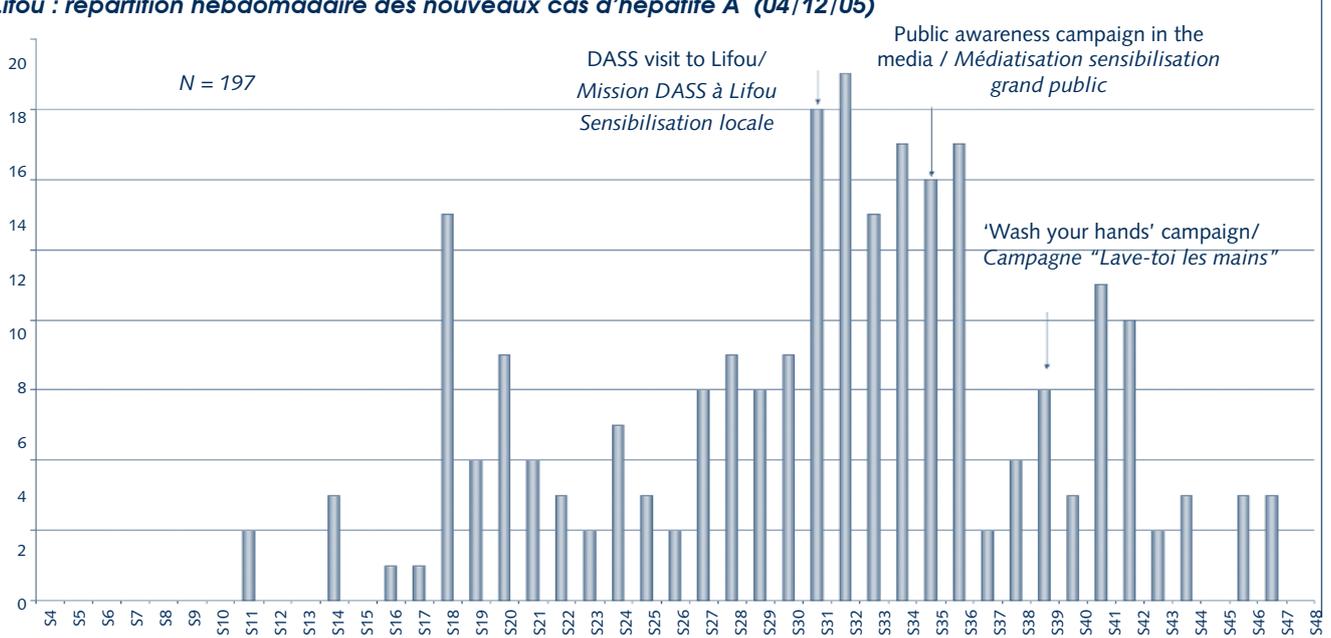
**New Caledonia: weekly distribution of new Hepatitis A cases (4/12/2005)/  
Nouvelle-Calédonie : Répartition hebdomadaire des nouveaux cas d'hépatite A**



The following figure shows that, on Lifou, the effects of the local awareness-raising effort, after the DASS visit, in conjunction with a public information campaign, began to be visible from week 37. Despite the minor peak observed during week 41, the outbreak seems to be under control.

La figure suivante montre qu'à Lifou, les effets de la sensibilisation menée localement après la mission DASS, associée à une campagne d'information de la population, ont commencé à être visibles à partir de la semaine 37 ; malgré le petit pic survenu au cours de la semaine 41, l'épidémie semble contrôlée.

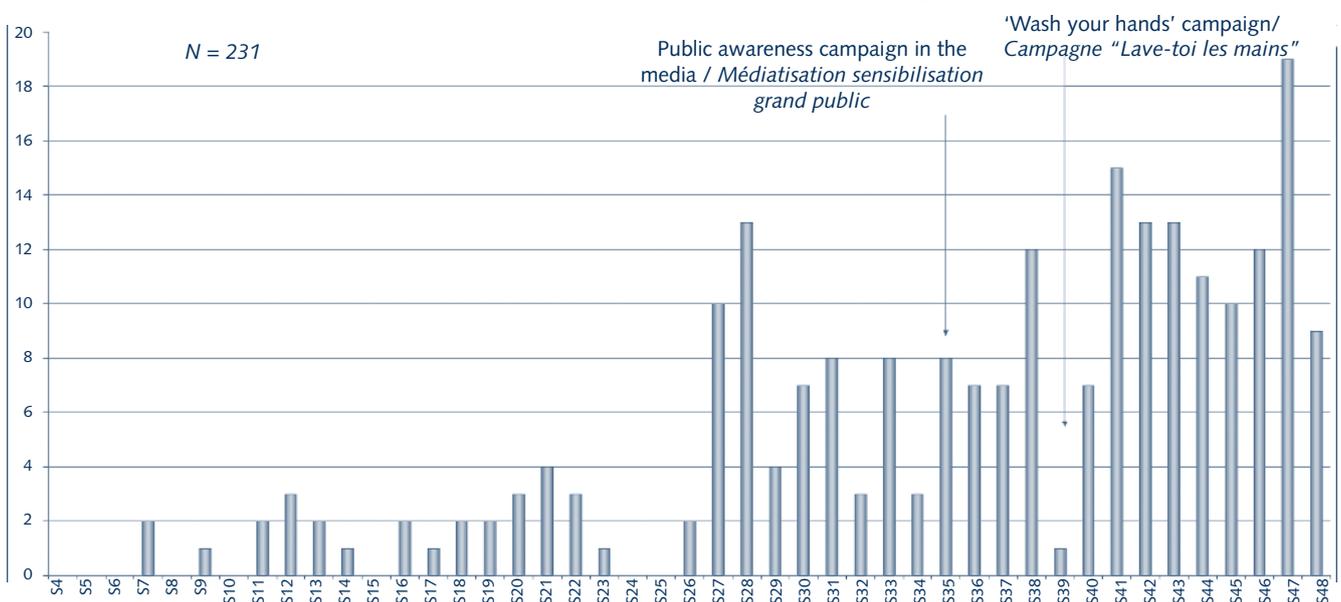
**Lifou: weekly distribution of new Hepatitis A cases (4/12/2005) /  
Lifou : répartition hebdomadaire des nouveaux cas d'hépatite A (04/12/05)**

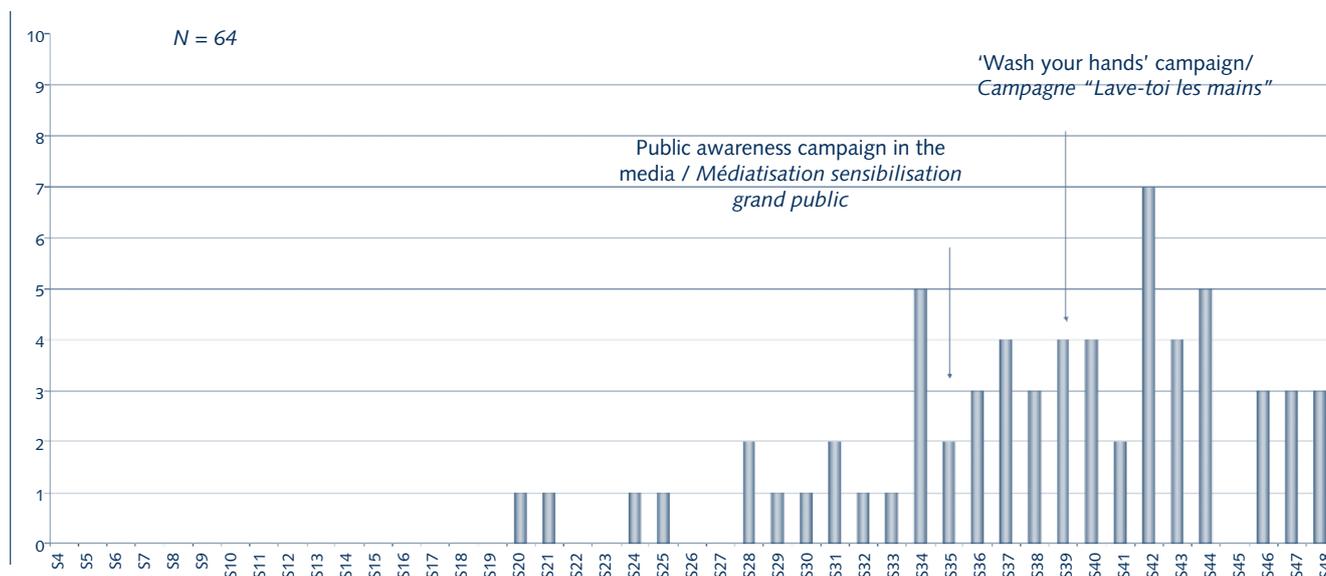


In Noumea, although the weekly number of cases seemed to remain steady at about 8 on average until week 40, with a new peak being observed in Week 41. More than a month after the start of the community awareness campaign and the distribution of soap in schools, associated with the TV spot 'Don't mess up, wash your hands', the number of weekly cases is on the increase again. These facts show that it is definitely worthwhile continuing with the information and awareness campaign and indeed stepping up action in the most affected neighbourhoods (Riviere Salee, Montravel, Ducos, Vallee du Tir).

**A** Nouméa, alors que le nombre de cas hebdomadaires semblait se maintenir autour de 8 en moyenne, jusqu'à la semaine 40, on a observé de nouveau un pic à la semaine 41. Plus d'un mois après le début de la campagne de sensibilisation de la population et l'action de distribution de savon dans les écoles, associée au spot télé « fais pas le malin, lave-toi les mains », le nombre de cas hebdomadaire est de nouveau en augmentation. Ces éléments montrent qu'il est tout à fait justifié de poursuivre la campagne d'information et de sensibilisation, voire de renforcer les actions dans les quartiers les plus concernés (Rivière-salée, Montravel, Ducos, Vallée-du-tir).

**Noumea: weekly distribution of new Hepatitis A cases (4/12/2005) /  
Nouméa : Répartition hebdomadaire des nouveaux cas d'hépatite A (04/12/05)**



**Poindimié: weekly distribution of new Hepatitis A cases (4/12/2005)****Poindimié: Répartition hebdomadaire des nouveaux cas d'hépatite A (04/12/2005)**

The third most affected municipality is Poindimié with 64 cases. The outbreak began there after it started in the two previously mentioned municipalities, but with the number of weekly cases of around 5 from week 34 on, seeming to drop to 3 new cases weekly after week 46.

In conclusion, these observations show that it is still essential to continue with the public information and awareness campaigns, especially in the most affected areas, if we want to avoid a fresh outbreak during the forthcoming school holidays, when people are on the move (especially children) and therefore there is increased virus circulation.

**Dr Sylvie Barny**  
Epidemiologist

New Caledonia Department of Health and Social Affairs

La troisième commune la plus touchée en nombre est Poindimié avec 64 cas. On y trouve un début d'épidémie plus tardif que dans les deux précédentes communes, mais un nombre de cas hebdomadaire tournant autour de 5, à partir de la semaine 34, qui semble baisser avec 3 nouveaux cas par semaine depuis la semaine 46.

En conclusion, ces observations nous montrent qu'il est toujours indispensable de poursuivre les campagnes d'information et de sensibilisation de la population, en particulier dans les zones les plus touchées, si l'on veut éviter une nouvelle flambée au cours des prochaines vacances scolaires, période propice aux mouvements de population (en particulier des enfants), et donc à l'augmentation de la circulation du virus.

**Dr Sylvie Barny**  
Médecin épidémiologiste  
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales  
de Nouvelle-Calédonie

#### Monitor the outbreak on the PPHSN website

The full series of outbreak updates issued by DASS-NC, including outbreak graphs and maps by municipality, can be consulted on-line on the PPHSN website 'outbreak monitoring' web pages through a secure connection.

#### Information about the PPHSN outbreak monitoring web pages

These pages are viewed through a secure connection; access to them is restricted to PacNet subscribers. You need to enter a user name and password to access them. To obtain the password, please send a message to the following address: [pns.cdc@spc.int](mailto:pns.cdc@spc.int)

#### Suivi de l'épidémie sur le site web du ROSSP

Toute la série de points épidémiologiques régulièrement produits par la DASS-NC, comprenant des graphiques et cartes de suivi de l'épidémie par commune, est consultable en ligne sur les pages sécurisées de « suivi des épidémies » du site web du ROSSP.

#### Petit rappel sur les pages de « suivi des épidémies par le ROSSP »

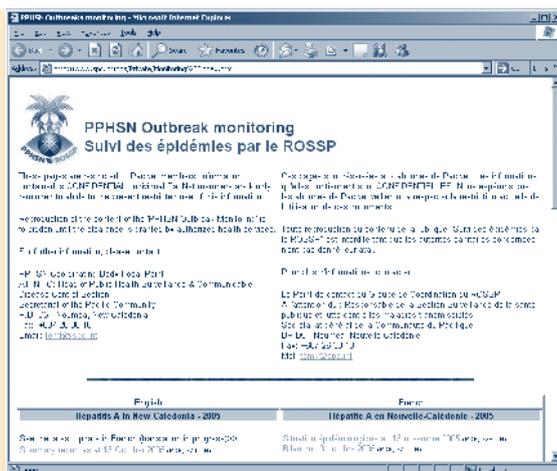
Ces pages sont sécurisées, leur accès est limité aux abonnés de PacNet. Vous devez entrer un nom d'utilisateur et un mot de passe pour pouvoir y accéder. Pour obtenir ce mot de passe, vous devez envoyer un message à l'adresse suivante : [pns.cdc@spc.int](mailto:pns.cdc@spc.int).

The information contained is confidential. Page content may not be reproduced without the approval of the health authorities concerned.

This material is additional to that posted on the PacNet list, on which graphs, for example, cannot be placed.

The material posted includes information updates on the outbreak of bloody mucoid diarrhoea in Wallis and Futuna in 1994, the dengue epidemic in New Caledonia in 2003 and 2004, the 2003 Tonga dengue epidemic, the cholera outbreak in Pohnpei in 2000, etc.

All PPHSN members are invited to use these pages and post material to them by sending us their newsletters, updates or outbreak reports at the above-mentioned electronic address.



Les informations qu'elles contiennent sont confidentielles. Toute reproduction du contenu de ces pages est interdite tant que les autorités sanitaires concernées n'ont pas donné leur aval.

Elles viennent en complément de la liste PacNet, sur laquelle nous ne pouvons pas poster de graphiques, par exemple.

Vous y trouverez, entre autres, des bulletins d'information sur l'épidémie de diarrhées glairo-sanglantes à Wallis et Futuna en 2004, l'épidémie de dengue en Nouvelle-Calédonie en 2003 et 2004, l'épidémie de dengue aux Tonga en 2003, l'épidémie de choléra à Pohnpei en 2000, etc.

Tous les membres du ROSSP sont invités à utiliser et remplir ces pages en nous faisant parvenir leurs bulletins, mises à jour ou rapports d'épidémies à l'adresse électronique mentionnée ci-dessus.

## BOOSTING INFECTION CONTROL MEASURES IN THE PACIFIC ISLANDS

Prevention and control of infection in health-care settings is a critical component of both acute clinical services and public health infectious disease programmes. This was vividly demonstrated in 2003 with the outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS), which was amplified in health-care settings, putting greater pressure on clinical services and impacting on the public health response. Recognizing this relationship and the role of health-care infection control in communicable disease control, the Asian Development Bank (ADB), through the Secretariat of the Pacific Community (SPC) has contracted an infection control consultant for the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) to assess current infection control capacity in SPC member states and assist in planning activities in the region. Building local capacity through better communication, training, and access to expertise and technical advice is recognized as essential to facilitate infection control responses to infectious disease threats in the region.

The task of the infection control consultant is to reinforce capacity in the Pacific region. Key activities include assessing and reviewing existing in-country procedures, policies and capacity for controlling infection; analysing training needs in relation to infection control at different levels of health-care services; and developing the Pacific Infection Control Network (PICNet) to formalise links between facilities and institutions and build a network of infection control expertise. Given

## RENFORCEMENT DES MESURES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN OCÉANIE

La prévention et la lutte contre l'infection en milieu hospitalier est un volet essentiel des programmes de lutte contre les maladies infectieuses appliqués par les services cliniques et de santé publique. C'est ce qui est apparu en 2003, lors de la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), amplifiée dans les centres de soins, ce qui a exposé les services cliniques à une pression encore plus forte et influé sur la riposte de santé publique. Reconnaisant cet état de fait et le rôle de la lutte contre les infections nosocomiales dans la lutte contre les maladies transmissibles, la Banque asiatique de développement (BAsD), par le truchement du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), a confié une mission à une consultante de la BAsD auprès du ROSSP (Réseau océanien de surveillance de la santé publique), afin d'évaluer les capacités de lutte contre les infections nosocomiales des États et Territoires membres de la CPS et d'aider les pays de la région à planifier leurs activités à cet effet. Renforcer les capacités locales par une meilleure communication, la formation et l'accès à l'expertise et aux conseils techniques est un moyen essentiel de faciliter les actions de lutte contre les infections nosocomiales et de riposte aux maladies infectieuses qui menacent notre région.

La consultante a pour tâche de renforcer les capacités des pays de la région du Pacifique, par le biais de diverses activités importantes évaluation et révision des procédures et des politiques en vigueur à l'échelon national et des capacités de



current concerns about pandemic influenza, infection control preparedness was also assessed.

Over the last few months, the consultant has visited several countries, building on information collected by the WHO SARS teams, which conducted rapid preparedness assessments during 2003. To date, Fiji Islands, Cook Islands, Niue, Nauru, Marshall Islands, Federated States of Micronesia and Kiribati have been visited. In each country, clinical services, public health services and related agencies such as WHO, Fiji School of Medicine, Fiji School of Dentistry and various Schools of Nursing were visited to review current infection control policies and procedures.

The visits revealed wide disparities in how infection control is managed in the region with some countries having no organized activities or programmes. In contrast, others have well-established programmes, policies and procedures, trained infection control specialists and ongoing monitoring of health-care-associated infection as part of quality management and clinical indicator programmes. These countries could provide role models and resources for neighbours that lack such programmes.

A key issue identified during the review is the need to develop infection control guidelines that fit the Pacific Island context. But there is no point in developing guidelines without plans for implementation, monitoring and assessment. There is thus a need to identify a person or persons to be responsible for these aspects, if not in each health facility then at a district, island or national level. At present, suitably qualified people in the region are a rare and precious human resource. However, senior staff in clinical and public health services consider that there is an urgent need for qualified people given recent infectious disease threats. Inadequate human resources and funding are major hurdles as it is usually necessary to train staff specially to manage an infection control programme.

An infection control professional (ICP) cannot operate without the support of health facility staff. One of the best

lutte contre les infections nosocomiales; analyse des besoins de formation en matière de lutte contre les infections nosocomiales à différents niveaux des systèmes de santé, et développement du Réseau océanien de lutte contre les infections nosocomiales (PICNet), afin d'officialiser les liens entre centres de soins et institutions et de mettre en place un réseau d'experts de la lutte contre les infections nosocomiales. En raison des inquiétudes soulevées par une éventuelle pandémie de grippe, les moyens de préparation à la lutte contre les infections nosocomiales ont également été évalués dans ce cadre.

Au cours des derniers mois, la consultante s'est rendue dans plusieurs pays, en s'appuyant sur les informations recueillies par les équipes de l'OMS qui avaient conduit des évaluations rapides sur l'état de préparation des pays, en 2003, lors de l'épidémie de SRAS. Jusqu'à présent, elle s'est rendue à Fidji, aux Îles Cook, à Niue, à Nauru, aux Îles Marshall, dans les États fédérés de Micronésie et à Kiribati. Dans chaque pays, elle a visité les services cliniques, les services de santé publique et des organismes compétents – OMS, École de médecine de Fidji, École de dentisterie de Fidji et diverses écoles d'infirmières – afin d'examiner les politiques et procédures de lutte contre les infections nosocomiales en vigueur actuellement.

Ces visites ont mis au jour de grandes disparités dans la région en matière de lutte contre les infections nosocomiales, certains pays n'ayant pas d'activité ni de programme organisé. En revanche, d'autres possèdent des programmes d'action, des politiques et des procédures bien rodés, des spécialistes formés à la lutte contre les infections nosocomiales, et ils appliquent un suivi de l'infection en milieu sanitaire, dans le cadre de programmes de gestion de la qualité et d'indicateurs cliniques. Ces pays pourraient servir de modèles et fournir des ressources à leurs voisins qui en manquent.

Au cours de ces visites, il est apparu indispensable d'élaborer des directives pour la lutte contre les infections nosocomiales adaptées au contexte océanien. Mais il est inutile d'élaborer des directives si des plans de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation ne sont pas mis en place. Il faut donc désigner une ou plusieurs personnes chargées de ces aspects, sinon dans chaque centre de soins, du moins à l'échelon des districts, des îles ou des pays. Pour l'instant, le personnel qualifié est une ressource humaine rare et précieuse dans la région. Or, les responsables des services cliniques et de la santé publique estiment qu'il est urgent de trouver des personnes compétentes, vu les menaces récentes de maladies infectieuses. Le manque de ressources humaines qualifiées et de moyens financiers adéquats constitue un obstacle considérable, car il faut généralement dispenser une formation spécialisée au personnel chargé de gérer un programme de lutte contre les infections nosocomiales.

Un professionnel de la lutte contre les infections nosocomiales ne peut pas intervenir sans le soutien du personnel du centre de soins. L'une des meilleures façons de lui apporter ce soutien consiste à créer un comité pluridisciplinaire de lutte contre les infections nosocomiales, qui permet aux parties concernées des services cliniques et de la santé publique de définir, soutenir et examiner les activités menées au titre de leur programme de lutte contre les infections nosocomiales. Ce soutien doit également venir d'autres spécialistes de la lutte contre les infections nosocomiales. C'est dans ce but qu'a été lancé, en octobre dernier, le Réseau océanien de lutte contre les infections nosocomiales (PICNet), qui met des ressources à la disposition

ways to provide this support is to establish a multidisciplinary Infection Control Committee that will enable stakeholders from clinical and public health services to establish, support and review the activities of their infection control programmes. Support also needs to come from other ICPs. To assist with this, the Pacific regional Infection Control Network (PICNet) was launched in October to provide a resource for ICPs. A number of existing infection control guidelines and resources for healthcare worker and patient safety can be found on the web page. The consultant's activities are also described on the website. More information can be found at: <http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PICNet.htm>.

**P**rocurring personal protective equipment is another issue that differs from country to country. Supplies of gloves, masks, and gowns are generally adequate; however, many health facilities report that they run out of these essential items occasionally. Eye protection is not usually available. Many countries do not have stockpiles of protective equipment in preparation for an outbreak, though some do, particularly those affiliated to the USA. It is important to note that though equipment may be on hand, guidelines and training on the appropriate use of the equipment must also be made available to those using it.

**T**raining and education are an essential part of infection control practice in clinical and public health settings. Infection control must be integrated into undergraduate health curricula so that students accept it as part of their everyday practice rather than an "extra" thing they have to do. Currently, undergraduate health programmes include some aspects of infection control and prevention. However, in countries where unqualified health care workers may be trained "on-the-job", staff may not receive any training in infection control. There should be a greater focus on training these people. Infection control and prevention principles must be continually reiterated to staff throughout their careers, and this is best achieved through a continuing education programme delivered by those responsible for infection control.

**A**bove all, healthcare workers, senior health policy makers and clinical and public health staff must recognise the importance of infection prevention and control in protecting health care workers, patients and all who access health services in each country. Without engagement at all these levels, even the best infection control programme and professionals cannot prevent or control infectious disease outbreaks in health facilities or the community.

**Peta-Anne Zimmerman**  
*Infection Control Specialist*  
*ADB consultant to PPHSN*

*des professionnels de la lutte anti-infectieuse. On trouvera sur la page consacrée au Réseau PICNet (<http://www.spc.int/phs/PPHSN/Activities/PICNet.htm>) un certain nombre de directives et de ressources existantes en matière de lutte contre les infections nosocomiales et de sécurité des agents des centres de soins et des malades, ainsi que la description des activités de la consultante et des informations complémentaires.*

**L'**achat d'équipement de protection individuelle est un autre problème de gravité variable selon les pays. Les stocks de gants, masques et blouses sont généralement adéquats, mais beaucoup de centres de soins signalent périodiquement qu'ils sont à court de ces articles essentiels. Généralement, ils ne disposent pas de lunettes de protection. Nombreux sont les pays qui n'ont pas de stock d'équipement de protection du tout pour se préparer à une flambée épidémique, contrairement à ceux qui sont affiliés aux États-Unis d'Amérique. Il importe de noter que, même si l'équipement est disponible, il faut donner des directives aux personnes qui l'utilisent et leur montrer comment s'en servir correctement.

**F**ormation et éducation sont deux volets pratiques essentiels de la lutte contre les infections nosocomiales dans les services cliniques et de santé publique. La lutte contre les infections nosocomiales doit être intégrée aux programmes d'enseignement médical de premier cycle universitaire, de manière que les étudiants en fassent leur pratique quotidienne, et qu'elle ne soit pas pour eux une « corvée » supplémentaire. Actuellement, ces programmes comportent des cours sur certains aspects de la lutte contre les infections nosocomiales et de leur prévention. Toutefois, dans les pays où des agents de santé non qualifiés sont formés « sur le tas », le personnel ne reçoit pas toujours de formation à la lutte contre les infections nosocomiales. L'accent devrait être mis davantage sur la formation de ces catégories. Les principes de la lutte anti-infectieuse et de la prévention doivent être constamment rappelés aux agents de santé, tout au long de leur carrière, de préférence par le biais d'un programme de formation continue dispensée par les responsables de la lutte contre les infections nosocomiales.

**P**ar-dessus tout, les agents de santé, les décideurs en matière de santé et le personnel des services cliniques et de santé publique doivent reconnaître l'importance de la prévention et de la lutte contre les infections nosocomiales afin de protéger les agents de santé, les malades et tous ceux qui ont accès à des services sanitaires dans chaque pays. Sans engagement à tous ces niveaux, le meilleur programme de lutte contre les infections nosocomiales et les professionnels les plus qualifiés ne sauraient prévenir des flambées épidémiques de maladies nosocomiales dans les centres de soin ou parmi la population.

**Peta-Anne Zimmerman**  
*Spécialiste de la lutte contre*  
*les infections nosocomiales*  
*Consultante de la BASD auprès du ROSSP*

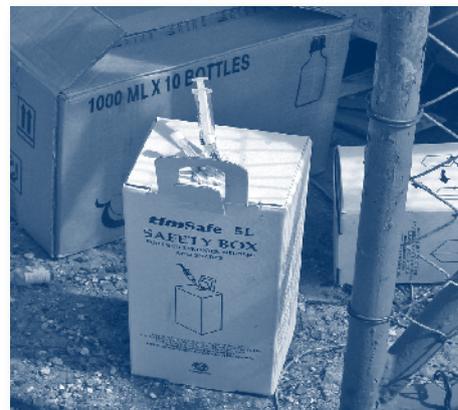
Examples of appropriate and inappropriate practices for infection prevention and control

Exemples de pratiques, appropriées ou non, de lutte contre les infections nosocomiales et de prévention



Ensuring that sharps containers are elevated and available at point of use assists with safe handling and disposal of sharps. Mounting or securing containers makes them safer./

S'assurer que les conteneurs piquants ou tranchants sont placés en hauteur et disponibles sur le lieu d'utilisation la manipulation et l'élimination des objets piquants ou tranchants sont ainsi plus sûres. Si ces conteneurs sont fixés, ils sont moins dangereux.



Overfull sharps containers are dangerous for all health-care workers and waste handlers./

Des conteneurs piquants ou tranchants trop pleins sont dangereux pour tout le personnel soignant et manipulant des déchets.



Sharps containers should not be located on the ground or have openings large enough to put an arm into.

Des conteneurs piquants ou tranchants ne doivent pas être placés sur le sol ni présenter d'ouverture suffisamment grande pour que l'on puisse y passer le bras



Clinical waste should be stored in a locked, covered area to prevent degradation of containers and scavenging.

Les déchets cliniques doivent être stockés dans un lieu fermé à clé, couvert, pour éviter la dégradation des conteneurs et l'élimination par balayage.



Basic hygiene facilities at point of use help staff comply with hand hygiene practices.

Des dispositifs d'hygiène élémentaires sur le lieu d'utilisation incitent le personnel à se laver les mains selon les règles d'hygiène.

## TUVALU TAKES CONCERTED ACTION AGAINST RUBELLA AND MEASLES

### Background

The Tuvalu Ministry of Health introduced rubella vaccine to its routine immunization schedule in 2005, with a two-dose schedule of measles/rubella (MR) vaccine being given at 12 and 18 months of age. While rubella (and congenital rubella syndrome) has not been a problem in Tuvalu in recent years, there have been rubella outbreaks in other Pacific Islands (e.g. Tonga and Samoa) and the Ministry of Health is introducing the rubella vaccine now to protect children and women of childbearing age.

The introduction of the vaccine also provided an opportunity for Tuvalu to strengthen protection against measles outbreaks and meet current World Health Organization (WHO) goals for eliminating measles in the Western Pacific region. Until 2005, Tuvalu had only a single-dose measles vaccine schedule, using regular supplementary immunization activities (SIA) to provide the second dose. The last measles vaccine SIA was carried out in 2001 and targeted children of 9 months to 5 years.

To ensure high immunity to measles and rubella (especially the latter in women of childbearing age), the MR vaccine was introduced in conjunction with an immunization campaign that targeted males and females over a wide age range from 1 to 34 years of age. Males were included in the campaign as they are often the source of infection for pregnant women. The campaign was carried out from August to September 2005. To protect vaccine recipients and health workers, auto-disable syringes and safety boxes, which were bundled for distribution before the SIA, were used.

### Implementing the SIA

Senior Nurses from the eight outer islands and Funafuti were trained to carry out the MR campaign at a workshop in mid-July 2005. The workshop was followed by live radio programmes alerting listeners to the purpose of the campaign and providing background information.

School-age children (5 to 15 year-olds) were given their vaccinations at school to ensure high immunization coverage. Nursing staff worked closely with school principals and teachers to coordinate the process with classes being called in starting from the lower classes first. The turnout was excellent, greatly aided by the teachers who supervised the students at each site.

Once all the children in schools had been fully vaccinated, the nurses continued on to villages, going from house to house and office to office, searching for those in the target age group. People who were missed on the first visit were followed up and asked to come to the Maternal Child Health clinic for their injection. It was an enormous task for health workers and

## MESURES CONCERTÉES DE LUTTE CONTRE LA RUBÉOLE ET LA ROUGEOLE À TUVALU

### Contexte

En 2005, le Ministère de la santé de Tuvalu a inclus le vaccin contre la rubéole dans son programme de vaccination systématique, sous la forme de deux doses de vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR) administrées à l'âge de 12 mois et de 18 mois. Alors que la rubéole (ainsi que l'embryopathie rubéolique) n'a pas posé de problème à Tuvalu au cours des dernières années, des épidémies de rubéole ont été enregistrées dans d'autres îles du Pacifique (par exemple aux Tonga et au Samoa), et le Ministère de la santé a d'ores et déjà introduit le vaccin antirubéoleux afin de protéger les enfants et les femmes en âge de procréer.

Grâce à l'introduction de ce vaccin, Tuvalu a également pu renforcer la protection contre la rougeole et atteindre les objectifs actuels de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'élimination de la rougeole dans le Pacifique occidental. Jus- qu'en 2005, Tuvalu ne disposait que d'un calendrier de vac- cination prévoyant une dose unique de vaccin antirougeoleux, et le pays avait recours à des campagnes régulières de vaccination supplémentaire afin d'administrer la deuxième dose. Le dernier cycle de vaccination supplémentaire contre la rougeole fut mené en 2001 et il ciblait les enfants âgés de 9 mois à 5 ans.

Afin de garantir une immunité élevée contre la rougeole et la rubéole (notamment chez les femmes en âge de procréer pour cette dernière), le vaccin RR a été introduit dans le cadre d'une campagne de vaccination ciblant les hommes et les femmes de la classe d'âge très large allant de 1 à 34 ans. La campagne ciblait les hommes également, car ils sont souvent la source de l'infection des femmes enceintes. Cette campagne s'est déroulée entre les mois d'août et de septembre 2005. Afin de protéger les personnes vaccinées et les professionnels de santé, on a utilisé des seringues autobloquantes et des réceptacles de sécurité qui avaient été empaquetés et distribués avant les activités de vac- cination supplémentaire.

### Mise en œuvre de la campagne de vaccination supplémentaire

À la mi-juillet 2005, lors d'un atelier, des infirmières en chef des huit îles périphériques et de Funafuti ont été formées pour mener la campagne de vaccination antirougeoleuse et antirubéoleuse. Ensuite, des émissions radiophoniques en direct ont permis d'informer les auditeurs quant à l'objet de cette campagne et de leur donner tous les renseignements utiles.

Les enfants scolarisés (entre 5 et 15 ans) ont été vaccinés à l'école afin de garantir une couverture vaccinale élevée. Les infirmières ont travaillé en étroite collaboration avec les directeurs des établissements scolaires et le corps enseignant afin de coordonner toute l'opération, les classes étant convoquées les unes après les autres en commençant par les enfants les plus jeunes. La participation fut excellente, grâce à l'aide des enseignants qui encadraient les élèves sur chacun des sites.

Après avoir vacciné tous les enfants scolarisés, les infirmières se sont rendues dans les villages, faisant du porte à porte, à domicile et sur les lieux de travail, à la recherche des personnes de la classe d'âge ciblée par la campagne. En cas d'absence au cours de cette première visite, un suivi était mis en place et les infirmières convoquaient les personnes recherchées au dispensaire de santé maternelle et infantile pour leur vaccination. Ce fut une tâche considérable pour ces professionnelles de la santé, et il leur a fallu entre 2 et 7 jours pour mener leur mission à bien, selon la taille de la population de l'île dont elles étaient chargées.

took from a few days to a week to complete, depending on the population of the island.

### High coverage

Excellent coverage was achieved in the MR campaign with 99% of 1 to 5 year-olds, 98% of 6 to 15 year-olds and 92% of 16 to 34 year-olds being vaccinated (results for each island are shown in the table).

Approximately 5,400 injections were given, which produced approximately 54 filled safety boxes. These were destroyed by incineration on Funafuti and the outer islands. Nursing staff did not receive any reports of adverse events from immunization although a woman who was vaccinated was later found to be pregnant. The risk of side effects from rubella vaccination is considered extremely low, but as a precaution, this mother is being closely followed-up.

Around 250 Tuvaluan men and women were off-island (seafarers, students, families) and missed the SIA. Targeting these individuals will be difficult. However, women who did not receive the MR vaccine because they were pregnant, will be followed up post-partum to ensure all women in Tuvalu are immune to rubella virus.

### Future immunization plans

Ministry of Health staff are well informed and aware of the new immunization schedule and following the successful SIA and implementation of the revised schedule with a second dose of MR vaccine, Tuvalu should not require any future MR SIA. As long as high immunization coverage can be maintained through the routine immunization programme, Tuvalu should now be protected from outbreaks of measles and rubella.

### Ministry grateful for support

The Ministry of Health expressed its sincere appreciation to Rotary International District 2650 of Japan and WHO for providing financial assistance both for vaccine and supplies and the operational costs of introducing the rubella vaccine. The Ministry also acknowledged the collective efforts of health care providers for their tremendous support in conducting the MR campaign and thanked the public for their cooperation, urging them to keep up these collaborative efforts to protect Tuvalu's future generations.

*Dr Nese Ituaso-Conway  
Chief of Primary & Preventive Health Services  
Princess Margaret Hospital  
Tuvalu*

*Dr Tekaai Nelesone  
Director of Health  
Tuvalu*

*Richard Duncan  
EPI Technical Officer  
World Health Organization, Suva, Fiji*

### Couverture vaccinale élevée

Cette campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole a été couronnée par une excellente couverture vaccinale : vaccination effective de 99 % des enfants de 1 à 5 ans, de 98 % des enfants de 6 à 15 ans, et de 92 % des personnes de 16 à 34 ans. Le tableau page suivante présente les résultats détaillés pour chaque île.

Quelque 5 400 vaccins ont été injectés et environ 54 réceptacles de sécurité ont été remplis. Ces réceptacles ont été incinérés sur Funafuti et sur les îles périphériques. Le personnel infirmier n'a enregistré aucune déclaration d'effet indésirable suite à la vaccination. Toutefois, il s'est avéré qu'une femme était enceinte au moment de sa vaccination. Les risques d'effets indésirables liés au vaccin RR sont considérés comme extrêmement faibles, mais, selon le principe de précaution, cette femme fait l'objet d'un suivi médical spécifique.

Quelque 250 habitants de Tuvalu étaient en dehors du pays (des gens de mer, des étudiants, ou bien des familles entières). Ces personnes sont donc passées à travers les mailles du filet, et il sera difficile de remonter jusqu'à elles. Cependant, les femmes qui n'ont pas reçu le vaccin RR parce qu'elles étaient enceintes feront l'objet d'un suivi post-partum afin de s'assurer que toutes les femmes de Tuvalu sont immunisées contre le virus de la rubéole.

### Programmes de vaccination à venir

Les agents du Ministère de la santé sont bien informés et conscients du nouveau calendrier de vaccination, et grâce au succès des activités de vaccination supplémentaire et à la mise en œuvre du calendrier révisé avec administration d'une deuxième dose de vaccin RR, Tuvalu ne devrait pas avoir besoin d'entreprendre de nouvelles campagnes de vaccination supplémentaire à l'avenir. Dans la mesure où une couverture vaccinale élevée est maintenue grâce au programme de vaccination systématique, Tuvalu devrait dorénavant être protégé contre toute épidémie de rougeole et de rubéole.

### Remerciements du Ministère

Le Ministère de la santé a sincèrement remercié le Rotary International 2650 du Japon ainsi que l'OMS d'avoir apporté leur concours financier à l'approvisionnement en vaccins et autres fournitures et aux coûts opérationnels de l'introduction du vaccin antirubéoleux. Le Ministère a également félicité les professionnels de santé qui n'ont pas ménagé leurs efforts lors de la réalisation de la campagne de vaccination RR et il a remercié la population de sa coopération, enjoignant tout le monde à poursuivre ces efforts collectifs afin de préserver les générations futures de Tuvalu.

*Dr Nese Ituaso Convey  
Directeur du Service de soins de santé primaires et  
de prévention (Primary & Preventive Health Services)  
Hôpital Princesse Margaret,  
Tuvalu*

*Dr Tekaai Nelesone  
Directeur de la Santé,  
Tuvalu*

*Richard Duncan  
Chargé de la réalisation technique du PEV,  
Organisation Mondiale de la Santé,  
Suva, Fiji*

Percentage of island populations vaccinated during Tuvalu MR SIA campaign according to age group/  
 Proportion des habitants de Tuvalu, répartis en classes d'âge, vaccinés pendant la campagne de vaccination supplémentaire.

Island/Île	1 - 5 yr/an			6 - 15 yr/an			16 - 34 yr/an			Total
	Vaccinated / Personnes vaccinées	Target/ Personnes ciblées	Coverage/ Couverture	Vaccinated / Personnes vaccinées	Target/ Personnes ciblées	Coverage/ Couverture	Vaccinated / Personnes vaccinées	Target/ Personnes ciblées	Coverage/ Couverture	
Nanumea	77	78	99%	165	165	100%	106	115	92%	97%
Nanumaga	81	81	100%	127	127	100%	98	104	94%	98%
Niutao	71	71	100%	144	144	100%	112	120	93%	98%
Nui	65	65	100%	144	144	100%	129	134	96%	99%
Vaitupu	134	134	100%	533	533	100%	488	496	98%	99%
Nukufetau	56	56	100%	132	132	100%	82	84	98%	99%
Funafuti	556	568	98%	956	995	96%	1004	1146	88%	93%
Nukulaelea	44	44	100%	77	77	100%	53	58	91%	97%
Niulakita	8	9	89%	12	12	100%	15	16	94%	95%
<b>Total</b>	<b>1092</b>	<b>1106</b>	<b>99%</b>	<b>2290</b>	<b>2329</b>	<b>98%</b>	<b>2087</b>	<b>2273</b>	<b>92%</b>	<b>96%</b>



← Member of Japan Rotary International 2650 giving OPV to baby closely observed by parents and Ms Avanoa Paelate, Health Promotion Officer (standing).

Un membre du Japan Rotary International 2650 administre un vaccin poliomyélique oral à un bébé, sous le regard attentif des parents et de Mme Avanoa Paelate (debout), Chargée de la promotion de la santé



↑ Member of team giving DPT vaccine to baby with assistance from Sr Eline Soloseni (Sister-in-charge of Maternal Child Health – Reproductive Health Clinic).

Un membre de l'équipe administre un vaccin DTC à un bébé avec l'aide d'Eline Soloseni (du dispensaire de santé maternelle et infantile et de santé génésique)



← Sitting (left to right) Secretary of Health, Minister of Health (Acting), team leader of Rotary International 2650, Japan, and his wife; Standing (middle row) Dr Nese Ituaso-Conway (Chief Public Health/ EPI Coordinator), Ms Mafa Alaloto (Assistant Sec. of Health), Rotary International District 2650 team members; Standing (back row) Mr Hamoa Holona (personal assistant to Minister of Health), Dr Nelesone (Director of Health), Dr Sato (WHO representative), Mr Richard Duncan (WHO representative), and representatives from the Japan International Cooperation Agency, Fiji/

Assis (de gauche à droite) : le Directeur de la santé, le Ministre de la santé (par intérim), le chef d'équipe du Rotary International 2650 du Japon, et son épouse  
 Debout (au milieu) : Dr Nese Ituaso-Conway (Directeur du Département santé publique/Coordinateur du PEV), Mme Mafa Alaloto (Secrétaire adjointe de la Santé)

Des membres de l'équipe du Rotary International 2650  
 Debout (au fond) : M. Hamoa Holona (secrétaire particulier du Ministre de la santé), Dr Nelesone (Directeur de la santé), Dr Sato (représentant de l'OMS), M. Richard Duncan (représentant de l'OMS), et des représentants de l'Agence japonaise de coopération internationale, Îles Fidji

## MEASLES SUPPLEMENTARY IMMUNIZATION ACTIVITIES IN SOLOMON ISLANDS AND VANUATU IN 2006

The World Health Organization (WHO) has recommended that Solomon Islands and Vanuatu conduct supplementary immunization activities (SIA) against measles in 2006 to lessen the risk of a measles outbreak and help the Pacific Islands region maintain its 'measles-free' status.

The measles virus has had a huge impact on both the people and history of the Pacific Islands. A measles epidemic in Fiji in 1875 nearly wiped out the indigenous population. Since then, until the late 1990s, circulations of the measles virus and measles outbreaks were common occurrences in the Pacific, with an average of four outbreaks every year. In the late 1990s, the nations of the Pacific collectively decided to interrupt the cycle of measles transmission within their region. The initial strategy was to conduct Pacific-wide coordinated mass measles vaccination campaigns in 1997 and 1998, targeting all children up to 15 years of age. This has been followed by either conducting regular measles SIA in countries that provide only one routine dose of measles vaccine, or by maintaining high two-dose measles vaccine coverage in the others, with supplemental measles SIA to fill gaps in coverage.

This strategy has been extremely successful. At the same time, an increasing measles-free buffer zone in the Pacific Rim countries of Australia, New Zealand and the United States of America has provided added protection by reducing the risk of virus importation. Up till 2003, there were only small limited measles outbreaks (French Polynesia and Guam) in the Pacific, which were controlled to a large extent through the existing high measles immunization coverage. However, the measles outbreak in the Marshall Islands in 2003 showed how fragile this protection can be if high levels of immunization are not maintained. It also demonstrated the enormous cost and impact of a measles outbreak.

Measles vaccine was introduced in both Solomon Islands and Vanuatu in 1982. Both countries are among the remaining Pacific nations that still have a single-dose measles immunization schedule (both at nine months of age). This alone places them at increased risk of a measles outbreak unless immunity gaps (due to either missed vaccination or lack of vaccine effect) are mopped up through the provision of a second dose of measles vaccine.

In addition, immunization coverage rates for the scheduled measles doses are less than ideal in these two countries. In 2004, first-dose measles coverage in Solomon Islands was 72%. Since the first dose of measles vaccine is given at 9 months when the vaccine's effectiveness is approximately 85%, vaccination coverage of 71% equates to an immunity level of approximately 60%. This means that one birth

## ACTIVITÉS DE VACCINATION SUPPLÉMENTAIRE CONTRE LA ROUGEOLE AUX ÎLES SALOMON ET À VANUATU EN 2006

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que les Îles Salomon et Vanuatu mènent des campagnes de vaccination supplémentaire contre la rougeole en 2006, afin de réduire les risques d'une future épidémie de rougeole et d'aider la région océanienne à conserver son statut de région « indemne de rougeole ».

Le virus de la rougeole a eu des répercussions considérables à la fois sur les populations et sur l'histoire des îles du Pacifique. En 1875, aux Îles Fidji, une épidémie de rougeole a quasiment décimé la population autochtone. Depuis, et jusqu'à la fin des années 90, la circulation du virus de la rougeole et les épidémies de rougeole étaient monnaie courante en Océanie, avec en moyenne quatre épidémies par an. À la fin des années 90, les pouvoirs publics océaniens ont pris la décision de mettre un terme à la transmission de la rougeole dans leur région. Au départ, la stratégie choisie fut de mener dans tout le Pacifique des campagnes coordonnées de vaccination de masse contre la rougeole, ciblant tous les enfants de moins de 15 ans. Ensuite les efforts se sont concentrés soit sur des activités de vaccination supplémentaire dans les pays qui n'administrent systématiquement qu'une dose unique de vaccin, soit sur le maintien d'une très bonne couverture vaccinale à double dose dans les autres pays, avec, en complément, des activités de vaccination supplémentaire pour remédier aux lacunes.

Cette stratégie s'est avérée extrêmement efficace. Par ailleurs, l'existence d'une zone tampon épargnée par la rougeole de plus en plus large sur le pourtour du Pacifique (Australie, Nouvelle-Zélande et États-Unis d'Amérique) a renforcé la protection de la région océanienne en réduisant les risques d'importation du virus. Jusqu'en 2003, en Océanie, il n'y a eu que de petites flambées épidémiques circonscrites de rougeole (Polynésie française et Guam) qui étaient maîtrisées dans une large mesure grâce à la préexistence d'une couverture vaccinale élevée. Cependant, l'épidémie de rougeole qui a frappé les Îles Marshall en 2003 a démontré la fragilité de cette protection si l'on ne maintient pas des taux de couverture vaccinale élevés, et a mis en lumière les coûts et l'impact considérables d'une telle épidémie.

La vaccination contre la rougeole a commencé aux Îles Salomon et à Vanuatu en 1982. Ces deux pays comptent parmi les nations océaniques qui disposent encore d'un programme de vaccination contre la rougeole à dose unique (dose administrée dans les deux cas à l'âge de neuf mois). Cela fait peser sur ces deux pays un risque accru de survenue d'une flambée épidémique tant que les lacunes dans la couverture vaccinale (dus à la non administration d'un vaccin ou à l'inefficacité dudit vaccin) ne seront pas corrigées grâce à l'administration d'une deuxième dose de vaccin contre la rougeole.

Aux Îles Salomon et à Vanuatu, les taux de couverture vaccinale correspondant au programme de vaccination prévu laissent à désirer. Aux Îles Salomon, en 2004, la couverture vaccinale à dose unique contre la rougeole était de 72 %. Comme

cohort of children with no protection against measles builds up approximately every two and a half years. The situation is similar, if not worse, in Vanuatu, with reported measles immunization coverage of less than 50% in recent years, offering minimal protection of the population, and a birth cohort of children susceptible to measles building up rapidly at a rate of roughly every two years.

Estimates of measles population immunity (based on vaccination coverage data reported by the WHO Regional Office for the Western Pacific and the United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) suggest that by 2006, up to 20 000 children aged from one to five years in Solomon Islands will have no protection against measles virus. For Vanuatu, an estimated 17 000 children lack immunity to measles, which is on a similar scale to numbers in Solomon Islands, despite Vanuatu's smaller population. This is partly due to non-immune children being spread over a wider age cohort (one to nine years) and is a result of poorer immunization coverage in the past.

Both Solomon Islands and Vanuatu have been protected in the past from measles outbreaks by a combination of SIA in 1997 and 2001, the increasing buffer against measles from neighbouring countries, particularly Australia and New Zealand, and to a certain extent good luck. However, measles virus circulation is still common in many countries in the immediate vicinity of Solomon Islands and Vanuatu, such as China, Indonesia, Japan, Malaysia, and Papua New Guinea. Extensive outbreaks are likely if virus importation occurs in either country, and on a considerably larger scale than was witnessed in the Marshall Islands in 2003.

The measles SIA in both Solomon Islands and Vanuatu are being supported under the Pacific Immunization Programme Strengthening (PIPS) initiative, which includes WHO, United Nations Children's Fund (UNICEF), CDC, Japan International Cooperation Agency (JICA), Australian Agency for International Development (AusAID), New Zealand International Aid and Development Agency (NZAID), Secretariat of the Pacific Community (SPC) and Rotary 2650.

*Article published in WHO WPRO Measles Bulletin  
(Issue 7 October 2005)  
reproduced with permission (from Richard Duncan).*

*la première dose de vaccin anti-rougeoleux est administrée à neuf mois, âge auquel l'efficacité du vaccin est d'environ 85 %, la couverture vaccinale de 71 % équivaut à un taux d'immunité avoisinant les 60 %. Cela signifie qu'une cohorte de naissance constituée d'enfants non immunisés contre la rougeole apparaît tous les deux ans et demi environ. La situation est semblable, sinon pire, à Vanuatu, où la couverture vaccinale contre la rougeole était inférieure à 50 % au cours des dernières années, ce qui ne garantit qu'une protection minimale de la population, et où une cohorte de naissance d'enfants réceptifs à la rougeole apparaît à un rythme rapide, tous les deux ans environ.*

*D'après les évaluations du statut immunitaire de la population des Îles Salomon (basées sur les données concernant la couverture vaccinale issues du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS et des Centres de lutte contre la maladie des États-Unis d'Amérique, CDC), d'ici à 2006, jusqu'à 20 000 enfants âgés de un à cinq ans ne seront pas protégés contre le virus de la rougeole. À Vanuatu, environ 17 000 enfants ne sont pas immunisés contre la rougeole, c'est-à-dire autant qu'aux Îles Salomon en dépit du fait que la population de Vanuatu est moindre. Cela est dû en partie au fait que les enfants non immunisés sont répartis dans une cohorte d'âge plus large (entre un et neuf ans) à cause d'une couverture vaccinale moins élevée les années précédentes.*

*Par le passé, les épidémies de rougeole ont épargné les Îles Salomon et Vanuatu grâce à différents facteurs : des activités de vaccination supplémentaire en 1997 et en 2001, l'élargissement de la zone tampon contre la rougeole constituée par les pays voisins que sont l'Australie et la Nouvelle-Zélande, et, dans une certaine mesure, la chance. Cependant, la circulation du virus de la rougeole est encore monnaie courante dans nombre de pays proches des Îles Salomon et de Vanuatu, tels que la Chine, l'Indonésie, le Japon, la Malaisie, et la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Il est fort probable que des épidémies de grande ampleur surviennent si le virus est importé dans un de ces deux pays, et on aurait alors affaire à une épidémie bien plus importante que celle qui a frappé les Îles Marshall en 2003.*

*Les activités de vaccination supplémentaire menées aux Îles Salomon et à Vanuatu s'inscrivent dans le cadre du Projet océanien de renforcement de la vaccination qui rassemble l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), les CDC, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), l'Agence australienne pour le développement international (AusAID), l'Agence néo-zélandaise pour le développement international (NZAID), le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) et le Rotary 2650.*

*Traduction et reproduction autorisées  
(par Richard Duncan) d'un article publié  
dans le « WHO WPRO Measles Bulletin »  
(numéro du 7 octobre 2005).*



## PPHSN COORDINATING BODY MEETS

Members of the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) Coordinating Body met at SPC's Suva Office, Fiji Islands, on 29 and 31 October 2005. The meeting was held back-to-back with a WHO workshop on the International Health Regulations (IHR) and pandemic influenza preparedness and a meeting of the PPHSN Influenza Specialist Group.



CB members, 11th meeting of the PPHSN Coordinating Body.  
Membre du GC, onzième réunion du Groupe de coordination du ROSSP

The three meetings were organised with only a little more than a month's notice, and unfortunately members of the Coordinating Body (CB) from Papua New Guinea, Palau, and Wallis and Futuna were unable to attend. Representatives from all the other CB members took part (see list of CB members in the box below).

The agenda for this 11<sup>th</sup> meeting of the CB included:

- a presentation on the PPHSN, the Samoa Commitment, and an introduction to the Plan of Action 2004–2006
- a review of the PPHSN-CB terms of reference
- renewal of the 2005 PPHSN-CB
- allied membership of the PPHSN
- a debriefing on meetings, workshops and conferences held since the 10<sup>th</sup> meeting (June 2004)
- training development and achievements
- EpiNet team capacity building
- involvement of CB members in PPHSN development and communication issues
- PPHSN publications
- a review of the Plan of Action 2004–2006
- a briefing on IHR and pandemic influenza

### Renewal of 2005 PPHSN-CB

The process of membership renewal needs to start soon to ensure that new members are on board for 2006 (as was done in 2004 for 2005). This time, two subregional seats (Micronesia, currently occupied by Palau, and French-speaking countries/territories, currently occupied by Wallis and Futuna), two at-large seats (Fiji Islands and Solomon Islands) and one allied member seat are up for renewal.

## RÉUNION DU GROUPE DE COORDINATION DU ROSSP

Les membres du Groupe de coordination du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) se sont réunis à l'antenne de la CPS à Suva (Îles Fidji) les 29 et 31 octobre 2005. Cette réunion faisait suite à un atelier de l'OMS sur le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) et la préparation à une pandémie de grippe en Océanie, ainsi qu'à une réunion du Groupe de spécialistes de la grippe du ROSSP.

Ces trois événements n'ont été

annoncés qu'un peu plus d'un mois avant leur tenue, et les membres statutaires du groupe de coordination (GC) de Papouasie-Nouvelle-Guinée, Palau et Wallis et Futuna n'ont malheureusement pu y participer. Les représentants de tous les autres membres du GC y ont participé (voir liste des membres du GC figurant dans l'encadré).

L'ordre du jour de la onzième réunion du GC comprenait les points suivants:

- présentation du ROSSP, de l'Engagement du Samoa et introduction du Plan d'action pour 2004-2006,
- examen du mandat du Groupe de coordination du ROSSP,
- renouvellement des membres du GC du ROSSP de 2005,
- membres associés du ROSSP,
- compte-rendu des réunions, ateliers et conférences organisés depuis la dixième réunion (juin 2004),
- progrès et résultats des programmes de formation,
- renforcement des capacités des équipes EpiNet,
- participation des membres du GC aux questions de développement et de communication,
- publications du ROSSP,
- examen du Plan d'action pour 2004-2006,
- séance d'information sur le RSI et la pandémie de grippe.

### Renouvellement des membres du GC du ROSSP en 2005

Il convient d'entamer rapidement le processus de renouvellement des membres afin de garantir (comme ce fut le cas en 2004 pour l'année 2005) que les nouveaux membres seront inscrits pour 2006. Cette année, les sièges à renouveler sont les suivants: deux sièges sous-régionaux (Micronésie, actuellement occupé par Palau, et États et Territoires francophones, actuellement occupé par Wallis et Futuna), deux sièges ouverts à tous (Îles Fidji et Îles Salomon) ainsi qu'un siège pour les membres associés.

### Membership of Coordinating Body following 2004 renewal

#### CORE MEMBERS

By subregion:

- Melanesia: **Papua New Guinea** (Dr Gilbert Hiawalyer)
- Micronesia: **Palau** (Dr Stevenson Kuartei, actually represented by Ms Eden Ridep)
- Polynesia: **Cook Islands** (Ms Natalie Ngapoko Short)
- French-speaking: **Wallis & Futuna** (Dr Jean-François Yvon)

In 'at-large' selected seats:

- **Solomon Islands** (Dr George Malefoasi)
- **Fiji Islands** (Dr Timaima Tuiketel)
- **New Caledonia** (Dr Jean-Paul Grangeon)

#### ALLIED MEMBERS

Secretariat of the Pacific Community (**permanent member**)

World Health Organization (**permanent member**)

Fiji School of Medicine (**permanent member**)

Communicable Diseases Network Australia/New Zealand and National Centre for Epidemiology and Population Health

Institute of Environmental Science and Research

**Details of the second and partial renewal of the PPHSN-CB (2004) are available at:**

<http://www.spc.int/phs/PPHSN/Structure/Membership.htm>

### Composition du Groupe de coordination après le renouvellement des membres en 2004

#### MEMBRES STATUTAIRES

Par sous-région:

- Mélanésie: **Papouasie-Nouvelle-Guinée** (Docteur Gilbert Hiawalyer)
- Micronésie: **Palau** (Docteur Stevenson Kuartei, représentée actuellement par Mme Eden Ridep)
- Polynésie: **Îles Cook** (Mme Natalie Ngapoko Short)
- États et Territoires francophones: **Wallis et Futuna** (Docteur Jean-François Yvon)

Sièges «ouverts à tous»:

- **Îles Salomon** (Docteur George Malefoasi)
- **Îles Fidji** (Docteur Timaima Tuiketel)
- **Nouvelle-Calédonie** (Docteur Jean-Paul Grangeon)

#### MEMBRES ASSOCIÉS

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (**membre permanent**)

Organisation mondiale de la Santé (**membre permanent**)

École de médecine de Fidji (**membre permanent**)

Communicable Diseases Network Australia / New Zealand &

National Centre for Epidemiology and Population Health

Institute of Environmental Science and Research

**Les détails concernant le deuxième renouvellement partiel des membres du GC du ROSSP (2004) sont disponibles sur la page <http://www.spc.int/phs/ROSSP/Structure/Adhesion.htm>**

### PPHSN allied membership

When considering an application for allied membership on the first day of the meeting, CB members realised that there were no written criteria for appointing allied members. A list of criteria was developed before the second day of the meeting and presented to the group for consideration and endorsement.

After examining the list of allied members, some CB members asked why some partners, such as the Pacific Paramedical Training Centre (PPTC), were not included on the list. It was suggested that a letter of invitation be sent to the PPTC and also that other institutions be approached, such as the Hawaii Institute for Tropical Diseases, UNAIDS (in relation to the inclusion of HIV on the list of PPHSN target diseases) and aid donors.

Regarding the involvement and contribution of aid donors to the network, the CB focal point said that a discussion list called 'Flu-aid4pi', which includes a number of donors, had been created recently to ensure coordination between aid donors and agencies in supporting influenza pandemic preparedness in Pacific Island countries and territories (PICTs).

### Membres associés du ROSSP

Alors qu'ils examinaient la demande d'un candidat au statut de membre associé au cours de la première journée de réunion, les membres du GC ont remarqué qu'il n'existait aucun critère écrit concernant la désignation des membres associés. Une liste de critères a été rédigée et présentée au groupe pour examen et adoption avant la deuxième journée de réunion.

Après avoir passé en revue la liste des membres associés, certains membres du GC se sont demandé pourquoi certains partenaires, tels que le Centre de formation paramédicale du Pacifique (PPTC), n'y figuraient pas. Il a été proposé qu'une lettre d'invitation soit envoyée au PPTC et d'entrer en rapport avec d'autres institutions, notamment l'Institut hawaïen des maladies tropicales, l'ONUSIDA (dans le cadre de l'inclusion du VIH dans la liste des maladies cibles du ROSSP) et divers bailleurs de fonds.

Pour ce qui est de la participation et de la contribution des donateurs au réseau, le point de contact du GC a indiqué que "Flu-aid4pi", un forum électronique regroupant un certain nombre de bailleurs de fonds, avait été récemment lancé dans le but d'assurer la coordination entre les bailleurs et les agences en faveur du renforcement de la préparation à une pandémie de grippe dans les États et Territoires insulaires océaniques.

### Training development and achievements

Dr Narendra Singh described progress on the series of training courses on Data for Decision Making (DDM) delivered this year in Guam and the Northern Mariana Islands. CB members agreed that DDM in-country training sessions/workshops are more valuable than regional training workshops as they allow health professionals to work on real problems at their workplace and help them change or improve existing systems.

The issue of accreditation of these courses by the Fiji School of Medicine (FSMed) was again raised. Dr Jan Pryor promised to look at the problem and to make a submission to the FSMed Academic Board in January 2006. The recognition of this training by an institution like FSMed would certainly help in developing epidemiological capacity, retention and career progression for health professionals in PICTs.

PNC and SPC will also organise training sessions on leptospirosis for PICTs in April 2006. The courses will include laboratory practice and surveillance sessions.

The lack of field activities supervisors for FSMed students (in Field Epidemiology) was brought up. To help fill the gap, Jan Pryor suggested the possibility of involving 'future' members of the Regional EpiNet Team in this area. The group agreed with this suggestion.

### National EpiNet team capacity building

Members made several suggestions including the following:

- DDM training courses could focus on EpiNet teams from now on
- Training analysis should be conducted through IHR assessments, e.g. by adapting WHO/IHR assessment instruments
- A Pacific Epidemic Intelligence Service (EIS) could be created to provide assistance to National EpiNet teams
- EpiNet teams could meet annually, which would also provide an opportunity for training
- EpiNet teams could report on their activities annually
- EpiNet teams could carry out drills, which could form part of a continuing accredited education process

Addressing this issue through IHR core capacity assessments was unanimously recognized as a good idea and CB members decided to discuss it further during the following WHO meeting.

It was also suggested that the Regional EpiNet Team will provide a great opportunity for training activities, once it is established. For example, when members of the team investigate an outbreak, they could invite health professionals or students to join them and learn from the experience.

### Progrès et résultats des programmes de formation

Le docteur Narendra Singh a présenté les progrès accomplis dans la série de cours de formation au recueil de données pour la prise de décision, dispensés cette année à Guam et dans les Îles Mariannes du Nord. Les membres du GC sont convenus que les sessions nationales de formation étaient plus efficaces que les ateliers régionaux, les professionnels de la santé pouvant s'atteler aux problèmes réels rencontrés sur leur lieu de travail et apporter des changements ou améliorations aux systèmes existants.

Il a été de nouveau question de la validation de ces cours par l'École de médecine de Fidji. Le docteur Jan Pryor s'est engagé à examiner le problème et à introduire en janvier 2006 une requête auprès du Conseil d'études de l'École de médecine de Fidji. La validation de cette formation par une telle institution contribuerait certainement à renforcer les capacités épidémiologiques dans les États et Territoires insulaires océaniques et à donner aux professionnels océaniques de la santé des possibilités d'avancement et l'envie de rester au pays.

L'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique organiseront également en avril 2006 des séances de formation sur la leptospirose pour les États et Territoires insulaires océaniques. Les cours seront répartis entre pratique de laboratoire et séances de surveillance.

Le manque de personnel de supervision des activités sur le terrain des étudiants de Fidji (épidémiologie de terrain) a été évoqué. Pour y pallier, Jan Pryor a proposé de faire participer de « futurs » membres de l'équipe régionale EpiNet, proposition à laquelle le groupe a souscrit.

### Renforcement des capacités des équipes EpiNet nationales

Voici quelques-unes des propositions présentées par les membres:

- les cours de formation au recueil de données pour la prise de décision pourraient désormais cibler les équipes EpiNet,
- l'analyse de la formation pourrait se faire dans le cadre des évaluations du RSI, par exemple en adaptant les instruments d'évaluation du RSI/OMS,
- un Service d'information épidémiologique océanique (EIS) pourrait être mis sur pied afin de prêter assistance aux équipes nationales EpiNet,
- les équipes EpiNet pourraient se rencontrer une fois par an, réunion pendant laquelle des cours de formation pourraient être dispensés,
- les équipes EpiNet pourraient publier un rapport annuel sur leurs activités,
- les équipes EpiNet pourraient organiser des exercices, qui s'inscriraient dans un processus de formation continue agréée.

L'idée d'utiliser les évaluations des principales capacités du RSI a été unanimement saluée, et les membres du GC ont décidé d'en discuter plus avant lors de la prochaine réunion de l'OMS.

Par ailleurs, la création de l'équipe régionale EpiNet laisse entrevoir une excellente occasion de lancer de nombreuses activités de formation. Par exemple, lorsque les membres de l'équipe enquêtent sur une flambée épidémique, ils pourraient convier des professionnels de la santé ou des étudiants à leurs travaux afin qu'ils en tirent des enseignements.

### Increasing involvement of CB members in PPHSN development

Ms Natalie Ngapoko Short asked if there was a presentation on the PPHSN that CB members could use to promote the network. She also mentioned the PPHSN leaflet as a good promotional tool. Other CB members shared the same view and it was suggested that these tools be included in the directory of PPHSN resources. Dr Jean-Paul Grangeon suggested that each CB member able to do so could help one neighbouring country (e.g. New Caledonia could provide assistance to Vanuatu).

### Communication issues

CB members looked at ways of increasing communication among the group. They agreed that a possible option could be to regularly look at the work plan and report on progress made. The PPHSN-CB discussion list was mentioned as a possible means of communication, but some members thought that this might not work because they receive too many emails every day. They preferred teleconferences as discussed during the last CB meeting. It was agreed that there should be one or two teleconferences in addition to the CB meeting. It was also mentioned that Skype or calls generated from overseas countries could be used if cost was an issue.

### PPHSN publications

PPHSN publications, including Inform'ACTION, a draft of the directory of PPHSN resources and two websites (PPHSN and Distance Education in Health for Pacific Islands) were presented to CB members for their information and consideration.

### Inform'ACTION

All CB members, except those who have joined the network recently, confirmed that they receive Inform'ACTION. Ms Short also mentioned that Inform'ACTION was appreciated in the Cook Islands and that her office had recently mailed photocopies of the bulletin to outer islands. PPHSN members are invited to contact SPC's Public Health Surveillance and Communicable Disease Control Section whenever they need more copies of Inform'ACTION or other PPHSN publications.

### Directory of PPHSN resources

CB members generally approved the draft CD-ROM version of the directory of PPHSN resources. The directory will be finalised very soon and published on-line on the PPHSN website. A printable version of the complete document will be included on the CD-ROM. Once it is finalised, copies of the complete set (CD-ROM including the printable version) will be distributed to all PPHSN members.

### Websites

No specific comments were made on the websites, except that most members did not know about the secure 'outbreak monitoring' pages on the PPHSN website. Information on these pages is included in this bulletin.

### Participation croissante des membres du GC au développement du ROSSP

Mme Natalie Ngapoko Short a demandé s'il existait une présentation sur le ROSSP que les membres du GC pourraient utiliser pour promouvoir le réseau. Elle a en outre indiqué que le dépliant du ROSSP constituait un bon instrument de promotion. D'autres membres du GC étaient du même avis, et il a été suggéré de faire figurer ces outils dans le répertoire des ressources du ROSSP. Le docteur Jean-Paul Grangeon a proposé que chaque membre du GC dont les capacités le permettent pourrait prêter assistance à un pays voisin (par exemple, la Nouvelle-Calédonie pourrait aider Vanuatu).

### Questions de communication

Les membres du GC ont étudié divers moyens de renforcer la communication au sein du groupe. Ils sont convenus que l'une des possibilités serait d'examiner régulièrement le plan de travail et de rendre compte des progrès enregistrés. Le forum électronique du GC du ROSSP a été évoqué parmi les moyens de communication possibles, mais certains membres ont émis des doutes sur cette option en raison du nombre excessif de courriels reçus quotidiennement. Ils ont indiqué leur préférence pour les téléconférences, déjà débattues lors de la dernière réunion du GC. Il a été convenu qu'une ou deux téléconférences devraient être organisées en plus de la réunion du GC. L'utilisation du logiciel Skype ou les appels générés à partir de pays d'outre-mer ont été proposés en cas de restrictions budgétaires.

### Publications du ROSSP

Les publications du ROSSP, notamment Inform'Action, le projet de répertoire des ressources du ROSSP et deux sites Internet (le ROSSP et la Formation sanitaire à distance en Océanie) ont été présentées aux membres du GC pour information et examen.

### Inform'Action

Tous les membres du GC, à l'exception des nouveaux membres du réseau, ont confirmé qu'ils recevaient Inform'Action. Mme Short a en outre précisé que les Îles Cook appréciaient l'utilité d'Inform'Action et que son bureau avait récemment envoyé des photocopies du bulletin aux îles périphériques. Les membres du ROSSP sont invités à prendre contact avec la Section Surveillance de la santé publique et de lutte contre les maladies transmissibles de la CPS s'ils souhaitent obtenir davantage d'exemplaires d'Inform'Action ou d'autres publications du ROSSP.

### Répertoire des ressources du ROSSP

Les membres du GC ont, dans l'ensemble, approuvé la version cédérom du répertoire des ressources du ROSSP. Le répertoire sera très rapidement achevé et affiché sur le site Internet du ROSSP. Une version imprimable du document final figurera sur le cédérom. Dès qu'il sera prêt, un coffret complet (constitué d'un cédérom incluant la version imprimable) sera distribué à tous les membres du ROSSP.

### Sites Internet

Les sites Internet n'ont fait l'objet d'aucune remarque particulière, si ce n'est que la plupart des membres ignoraient l'existence des pages sécurisées « Suivi de l'épidémie » se trouvant sur le site du ROSSP. Des renseignements sur ces pages ont été inclus dans ce numéro.

### Plan d'action pour 2004-2006: Progrès et questions en suspens

Les membres ont passé en revue le plan d'action et se sont penchés sur chacune des activités. La plupart des questions majeures en suspens sont résumées ci-après.

## Plan of action 2004–2006: Progress and issues

Members went through the Plan of Action and discussed each of the activities. Major issues that still need to be addressed are summarised below.

### Improving collaboration between public health and animal health experts

Though collaboration has already started through influenza pandemic preparedness plan activities, more work needs to be done in this area. Suggestions included building on the positive experiences and existing collaboration in entomology; including a veterinary in each EpiNet team; and encouraging Ministries of Health and Agriculture to work together.

### Updating PPHSN influenza guidelines

PPHSN guidelines for influenza preparedness and control and influenza pandemic preparedness need to be updated in accordance with WHO's new pandemic phases. In the meantime, a table comparing the WHO phases published in 1999 with the new ones published in 2005 has been included in the document.

### Other guidelines

The CB focal point gave the following summary of the status of other PPHSN guidelines under development or that need to be developed: acute fever and rash (AFR) almost ready for publication; dengue and typhoid fever under review; influenza and SARS already published; cholera, leptospirosis and laboratory guidelines need to be developed. In light of the long delays in addressing guidelines development and publication, the CB focal point requested that some of this work be shared among CB members.

### Increasing ILI surveillance

The CB focal point introduced a new project entitled 'Increasing influenza surveillance in the Pacific Island region'. The project is being funded by CDC and is expected to start very soon (see article in this bulletin). A CB member suggested that ILI surveillance could be linked to the hospital based active surveillance (HBAS) system already in place, but other CB members questioned whether this was feasible, given that HBAS and ILI surveillance have different target populations.

### Support for dengue fever surveillance

Progress in this area includes a project on entomology and dengue surveillance that has been developed by the PPHSN CB focal point in collaboration with the Pasteur Institute of New Caledonia. This project includes two components: training and vector surveillance. Another achievement was the training workshop on identification of vector mosquitoes that was delivered in Guam in July 2005.

### Support for acute flaccid paralysis (AFP) and acute fever and rash (AFR) surveillance

Considerable progress has been made in this area (for more information check Inform'ACTION 19).

### Amélioration de la collaboration entre experts de la santé publique et experts de la santé animale

Si les activités du plan de préparation à la survenue d'une pandémie de grippe ont donné le coup d'envoi de la coopération, il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Il a notamment été proposé de partir des expériences constructives et de la collaboration qui existent dans le domaine de l'entomologie, d'inscrire un vétérinaire dans chaque équipe EpiNet, et d'encourager les Ministères de la santé et de l'agriculture à travailler de concert.

### Mise à jour des directives du ROSSP pour la lutte contre la grippe

Il convient d'actualiser les directives pour la préparation et la lutte contre les épidémies de grippe et pour la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe d'après les nouvelles phases pandémiques décrites par l'OMS. Entre-temps, un tableau de comparaison des phases définies par l'OMS en 1999 et des nouvelles phases publiées en 2005 a été ajouté au document.

### Autres directives

S'agissant des autres directives du ROSSP en projet ou en cours d'élaboration, le point de contact du GC a résumé leur état d'avancement comme suit: fièvre éruptive (bientôt prête à être publiée), dengue et fièvre typhoïde (en cours d'examen), grippe et SRAS (publiées), choléra, leptospirose, procédures de laboratoire (en projet). Compte tenu des retards considérables qu'accusent l'élaboration et la publication des directives, le point de contact du GC a prié les membres du groupe de partager une partie de la charge de travail.

### Renforcement de la surveillance du syndrome grippal

Le point de contact du GC a présenté un nouveau projet intitulé « Renforcement de la surveillance de la grippe en Océanie », financé par les CDC, qui devrait débiter très rapidement (cf. article du bulletin). Un membre du GC a proposé de relier la surveillance du syndrome grippal au système existant de surveillance active en milieu hospitalier, mais d'autres membres ont émis des doutes quant à la faisabilité d'une telle proposition, les populations cibles n'étant pas les mêmes.

### Appui à la surveillance de la dengue

Parmi les progrès enregistrés dans ce domaine, un projet sur l'entomologie et la surveillance de la dengue a été établi par le point de contact du GC-ROSSP en collaboration avec l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie. Ce projet comprend deux volets: formation et surveillance des vecteurs. Par ailleurs, un atelier de formation sur l'identification des moustiques vecteurs s'est tenu à Guam en juillet 2005.

### Appui à la surveillance de la paralysie flasque aiguë et de la fièvre éruptive

Des avancées considérables sont à souligner dans ce domaine (pour plus d'informations, consulter le n° 19 d'Inform'Action).

### Appui à la surveillance du VIH et des IST

Les activités de la CPS dans cette branche vont bon train, et elles bénéficieront notamment de fonds supplémentaires de la BASD destinés au renforcement de ce domaine d'activités.

### Support for HIV/STI surveillance

SPC's activities in this area are progressing well, especially with an additional funding from ADB to become available to strengthen the activities.

### Foodborne disease surveillance

A foodborne disease surveillance working group (FBDSWG) has been set-up under the PPHSN framework and teleconferences have started. The group is now trying to identify funds to provide training in this area through Salmonella surveillance. There was extensive discussion on the priority and usefulness of salmonella surveillance in comparison to other important public health issues in the Pacific Island region, but finally members agreed that foodborne disease surveillance was valuable and useful in the context of food safety. The CB focal point reminded the group that foodborne disease surveillance had always been and will always be considered a secondary aspect of PPHSN activities.

### Reviewing and improving infection control measures in PICTs

Considerable progress has been achieved in this area (see article on page 10.)

### Regional EpiNet team (RET)

A document on the RET was presented and endorsed by APIC T Ministers of Health during the Samoa meeting in March 2005 (for more information, check the Samoa Commitment). Some work to help identify suitable members of the RET has already been carried out by the CB focal point through the development of the directory of PPHSN resources, but more work needs to be done, including creation of the RET, and development of funding proposals and operational guidelines. CB members agreed that this issue needed to be addressed urgently and a working group was formed to develop a work plan within the next four months to accelerate the process. Members of the RET working group are Dr Tom Kiedrzyński, Dr Jean-Paul Grangeon, Dr Mahomed Patel, Dr Jan Pryor and Dr Jacob Kool.

### Pandemic influenza preparedness and PPHSN

The PPHSN-CB focal point summarized the activities of PPHSN partners since the 1<sup>st</sup> Regional EpiNet Workshop in September 2003:

- Creation of an influenza specialist group (ISG);
- Proposal developed and funding received from ADB through the SARS 'RETA' project with the recruitment of a consultant who undertook seven visits to PICTs on awareness raising and influenza pandemic preparedness, and also developed the PPHSN guidelines for influenza in consultation with the ISG;
- Publication of PPHSN influenza guidelines;
- WHO new documents (influenza pandemic preparedness checklist and global influenza preparedness plan with a new pandemic phase classification);
- Pandemic preparedness issues discussed in Samoa during the Ministers of Health meeting and also during the WHO Regional Committee Meeting;

### Surveillance des maladies d'origine alimentaire

Un groupe de travail technique sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire a été formé sous l'égide du ROSSP et des téléconférences se sont déjà tenues. Le groupe s'efforce à présent de trouver des fonds dans le but de dispenser une formation axée sur la surveillance des salmonelloses. Le caractère prioritaire et opportun de la surveillance des salmonelloses par rapport à d'autres questions de santé publique en Océanie a fait l'objet d'un long débat, mais finalement les membres sont convenus que, dans le cadre de la salubrité alimentaire, la surveillance des maladies d'origine alimentaire trouvait toute sa valeur et son utilité. Le point de contact du GC a rappelé au groupe que la surveillance des maladies d'origine alimentaire avait toujours été considérée comme un aspect secondaire des activités du ROSSP, et le serait toujours.

### Examen et renforcement des mesures de lutte contre les infections nosocomiales dans les États et Territoires insulaires océaniques

Des avancées remarquables ont été enregistrées dans ce domaine (cf. article du bulletin).

### Équipe régionale EpiNet

Un document sur l'équipe régionale EpiNet a été présenté et adopté par les ministres de la santé des États et Territoires insulaires océaniques au cours de la réunion au Samoa, en mars 2005. Le point de contact du GC a élaboré un répertoire des ressources du ROSSP afin de faciliter la désignation des membres qualifiés de l'équipe. Il reste néanmoins beaucoup à faire, notamment la création de l'équipe, l'élaboration des demandes de financement et la rédaction de directives de référence. Les membres du GC sont convenus qu'il était urgent de régler la question et, pour accélérer le processus, un groupe de travail a été formé et formulera un plan de travail durant les quatre prochains mois. Ce groupe compte parmi ses membres les docteurs Tom Kiedrzyński, Jean-Paul Grangeon, Mahomed Patel, Jan Pryor et Jacob Kool.

### Préparation à une pandémie de grippe et ROSSP

Le point de contact du GC-ROSSP a fourni le résumé suivant des activités des partenaires du ROSSP depuis septembre 2003, date du premier atelier régional EpiNet:

- constitution d'un Groupe de spécialistes de la grippe,
- demande de financement établie et concours financier de la BASD à travers le projet « RETA » sur le SRAS, avec le recrutement d'un consultant qui s'est rendu à sept reprises dans les États et Territoires insulaires océaniques pour examiner les politiques de sensibilisation et la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe et qui, en concertation avec le Groupe de spécialistes de la grippe, a élaboré les directives du ROSSP pour la lutte contre la grippe,
- publication des directives pour la lutte contre la grippe,
- nouveaux documents de l'OMS (liste des points de contrôle de la préparation à la survenue d'une pandémie de grippe, et Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe comprenant une nouvelle classification des phases pandémiques),
- discussion de questions relevant de la préparation à une pandémie au cours de la réunion au Samoa des ministres de la santé ainsi que lors de la réunion du comité régional de l'OMS,
- envoi de diverses demandes de financement aux bailleurs de fonds. Réponses positives à ce jour: le CDC a approuvé le projet sur le renforcement de la surveillance de la grippe (détails, voir ci-dessous) et la Nouvelle-Zélande a entériné le projet intitulé « Renforcement des dispositifs nationaux de

- Various proposals sent to aid donors with positive feedback received so far: CDC approved the Project on increasing influenza surveillance (details hereunder) and New Zealand endorsed the proposal entitled "Strengthened national influenza preparedness (SNIP)" (described in *Inform'ACTION* 21);
- Creation of the list 'Flu-aid4pi' for aid donors;
- Statement from Prime Minister John Howard that Australia will give AUD8 million for pandemic preparedness in the Pacific Island region;
- Willingness of New Zealand to share their experiences during drills/exercises to test their new influenza pandemic plan (they have invited New Caledonia to participate in the exercise).

CB members also listed common issues that needed to be addressed during the following WHO meeting. These included travel limitations, access to antivirals and vaccines, and stockpiles for PICTs.

### IHR and PPHSN

This issue was briefly discussed during the CB meeting. Nevertheless, all CB members agreed that it was very important to remember the conclusions and recommendations of the Samoa Commitment established during the WHO meeting.

### Next CB meeting

The next meeting will take place in February/March 2006 in conjunction with the coming infection control workshop.

- préparation à une épidémie de grippe » (décrit dans le n° 21 d'Inform'Action),*
- création du forum "Flu-aid4pi" destiné aux bailleurs de fonds,
  - déclaration du Premier Ministre John Howard indiquant que l'Australie contribuera à hauteur de 8 millions de dollars australiens à la préparation à la survenue d'une pandémie en Océanie,
  - consentement de la Nouvelle-Zélande à partager son expérience à l'occasion d'exercices visant à mettre à l'épreuve son nouveau plan de lutte contre la pandémie (la Nouvelle-Calédonie a été conviée à l'exercice).

Les membres du GC ont par ailleurs dressé une liste de questions à traiter lors de la prochaine réunion de l'OMS, parmi lesquelles figurent les restrictions concernant les voyages, l'accès aux médicaments antiviraux et aux vaccins, et les stocks pour les États et Territoires insulaires océaniques.

### RSI et ROSSP

Cette question n'a fait l'objet que d'un bref débat lors de la réunion du GC. Toutefois, les membres du GC sont unanimement convenus qu'il était essentiel de rappeler au cours de la réunion de l'OMS les conclusions et recommandations de l'Engagement du Samoa.

### Prochaine réunion du GC

La prochaine réunion se déroulera en février/mars 2006, parallèlement au prochain atelier sur la lutte contre les infections nosocomiales.

## WHO WORKSHOP ON IHR AND PANDEMIC INFLUENZA PREPAREDNESS IN THE PACIFIC

A WHO workshop on the International Health Regulations (IHR, 2005) and pandemic influenza preparedness (PIP) in the Pacific was held in Nadi, Fiji Islands, from 2 to 5 November 2005.

The objectives of the workshop were:

- to advocate the implementation of the IHR (2005) and increase awareness of the regulations among policy-makers and health officials in Pacific Island countries and territories (PICTs);
- to identify gaps and priority action areas for implementing the IHR (2005) in PICTs;
- to provide updated knowledge on the current avian influenza A (H5N1) outbreak, and the risk and possible impact of pandemic influenza;
- to advocate, and increase awareness of the importance and urgency of strengthening national pandemic influenza preparedness in the Pacific;
- to develop feasible action plans for improving pandemic influenza preparedness in the Pacific.

## ATELIER DE L'OMS SUR LE RSI ET LA PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE DE GRIPPE EN OCÉANIE



À Nadi (Îles Fidji), du 2 au 5 novembre 2005, l'OMS a organisé un atelier sur le Règlement sanitaire international (RSI, 2005) et sur la préparation à une pandémie de grippe en Océanie.

Cet atelier poursuivait les objectifs suivants :

- promouvoir la mise en œuvre du RSI (2005) et informer les décideurs politiques et les représentants officiels des départements de la santé des États et Territoires insulaires océaniques (ETIO) du contenu de ces réglementations ;
- cerner les lacunes et les domaines prioritaires concernant la mise en œuvre du RSI dans les ETIO ;



The results of the proceedings are summarised below:

- Public health measures and cluster surveillance are obviously priority areas that PICTs should address in planning PIP.
- Regional coordination, particularly through SPC and WHO, is crucial in areas such as inter-country harmonisation, medical supplies, and support to PICTs.
- Group work on PIP identified the technical and financial resources necessary for pandemic preparedness and key issues for discussion by the influenza specialist group (see below).
- A summary of findings from the PIP questionnaire completed by PICT delegates at the workshop was presented. Basically, many PICTs have started PIP planning, but there is still a lot of work to be done.
- The workshop also emphasised the links between PIP and the new IHR and the possible "cross-use" of the resources available to achieve greater sustainability in terms of preparedness.

The conclusions and recommendations of the workshop are now being finalised; a report will be posted on WHO's Western Pacific Regional Office website in the near future.

- *diffuser les dernières informations sur l'épidémie actuelle de grippe aviaire A (H5N1), et sur les risques de pandémie et les répercussions éventuelles d'un tel phénomène ;*
- *promouvoir le renforcement des activités de préparation à une pandémie nationale de grippe en insistant sur l'importance et l'urgence de ces mesures ;*
- *élaborer des plans d'action pragmatiques visant à améliorer la préparation à une pandémie de grippe en Océanie.*

Les conclusions des débats sont résumées ci-dessous :

- *Les mesures de santé publique et la surveillance des cas groupés sont évidemment des domaines prioritaires incontournables pour les ETIO au moment de planifier la préparation à une pandémie grippale.*
- *La coordination régionale, notamment par le truchement de la CPS et de l'OMS, est essentielle dans les domaines tels que l'harmonisation internationale, l'approvisionnement en médicaments, et l'assistance aux ETIO.*
- *Les travaux de groupe sur la préparation à une pandémie grippale ont permis de dresser l'inventaire des ressources techniques et financières nécessaires à cette préparation, ainsi que les thèmes de discussion clés à soumettre au Groupe de spécialistes de la grippe (voir ci-dessous).*
- *Un résumé des conclusions issues du questionnaire relatif à la préparation à une pandémie de grippe rempli par les délégués des ETIO a été présenté lors de l'atelier. En bref, de nombreux ETIO ont commencé à planifier leur préparation à la pandémie, mais il reste encore beaucoup à faire.*
- *Au cours de l'atelier, on a également mis l'accent sur les liens entre la préparation à une pandémie de grippe et le nouveau RSI, ainsi que sur l'éventuelle « utilisation croisée » des ressources disponibles afin de garantir la durabilité des activités de préparation.*

À l'heure actuelle, la dernière main est mise à la rédaction des conclusions et des recommandations de l'atelier ; un rapport sera prochainement disponible en ligne sur le site Web du bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.



### Subsequent meeting of PPHSN influenza specialist group

PPHSN influenza specialist group (ISG) members who were present met straight after the WHO workshop on Saturday afternoon (5 November). The group was able to answer some of the key issues raised at the workshop and members organised to undertake the work needed to address questions requiring more research.

The outputs of this meeting will be shared with all PPHSN members.

### Fourth Meeting of the Conference of the Pacific Community

Dr Tom Kiedrzyński, SPC epidemiologist, gave a presentation on pandemic influenza at the Fourth Meeting of the Conference of the Pacific Community in Koror, Palau, in mid-November. The presentation raised a lot of discussion with the subject obviously attracting close attention from PICT delegates. PPHSN's work in the area of pandemic influenza preparedness was acknowledged.

More information on the conference is available on SPC's website: <http://www.spc.int/>

*Dr Tom Kiedrzyński  
Epidemiologist, SPC*

### Dans la foulée, réunion du Groupe de spécialistes de la grippe membres du ROSSP

Les membres du Groupe de spécialistes de la grippe établi dans le cadre du ROSSP se sont réunis samedi après-midi (le 5 novembre) à Nadi, juste après l'atelier de l'OMS. Ils ont pu répondre à certaines des questions clés posées lors de l'atelier, et ils se sont par ailleurs réparti le travail de recherche nécessaire pour répondre aux autres questions.

Les conclusions de leurs travaux seront diffusées auprès de l'ensemble des membres du ROSSP.

### Quatrième conférence de la Communauté du Pacifique

Tom Kiedrzyński, Épidémiologiste de la CPS, a présenté un exposé sur la pandémie de grippe lors de la quatrième Conférence de la Communauté du Pacifique qui s'est tenue à Koror, Palau, à la mi-novembre. Cet exposé a donné lieu à un débat nourri, le sujet faisant bien sûr l'objet de toute l'attention des représentants des ETIO. Ces derniers ont félicité le ROSSP pour son travail dans le domaine de la préparation à une pandémie de grippe.

De plus amples informations sur la Conférence sont disponibles sur le site Web de la CPS à l'adresse suivante : <http://www.spc.int/>

*Dr Tom Kiedrzyński  
Épidémiologiste, CPS*

## ROSSP Actualités – Projets

### INCREASING INFLUENZA SURVEILLANCE IN THE PACIFIC ISLAND REGION

**Project funded by CDC**

An influenza surveillance programme modelled on one already operating in New Caledonia will soon be extended to six other Pacific Island countries. They are the Cook Islands, Fiji Islands, Guam, Palau, Tonga, and Wallis and Futuna. The extension of the programme should begin early in 2006 after the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) approved a proposal from The Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN) to increase influenza surveillance in the Pacific Island region.

Laboratory skills and facilities for testing for influenza will be established in the six countries and the Pasteur Institute in New Caledonia will strengthen its capacity for confirmatory testing. The institute plays a pivotal role in the network, acting as a confirmatory laboratory for other Pacific countries. This new project will help PICTs better assess the influenza burden, monitor influenza activity and develop potential prevention and control strategies. It will also contribute to the global surveillance of influenza.

### RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA GRIPPE EN OCÉANIE

**Projet financé par les CDC**

Un projet de surveillance de la grippe, inspiré d'un programme déjà mis en œuvre en Nouvelle-Calédonie, va prochainement être étendu à six autres pays océaniques (Îles Cook, Îles Fidji, Guam, Palau, Tonga, Wallis et Futuna). Cet élargissement devrait intervenir au début de 2006, lorsque les Centres de lutte contre la maladie (CDC) auront approuvé la proposition du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP) de resserrer la surveillance de la grippe dans la région du Pacifique.

Des ressources humaines qualifiées et des équipements de laboratoire nécessaires aux tests de la grippe seront mis en place dans les six pays, et l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie renforcera ses capacités en vue des tests de confirmation. Faisant office de laboratoire de confirmation pour d'autres pays océaniques, l'Institut Pasteur joue un rôle central dans le réseau. Ce nouveau projet aidera les États et Territoires insulaires océaniques à mieux évaluer la prévalence de la grippe, à surveiller les activités de lutte contre la grippe et à élaborer d'éventuelles stratégies de prévention et de lutte contre cette maladie. Il contribue en outre à assurer la surveillance de la grippe à l'échelon mondial.

At present, only two countries in the PPHSN, French Polynesia and New Caledonia, are able to carry out year-round laboratory-based influenza surveillance. Most rely on syndromic reporting of influenza (reporting of clinical cases by health workers) and do not carry out regular testing. Some laboratories have used rapid tests to investigate influenza outbreaks, but the high cost of these tests and lack of funding have prevented their continued use.

The project team are members of the PPHSN Influenza Specialist Group — Dr Ian Barr from the World Health Organization Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Dr Alain Berlioz-Arthaud from the Pasteur Institute, New Caledonia, and Dr Tom Kiedrzyński and Dr Narendra Singh from SPC.

SPC, as the focal point for the PPHSN Coordinating Body, will administer the project which will be implemented in partnership with the Pasteur Institute, the WHO, and other laboratory and training institutions in the region, such as the Pacific Paramedical Training Centre (PPTC) in New Zealand.

At present, the project is for one year only, but there is a possibility that it will be renewed and extended to more Pacific countries. Progress reports on the new project will be published in future issues of Inform'ACTION.

## STRENGTHENED NATIONAL INFLUENZA PREPAREDNESS (SNIP)

Project funded by New Zealand

This project proposal was developed last June during the Second Pacific Health Summit for Disaster Risk Management, organised by the CDC PEHI project (a summary of this project was published in issue 21 of Inform'ACTION). Since then, New Zealand has endorsed the proposal and the project should start in early 2006.

**PPHSN Coordinating Body Focal Point**

### Acknowledgements

Many thanks to the US Centers for Disease Control and Prevention, New Zealand and Australia for their support for PPHSN activities.

*À l'heure actuelle, seuls deux membres du ROSSP, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, sont en mesure de procéder à la surveillance de la grippe en laboratoire tout au long de l'année. La plupart des pays s'en remettent à la notification syndromique de la grippe (signalement des cas cliniques par des agents de santé) et n'effectuent pas de tests réguliers. Certains laboratoires ont eu recours à des tests rapides pour enquêter sur des flambées épidémiques de grippe, mais le coût élevé de ces tests et le manque de moyens financiers les ont empêchés de continuer.*

*L'équipe chargée du projet se compose de membres du Groupe de spécialistes de la grippe du ROSSP – les docteurs Ian Barr, du Centre collaborateur OMS de référence et de recherche sur la grippe, Alain Berlioz-Arthaud de l'Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, Tom Kiedrzyński et Narendra Singh du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS).*

*La CPS, point de contact du Groupe de coordination du ROSSP, administrera le projet, exécuté en partenariat avec l'Institut Pasteur, l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres laboratoires et établissements de formation de la région tels que le Centre de formation paramédicale du Pacifique (PPTC) de Nouvelle-Zélande.*

*Pour l'instant, la durée du projet n'est que d'un an, mais il sera éventuellement reconduit et étendu à d'autres pays océaniques. Des rapports d'avancement de ce nouveau projet seront publiés dans les prochains numéros d'Inform'ACTION.*

## RENFORCEMENT DES DISPOSITIFS NATIONAUX DE PRÉPARATION À UNE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

Projet financé par la Nouvelle-Zélande

*Cette proposition de projet a été élaborée en juin dernier, au cours du deuxième Sommet sur la gestion durable des risques en cas de catastrophe, organisé par le Projet d'intervention sanitaire d'urgence dans le Pacifique des CDC (une description succincte de ce projet a été publiée dans le numéro 21 d'Inform'ACTION). Depuis lors, la Nouvelle-Zélande a adopté la proposition, et le projet devrait commencer au début de 2006.*

**Le point de contact du Groupe de coordination du ROSSP**

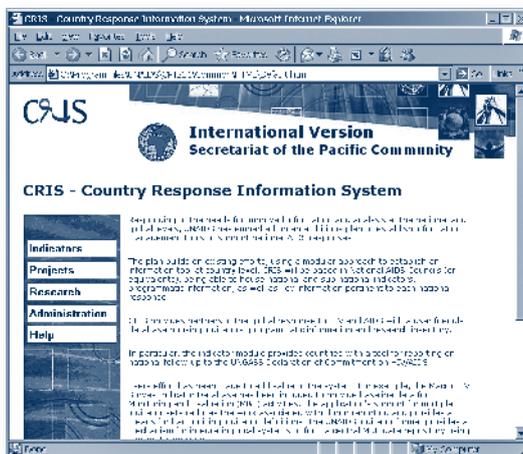
### Remerciements

*Grand merci aux Centres de lutte contre la maladie (CDC), à la Nouvelle-Zélande et à l'Australie pour leur soutien aux activités du ROSSP.*

## MONITORING AND EVALUATION OF REGIONAL RESPONSES TO HIV: TYING IT ALL TOGETHER WITH CRIS

## SUIVI ET ÉVALUATION DES RIPOSTES RÉGIONALES AU VIH : INTÉGRATION DES DONNÉES GRÂCE AU CRIS

Over the past few years efforts have intensified in the Pacific to control the spread of HIV and to provide treatment and care to those already affected by HIV or AIDS. A coordinated approach is now in place with ratification of the second Pacific Regional Strategy on HIV/AIDS 2004–2008 by all PICT member countries (SPC 2005a). The strategy has brought together disparate programmes and agencies working with PICTs to tackle HIV and AIDS. There is now a clear framework for guiding the accelerated regional response to HIV.



Au cours des dernières années, en Océanie, les efforts ont été renforcés afin d'enrayer la propagation du VIH et d'offrir un traitement et des soins aux personnes déjà infectées par le VIH ou le SIDA. En ratifiant la deuxième Stratégie régionale océanienne de lutte contre le VIH/SIDA 2004–2008, les États et Territoires insulaires océaniques membres ont mis en œuvre une approche coordonnée (CPS 2005a). Cette stratégie regroupe divers projets et diverses agences œuvrant avec les ETIO afin de lutter contre le VIH et le SIDA. Un cadre clair est donc désormais en place pour orienter et intensifier la riposte régionale au VIH.

### How do we know if these efforts are making a difference?

This is a simple question that is often difficult to answer. Monitoring and evaluation of the effectiveness of HIV and AIDS programmes is important to gauge if resources are being targeted correctly. There is interest both within and outside the region in the success of local efforts against HIV and AIDS. Evaluation can occur at all levels, including programme inputs, activities, outputs, outcomes and eventual impact. Moving across this continuum, it becomes increasingly difficult to evaluate the effect of a programme. Monitoring inputs, activities and outputs is relatively straightforward, but it may take many years for the endstage results of a programme to become apparent. Where resources are limited, evaluation activities are often limited to output-level analyses.

### The Pacific Regional Strategy's overall goal is to reduce the spread and impact of HIV/AIDS whilst embracing people infected and affected by the virus in Pacific communities

This was selected to correspond with PICTs' international commitment to the Millennium Development Goal (MDG) Target Seven: To have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS (UN 2005). Within this overall goal are three Purpose level objectives that are also tied to indicator frameworks under the MDGs, the Declaration of Commitment made by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, June 2001 (UNGASS), and the International Conference on Population and Development (ICPD). The three Regional Strategy purposes and their indicator components are:

1. To increase the capacity of PICTs to achieve and sustain an effective response to HIV/AIDS, as evidenced by increased achievement against the following UNGASS National Commitment and Action Indicators:

### Comment savoir si ces efforts portent leurs fruits ?

Question simple, mais à laquelle il est souvent difficile de répondre. Le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sont essentiels pour savoir si les ressources sont utilisées à bon escient. À l'échelon régional, et au-delà, on s'intéresse à l'efficacité des efforts déployés localement pour contrer le VIH/SIDA. L'évaluation se fait à tous les niveaux, y compris les ressources utilisées par les projets, les activités menées, les produits obtenus, les résultats enregistrés et l'impact final. Plus on avance le long de cette chaîne, et plus il s'avère difficile d'évaluer les répercussions d'un projet. Il est relativement aisé de garantir le suivi des ressources, des activités et des produits, mais il faut parfois attendre de nombreuses années pour voir apparaître les dernières retombées d'un projet. Lorsque les ressources sont limitées, les activités d'évaluation se cantonnent souvent à l'analyse des produits obtenus.

### Le but ultime de la Stratégie régionale océanienne est de « réduire la propagation et les effets du VIH/SIDA tout en prenant soin des personnes infectées et affectées par le virus parmi les populations océaniques ».

Ce but reflète l'engagement pris à l'échelon international par les ETIO d'atteindre la cible sept des Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) : « D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle » (ONU 2005). Trois objectifs s'inscrivent dans le droit fil de ce but principal et sont liés à une série d'indicateurs découlant des ODM, de la Déclaration d'engagement adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) en juin 2001, et de la Conférence internationale sur la population et le développement. Les trois objectifs de la Stratégie régionale océanienne, assortis de leurs indicateurs, sont énumérés ci-dessous :

1. Augmenter les capacités des États et Territoires insulaires océaniques de mettre en œuvre des moyens durables et efficaces de riposte au VIH/SIDA, comme en témoignent les résultats obtenus à l'aune des « indicateurs des actions et des engagements nationaux » de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS :
  - 1.1 montant des fonds nationaux engagés pour la lutte contre le

- 1.1 disbursement of national funds on HIV/AIDS-related activities;
- 1.2 development and implementation of national policies;
- 1.3 delivery of national programmes covering:
  - 1.3.1 voluntary and confidential counselling and testing,
  - 1.3.2 prevention programme reach,
  - 1.3.3 prevention of maternal to child transmission,
  - 1.3.4 supply of ante-retroviral medication to infected persons, and
  - 1.3.5 protection of the blood supply.
- 2. To strengthen coordination of the regional-level response and mobilise resources and expertise to assist countries to achieve their targets via evidence of improved:
  - 1.1 communication
  - 1.2 partnership and mutual mission
  - 1.3 common decision-making.
- 3. To help PICTs achieve and report on their national and international targets in response to HIV/AIDS via increased and improved reporting on MDG and UNGASS reports, as evidenced by:
  - 1.1 number of countries submitting UNGASS and MDG reports;
  - 1.2 number of indicators collected in country reports; and
  - 1.3 number of indicators collected using UN guidelines.

The Regional Strategy framework thus acknowledges that regional organisations, including SPC, will continue to work with national authorities to collect, analyse and report against MDG and UNGASS targets (SPC 2005b).

### How is this best achieved?

Typing the Regional Strategy to the above international reporting frameworks brings some advantages. Firstly, considerable work has already been undertaken in the review and choice of indicators thought to best reflect the effectiveness of national programmes to combat HIV and AIDS. A number of resources are available for collecting National Commitment and Action indicators, including a UNAIDS National Composite Policy Index (NCPI) of twenty policy issues to be reviewed twice during the lifetime of the regional strategy. Various surveys are also in place to review the extent of programme reach. The United Nations joint programme on HIV/AIDS (UNAIDS) has also developed a reporting system — the Country Response Information System (CRIS) — for collecting core indicator data directly related to MDG and UNGASS commitments (UNAIDS 2003). The use of international indicators also enables standardised reporting and cross-regional comparison to further illustrate how each country is progressing and identify areas of further need.

**The CRIS system is a web-enabled database, written in SQL to enable broad connectivity and flexibility for use in different settings.** All core UNGASS indicators for monitoring generalised, concentrated or low-level HIV epidemics are included, along with definitions and help notes on reporting these (UNAIDS 2005). It also allows for construction of

- VIH/SIDA ;
- 1.2 élaboration et mise en œuvre de politiques nationales ; et
- 1.3 création de projets nationaux axés sur :
  - 1.3.1 les services de dépistage et de conseil librement consentis et confidentiels,
  - 1.3.2 les programmes de prévention et d'information,
  - 1.3.3 la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant,
  - 1.3.4 l'offre de médicaments antirétroviraux aux personnes infectées, et
  - 1.3.5 la sécurité transfusionnelle.
- 2. Renforcer la coordination de l'action menée à l'échelon régional et mobiliser les ressources et l'expertise nécessaires pour aider les pays à atteindre leurs objectifs, comme en témoignent les améliorations dans les domaines suivants :
  - 2.1 la communication,
  - 2.2 les partenariats et les projets conjoints,
  - 2.3 la prise de décisions conjointes.
- 3. Aider les États et Territoires insulaires océaniques à atteindre leurs objectifs nationaux et internationaux en réponse au VIH/SIDA et à rendre compte de leur action grâce à une meilleure diffusion des informations dans le cadre de la réalisation des ODM et de la mise en œuvre des directives de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS, et ce, en utilisant les indicateurs suivants :
  - 3.1 nombre de pays présentant des rapports sur les progrès accomplis en regard des ODM et de la mise en œuvre des directives de la Déclaration d'engagement ;
  - 3.2 nombre d'indicateurs inclus dans les rapports de pays ; et
  - 3.3 nombre d'indicateurs calculés conformément aux directives de l'ONU.

La Stratégie régionale océanique entérine donc le fait que les organisations régionales, y compris la CPS, continueront de collaborer avec les pouvoirs publics nationaux pour la collecte et l'analyse des données permettant de mesurer les progrès accomplis en regard des ODM et des cibles de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS, ainsi que pour la communication des données (CPS 2005b).

### Comment atteindre cet objectif ?

Lier la Stratégie régionale océanique aux cadres internationaux de transmission des informations présentés ci-dessus présente plusieurs avantages. Tout d'abord, des efforts considérables ont déjà été déployés pour évaluer et choisir les indicateurs censés illustrer le mieux possible l'efficacité des projets nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Ainsi, il existe déjà différents outils qui permettent de compiler les indicateurs relatifs à l'engagement et à l'action à l'échelon des pays, y compris l'indice composite des politiques nationales couvrant vingt domaines et actualisé tous les ans. Plusieurs études sont également menées pour déterminer la portée d'un projet donné. Le Programme commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA) a également mis en place un système de diffusion des données, le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS), visant à collecter les données liées aux indicateurs clés relatifs aux engagements pris dans le cadre des ODM et de l'UNGASS (ONUSIDA 2003). En outre, l'utilisation d'indicateurs internationaux permet de disposer d'un système normalisé de transmission des données et de procéder à des comparaisons interrégionales afin d'illustrer les progrès de chaque pays et de déceler les lacunes.

**Le CRIS est une base de données accessible sur Internet, et programmée en langage SQL afin de permettre la plus grande connectivité et la plus grande flexibilité possible dans différents modes d'utilisation.** Cette base de donnée inclut tous les indicateurs de base de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS relatifs à une épidémie de VIH généralisée, concentrée ou à faible prévalence, ainsi que des définitions et des notes explicatives portant sur la transmission des informations (ONUSIDA 2005). Il est également possible d'élaborer

further non-core indicators and inclusion of research project findings. Multi-country data can be entered when utilised as a regional monitoring tool. The system can thus be adapted for local use, and tailored to meet Regional Strategy monitoring requirements. Data once entered can be exported for direct transfer to UNAIDS to meet country reporting requirements. CRIS will thus enable countries to monitor their progress towards the overall goal and purposes of the Regional Strategy. Donors and other key stakeholder organisations will be able to review this progress in order to better assist countries fulfil their commitments and identify how best to target further resources in the continuing effort to control HIV in the region.

**Tim Sladden**  
Surveillance Specialist – HIV/AIDS & STIs  
Public Health Programme, SPC

## References

SPC. 2005a. The Pacific Regional Strategy on HIV/AIDS 2004–2008. Secretariat of the Pacific Community, Noumea, New Caledonia.

SPC. 2005b. Pacific Regional Strategy Implementation Plan, Annex D: Monitoring and evaluation framework. Secretariat of the Pacific Community, Noumea, New Caledonia.

UN. 2005. Statistics Division. New York. Viewed 20 December 2005. <[http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi\\_highlights.asp](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_highlights.asp)>.

UNAIDS. 2003. Country Response Information System: Overview of the system and its plan of establishment. UNAIDS/03.09E. ISBN 92-9173-249-4. Available at: <[http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc885-cris\\_overview\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc885-cris_overview_en_pdf.pdf)>.

UNAIDS. 2005. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS: Guidelines for construction of core indicators. UNAIDS/05.17E. ISBN 92 9 173433 0. Available at: <[http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass_en_pdf.pdf)>.

des indicateurs supplémentaires et d'inclure les conclusions d'autres projets de recherche. En tant qu'outil de suivi à l'échelon régional, ce système peut intégrer des données plurinationales. Ce système peut donc s'adapter à une utilisation à l'échelon local, et il est aussi modulable pour répondre aux exigences de suivi de la Stratégie régionale. Une fois saisies dans le système, les données peuvent être exportées directement vers l'ONUSIDA conformément aux exigences de transmission des données nationales. Le CRIS va donc permettre aux pays d'évaluer leurs avancées vers le but principal et les objectifs de la Stratégie régionale océanienne. Les bailleurs de fonds et les autres organisations intéressées seront en mesure d'évaluer les progrès réalisés afin de mieux aider les pays à honorer leurs engagements et d'identifier la meilleure façon d'utiliser les nouvelles ressources dégagées au titre des efforts permanents déployés pour lutter contre le VIH dans la région.

**Tim Sladden**  
Spécialiste de la surveillance  
(lutte contre le VIH/SIDA et les IST)  
Département Santé publique, CPS

## Références bibliographiques

CPS. 2005a. *Stratégie régionale océanienne de lutte contre le VIH/SIDA (2004-2008)*. Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, Nouméa, Nouvelle-Calédonie.

CPS. 2005b. *Plan de mise en œuvre de la Stratégie régionale océanienne, annexe D : Cadre de suivi et d'évaluation*. Secrétariat général de la Communauté du Pacifique.

ONU. 2005. Division de statistique. New York. Consulté en ligne le 20 décembre 2005 à l'adresse suivante : <[http://unstats.un.org/unsd/mifre/mi\\_highlights.asp](http://unstats.un.org/unsd/mifre/mi_highlights.asp)>.

ONUSIDA. 2003. (En anglais seulement) *Country Response Information System: Overview of the system and its plan of establishment*. UNAIDS/03.09E. ISBN 92-9173-249-4. Disponible en ligne à l'adresse suivante : <[http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc885-cris\\_overview\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc885-cris_overview_en_pdf.pdf)>.

ONUSIDA. 2005. *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. ONUSIDA/05.17F. ISBN 92 9 173434 9. Disponible en ligne à l'adresse suivante : <[http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass\\_fr\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass_fr_pdf.pdf)>.

En bref

## DR JIMMIE RODGERS NEW DIRECTOR-GENERAL OF SPC

On January 23 2006, Dr Jimmie Rodgers took over the leadership of the Secretariat of the Pacific Community (SPC) from his widely acclaimed predecessor, Lourdes Pangelinan. Dr Rodgers was originally a medical practitioner specialising in anaesthesia. He also holds a Masters degree in health administration. Before joining SPC in 1996 as Director of Programmes in Noumea, he held the position of Under-Secretary for Health Care in the Solomon Islands' Ministry of Health and Medical Services. Dr Rodgers moved to Suva in 1998 to head SPC's Suva Regional Office as Deputy Director-General. He was named Senior Deputy Director-General in 2000, a position he held up to the time of his appointment as Director-General.



## LA CPS A UN NOUVEAU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le 23 janvier 2006, Jimmie Rodgers a pris les rênes du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), succédant ainsi à Lourdes Pangelinan qui quitte l'organisation couverte d'éloges. Médecin anesthésiste de formation, Jimmie Rodgers est également titulaire d'une maîtrise d'administration des services de santé publique. Il exerce les fonctions de sous-secrétaire aux soins de santé auprès du Ministère de la santé et des services médicaux des Îles Salomon avant de rejoindre la CPS en 1996 en sa qualité de Directeur des Programmes à Nouméa. Nommé Directeur général adjoint en 1998, Jimmie Rodgers s'installe à Suva pour y diriger l'antenne régionale de la CPS. En 2000, il devient Premier Directeur général adjoint, fonction qu'il exercera jusqu'à sa nomination au poste de Directeur général de la CPS.

## SPC's NEW PUBLIC HEALTH PROGRAMME MANAGER

Dr Thierry Jubeau was recently appointed Public Health Programme Manager at SPC. He succeeds Dr Mark Jacobs, who left SPC in December 2004. For the past eight years, Dr Jubeau, who will begin work at SPC in January 2006, held the position of Coordinating Physician at the Southern Province Department of Health and Social Affairs (DPASS Sud) in New Caledonia, where he was in charge of the Province's public health services. Before that he supervised medical and social welfare teams at the grassroots level and in health clinics for 10 years, working independently, sometimes in isolated areas, in direct contact with New Caledonia's Pacific island communities. During his many years of experience, his fields of interest and work have successively covered a wide range of disciplines: child and adolescent health, women's health, STDs and HIV, tuberculosis, tropical diseases, field epidemiology, environmental health, handicaps, emergency medicine, planning, hospital management, social welfare and even health networks. Dr Jubeau continues to be very attentive to the needs of communities and gives a great deal of importance to respecting cultural values. He plans "to serve the inhabitants of our region to the best of his abilities". He also plans to strengthen the ties and coordination with the various partners in the area of public health, both at the regional and national levels.



## LE NOUVEAU DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT SANTÉ PUBLIQUE DE LA CPS

Le Docteur Thierry Jubeau a été récemment nommé au poste de directeur du département Santé publique de la CPS. Il succède au Dr Mark Jacobs qui a quitté la CPS en décembre 2004. Le Dr Jubeau, qui prendra ses fonctions en janvier 2006, occupait depuis huit ans le poste de médecin coordonnateur à la Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales Sud de Nouvelle-Calédonie (DPASS Sud), où il gérait les services de santé publique de cette province. Avant d'occuper ce poste, il a supervisé pendant dix ans des équipes médicosociales de proximité et des dispensaires, autonomes et parfois isolés, travaillant au contact direct des populations océaniques de Nouvelle-Calédonie. Au cours de ses années d'expérience, ses champs d'intérêt et de travail ont recouvert de façon transversale et successive une large gamme de disciplines : la santé des enfants et des jeunes, la santé des femmes, les MST et le VIH, la tuberculose, les maladies tropicales, l'épidémiologie de terrain, la santé environnementale, la santé mentale, le handicap, les urgences, la planification et le contrôle hospitalier, la protection sociale, ou encore les réseaux de santé. Le Dr Jubeau reste très attentif aux besoins des populations et attache beaucoup d'importance au respect des valeurs culturelles. Il entend "servir au mieux de ses capacités les habitants de notre région". Il projette également de renforcer les liens et la coordination avec les différents partenaires dans le domaine de la santé publique, tant au niveau régional qu'au sein des pays.

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

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

**Production:** PHS&CDC Section, SPC, BP D5, 98848 Noumea Cedex, New Caledonia. Tel: (687) 26.20.00; Fax: (687) 26.38.18; <http://www.spc.int/phs>. Editorial office: Tom Kiedrzyński (TomK@spc.int), Narendra Singh (NarendraS@spc.int).

Coordinated by Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int).

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

Inform'ACTION est le bulletin du Réseau océanien de surveillance de la santé publique (ROSSP). Il contient des informations et des nouvelles sur les activités de surveillance de la santé publique dans les pays et territoires du Pacifique. Les premières priorités du ROSSP sont les maladies transmissibles, particulièrement celles à potentiel épidémique.

Imprimé à la CPS (Nouméa) avec le concours financier du Ministère français des affaires étrangères et de NZAID (**Projet PREPARE**). **Production :** Section SSP & LMT, CPS, BP D5, 98848 Nouméa, Nouvelle-Calédonie. Tél : (687) 26 20 00 ; Fax : (687) 26 38 18 ;

Mét: ChristelleL@spc.int; <http://www.spc.int/phs>.

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

Publié sous la direction de Christelle Lepers (ChristelleL@spc.int) 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, 2005

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

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2005

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