

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19

En phase épidémique, comme lors d'une épidémie de grippe, les patients présentant une forme simple ou modérée devront pouvoir être pris en charge en ville en utilisant les ressources médicales et paramédicales du territoire et en mobilisant l'ensemble des acteurs.

Cette prise en charge ambulatoire a vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients sur la base des lignes directrices et recommandations ci-dessous.

En phase épidémique, les patients seront ainsi invités, en cas de symptômes évocateurs du Covid-19, à contacter leur médecin traitant, sauf en cas de signe de gravité où la recommandation restera d'appeler le SAMU-centre 15.

Il convient également d'anticiper et d'organiser en parallèle des circuits en ville pour la prise en charge des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

1. Identification, diagnostic et orientation des patients atteints

1.1. Stratégie de diagnostic par test biologique

En phase épidémique, les patients présentant des signes de Covid-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique (RT-PCR SARS-CoV-2). Seuls font encore l'objet de tests systématiques pour recherche du virus SARS-CoV-2 :

- Les patients hospitalisés pour un tableau clinique évocateur de Covid-19 afin de valider le diagnostic et éviter la transmission par des mesures d'isolement et d'hygiène appropriées ;
- Les deux premiers patients résidant en EHPAD et en structures collectives hébergeant des personnes vulnérables présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19 afin de confirmer un Covid-19 dans un contexte d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne ;
- Tous les professionnels de santé dès l'apparition des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Les personnes à risque de formes graves (cf. fiche annexe 2) et présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Les femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse ;
- Les donneurs d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques.

Pour les autres patients symptomatiques, l'examen clinique devient majeur dans l'identification et la bonne orientation des patients Covid-19.

1.2. Organisation de l'examen clinique (en téléconsultation et consultation)

L'examen clinique a pour enjeu de vérifier l'absence de :

- Signes d'infection respiratoire basse qui nécessiteront une attention et un suivi plus rapproché ;

- Signes de gravité, qui pourraient conduire à des décisions d'hospitalisation.

Il doit permettre de définir l'orientation et le cadre de prise en charge/suivi du patient (cf.1.3).

Il a ainsi pour objectif de préciser (cf. annexe 2 sur les lignes directrices de la consultation et de l'interrogatoire) :

- Les comorbidités du patient
- Les signes cliniques présentés
- Les signes de gravité
- L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques

Il peut avoir lieu en consultation présentielle ou en téléconsultation :

Téléconsultation

La téléconsultation est un cadre pertinent pour réaliser des primo-consultations de patient potentiellement Covid-19. Toutefois, dans certaines situations, elle pourra être insuffisante pour poser l'ensemble du diagnostic et les conditions de prise en charge associées et devra donc être prolongée par une consultation présentielle. C'est au médecin qu'il revient d'apprécier à tout moment la possibilité de poursuivre la téléconsultation en cours ou d'organiser une consultation physique, notamment quand une exploration plus fine du système respiratoire est requise.

En consultation présentielle

L'annexe 1 porte des recommandations sur l'organisation des cabinets de ville, qui seront amenés à accueillir des patients présentant des symptômes évocateurs du Covid-19, pour que les patients concernés soient accueillis dans des conditions particulières et éviter les risques de contamination.

De façon générale, il est préconisé aux professionnels de santé d'assurer les consultations des patients Covid-19, suspects ou confirmés, sur rendez-vous ou d'organiser des plages horaires dédiées pour les patients se présentant pour des signes respiratoires et ou fièvre.

Il convient également de prévoir autant que possible des lieux d'attente où les personnes suspectes de Covid-19 puissent être isolées. Lorsque cela ne s'avère pas possible, il s'agira de faire attendre les personnes suspectes de Covid-19 à distance des autres patients (au moins 1 mètre).

1.3. Orientation du patient une fois le diagnostic posé

Le médecin peut décider différentes orientations en fonction de son appréciation de la situation :

- Traitement symptomatique et conseils d'hygiène et de surveillance +/- arrêt de travail, avec auto-surveillance par le patient lui-même et/ou son entourage ;
- Maintien à domicile avec suivi médical, selon une fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale ;
- Suivi renforcé à domicile avec un suivi par un infirmier diplômé d'État (IDE), en complément du suivi médical ;
- Mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Hospitalisation en cas de signes de gravité, qui sera alors à organiser par appel au SAMU-centre 15.

Les signes de gravité suivant sont des indications d'hospitalisation :

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxygénémie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.

Le médecin pourra décider également d'une orientation vers des médecins spécialistes : cardiologues, pneumologues notamment pour avis d'un spécialiste en cas de difficultés respiratoires.

Les points de vigilance pour permettre un suivi à domicile des patients sont :

- Au plan clinique, absence de critères de gravité ;
- Au plan du logement et de l'environnement du patient : une pièce dédiée et aérée, où le patient pourra rester confiné, des moyens de communication possible (téléphone, ordinateur ...), un accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Une compréhension pour le patient des règles d'hygiène (désinfection des surfaces, nettoyage des WC et salle de bain) et d'auto-surveillance ;
- L'absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile si les règles d'isolement ne peuvent pas être respectées.

L'appréciation par le praticien de l'état du patient et de son environnement permet de prendre la décision de mettre en place un retour à domicile du patient et un suivi au domicile.

2. Suivi des patients en ville des patients atteints du coronavirus

Quatre modalités de surveillance à domicile sont possibles :

- Auto-surveillance (patient ou entourage) ;
- Suivi médical ;
- Suivi renforcé à domicile par des infirmiers, en complément du suivi médical ;
- Hospitalisation à domicile (HAD).

La décision de prise en charge est laissée à l'appréciation du médecin qui détermine le suivi le plus adapté en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.).

2.1. Principes communs à tous les suivis en ville

La surveillance à domicile repose sur :

- Pour le patient :
 - Le confinement à domicile ;
 - La surveillance de la température 2 fois par jour ;
 - La consigne, en cas d'aggravation de l'état général, d'un appel au médecin traitant ou, si celui-ci n'est pas joignable, au SAMU-Centre 15;
 - Le port d'un masque chirurgical lors de l'intervention d'un professionnel de santé ou d'une consultation médicale.

- Pour l'entourage, application des mesures suivantes :
 - Surveillance personnelle de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires ;
 - Restrictions des activités sociales et des contacts avec des personnes fragiles ;
 - En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes respiratoires chez un membre de l'entourage, consigne de prendre contact avec le médecin traitant ou, à défaut ou en cas de signes de gravité, d'appeler le SAMU-Centre 15.

Tous les patients suivis à domicile doivent par ailleurs appliquer les règles d'hygiène et reçoivent un traitement symptomatique (quand nécessaire).

Il est laissé à l'appréciation clinique du praticien la durée de l'arrêt de travail en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.).

Toutefois, en cas de suspicion forte de Covid-19 (infection respiratoire basse chez un patient ayant pu être en contact avec un cas confirmé), la durée de l'arrêt de travail est préconisée de 14 jours.

Il est demandé de limiter au maximum les déplacements, à l'exception de rendez-vous médicaux. Dans ce dernier cas, les malades doivent porter un masque, prévenir en amont le personnel soignant de leur arrivée et signaler leur condition.

Au sein du logement, il est conseillé de rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile, d'aérer régulièrement. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire il est recommandé de se laver les mains fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones mobiles, etc.). Il est déconseillé de recevoir de visites sauf indispensables, comme les aidants à domicile. Enfin, les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier.

2.2. Patient en auto-surveillance

Le patient applique les mesures de surveillance ci-dessus. Il est essentiel qu'il se soit approprié la consigne d'appeler, en cas d'aggravation de l'état général, le médecin qui le suit (ou le SAMU-Centre 15 en l'absence d'une réponse ambulatoire).

Deux modalités sont possibles :

- Auto-surveillance stricte sans programmation ultérieure d'une consultation (physique ou téléconsultation) pour les patients autonomes, peu symptomatiques ou avec des signes d'infection respiratoire haute ;
- Auto-surveillance avec programmation d'une consultation (physique ou téléconsultation,) de suivi à J6-J8 pour les patients autonomes, symptomatiques ou avec signes d'infection respiratoire basse.

2.3. Patient avec suivi médical

Le suivi des patients en ville se fait selon la fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale. En tout état de cause, un suivi médical à J6-J8 est systématiquement organisé. En fonction de l'évaluation de la situation, de la gravité de l'état du patient, ce suivi peut être réalisé en présentiel, en téléconsultation, ou par téléphone. C'est le médecin qui décide des conditions d'organisation de ce suivi.

L'annexe 3 indique les conditions de recours aux téléconsultations pour le suivi médical à domicile, avec l'utilisation de tous les outils possibles dont les outils courants d'appel vidéo sur smartphone.

2.4. Patient avec un suivi renforcé à domicile par des infirmiers

Cette prise en charge spécialisée doit être prescrite par le médecin qui suit un patient à domicile présentant des symptômes d'infection à Covid-19, dans le cas de patients relativement autonomes, peu symptomatiques mais ne pouvant assumer une autosurveillance.

Le suivi par l'infirmier doit être décidé par le médecin qui indique la fréquence du suivi et les signes d'alerte à suivre (alerte au médecin sans délai si nécessaire), ainsi que la possibilité d'alerter le centre 15 en cas d'urgence vitale avec information en parallèle du médecin.

Pour le suivi à domicile de patients présentant des symptômes d'infection à Covid-19, l'infirmier cotera un acte de surveillance clinique de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) qui peut être utilisé par analogie.

La place de l'infirmier est bien dans le suivi et la surveillance des patients et non pas dans le diagnostic d'une décompensation respiratoire qui lui doit être fait par un médecin.

Ce suivi pourra se faire par télésoin qui va être rendu possible dans le cadre de l'épidémie par un texte à venir.

L'infirmier peut également participer à la réalisation des téléconsultations avec les médecins. Trois actes d'accompagnement sont possibles selon que l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu, que l'acte est réalisé isolément dans un lieu dédié aux téléconsultations ou que l'acte est organisé de manière spécifique à domicile.

2.5. Patient suivi en hospitalisation à domicile

Les conditions et cadre de recours à l'HAD sont décrits à l'annexe 5.

Elle est envisageable sur prescription médicale pour les patients atteints du COVID-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation pour les complexités suivantes :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités ;
- Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
- Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).

2.6. Critères de guérison

Un patient peut être considéré comme guéri 48 heures après la disparition des symptômes.

Si le patient a bénéficié d'une PCR en raison de son éligibilité à ce diagnostic biologique (cf. supra), une PCR peut être réalisée 48 heures après la disparition des symptômes. Sa négativité confirmera la guérison.

3. Dispositifs de prise en charge des patients sans médecin traitant et situations équivalentes

Sur la base des lignes directrices précédentes, il revient à chaque ARS, avec l'assurance maladie, d'engager dès maintenant, avec les représentants des professionnels de santé de ville, notamment les URPS et les ordres professionnels, ainsi qu'avec les services d'hospitalisation et de soins à domicile, les travaux de préparation d'un passage à une phase épidémique. Celui-ci conduira notamment à un changement de doctrine en matière de prise en charge : hospitalisation de tous les malades Covid-19 en stade pré-épidémique versus prise en charge en ville en stade épidémique de 80% des malades.

En conséquence, une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19, sera à promouvoir dans les territoires (cf. 1 et annexe 1). Le déploiement de l'usage de la télémédecine devra être également accompagné.

Compte tenu du sur-risque que représente le Covid-19 pour personnes âgées, et afin notamment d'assurer l'identification et la prise en charge selon leurs besoins de celles qui sont isolées à leur domicile, les dispositifs de rappel et de contact quotidien mis en place dans le cadre du plan canicule, reposant sur l'élaboration préalable de registres des personnes fragiles au niveau des collectivités territoriales, pourront être activés.

Les dispositions précédentes s'adressent à des patients disposant d'un médecin traitant, en capacité de les prendre en charge. Il convient d'anticiper et d'organiser les situations de patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

Un travail spécifique sur ce sujet est à conduire au niveau des ARS et l'assurance maladie, avec les représentants des professionnels de santé.

Il pourra s'appuyer sur les dispositifs décrits ci-dessous.

3.1. Référencement préalable des médecins de ville du territoire susceptibles d'être contactés

L'assurance maladie s'organise pour établir une liste des médecins de ville susceptibles de constituer cette ressource pour recevoir des patients hors de leur patientèle, en présentiel ou téléconsultation, en mobilisant les délégués de l'assurance de l'assurance maladie et les conseillers informatiques services, afin qu'ils contactent les médecins du territoire en fonction de leur connaissance des médecins.

En complément, l'assurance maladie assure également le recensement des infirmiers susceptibles de participer au suivi à domicile des patients Covid-19.

3.2. L'orientation des patients sans médecin traitant ou sans médecin traitant disponible

En cas de symptômes évocateurs du Covid-19, les personnes sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible sont invitées à appeler le SAMU-centre 15.

Après une première évaluation de l'absence de signe de gravité, cet appel est basculé sur la plateforme téléphonique mise en place par l'Assurance maladie (cf. annexe 6). Celle-ci, sur la base de la liste préétablie des médecins mobilisables du territoire et des renforts préconstitués (cf. infra), assurera l'orientation vers un médecin en capacité de prendre en charge ce patient, en présentiel ou en téléconsultation.

3.3. Les mécanismes de renfort des ressources territoriales mobilisables

Afin de renforcer les capacités de réponse sur les territoires où les ressources médicales du territoire sont sous tension, posant des problèmes d'accès aux soins, différents viviers complémentaires ont été identifiés. Il revient aux ARS, en lien avec l'assurance maladie, de travailler dès à présent à l'identification et à la pré-constitution de pool de renfort dans la région.

- **Les étudiants en santé (pour un renfort en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social)**

Recensement des professionnels

Les étudiants de professions médicales (médecins, sages-femmes, odontologistes et pharmaciens) représentent une réserve de près de 70 000 professionnels (étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} cycle).

Les étudiants de régulation médicale (futurs assistants de régulation médicale – ARM, soit 350 personnes) et les étudiants de professions d'auxiliaires médicaux (notamment infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture) représentent un vivier de 122 000 étudiants également susceptibles d'être mobilisés.

Lieux et cadre d'exercice des professionnels

Le cadre d'intervention de ces étudiants recensés et identifiés devra être déterminé dans le respect et en fonction de leurs missions statutaires respectives et de leur niveau de formation.

Les étudiants infirmiers/aides-soignants/auxiliaires de puériculture en 1^{ère} année, les étudiants en médecine de 1^{er} cycle et les étudiants de 2^{ème} cycle de médecine non rémunérés ne sont pas considérés comme des professionnels de santé mais sont néanmoins mobilisables dans le cadre d'actions de service sanitaire ou de leurs stages.

Dans le cadre d'actions de service sanitaire, les étudiants en médecine et les infirmiers diplômés d'État (IDE) pourront être mobilisés pour conduire des actions de réorientation (aiguillage vers les centres d'appel/de régulation) ou de prévention (sensibilisation aux gestes barrières). Les IDE en 2^{ème} et 3^{ème} année pourront également prendre part à des actions de réorientation vers des établissements de santé pour renforcer les équipes soignantes.

Dans le cadre de leurs stages obligatoires au cours de leur formation, les IDE, aides-soignants et auxiliaires de puériculture pourront être réorientés vers des structures exprimant des besoins d'accueil et d'orientation de proximité, afin notamment de décharger les professionnels de santé qui réalisent des actes de soins hors Covid-19. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) en 2^{ème} et 3^{ème} année pourront être mobilisés auprès d'IDE libéraux pour renforcer la prise en charge ambulatoire.

Les étudiants de régulation médicale (futurs ARM) ont déjà été mis à disposition des centres 15/SAMU en appui des cellules de crise par leurs centres de formation.

Il est à noter que des propositions de vacation peuvent être adressées à l'ensemble des étudiants des instituts de formation:

- Pour les 2^{ème} et 3^{ème} années d'IFSI : vacations d'aide soignants ;

- Pour les étudiants en formation d'IBODE ou d'IADE : vacances d'IDE.

Les étudiants de professions médicales (médecins, sages-femmes, odontologistes et pharmaciens) en 2^{ème} et 3^{ème} cycle sont des agents publics sous statut hospitalier.

Les 33 500 étudiants de 2^{ème} cycle, dans le cadre de leur stage, pourront être réaffectés en soutien aux équipes sur les lieux de stage cliniques avec trois conditions impératives : ils ne peuvent qu'exécuter des « actes médicaux de pratique courante » et des tâches confiées par « le médecin référent ou le praticien responsable de l'entité d'accueil », avec un encadrement constant par un senior et une formation préalable au poste.

Les 37 700 étudiants de 3^{ème} cycle en internat peuvent opérer un soutien par substitution ponctuelle aux professionnels de santé en épuisement :

- L'interne exerce « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève » (article R. 6153-3 du code de la santé publique)
 - Les internes titulaires d'une licence de remplacement sont autorisés à exercer la médecine comme remplaçant ou adjoint en cas d'afflux exceptionnel de population (L. 4131-2 du code de la santé publique) ; ils sont titulaires d'une autorisation délivrée par le CDOM.
- **Les retraités (sans activité) et les médecins sans activité**

Recensement des professionnels

Les Conseils de l'Ordre disposent a priori des contacts des retraités qui pourraient être sollicités pour apporter une ressource médicale supplémentaire en renfort de la ville.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir pour l'exercice des missions suivantes :

- soit en appui à la régulation médicale ou en effecton de la permanence des soins en ambulatoire ;
- soit en téléconsultation (à partir de leur domicile)
- soit en consultations présentielles. Il conviendra de rechercher à cette fin des locaux si le médecin n'en dispose pas lui-même. Il peut s'agir de structures existantes, telles que les maisons ou les centres de santé, les établissements de santé ou encore les centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Les collectivités territoriales pourront également être mobilisées à cet effet.

Cadre juridique et modalités de financement

Pour les médecins à la retraite reprenant une activité, le cadre juridique du cumul emploi-retraite permet de cumuler leurs rémunérations avec leur pension de retraite. Soit ils se réinscrivent auprès de leur CPAM, soit les ARS feront appel à eux sous le statut de collaborateur occasionnel du service public (COSP). Ils pourront également être placés sous le statut de réserviste sanitaire ou être réquisitionnés (cf. annexe 7).

- **Les médecins de service public (PMI, Santé scolaire...)**

Recensement des professionnels

Les collectivités territoriales pourraient être sollicitées pour mettre à disposition des médecins et infirmiers territoriaux, notamment des PMI. Il en est de même pour l'éducation nationale et les médecins et infirmiers de santé scolaire.

Le droit de réaliser des soins et de prescrire leur étant octroyé réglementairement en cas d'urgence, les médecins de service public peuvent être employés dans le cadre des renforts.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir en sus de la médecine de ville :

- soit en téléconsultation (à partir de leur domicile) ;
- soit en consultations présentielle, avec la même réserve sur les locaux que pour les médecins retraités.

Cadre juridique et modalités de financement

Trois cadres juridiques sont envisageables :

- La mise à disposition, si c'est auprès d'une autre structure publique, par exemple un établissement de santé au sein duquel les offres de consultation supplémentaires seraient constituées ;
 - La réserve sanitaire ;
 - La réquisition selon les modalités définies à l'annexe 7.
- **Les ressources internes à l'assurance maladie**

Référencement du personnel mobilisable

L'assurance maladie est prête à mettre à disposition du dispositif territorial de réponse des ressources issues de ses effectifs : médecins conseil, infirmiers de l'assurance maladie, médecins des centres d'examen de santé, infirmiers actuellement travaillant sur les plateformes SOPHIA pour le suivi des patients diabétiques.

Un recensement au sein du réseau de l'assurance maladie des volontaires au regard de l'urgence sanitaire sera mis en place.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir en sus de la médecine de ville :

- soit en téléconsultations (à partir de leur lieu de travail au sein de l'assurance maladie)
- soit en consultations présentielle, avec la même réserve sur les locaux que pour les médecins retraités.

Cadre juridique et modalités de financement

La réquisition apparaît comme le cadre juridique le plus opérationnel dans le contexte d'urgence actuel (cf. annexe 7).

- **La Réserve sanitaire**

La Réserve sanitaire constitue un moyen stratégique de réponse de l'État aux urgences et crises sanitaires et peut intervenir en phase d'évaluation, en phase de renfort du système de santé pour des actions de santé publique/prévention notamment ou en phase de maintien de l'offre de soins sur le territoire pour éviter les ruptures de prise en charge des patients. La Réserve sanitaire est constituée de professionnels de santé et de la santé actifs ou inactifs (retraités, sans emploi, intérimaires) mobilisables à tout moment par le ministère chargé de la santé ou les Agences régionales de santé (ARS).

Le renforcement des effectifs de professionnels retraités constitue un enjeu majeur car ils peuvent, constituer les seules ressources mobilisables lors d'une situation sanitaire exceptionnelle quand tous les autres professionnels sont déjà mobilisés. Le recours aux professionnels de santé retraités, inactifs, puis aux étudiants doit alors être privilégié.

Lorsqu'il est nécessaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle de renforcer le système de santé sur le territoire d'une région ou d'une zone de défense et de sécurité, le directeur général de l'ARS peut, par décision motivée, faire appel à des réservistes sanitaires (articles L. 3132-1 et suivants du code de la santé publique).

Les circuits et les modalités de mobilisation de la réserve sanitaire par le niveau régional sont précisés dans la note d'information SGMAS/DGS/DGOS n° 60 du 21 juin 2019.

De façon plus globale, des réflexions sont engagées en faveur de dispositions permettant de dégager davantage de temps médical disponible pour le traitement de l'épidémie. Ainsi, il est envisagé d'étendre à une durée plus longue la faculté, pour les pharmaciens, de dispenser les médicaments prescrits au-delà de la durée de validité de l'ordonnance dans le cadre d'un traitement chronique.