



World Health
Organization

EVD PREPAREDNESS STRENGTHENING SÉNÉGAL COUNTRY VISIT



17-21 Novembre, 2014

MISSION
REPORT

Contents

EXECUTIVE SUMMARY	2
INTRODUCTION	4
SENEGAL COUNTRY VISIT OBJECTIVES	5
MISSION TEAM MEMBERS	5
DAY BY DAY SUMMARY	6
FINDINGS OF THE MISSIONS	14
HUMANITARIAN COUNTRY TEAM OVERVIEW	18
RESULTS OF THE TABLETOP EXERCISE.....	19
KEY PRIORITY ACTIONS.....	20
CONCLUSIONS AND NEXT STEPS	24
ANNEX I – ADDITIONAL FIELD VISIT OBSERVATIONS	25
ANNEX 2 - COMMUNICATION GUIDE.....	34

EVD PREPAREDNESS STRENGTHENING SÉNÉGAL COUNTRY VISIT

MISSION REPORT

EXECUTIVE SUMMARY

As recently demonstrated in Nigeria, Senegal and Mali, the evolving outbreak of Ebola Virus Disease (EVD) in West Africa poses a considerable risk to countries in close geographic proximity to those seeing intense and widespread transmission. With adequate levels of preparation, such introductions can be contained before they develop into large outbreaks. WHO, and partners including CDC, is currently deploying international Preparedness Strengthening Teams (PST) to help unaffected countries build upon their existing preparedness work and planning.

In August 2014, the WHO Director General declared the MVE outbreak a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) under the International Health Regulations (IHR). The IHR Emergency Committee recommended that unaffected States with land borders adjoining States with Ebola transmission should urgently establish surveillance for clusters of unexplained fever or deaths due to febrile illness; establish access to a qualified diagnostic laboratory for EVD; ensure that basic infection prevention and control (IPC) measures are in place in health-care facilities and that health workers are aware of and trained in appropriate IPC procedures; and establish rapid response teams with the capacity to investigate and manage EVD cases and their contacts.

EVD preparedness efforts are also supported through UN Mission for Emergency Ebola Response (UNMEER) through its five strategic pillars: stop the outbreak, treat infected patients, ensure essential services, preserve stability, and prevent further outbreaks. A Consultative meeting between WHO and Partners on Ebola Virus Disease Preparedness and Readiness held in Brazzaville from 8-10 October 2014 intensified harmonized and coordinated efforts to support currently unaffected countries.

WHO is accelerating preparedness activities to ensure immediate Ebola outbreak response capacity in Benin, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, the Gambia, Ghana, Guinea Bissau, Mali, Mauritania, Nigeria, Senegal, and Togo.

The immediate objective of the Country Visit to Senegal was to build upon the public health preparedness that Senegal has already put in place and to ensure that systems are able to investigate and report potential EVD cases and to mount an effective response that will prevent a larger outbreak from developing. The joint team to Strengthen Senegal's EVD Preparedness was composed of Senegal's Ministry of Health, WHO, CDC, John Hopkins University and other partners.

Following technical working group meetings, field visits, and a table top exercise simulation exercise was undertaken. Key strengths and weaknesses were identified and specific areas for improvement were proposed to the Ministry of Health.

INSERT 5-10 PRIORITY ACTIONS POINT.

INTRODUCTION

Given the evolving Ebola Virus Disease (EVD) situation, there is a considerable risk of cases appearing in currently unaffected countries. With adequate levels of preparation, such introductions can be contained before they develop into large outbreaks. WHO is currently deploying international Preparedness Strengthening Teams (PST) to help unaffected countries build upon their existing preparedness work and planning. The PSTs are formed with national and international implementing partners and networks such as the US Centres for Disease Control, International Associations of National Public Health Institutes (IANPHI), and the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN). The joint teams that conduct Country Visits focus on supporting countries in developing their operational readiness for EVD to the greatest degree possible.

In August 2014, the WHO Director General declared the MVE outbreak a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) under the International Health Regulations (IHR). The IHR Emergency Committee recommended that unaffected States with land borders adjoining States with Ebola transmission should urgently establish surveillance for clusters of unexplained fever or deaths due to febrile illness; establish access to a qualified diagnostic laboratory for EVD; ensure that basic infection prevention and control (IPC) measures are in place in health-care facilities and that health workers are aware of and trained in appropriate IPC procedures; and establish rapid response teams with the capacity to investigate and manage EVD cases and their contacts.

In particular, the IHR Emergency Committee recommended that countries:

1. Countries should establish an alert system at the following sites:
 - Major land border crossings with the already affected countries (currently these are Sierra Leone, Guinea and Liberia, Nigeria)
 - Capital cities - at airport, seaport if any, and health-care facilities, especially major hospitals
2. Activate their epidemic management committee and rapid response teams, and ensure that adequate infrastructure and supplies for IPC are available in health-care facilities and that health-care workers have received training in how to apply standard precautions and use personal protective equipment appropriately. Consider activating public health emergency contingency plans at designated points of entry

EVD preparedness efforts are also supported through UN Mission for Emergency Ebola Response (UNMEER) whose five strategic pillars; to stop the outbreak, treat infected patients, ensure essential services, preserve stability, and prevent further outbreaks. A Consultative meeting between WHO and Partners on Ebola Virus Disease Preparedness and Readiness held in Brazzaville from 8-10 October 2014 intensified, harmonized and coordinated efforts to support currently unaffected countries.

WHO is accelerating preparedness activities to ensure immediate Ebola outbreak response capacity in Benin, Burkina Faso, Cameroon, Central African Republic, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of Congo, the Gambia, Ghana, Guinea Bissau, Mali, Mauritania, Nigeria, Senegal, and Togo.

SENEGAL COUNTRY VISIT OBJECTIVES

Senegal has already demonstrated its preparedness to respond EVD cases, having detected and managed a case in August 2014.

Senegal confirmed one case Ebola virus disease (EVD) on 28 August in a Guinean man, 21 years old, who had travelled from Guinea to Dakar. He had come to Senegal by taxi around August 14 and had developed symptoms on August 16.

Between August 18 and August 25, he was seen as an out-patient at a health post and was admitted to the University Hospital Fann on 26 August. He had not reported his travel from Guinea or contact with other EVD patients. Health personnel in Senegal were only later informed of his potential contact, at which point he was put into isolation and tested for EVD.

A total of 74 contacts (34 residents of the home where the patient stayed and 40 healthcare workers) were identified and followed over the 21 days period. None of the contacts developed an EVD infection. The patient recovered and was discharged from the Hospital Fann after twice testing negative for EVD.

The objective of this mission, therefore, Senegal was build up on existing systems to effectively and safely detect, investigate and report potential EVD cases and to further strengthen the preparedness measures that have already been implemented and planned. The visit identified necessary next steps required to strengthen preparedness over a period of 30, 60 and 90 days (the EVD Action Plan, Annex 1).

MISSION TEAM MEMBERS

Team Leader

Alimata Jeanne Diarra Nama, WHO Representative Senegal
Stella Chungong, WHO HQ

Surveillance/contract tracing

Aimee Summers, CDC
Panayotta Delinois, CDC
Ibrahim Oumar BA, WHO Senegal
Rene Arrazola, CDC
Andre Rusanganwa, WHO Rwanda
Malang Coly, WHO Senegal

Laboratory

Carla van Tienen, Erasmus Medical Centre, Netherlands

Social mobilization and communication

Khalifa Mbengue, WHO Senegal
 Frrank Hilbrands, Matraco Consultants
 Gregory Pirirot, John Hopkins University

Clinical management and infection prevention and control

Bernard Sudre, ECDC

Coordination

Ngoy Nsenga, WHO IST Afrique de l'Ouest
 Nicolas Isla, WHO HQ
 Julie Thwing, CDC
 Oumar Sarre, WHO Senegal

DAY BY DAY SUMMARY

Day 1		
Meeting with Senegal WHO Country Office and WHO Representative (WR)	WHO CO	Introduction of preparedness team members and mission objectives. Finalization of Agenda and methodology WHO Country Office Colleagues.
Ministry of Health	Ministry of Health	Meeting with Minister of Health and Social Welfare, Director General of Health and Head of EOC to discuss objectives of mission, expected outputs and understand expectations of Minister from the Mission. The team (WR/WHO, Mission Lead/WHO, CDC and OCHA) briefed on the mission objectives, programme of work, and expected products from the mission.



Discussions included the importance of putting the EOC in place to manage all emergencies, the role of the IHR as a whole of government approach and not just an MoH instrument in this outbreak (travel restrictions and measures), the need to strengthen the behavioural aspects of Ebola control including with anthropological and sociological support. The Minister highlighted the fact that Senegal has opened the airport and sea borders, and opening the ground crossings would merit effective strategies to control the international spread of EVD. She requested the team to include a visit to the airport and the humanitarian corridor. She wanted to know what WHO was doing in Mali and the Gambia to ensure containment in the former and preparedness in the latter. She emphasized that Senegal was now looking to going beyond having an operational plan to financing the plan, and would like the mission to ensure that Senegal is accompanied in the financial and other resource needs which would ensure that the country is ready for any re-introduction of EVD in her territories. The Minister concluded that Senegal cannot be complacent, there is always room for improvement, and the country must maintain the utmost vigilance, particularly since both Guinea and Mali, neighbouring countries to Senegal are currently affected by the outbreak.

Meeting national and international partners

WHO CO

A meeting was held to which all national and international partners were invited to be briefed on the objective of the preparedness mission and current epidemiology of the Ebola outbreak in the West Africa, and the principle tools of the evaluation (preparedness checklist, simulation exercise and group work). Participants were divided into thematic groups in which they would stay for the remainder of the mission: for the visit and subsequent groupwork. The agenda of the mission was confirmed.

The Directeur de la Prevention (DP) gave a presentation on the major activities of preparedness which have

		been implemented in Senegal.
Day 2		
Field visit to the District sanitaire de Joal  	District Health centre of Joal District isolation room Poste de Santé Caritas Port de peche de Joal	The team visited the District health Centre in Joal and was given a presentation by the Medecin Chef du District, Dr. Awa Bathily, on the activities in preparedness and response to Ebola that have been undertaken in the District of Joal. Joal is of particular relevance because it is the largest fishing port in Senegal and have regular arrival of boats carrying fishermen from the affected the countries. Many activities of preparedness have been undertaking including the communication to community stakeholders (schools, fishermen, religious leaders, community leaders and the general public.) The district is well equipped with material at all health centres. Healthcare workers appear well trained and informed of the procedures for preparing and repsonding to EVD. The team then visited the dedicated isolation facility at the District Health Centre. All suspect cases in the district will be transferred to this facility by the Medecin Chef du District. The Isolations facility is equipped with two beds but lacks running water, dedicated toilets, areas for donning and removing PPE, an incinerations facility. The facility as it is currently equipped is not operational to isolate suspect cases. The team visited a health post run by the Caritas. The health post nurse described what procedures were used and precautions taken during daily activities. The medical personnel appeared well informed and engaged in Ebola surveillance and was actively reaching out to west African expat and fishing communities. The facility had 2 kits but were not of the right specifications. Finally the team made a brief visit to the Fishing port

		to assess the feasibility of a permanent/long-term system for screening. During Tabaski, temperature screening was conducted at the port but has since been discontinued.
Field Visit to the Centre de traitement à l'hôpital Fann	Hopital Fann	The team mission visited the centre of the Fann Hospital where EVD patients (and suspected cases) are taken care of. This is a part of the Centre des Maladies Infectieuses of the hospital; the ETU is set up in a separate building. The team was shown around by a group of the infectious disease specialists from the hospital together with MSF staff who helped setting up the Ebola treatment center (ETU). The ETU has been set up in accordance with MSF guidelines and the ETU teams have been trained by MSF. The site where patients are admitted is a separate building, which is clearly marked as a secured area. There are 4 rooms for suspected EVD patients and 9 additional rooms for confirmed EVD patients. The workflow of healthcare workers, suspected cases and confirmed cases is well defined and known by the health staff (signs in place, maps and posters). Additional protocols are operational in case of a suspected case that might be detected at the hospital entry and primo-consultation area. The laboratory confirmation is supported by Institut Pasteur de Dakar. Sample transport by SAMU is functional. The ETU is fully operational and the stock (PPE, disinfectant, IV fluids etc) is in place (last suspected case hospitalized the week prior to the visit). Since Dakar has had one confirmed EVD patient, they have had hands-on experience and have adopted their protocols and Standard Operating Procedures.
Field visit to the Services d'Assistance Médicale et	SAMU	The SAMU coordinates emergency and disaster management care across the country in collaboration

d'Urgence (SAMU) 		with the National Association of Fire Fighters and all the hospitals. SAMU is a national service but is primarily used in Dakar. Since the emergence of Ebola, SAMU is responsible for collecting samples from suspect EVD cases or bodies, alerting Institute Pasteur and transporting the samples to the laboratory for testing. SAMU is also responsible for alerting hospital FANN and transferring suspect cases to the isolation unit. There are written SOP's, 2 dedicated ambulances and 17 trained personnel available for the collecting and transport of samples and suspect cases. SAMU also maintains a 24/7 call line with 4 stations, and all call center staff (call attendant, doctor, Sapeur- Pompier) have been trained in the case definition.
Visite au Service National d'Education Pour la Santé	SNEPS	The communication group visited the SNEPS, Service National d'Education Pour la Santé. Located in Grand Yoff, Dakar the service of the Ministry of Health and Social Affairs provides communication services on a host of health subjects. It is best known for its 'ligne verte', a toll free number inviting the public to discuss health related subjects by phone. The heart of the 'numero verte' is a set-up of four cubicles in which trained educators respond up to 10.000 phone calls per month. Before the appearance of Ebola most callers asked for information on family planning. Ebola has had a strong impact as the number of phone calls went up 35%. The SNEPS reacted by extending the operating hours to 24/7. While the director of SNEPS takes pride in the results of the centre, there is more to be done. Specific training on Ebola as well as four more telephone lines in would help to improve the service level. The use of specialized software would enable SNEPS to record

		data on each phone call, which would provide a – real-time – mapping of the need for information, and specific questions in all 14 regions of Senegal. The Communication group visited the SNEPS, Service National d’Education Pour la Santé. SNEPS provides communication services on a host of health subjects. It is best known for its ‘ligne verte’, a free number inviting the public to discuss health related subjects by phone. The heart of the ‘numero verte’ is a set-up of four cubicles in which trained educators respond up to 10.000 phone calls per month. Before the appearance of Ebola most callers asked for information on family planning. Ebola has had a strong impact as the number of phone calls went up 35%. The SNEPS reacted by extending the operating hours to 24/7. Specific needs of the SNEPS includes : training on Ebola and the addition of four more telephone lines. The use of specialized software would enable SNEPS to record data on each phone call, which would provide a – real-time – mapping of the need for information, and specific questions in all 14 regions of Senegal.
Day 3		
Tabletop exercise (TTX) 	Saly	The exercise is based on simulation exercise developed by WHO for the Avian flu. It was tested in more than 40 countries and adapted for Ebola outbreak context. The audience was composed of MoH representatives, various component of Senegalese administration (communication, police, environment,...), UN Agencies (WHO HQ, WHO country office, UNICEF, UNOCHA, OIM, ...), NGOs and component of the civil society. WHO mission team performed the session progressive scenario together with series of scripted specific injects from emergence of suspected cases, through a small cluster of confirmed t a large and multi foci Ebola

		outbreak. The discussion among the 45 to 50 participants was constructive and immediate gaps highlighted. From this exercise, areas of immediate, mid-term and long term improvement were identified and discussed. The gaps are included in in-depth group discussion by component. The overall objective is to propose key improvement to the “plan de riposte” in various areas (surveillance, contact tracing, case management and infection control, social mobilization, crisis communication,...). The proposed enhancements should fulfil critical gaps with clear actions proposed associated to timeline and budget for implementation.
Day 4		
Travail de group par thematique  	Saly	<u>Morning session</u> Thematic group work reviewed Senegal’s preparedness according to the Consolidated Checklist, identifying if preparedness measures were in place according to the tasks. Strengths and weaknesses associated with each task were identified and recommended actions were developed to fill gaps (the results are in sections x.x.x.). <u>Afternoon session</u> An action Plan was formulated based on input from the morning’s group sessions. Each group identified operational objectives and activities linked to each of these objectives. Tasks associated with each individual activity were linked. The responsible government agency was identified for each task as well as the international agency that can support. <u>Evening</u> The whole group met in plenary to present group work and to receive feedback and input from other groups.
Day 5		

Restitution des observations et recommandations de la mission	MSAS	A presentation to the Ministry of Health was made summarizing the findings of the two day of group work. The MOH's Director General presided over the meeting. He responded to the mission's findings dealing with the role of Centre d' Operations des Urgences Sanitaires, saying commissions and inter-Ministerial coordination that were already in place; in this regard, he stressed the role already played by bodies such as the Commission de Gestion des Epidemie and le Comite de Crise et les Direction. These structures and coordination mechanisms guaranteed an effective response through various phases of a potential epidemic; he emphasized the system in place was functioning well and questioned. WHO representative acknowledged the considerable groundwork that Senegal had already laid; she noted, as well, the international health community's concern that country-level response reflects the growing body of evidence and evolving knowledge about effective response. The WR emphasized the importance of Senegal's responding to the international health community's evolving standards and best practices
Visite a l'aéroport International Léopold Sédar Senghor		The team visited the International airport in Dakar and met with authorities responsible for both the civilian travel and those responsible for the "humanitarian corridor" that is being used to provide supplies and personnel to the affected countries.

FINDINGS OF THE MISSIONS

The following strengths and weaknesses in each thematic area during were identified the on-site visits, tabletop exercise and group work:

	Forces	Faiblesses
Coordination	- Volonté politique et disponibilité de certains fonds - Existence d'expériences avérées pour le pays - Existence des procédures de commande et contrôle - Disponibilité de l'expertise et de la technologie - Existence d'un mandat clair pour le Comité/groupe spécial Ebola	- Multiplicité des centres de décisions - Pas de termes de références ni d'actes administratifs formels - Lourdeurs des procédures de prise de décision - Insuffisance de moyens pour mettre en place les personnels du centre de crise - Organigramme du COUS non encore validé - Retard dans la mise en œuvre de la coordination
Surveillance	- Disponibilité des outils à tous les niveaux - Formation de la surveillance déjà faite au niveau national - Tous les districts ont les relais communautaires formés pour la surveillance - Définition de cas communautaires sont établis et diffusés - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) édité et diffusé chaque semaine	- La population dans les régions appelle d'autres numéros urgence pour prendre des informations sur Ebola - Le personnel de santé ne maîtrise pas les fiches de notification des cas - Les directives sont disponibles seulement sur l'ordinateur et pas en format papier. - Tous les partenaires n'ont pas accès au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)
Équipe de réponse rapide	- Organigramme existant avec une version provisoire de termes de référence - Arrêté ministériel pour les équipes d'intervention rapide signé - Système de communication assisté	- La population appelle d'autres numéros pour communiquer - Manque de ressources humaines pour constituer l'équipe de réponse rapide - La plupart des personnels de santé formés sont à Dakar

	Forces	Faiblesses
	par ordinateur • Personnel de santé formé par MSF • Personnel de santé a acquis de l'expérience dans certains domaines de la prise en charge de cas de maladie à virus Ebola (traitement, surveillance, laboratoire, recherche de contact) • Cartographie en cours • Un cas réel pris en charge au niveau du pays a apporté beaucoup d'expérience.	
Mobilisation sociale	• Existence de réseaux confessionnels, socio-professionnels et d'appui au développement (religieux, communicateurs traditionnels, tradipraticiens, journalistes, ANFES, ANIDES, ONG, entreprise privée etc.) • Existence d'un plan de communication avec des scénarios en cours de consolidation • Existence d'une commission média et communication • Existence de réseaux de la société civile et organisations communautaires • Existence de conventions entre Min. Santé et Action Sociale et autres secteurs • Existence de plateforme des acteurs non étatique • Bonne collaboration entre Min. Santé et Action Sociale et les médias • Existence de points focaux communication orientés dans la plupart des ministères • Existence du numéro vert du Min. Santé et Action Sociale • Bonne adhésion aux messages de la part des populations et diffusion régulière de messages dans les médias publics et réseaux orange	• Insuffisance de la démultiplication des actions au niveau opérationnel • Absence d'outils spécifiques pour les interventions • Insuffisance de formation • Implication insuffisante des autres acteurs • Non fonctionnalité de certains comités de mobilisation sociale • Inexistence de procédures formelles de vérification des messages et produits • Inexistence de portes parole désignés au niveau local • Absence de guide de communication avec les argumentaires appropriés pour chaque étape de la riposte • Absence de conventions de partenariat avec les médias • Pas de visibilité sur les plans des régions et des districts • Inexistence de système de monitoring des rumeurs

	Forces	Faiblesses
	- Existence de groupes de travail (révision, consolidation de la stratégie, élaboration mécanisme de suivi et évaluation, plan de formation) - Disponibilité de supports imprimés à tous les niveaux	
Prévention et lutte contre les infections	- Pas de formation et d'équipement systématique du personnel soignant et non-soignant - Pas de rémunération ni d'avantages sociaux pour les agents de santé (indemnisation en cas d'infection et de décès)	- Pas de distribution systématique de poster de prévention et contrôle des infections par Ebola - Faible sensibilisation générale à l'hygiène et aux moyens pour mettre en œuvre efficacement la prévention et la lutte contre les infections
Prise en charge des cas	- Identification des établissements de soins pour mettre en place des unités d'isolement en cours - Identification des établissements de soins pour mettre en place des unités de traitement en cours - Existence d'un centre de traitements de 13 lits à Dakar - Modes opératoires standardisés pour l'inhumation sans risque existant et lieu d'inhumation sûr et approprié défini l'accord de la communauté - Procédure de transport spéciale pour inhumation définie	- Absence d'autres centres de traitements en-dehors de Dakar - Très peu d'équipes opérationnelles d'ambulanciers pour transporter les cas suspects de maladie à virus Ebola - Manque d'équipements pour les équipes d'inhumation
Laboratoire	- Système de transport et d'expéditions des échantillons est fonctionnel - Présence de l'Institut Pasteur Dakar, laboratoire de référence OMS pour maladie à virus Ebola de l'OMS	Manque de ressources pour le transport des échantillons provenant des régions les plus éloignées
Contrôle aux points d'entrée	- Existence de plans multisectoriels au Port de Dakar et Aéroport de Dakar - Procédure pour le screening de départ fait à l'aéroport - Existence d'un protocole provisoire de Plan d'Action pour la prise en charge des urgences de santé publique aux points d'entrées.	- Insuffisance des équipements et infrastructures - Non mise en place des salles d'isolement dans certaines zones avec équipements non approprié/inadéquat - Ressources humaines et logistique limitées

	Forces	Faiblesses
	• Orientation du personnel des différents secteurs au niveau des points d'entrées (autorités administratives et des forces de défense et de sécurité) • Formation sur la détection et première actions à prendre à certains points d'entrées • Existence d'équipements et de salle d'isolement dans certains points d'entrées • Partage des directives sur les Précautions standards et complémentaires par le PRONALIN • Disponibilité EPI aux plupart des points d'entrées • Existence des Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) au niveau des hôpitaux et les Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) • Existences de directives (FT2: Conduite à tenir devant un cas suspect, FT5: Surveillance des maladies à Virus Ebola au niveau des frontières, Fiche d'identification du voyageur)	• Baisse de vigilance, relâchement du dispositif après la guérison du cas • Absence de source d'énergie et de réseau dans certains postes avancés • Absence d'information des capitaines de navire sur la maladie virus Ebola • Application non systématique de dispositifs de surveillance
Budget	• Budget existant	• Budget d'urgence insuffisant pour faire face aux étapes de préparation et de réponse d'une épidémie d'Ebola • Le budget n'est pas décentralisé au niveau périphérique • Les modalités de mobilisation des fonds ne sont pas adaptées aux situations d'urgence
Logistique	• Disponibilité de moyens logistiques mobilisables avec l'appui des autres secteurs • Expérience avérée et ressources humaines disponibles en gestion des stocks • Déjà prévu et financé	• Insuffisance de capacités de stockage propre au Min. Santé et Action Sociale

	Forces	Faiblesses
Suivi des contacts	• Orientation en cascade des équipes cadre de régions et districts • Existence et partage des outils de suivi de contact • Formation de certains agents sur le module de suivi des contacts dans les régions plus à risque • Existence d'équipes de suivi des contacts au niveau des districts • Existence d'un réseau communautaire dynamique • Orientation des relais sur la maladie à virus Ebola	• Non implication des agents de santé communautaires sur le suivi des contacts • Absence de formation des agents de santé sur le module de suivi des contacts • Insuffisance de ressources (logistique, financières, humaines) • Absence de formation du personnel de Santé du district et agents communautaires

HUMANITARIAN COUNTRY TEAM OVERVIEW

Planning for and responding to humanitarian emergencies in support of National Authorities in Senegal is done through the Humanitarian Country Team under the leadership of the Resident Coordinator (RC/HC). In addition to UN agencies, the HCT membership includes the Red Cross and 6 International Non-Governmental Organizations (INGO). The current response model is structure around four strategic sectors; 1) Food Security, 2) Health and Nutrition, 3) Water and Sanitation and 4) Multi-Sector.

The latest inter-agency humanitarian multi hazard contingency plan for Senegal was approved by the HCT in January 2012 and focuses on two scenarios. These cover, 1) internal conflict in Mali leading to influx of refugees and relocation of humanitarian assistance to Senegal and 2) food insecurity due to locust invasion or other natural shock. This document has not been updated since 2012. The Humanitarian Country Team (HCT) work plan for 2014 includes an update of the contingency plan before the end of the year. At the current time it is not clear if this will take place due to limited resources.

WFP updated the Logistics Capacity Assessment (LCA) in 2013. Information contained in this assessment is critical for informing a future UNMEER in responding to an Ebola outbreak in terms of identifying logistics capacities that would be needed for the rapid mobilization of resources.

At the agency level, Senegal is unique in the regional given that in addition to the HCT, Dakar is also host to a number of Regional Headquarters for humanitarian agencies. Dakar is used as a humanitarian hub for responding to regional emergencies throughout West Africa (including the establishment of a humanitarian

hub to support the ongoing Ebola response). At the current time only limited planning exist at the Regional level in terms of how such offices would maintain critical services during a severe outbreak.

Recommendations for consideration by the HCT:

While the objectives of the WHO Preparedness Strengthening mission were primarily focused on health, scoping meetings were also held with agencies involved in non-health (multi hazard) preparedness planning. In discussion with these humanitarian partners, a number of areas were identified which it was felt might build on existing preparedness measures that

- HCT partners to work closely with WHO to identify elements of the Ebola prepared action plan which they are able to implement in partnership with Senegal in support of the Ebola preparedness over the course of the next 90 days.
- Undertake a rapid inter-agency lessons learning exercise of the response to the Ebola outbreak in Senegal in August/September 2014.
- Undertake an operational/business impact analysis of that a large scale Ebola outbreak would have on humanitarian agencies. In terms of scope this should cover both the national and regional aspects given that Senegal is used as a humanitarian hub for supporting other emergencies in the region.
- Undertake a review of the existing HCT multi hazard contingency plan taking into account the risk of Ebola and the lessons identified during the lessons learning process.
- Consider increasing the current scope of the LCA to include the regional nature of the Ebola outbreak and the political aspects in relation to borders and movement of people and supplies during an outbreak.

RESULTS OF THE TABLETOP EXERCISE

The tabletop exercise used a series of facilitated group discussions to reveal important gaps in preparedness :

- The need for the development and diffusion of a plan for transit centers and ETC that are proposed including how and which regions/districts they will serve and when they will be operational.
- Review and ensure efficient coordination and central repository of information, plans, directives and protocols. Ensure that all personnel that are expected to implement directives are aware and trained in their use.
- Training of a larger number of health care worker and various agents potentially in contact with suspected case during their duty (police, fire mans, ...)
- Significant gaps in pre-prepared communication material for community members who are directly or indirectly (contact or family member) affected by Ebola. Enhancement of communication engagement notably towards the population and family of cases.

Participants were asked to evaluate the tabletop exercise according to 13 criteria, the results of which are presented in table x.

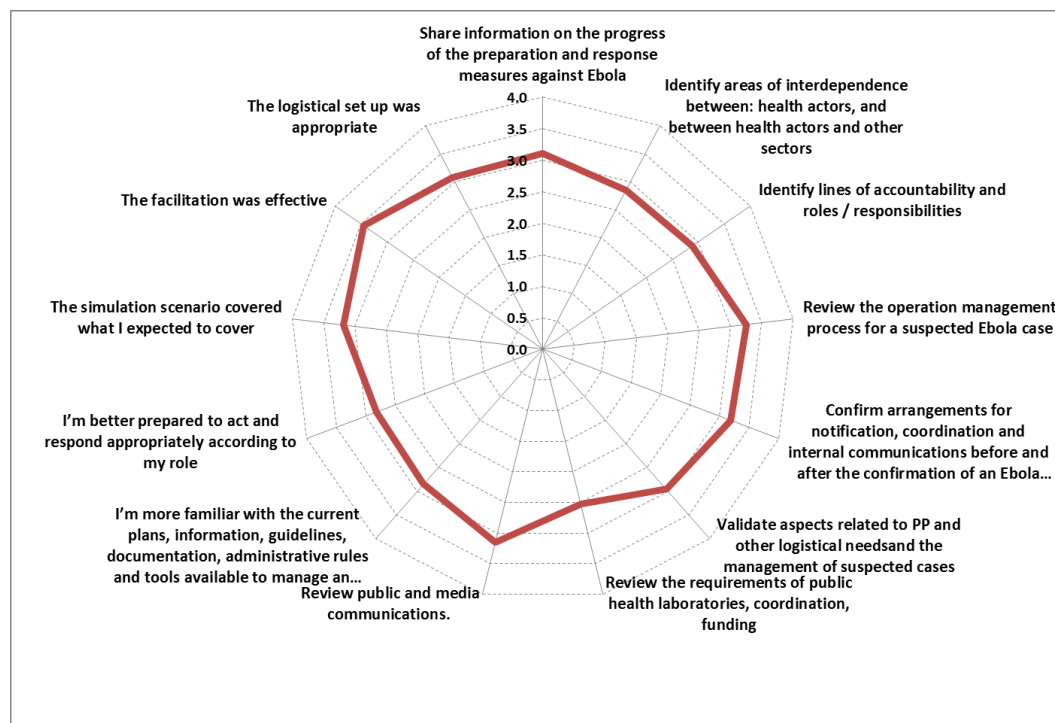


Table 1. Results of the evaluation of the table top exercise.

KEY PRIORITY ACTIONS

The following priority actions were identified

Composante 1a: Coordination

- Clarifier les rôles et responsabilités entre le COUS et les autres entités de coordination, notamment la Commission de Gestion des Epidémies, le Comité de Crise et les Directions de la MSAS et les différents niveaux d'autorité sanitaire (centrale, régionale, district).
- Rendre opérationnel le Centre d'Operations des Urgences Sanitaire (COUS)
- Renforcer la coordination dans la gestion des évènements en santé publique

Composante 1b: Logistique

- Accélérer la mise en place d'un plan pour la logistique
- Identifier et quantifier des moyens logistiques mobilisables au niveau du différents ministères
- Aménager des espaces de stockage à tous les niveaux (régions et districts)

Composante 2 : Equipe d'intervention rapide

- Elaborer la cartographie des ressources nécessaire dans la mise en place des équipes d'intervention rapide (ressources humaines, logistique, etc) suivant les normes de l'OMS
- Mettre en place, par un acte officiel, les équipes d'interventions rapide au niveau centrale et régionale
- Renforcer les capacités des équipes d'intervention rapide

Composante 3 : Mobilisation Sociale

- Finaliser la stratégie de communication au niveau national et l'adapter à l'ensemble des niveaux (région, district) en incluant l'ensemble des medias (prive, communautaire, etc) ainsi que les scenarios d'évolution de l'épidémie (voir annex ...)
- Augmenter la capacité en équipement et ressources humaines du numéro vert et analyser les appels pour identifier les rumeurs, y compris la communication entre le niveau régional Bureau Régional de l'Education et d'Information de Public Sanitaire (BREIPS) et le niveau national Service Nationale de l'Education et d'Information de Public Sanitaire(SNEIPS)
- Elargir l'utilisation des téléphone mobiles dans la sensibilisation du publique (SMS, messages vocaux)
- Elargir aux autres secteurs (éducation, famille, jeunesse, etc) et rendre fonctionnel tous les Comités de mobilisation sociale à tous les niveaux
- Engagé les grandes familles religieuses, élus locaux, les ONG et les entreprises privées dans la lutte contre Ebola
- Mettre en place un mécanisme pour valider les messages
- Mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation des interventions médiatiques

Composante 4 : Prévention et Lutte contre les infections

- Editer et distribuer des posters sur l'habillage-déshabillage des EPI dans l'ensemble des centre de traitement Ebola (CTE), centre de transit-isolement, et centres de santé (hôpital de district)
- Améliorer l'information disponible dans les centres de santé sur la prévention de la transmission du virus Ebola, les règles de prise en charge et les précautions de prevention universelle avec une priorité aux zones à risque (régions frontalières des pays affectés, Dakar (port, aéroport, et frontières terrestres) et lors les rassemblements religieux)
- Fournir des équipements de protection individuelle (EPI) adaptés pour l'ensemble des centres de transit et CTE

- Consolider/valider la composition et fournir des kits d'hygiène Ebola à l'ensemble des centres de transit-isolement et CTE
- Redynamiser le Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales à l'Hôpital (CLIN)
- Mise en place d'une procédure de triage en cas d'épidémie avec un point de triage/contrôle à l'entrée de l'hôpital. Le personnel doit avoir été formé, utiliser des équipements adaptés et respecter les distances de sécurité entre le cas suspecté et le personnel de l'hôpital.
- Installer des postes de lavage des mains pour l'ensemble des centres de transit-isolement et CTE
- Installer des barils d'incinération fonctionnels pour l'ensemble des centres de transit-isolement et CTE
- Mettre en place un système de motivation pour les agents exposés à un risque élevé (prise en charge et transport des malades, enterrement des corps, etc) avec un mécanisme d'indemnisation en cas d'infection et de décès.
- Renforcer les capacités des équipes chargées de la gestion et inhumations des corps, y compris avec un exercice de simulation
- Mettre à jour des protocoles et les procédures d'inhumation et la gestion des corps au regard des pratiques religieuses pour assurer des funérailles respectueuses des coutumes.

Composante 5 : Gestion des Cas

- Standardiser la formation des personnels (soignants et non soignants) des équipes des centres de transit et des centres de traitement dans l'ensemble du territoire sénégalais
- Mettre à disposition les directives et les normes pour la mise en place et le monitoring des centres de traitement et centre de transit-isolement
- Organiser un exercice de simulations pratiques dans chaque centre de traitement
- Elaborer un plan pour l'augmentation de la capacité du centre de traitement de Fann en cas d'accroissement du nombre de cas confirmé d'Ebola au Sénégal.
- Former un équipage ambulancier et assurer la fonctionnalité d'une ambulance dédiée par centre de traitement.
- Rendre opérationnel les centres de traitement à St Louis, Tambacounda, Kaolack, Kolda et Ziguinchor.
- Elaborer une stratégie de gestion des corps en incluant les aspects socio-culturels en coordination avec les comités de mobilisations sociale

Composante 6 : Surveillance épidémiologique

- Sensibiliser de la population à l'utilisation d'un seul numéro pour alerter les autorités sanitaires des cas suspects – numéro vert
- Renforcer la capacité pour la gestion des alertes des cas d'Ebola à l'unité de gestion des appels du SNEIPS (ressources humaines, formation, équipements, procédures, analyse des appels, base de données)
- Assurer la formation et la supervision du personnel de santé sur les directives, les supports, y compris la notification des cas, l'identification et le suivi des contacts

- Evaluer la performance du système de surveillance pour l’Ebola y compris la détection précoce, notification, investigation initiale, l’identification et le suivi des contacts
- Identifier et former les relais sur la surveillance à base communautaire
- Renforcer la capacité pour gérer la base de données qui intègre les données épidémiologiques, l’information du laboratoire et du suivi des contacts

Composante 7 : Recherche et suivi des contacts

- Former les formateurs sur le module du suivi des contacts, y compris la communication interpersonnelle et sensibilisation pour l’Ebola
- Former le personnel communautaire sur le suivi des contacts y compris la communication interpersonnelle et sensibilisation pour l’Ebola
- Impliquer les agents de santé communautaire et les volontaire de la Croix Rouge dans le suivi des contacts
- Renforcer la logistique pour la recherche et le suivi des contacts
- Partager la liste des besoins en équipements et matériel avec l’UNMEER

Composante 8 : Laboratoires

- Mettre en place un mécanisme de transport rapide des échantillons provenant des régions les plus éloignées par l’armée ou la police
- Mettre en place un dispositif d’approvisionnement régulier en kits de prélèvements
- Procéder au recyclage trimestriel du personnel aux bonnes pratiques de prélèvements et au port et enlèvement d’EPI

Composante 9 : Moyens aux Point d'entrée

- Adapter le plan d’action du règlement sanitaire international (RSI) aux points d’entrée désignées.
- Finaliser et rechercher le financement, les équipements et les ressources humaines nécessaires pour la mise en œuvre du plan d’action
- Appliquer les directives de surveillance aux points d’entrée par le remplissage systématique des fiches d’identification du voyageur
- Maintenir la vigilance en surveillance et sensibilisation aux points d’entrée

Composante 10 : Budget

- Plaidoyer pour le renouvellement du fonds d’urgence en cas de nécessité

CONCLUSIONS AND NEXT STEPS

In conjunction with the Ministry of Health of Senegal WHO will facilitate the implementation of the National EVD Action plan by helping to:

- Provide immediate and longer term support to Senegal to achieve 30, 60 and 90-day goals through follow-up visits by technical experts.
- Engage extensively with the WHO and CDC Country Teams to support and monitor the progress made across the technical fields.
- Provide logistic, financial, and human resource support for preparedness and response operations required at the national and sub-national levels.
- Assist with the development and the operationalization of the EOC. Provide technical expertise in the creation, operation, and management of the EOC with the immediate deployment of an expert knowledgeable in the operation of an EOC and Incident Management Systems.
- In coordination with the Resident coordinator and the HCT, assume a leading role for international partners, both technical and financial, towards a unified action of support to Senegal in the preparedness and response to Ebola.

ANNEX I – ADDITIONAL FIELD VISIT OBSERVATIONS

Field visit to the District sanitaire de Joal

Joal District health centre		
Forces	Faiblesses	Recommandations
- Engaged and trained medical lead and personnel, including on the use of PPE, directives, handwashing, etc - Many activities conducted for sensibilizing communities including information sessions with specific communities (Guinean community, religious leaders, schools, at community gatherings, fishing community), radio, posters, and flyers. - Well equipped, in number, of PPE throughout the region of Thies - Experience with health screening at the fishing port during Tabaski (5 days) - Roles of each community in the response fairly well established - Red Cross for contact tracing and burials - Security/defense for screening and movement for sick Community for early warning - Fully equipped ambulances for the	- Some misunderstanding in the process of point of entry screening. - Reduction of vigilance among healthcare workers and less and less coordination following the end of the epidemic in Senegal. - A lack of running water throughout the District of Joal. - Little engagement and support from the Mayor of Joal. - Lack of funds and equipment - Isolation unit not functional - Gaps in the training and no follow up in the training and recalls. - Some stigmatization of the Guinean community.	- Conduct regular refresher trainings for all personnel engaged in preparedness and response activities for ebola including HCW, security/defense, Sapeur pompier, relais communautaire, etc - Revise surveillance and case management directives provided by MSAS - Implement a sustainable system for screening at the fishing port

transport of patients		
Joal district isolation centre		
• A building exists and can isolate two patients • Process for waste management have been considered, although require implementation • Material and equipment for decontamination is available A system, albeit informal, for identifying boats that come from affected countries	• Inconsistent availability of running water • No functioning toilets near the isolation room • No division between the two beds in the isolation room • No area for donning and doffing PPE • No area for decontamination • No functional incinerator • No body bags available.	• Plan for the need for a rapid expansion with tents for an area for donning and doffing PPE. • Provide a continuous supply of essential PPE and other material including body bags. • Install a functioning incinerator where biological waste can be disposed safely. •
Post de Santé Caritas		
• Medical personnel appeared well informed and engaged in Ebola surveillance • Actively reaching out to west African expat communities for • Poste de Santé equipped with 2 PPE kits. • No re-use of PPE	• No case definitions available at the health centre • PPE kits are available but are not the right standard (USAID H5N1 kits)	• Provide appropriate PPE to the healthcentre. • Provide a printed copy of case definitions (epidemiological and community)
Port de Peche		
• Engaged staff at the fishing port are willing to participate in the surveillance • Fishing community well	• Very busy location at which screening will be very challenging.	• Raising awareness among the fishing community around EVD issues

engaged and informed.

Field visit to the Centre de traitement à l'hôpital Fann

Forces	Faiblesses	Recommandations
- Le centre de traitement est globalement opérationnel (traitement d'un cas confirmé et la prise en charge régulière des cas suspects (un cas par semaine environ)) - La réalisation du centre a été menée en collaboration avec MSF, celui-ci comprenant des zones de risque clairement définies (barrière délimitant le centre, zone de bas et haut risque) et un fléchage pour les soignants et les malades. - Le centre est approvisionné, le suivi du stock est opérationnel et l'approvisionnement en eau et électricité assuré. - Une possibilité d'extension à proximité pour augmenter la capacité est planifiée - Un groupe de soignant et non-soignant a été formé pour le fonctionnement du centre - La zone de désinfection de l'ambulance est clairement définie - Il existe d'une procédure de triage en cas d'épidémie (24h/24h) avec un point de triage/contrôle à l'entrée de l'hôpital. Le personnel a été	- Pas de simulation de décès au centre pour tester les procédures en place (désinfection, visite d'un membre de la famille, transport and enterrement) - Pas d'équipe unique dédiée à la prise en charge des décès - Assurer un environnement de travail sans risques de chute ou de blessures (partie extérieur du centre de traitement) - Chambre pour les patients de volume restreints avec un mobilier hospitalier difficile à nettoyer	- Réviser le protocole lors du triage et le flux à l'entrée du centre (zone d'attente avant triage, circuit de sortie du patient suspect confirmé négatif). Discuter la possibilité de créer une zone pour les cas suspects séparé des cas confirmés (zone séparée par un pédiluve de chlore suivant le concept « one way » route). - Assurer une simulation de la prise en charge d'un décès (de la désinfection du corps dans le centre de traitement à l'enterrement) avec l'ensemble des parties prenantes - Ajouter un code couleur démarquant la zone à haut risque (ruban de signalisation, autocollant) pour assurer un separation visible entre les différentes zones (ajouter une barrière supplémentaire entre la zone de la morgue et la barrière extérieur du centre de traitement et fermer l'espace dans le mur à l'arrière de la zone des incinérateurs) - Installer un stock restreint de matériel dans chacune des

formé (utilisation des équipements adaptés et respect des distances de sécurité entre le cas suspecté et le personnel de l'hôpital). • Examen de laboratoire à proximité (Institut Pasteur de Dakar) et le transport des échantillons fonctionnel • Protocole de sortie and kit de solidarité accompagné de recommandations aux regards de relation sexuelles protégées a le sortie des cas confirmés en place		zones (suspects/confirmés) et assurer un stock de secours en cas de rupture d'approvisionnement • Reserve une pièce dans la zone a haut risque pour la désinfection du matériel et si possible une ouverture pour les déchets vers la zone des incinérateurs • Eliminer les objets pouvant être source d'une brèche dans les EPI (mobilier, fixation murale, ...) et assurer un environnement de travail adéquate (enlever les déchets au sol à l'extérieur, câblages électriques protégés, remplacer les couvercles des fosses septiques et veiller à un éclairage suffisant during la nuit) • Discuter utilisation de chaises percées pour l'ensemble des chambres notamment si les toilettes sont difficiles à décontaminer • Etablir un protocole de transfert des informations (suivi clinique des patients) de la zone à haut risque • Investigations systématique des décès hospitaliers inexpliqué (prélèvements effectués en EPI) • Etablir un registre des
--	--	--

		incidents (e.g. erreur dans les mesures de contrôle de l'infection) et prévoir des mesures correctives
--	--	--

Visite au Corridor humanitaire:

Observations	Forces	Faiblesses
• A été mis en service lorsque les compagnies aériennes commerciales ont arrêté ou menacé de cesser de voler vers les pays touchés par Ebola; • Situé de l'autre côté de l'aéroport international, tentes temporaires utilisées et une structure plus permanente est en cours de construction; • Géré par l'armée et exploité par des agents UNHAS / PAM avec leurs propres avions; la mise en place comprend différentes sections pour la police et les douanes, afin de reproduire une gestion d'aéroport; • Eau chlorée et savon sont	• Il y a une politique de non-contact; • Le flux des patients est clair (même si nous n'avons pas vu les documents décrivant le flux des passagers); • La zone est bien gardée.	• Pas assez de formation ni d'exercices de simulation; • Les quartiers environnants n'ont pas été informés sur les activités du corridor; • Manque de clarté quant à l'utilisation ou non des EPI ou si leur uniforme est nécessaire; • L'alcool pour les mains qui est utilisé est au-delà de la date d'expiration (voir photo); • Manque de formation et/ou d'informations fournies au personnel non médical (par exemple gardes) au sujet de l'Ebola; • Manque d'exercices de simulation pour les

disponibles et obligatoires pour tous les passagers de laver leurs mains; • Uniformes déclarés comme EPI qui n'en sont pas (localement fabriqués dans du tissu blanc) sont disponibles quand et si nécessaire; • Les agents médicaux portent des masques, des gants, et des bonnets pendant le service; • Les avions étaient utilisés au début pour le fret et les passagers, maintenant seulement pour les passagers; • 3 vols par semaine; • Les vols sont connus à l'avance donc seul un personnel minimum est sur place en dehors des périodes des arrivées et des départs d'avion; • Les passagers sont contrôlés (thermo flash, formulaire à remplir, etc ..); • Les passagers sans problème à l'arrivée soit continuent leur voyage à travers les vols internationaux normaux ou restent au Sénégal - Dans ce cas, leur nom, adresse et contact sont donnés à SOS Médecin, qui vérifie leur température pendant 21		personnels de la santé contre l' Ebola.
--	--	--

jours, et rapporte ensuite aux autorités; Les cas suspects (à l'arrivée et au départ) sont mis de côté dans une tente séparée, le médecin point focal du Ministère de la Santé est alerté, le SAMU est appelé et prend en charge les patients, et le groupe de désinfection prend action.		
--	--	--

Visite à l'aéroport International Léopold Sédar Senghor

Observations	Forces	Faiblesses
- Environ 6000 personnes transitent par l'aéroport chaque jour (3000 au départ et 3000 à l'arrivée). - L'aéroport dispose d'une équipe de 60 personnel médical (médecins, infirmières, sages-femmes, des hygiénistes), travaillant 24 heures sur 24 au contrôle des passagers au départ et à l'arrivée ; Départ: - Une caméra thermique est installée à l'entrée principale de l'aéroport pour détecter les gens avec de la fièvre (ne couvre pas toutes les portes ..); - Une deuxième vérification est effectuée par ThermoFlash	- Équipes dédiées et formées pour le dépistage des points d'entrée et de sortie à l'aéroport; - Bâtiment indépendant pour l'examen d'un cas suspects provenant d'un avion; - Acquisition en cours d'un robot pour la désinfection des avions; - Présence d'affiches dans l'aéroport pour informer les gens sur le virus Ebola et sur l'importance de l'hygiène des mains. - Une étude visant à évaluer l'usage des outils actuels, y compris les formulaires, thermoflashes et thermo caméras est prévue.	- Besoin de formations et d'exercices de simulation complémentaires (y compris pour mettre et enlever les EPI); - Nécessité d'un renforcement du stock, y compris pour les éléments de désinfection; - Manque d'affiches dans le bâtiment indépendant d'examen pour l'utilisation des EPI; - La gestion des déchets pour les éléments liés à l'Ebola doit être examinée car les sacs poubelles sont actuellement fermés à la main et un transport vers un autre endroit devrait être éliminé si possible; - Les aéroports internationaux secondaires (Ziguinchor, Cap

(thermomètre qui prend la température d'une personne sans toucher le front) de tous les passagers au niveau de la porte de sécurité ; • Une salle d'examen existe pour trier toutes les personnes qui ont de la fièvre et pour remplir un formulaire santé; • Les cas suspects restent dans la salle d'examen et le SAMU est contacté pour les emmener au centre de traitement si nécessaire; Arrivée: • Les passagers en provenance de pays affectés par l'Ebola sont priés de remplir un formulaire santé; • Une caméra thermique est à l'entrée principale de l'arrivée de l'aéroport pour détecter les gens avec de la fièvre (couvre toutes les portes); en raison de travaux de rénovation, l'équipement ThermoFlash est utilisé pour tous les passagers à l'arrivée; • Les cas suspects, soit directement depuis l'avion ou présentant de la température à l'arrivée, sont emmenés dans une salle d'examen (bâtiment à peine prêt, juste rénové) avec l'ambulance de		Skirring, Tamba) ont besoin urgamment d'être équipés et dotés de personnels dédiés au dépistage de l' Ebola (y compris un niveau de stock adéquat).
--	--	--

l'aéroport; • Le bâtiment de dépistage est composé d'une salle d'attente, de deux salles d'examen, d'une salle où le personnel médical mettent leur EPI (le flux de circulation des personnes est clair), et une salle de stockage (PPE, des comprimés de chlore et des pulvérisateurs ..); • Les cas suspects restent dans la salle d'examen et le SAMU est contacté pour les emmener au centre de traitement si nécessaire;		
--	--	--

ANNEX 2 - COMMUNICATION GUIDE