

## RECOMMANDATIONS

Société Marocaine de Médecine d'Urgence (SMMU) &  
Société Marocaine d'Anesthésie d'Analgesie et de Réanimation (SMAAR)

# GESTION DES CAS ASYMPTOMATIQUES ET DES « CONTACTS » DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 EN PÉRIODE DE POST CONFINEMENT

Version JUILLET 2020

**Auteurs :** Lahcen Belyamani, Taoufik Aboulhassan, Said Jidane, Ahmed Rhassane El Adib, Jamaledine Kohen, Saad Zidouh, Sifeddine Nejmi, Hicham Bakkali, Chafik Kettani, Mostapha Bensghir, Abdelhamid El Bait, Afak Nsiri, Saïd Younous, Adnane Berdai, Mustapha Abarda, Brahim Housni, Karim Filali, Mohamed Mouhaoui, Nabil Kenjaa, Hanane Ezzouine, Mohamed Nasser Semkaoui, Ismael Labib, Hicham Sbai, Mohamed Khatouf, Abdelhamid Hachimi, Khalid Abidi, Saloua Marzak.

## CONTEXTE

L'adoption des nouvelles directives ministérielles concernant la gestion de la crise COVID-19 au Maroc, par la mise en place d'un plan de déconfinement régional graduel et dynamique, prenant en compte le nombre de cas enregistrés par régions ; et l'enregistrement récent des plusieurs « *Clusters* » familiaux et industriels ayant conduit au reconfinement de certaines régions ; avec un pourcentage des cas testés asymptomatiques qui s'élève à 98% ; impose une remise en question des modalités de la prise en charge de ces cas asymptomatiques ainsi que leurs « contacts ».

La courbe épidémiologique des cas actifs commence à ascensionner depuis le 20 Juin 2020, au moment où les hôpitaux nationaux commencent à retrouver leur rythme habituel de la période pré-COVID, avec accueil des patients non-COVID en attente depuis le confinement du 20 Mars 2020. Ce qui fait qu'on est encore loin de parler de la fin de l'épidémie ; d'autant plus que la probabilité, en dehors de la disponibilité d'un vaccin efficace, d'une seconde vague COVID-19 au cours de l'hiver prochain s'élève. Donc il est judicieux d'avoir un plan de riposte pour la gestion de cette seconde vague, surtout pour la population à risque.

Ce travail va essayer de répondre aux questions suivantes :

- Conduite à tenir devant les cas de COVID-19 asymptomatiques en période de post-confinement ;
- Conduite à tenir devant les cas « contacts » en période de post-confinement ;
- Modalités du suivi en ambulatoire ;
- Modalités de la vaccination antigrippale ;
- Logigramme de la gestion des cas COVID-19 en période de post confinement.

## PRINCIPES DE BASE

### 1. Vivre avec le virus :

Pour les différentes raisons suscitées, il est clair que l'épidémie actuelle de COVID-19 continuera sa course, surtout après le déconfinement de la population en vue des enjeux socio-économiques et culturels. Donc « vivre avec le virus » pendant une période d'au moins 6 mois (jusqu'à l'obtention d'une immunité collective et/ou d'un vaccin efficace) est désormais une réalité.

Le comportement de la population marocaine après le déconfinement ne semble pas régler aussi les choses, la mauvaise observance des règles de distanciation sociale (distanciation physique, port de masque facial) et de l'hygiène au niveau des structures industrielles et des lieux de loisirs, en sont les principaux facteurs de la nouvelle réascension de la courbe épidémiologique.

Donc pour éviter une explosion des cas positifs, il est impératif de modifier nos conduites et nos stratégies sanitaires en se basant sur les principes suivants : **Sensibiliser, Prévenir, Tester, Isoler, Traiter, Éviter les complications.**

**2. Moyens de protections collectifs :**

La sensibilisation et la prévention se basent essentiellement sur l'application des mesures de la distanciation sociale, à savoir le respect des gestes barrières (port de masque facial, distanciation physique...) et des règles d'hygiène collectives standards (lavage des mains fréquent à l'eau et au savon ou aux solutions hydro-alcooliques, lavage des surfaces et outils à l'eau de Javel diluée ou avec des désinfectants).

Cette distanciation sociale pourra éventuellement être renforcée par le suivi des cas positif « *Contact Tracing* » et l'encouragement des opérations électroniques et à distance, que ce soit pour l'obtention des documents administratifs, le paiement des achats, la prise de rendez-vous, le télé-consulting..., etc.

**3. Moyens de protection individuels :**

Concernant les individus, il semble nécessaire de maintenir et d'observer les règles d'hygiène standards (lavage des mains fréquent à l'eau, au savon ou aux solutions hydro-alcooliques), et d'obliger le port de masque facial pour tous, surtout dans les espaces public où il faut imposer une distanciation physique d'au moins 2 m.

**CONDUITE À TENIR DEVANT LES CAS DE COVID-19 ASYMPTOMATIQUES EN PÉRIODE DE POST-CONFINEMENT**

**1. Constat :**

98% des cas enregistrés (régions de Marrakech, Laâyoune, Tanger, Lalla Mimouna et Safi) depuis le déconfinement au Maroc le 20 Juin 2020 sont asymptomatiques. Récemment, deux études chinoise<sup>1</sup> et marseillaise<sup>2</sup> ont montré que :

- Plus de 60% des cas asymptomatiques présentent des lésions significatives au scanner thoracique, dont 10% évoluent vers des formes sévères s'il n'y a pas de prise en charge ;
- Les cas asymptomatiques sont plus contagieux que les cas symptomatiques, leur charge virale est plus élevée et la durée de contamination est plus prolongée (15 jours pour les symptomatiques versus 19 jours voire 45 jours pour les asymptomatiques) et parmi ces cas asymptomatiques, il existe des « super-contaminateurs » ou « *super-spreaders* ».

**2. Notion de « *super-spreader* » :**

Déjà utilisée lors des deux autres épidémies à coronavirus, le SRAS (2002-2003) et le MERS (en cours depuis 2012), la notion de « *super-spreader* » commence à resurgir pour le COVID-19. En effet, *Gwenan Knight et al.* de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM) ont répertorié dans une base de données<sup>3</sup> toute une série de propagations du virus dans ce type de "*Clusters*" et notamment dans les espaces publics : une épidémie dans un dortoir pour travailleurs migrants à Singapour liée à près de 800 cas, 80 infections liées à des salles de concerts à Osaka au Japon, un groupe de 65 cas résultant de cours de *Zumba* en Corée du Sud, des infections à bord de navires et dans des maisons de soins infirmiers, des stations de ski, des églises, des restaurants, des hôpitaux et des prisons. Parfois, il a suffi d'une seule personne pour en infecter des dizaines.

On estime que 10% des cas asymptomatiques sont à l'origine de 80% des transmissions.

<sup>1</sup> Quan-Xin Long, et al. Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nature Med.* 18 Jun 2020.

<sup>2</sup> Lagier-J-C, et al. Outcomes of 3,737 COVID\_19 patients treated with hydroxychloroquine/azithromycin and other regimes in Marseille, France: A retrospective analysis, *Travel Medicine and Infectious Disease* (2020)

<sup>3</sup> Quentin J. Leclerc, et al. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters? *Open Research* 2020, 5:83 Last updated: 30 Jun 2020

### 3. Facteurs de risque liés aux « super-spreaders » :

On ne peut pas encore expliquer pourquoi certains cas asymptomatiques contaminent plus que les autres voire plus que les cas symptomatiques. Mais on est sûrs que certains contaminent plus que les autres. Un « *super-spreader* » est quelqu'un qui a une charge virale très forte et se trouve dans un lieu où l'environnement permet la transmission.

Probablement cette transmission est liée à la combinaison de plusieurs facteurs :

- Un lieu clos avec une grande promiscuité ;
- La présence d'une personne à charge virale élevée ;
- L'émission d'aérosols par la toux, le chant, la parole..., etc.

Une récente étude de « Nature »<sup>4</sup> estime que certaines personnes en parlant rejettent plus d'aérosols que d'autres : l'émission augmenterait avec l'intensité de la voix.

### 4. Propositions de gestion médicale des cas asymptomatiques :

En prenant en compte les données suscitées, nous proposons de continuer à traiter les cas asymptomatiques, afin de réduire de la charge virale dans la population, et ainsi la contagion et l'évolution vers les cas graves.

Cette prise en charge pourra être organisée éventuellement en ambulatoire, après passage par les hôpitaux de jours, où une première évaluation clinique avec réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) voire un bilan biologique s'impose, avant de démarrer le traitement médical standardisé par le ministère de santé. Il faut évaluer aussi, par la même occasion, le terrain à la recherche de facteurs de risque liés au COVID-19 nécessitant une hospitalisation, la capacité de l'observance thérapeutique par l'individu, la possibilité de l'isolement à domicile et le niveau socio-économique permettant d'assurer un suivi par « télémédecine ».

Une traçabilité de ces cas asymptomatiques devra être assurée par le « *Contact Tracing* » en vérifiant la mise en place de l'application « *Wiqaytna* ». La durée totale du traitement de ces cas asymptomatiques est de 7 jours (voir logigramme en annexe), avec un contrôle par « télémédecine », ou appel téléphonique à J5 puis à J10 du début du traitement.

Dans le cas où il y'aurait une aggravation secondaire et/ou apparition des symptômes, il faut élaborer un circuit clair entre les structures d'accueil régionales référentes de première ligne et les services de réanimation respectifs.

## CONDUITE À TENIR DEVANT LES CAS « CONTACTS » EN PÉRIODE DE POST-CONFINEMENT

Concernant les cas « contacts » dont le test PCR est revenu négatif, on recommande de leur expliquer les mesures de distanciation sociale nécessaires et de les isoler pendant 14 jours à domicile, ou dans les structures d'accueil aménagées pour le COVID-19 si le niveau socio-économique ne le permet pas. Un suivi téléphonique ou par « télémédecine » doit être assuré durant toute la période d'isolement, avec un contrôle PCR à J1 puis à J7 du début de l'isolement.

<sup>4</sup> Sima Asadi, Anthony S.Wexler, Christopher D. Cappa, Santiago Barreda, Nicole M. Bouvier & William D. Ristenpart. Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. Nature. (2019) 9:2348 | <https://doi.org/10.1038/s41598-019-38808-z>

En cas d'apparition des symptômes et/ou de positivité des tests PCR de contrôle, se référer à la conduite à tenir des cas COVID-19 confirmés (en annexe).

### MODALITÉS DU SUIVI EN AMBULATOIRE

Les personnes asymptomatiques qui ont eu un contact étroit avec un cas de CoVID-19 sont mises en isolement pendant 14 jours par le service de santé référent de la région. Un contact régulier est établi avec ces personnes via un outil numérique ou par téléphone.

Les personnes « contacts » qui ont déjà eu une infection confirmée par PCR dans les 3 mois précédents peuvent être dispensées de l'isolement. Les personnes « contacts » doivent rester 14 jours en isolement à domicile à partir du jour du dernier contact avec le cas (personne ne vivant pas sous le même toit) ou du jour où la personne malade a été isolée ou hospitalisée (personne vivant sous le même toit).

Les personnes éligibles pour un suivi en ambulatoire sont :

- Les personnes autonomes âgées de moins de 65 ans ;
- Les personnes ne présentant pas de risque de complications graves : HTA compliquée, AVC ou coronaropathie, cardiopathie, insuffisance cardiaque, diabétiques insulino-dépendants non équilibrés, pathologie respiratoire chronique, insuffisance rénale dialysée, néoplasie active, immunodépression congénitale ou acquise, cirrhose au stade B ou C, obésité morbide ( BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) et les femmes enceintes au 3<sup>ème</sup> trimestre ;
- les personnes avec domicile fixe, capable d'être approvisionné par l'alimentation nécessaire durant la période d'isolement ;
- Les personnes disposants d'outils nécessaires pour établir un lien de communication numérique ou téléphonique ;
- Les personnes ne souffrant pas d'infirmités psychosomatiques, ou ayant des tuteurs le cas échéant.

### MODALITÉS DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE

La lecture des données épidémiologiques au cours de l'année 2019-2020 a montré que l'épidémie de la grippe saisonnière a été plus modérée que celle de l'hiver précédent, avec un taux de consultations divisé pratiquement par deux. À ce jour, l'évolution actuelle du SARS-CoV-2 ne permet pas de prédire la durée de l'épidémie de COVID-19 et laisse présager que le virus continuera de circuler pendant l'automne et l'hiver 2020-2021.

Les incertitudes sur la survenue d'une « deuxième vague » de l'épidémie de COVID-19 et sur l'ampleur de la prochaine grippe saisonnière doivent faire envisager le scénario catastrophique dans lequel la conjonction des deux épidémies entraînerait un engorgement des services des urgences, de réanimation et un nouveau pic de surmortalité.

De ce fait, la SMMU et la SMAAR recommandent d'associer la vaccination antigrippale à la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées de plus de 65 ans et la vaccination antigrippale pour :

- Les personnels soignants dans les structures sanitaires (hôpitaux universitaires, régionaux ou de proximité, dispensaires, maisons d'accouchements..., etc.) ;
- Les sujets avec terrain à risques accrus de complications graves : maladies cardiovasculaires ou pulmonaires chroniques, asthme bronchique, malformations cardiaques congénitales, mucoviscidose, troubles métaboliques chroniques (diabète, insuffisance rénale..., etc.), hémoglobinopathies, terrains immunodéprimés, obésité avec un BMI  $\geq$  30 Kg/m<sup>2</sup>..., etc. ;
- Les personnels sociaux en contact avec les personnes vulnérables, en particulier ceux en institutions (maison de retraite, maison d'accueil, orphelinats, pensionnats, prison..., etc.) ;

- Les unités militaires, de la gendarmerie royale, de la protection civile, de la douane et de la sûreté nationale ;
- Les personnels des gares routières, ferroviaires et des aéroports ;
- Les personnels enseignants ainsi que les enfants et les élèves (écoles et crèches) ;
- Les personnels vétérinaires et leurs collaborateurs ;
- Les personnels des abattoirs ;
- Les propriétaires en contact avec les volailles, les oiseaux domestiques et/ou sauvages.

