



15 AVR. 2020

Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux de la Santé
Messieurs les Directeurs des Centres Hospitaliers Universitaires
Monsieur le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

N. Réf. : 029 DELM/00

Objet : Protocole de prise en charge des patients atteints de COVID-19 et leurs contacts.

Réf. : Circulaire N°023/DELM/2020 du 24 mars 2020

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Veille et de Riposte à l'infection par le SARS-CoV-2, le Ministère de la Santé a mis à jour le protocole de prise en charge des patients atteints de COVID-19, à la lumière des recommandations du comité technique et scientifique consultatif du programme national de prévention et de contrôle de la grippe et des infections respiratoires aiguës.

Par ailleurs, les critères de guérison et la conduite à tenir devant les contacts ont été révisés tenant compte des nouvelles données scientifiques relatives au COVID-19.

Vous trouverez, ci-joint, ces nouvelles dispositions et je vous demande d'en assurer une large diffusion auprès de tous les professionnels de santé des secteurs public et libéral relevant de votre autorité, eu égard à leur importance capitale. *YTB*

Ministre de la Santé
Khalid AIT TALEB

Ampliation :

- Monsieur le Secrétaire Général ;
- Monsieur l'Inspecteur Général ;
- Monsieur le Chef du Cabinet du Ministre de la Santé ;
- Madame et Messieurs les Directeurs de l'Administration Centrale ;
- Madame et Messieurs les Chefs de Divisions rattachées au Secrétariat Général.





Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19)

I. Cas possible

Est considéré « cas possible de COVID-19 » :

1. Toute personne présentant une infection respiratoire aiguë (IRA) et ayant été en contact avec un cas confirmé d'infection par le SARS-CoV-2, trois jours avant et pendant que ce dernier était symptomatique ;
2. **Ou**, toute personne présentant une infection respiratoire aiguë **sevère**, en l'absence d'une étiologie évidente ;
3. **Ou**, tous cas groupés d'IRA concernant plus de deux personnes vivant ou travaillant sous le même toit, ou ayant partagé une activité nécessitant leur présence sans protection, à moins d'un mètre et pendant plus d'un quart d'heure.

II. Cas confirmé

Est considéré « cas confirmé de COVID-19 » :

1. Toute personne chez qui l'infection au SARS-CoV-2 a été confirmée :
 - Soit par une technique de diagnostic moléculaire (RT-PCR ou autre technique assimilée) ;
 - Soit par test de diagnostic rapide, détectant l'antigène viral ;
2. **Ou**, tout cas possible, avec un tableau clinique et radiologique très suspect et détection d'IgM anti- SARS-CoV-2 par test sérologique de diagnostic rapide.

III. Cas guéri

Tout cas possible ou confirmé est déclaré guéri l'issues de la période de traitement, avec :

- Amélioration du tableau clinique ;
- **Et** apyrexie pendant 3 jours consécutifs ;
- **Et**
 - deux (2) tests de diagnostic moléculaire négatifs pour le SARS-CoV-2, réalisés sur deux spécimens différents et prélevés à J9 et à J10, ou à J14 et J15 s'il n'y a pas eu de négativation du test de J9 ou de J10 ;
 - **Ou bien** séroconversion (absence d'IgM et augmentation d'IgG) constatée au 15^{ème} jour de son hospitalisation.

Mise à jour du 07/04/2020





Prise en charge des cas de COVID-19

1. Prise en charge du cas possible

- Lieu de prise en charge : structures hospitalières dédiées aux cas en attente de confirmation virologique ;
- En présence d'un tableau radio-clinique et biologique très évocateur de COVID-19, démarrer le traitement sans délai, puis faire un prélèvement pour confirmation virologique ;
- La confirmation du diagnostic se fera par une technique de diagnostic moléculaire ou un test antigénique de diagnostic rapide ; un test sérologique pourra être préconisé en présence d'un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et épidémiologiques (voir définition de cas du 07 avril 2020).

2. Prise en charge du cas confirmé

- La prise en charge se fait en milieu hospitalier, avec un suivi rigoureux (clinique, biologique et même radiologique) de l'état de santé du patient afin de détecter précocement tout signe d'aggravation ;
- Le patient est mis sous traitement de 1^{ère} intention durant 10 jours ;
- En l'absence d'amélioration clinique et/ou de négativation de la PCR, ce traitement de 1^{ère} intention peut être prolongé 5 jours supplémentaires, avant d'envisager un passage au traitement de 2^{ème} intention.

3. Suivi virologique et sérologique - Critères de guérison

- La guérison ne peut être évoquée qu'à l'issue des 10 jours de traitement, avec une amélioration clinique d'au moins 3 jours et absence de signes d'aggravation radiologique et biologique.
- A la sortie de l'hôpital, le patient sera transféré dans une structure tampon durant 14 jours, au cours desquels il continuera d'observer scrupuleusement les mesures barrière et les règles d'hygiène individuelle ainsi que la désinfection des selles à l'eau de javel. Le passage direct de l'hôpital au domicile pourra être envisagé si les conditions d'isolement y sont jugées favorables.
- Critères de guérison : (Cf. tableau récapitulatif ci-dessous)
 - 2 tests PCR ou GenXpert négatifs, à j9 et j10 ; **ou**
 - 2 tests PCR ou GenXpert négatifs, à j14 et j15 ; **ou**
 - Séroconversion (absence d'IgM et augmentation d'IgG) constatée au 15^{ème} jour de son hospitalisation, ou alors à l'issue des 14 jours de confinement suivant la sortie de l'hôpital.



Tableau récapitulatif du suivi moléculaire et sérologique d'un cas confirmé

Jours de prise en charge	Tests à réaliser		Objectif	Déclaration de la guérison
	Sérologie	Moléculaire		
J1	Oui	Non	Suivi de la séroconversion	
J9	Non	1 ^{er} contrôle	Contrôle de la guérison	Si les 2 tests sont négatifs
J10	Oui	2 ^{ème} contrôle		
J14	Non	1 ^{er} contrôle	Contrôle de la guérison si le test à J9 ou à J10 n'est pas négatif	Si les 2 tests sont négatifs
J15	Oui	2 ^{ème} contrôle		
J24	Si sortie à J10	Non	Suivi de la séroconversion	
J29	Si sortie à J15	Non	Suivi de la séroconversion	Augmentation des IgG - Baisse des IgM

4. Prise en charge des contacts du cas confirmé

- Après la détection d'un cas possible, tous ses contacts sont identifiés et classés selon le niveau de risque d'exposition.
- Tous les contacts doivent être confinés durant 14 jours, quel que soit leur niveau de risque, dans des structures dédiées et surveillées par l'autorité.
- Un test de dépistage (PCR ou test rapide antigénique) doit être réalisé au 4^{ème} jour, à compter du dernier contact.
- Le traitement des **contacts symptomatiques** doit être démarré avant même le résultat de laboratoire (selon la logique « Cas possible »).
- Les contacts asymptomatiques bénéficieront d'un test de dépistage au 4^{ème} jour de leur confinement ; néanmoins, un traitement sera démarré dans les deux situations suivantes :
 - Traitement prophylactique de 5 jours, pour les contacts **à risque élevé** ;
 - Traitement curatif de 10 jours, pour les contacts **présentant une comorbidité** : âge supérieur à 65 ans, hypertension artérielle, diabète compliqué, obésité morbide, insuffisances d'organes et cancers (après avoir éliminé les contre-indications et en respectant les règles d'usage).
- Les contacts asymptomatiques, à risque modéré ou faible et sans comorbidité, dont le test de dépistage du 4^{ème} jour s'est révélé négatif, doivent rester en confinement avec surveillance sanitaire et respect des mesures barrière et des règles d'hygiène d'usage.

5. Suivi de pharmacovigilance

Tout patient bénéficiant d'un traitement de première ou de deuxième intention doit bénéficier d'une surveillance active des effets indésirables, selon les normes de pharmacovigilance, en utilisant la fiche en vigueur.

6. Protocole thérapeutique

➤ Traitement curatif :

- **Traitement de première intention :**

Chloroquine 500 mg X 2/j, pendant 10 jours Ou Sulfate d'hydroxychloroquine 200 X3/j pendant 10 jours	En association avec l'Azithromycine 500 mg à J1, puis 250 mg /jour de J2 à J7
---	---

- **Traitement de deuxième intention :**

Association Lopinavir/Ritonavir - 400mg X 2 par jour pendant 10 jours.

- **Antibiothérapie :** Non systématique, indiquée si surinfection bactérienne.

Amoxicilline + acide clavulanique, 3g par jour Ou Moxifloxacine 400mg/j en une seule Ou Levofloxacine 500 mg/j en une seule prise

- **Nébulisation :** à utiliser si besoin, avec les précautions nécessaires en matière de prévention des infections liées aux soins.
- **Héparine à bas poids moléculaire**, si alitement.

Avant le démarrage du traitement, il est nécessaire de réaliser un bilan minimum qui comprend les examens suivants : NFS, CRP, Glycémie, urée, créatininémie, transaminases, ECG, Radiographie thoracique

➤ Traitement prophylactique :

Sulfate d'hydroxychloroquine : 400 mg X 2/j le 1^{er} jour puis 200mg X 2/j de J2 à J5

7. Critères de transfert en réanimation :

Le transfert en réanimation se fait devant l'un des critères suivants :

- Troubles neurologiques : les troubles de la conscience ;
- Polypnée : FR > ou égale à 30 cycles par min ;
- TA systolique < 90 mmHg ;
- Fréquence cardiaque : > 120 bat/min ;
- Saturation en oxygène < 92 % sous 4l/min d'O₂.

NB : Des mises à jour de ce protocole peuvent avoir lieu, selon le contexte épidémique et l'évolution des connaissances sur la maladie. Elles feront l'objet de notes spécifiques, le cas échéant