

Doctrine régionale d'adaptation de l'organisation des établissements de santé en cas de rebond épidémique COVID-19

A destination des établissements de santé

Ce document a vocation à décrire les modalités d'organisation des établissements de santé, avec un focus particulier pour les ES détenteurs d'une autorisation de réanimation, et de gestion sur les territoires en cas de rebond épidémique au COVID 19 en région Occitanie.

A l'instar de l'organisation mise en place lors de la première vague épidémique en Occitanie, tous les établissements doivent mettre en place une organisation leur permettant de prendre en charge des patients « COVID » et « hors COVID ». L'impact du rebond épidémique sera fort sur les activités de médecine et de SSR.

Ainsi dans le respect des précautions en matière d'hygiène hospitalière, il conviendra de réactiver des flux de prise en charge distincts afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins à tous les patients accueillis, tant dans les activités externes que d'hospitalisation.

La stratégie régionale visera, autant que possible, à une adaptation des organisations en fonction de la situation épidémique de chaque département. La situation d'un département sera toutefois susceptible d'impacter le niveau de mobilisation des départements limitrophes, dans un principe d'entraide entre départements. Les activités « hors COVID » seront préservées autant que possible, tout en permettant les activités COVID et en tenant compte des impacts structurels liés à la réactivation des secteurs COVID.

Modalités organisationnelles

Cette organisation sera structurée en 3 niveaux :

- **Niveau 1 : Faible circulation virale avec cas sporadiques et /ou cluster sans diffusion communautaire.** Les établissements ont un fonctionnement « quasi normal » leur permettant de prendre en charge au sein de leurs organisations non modifiées au-delà de la mise en place des mesures barrière, des patients atteints de la COVID 19 en sus des activités normales.
- **Niveau 2 : Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de diffusion) communautaire. Circulation active débutante du virus.** Les établissements ont un fonctionnement avec des secteurs COVID identifiés, dans tous les types de prise en charge, leur permettant de prendre en charge à la fois des patients COVID et des patients non COVID avec un dispositif **d'adaptation continue des disponibilités** en lits COVID + au besoin épidémique. Un lissage de la programmation des activités pourra être initié, sans procéder à des déprogrammations. Toutefois, une organisation activable en 24 à 72 heures doit être formalisée et prête à être mise en œuvre si l'évolution de l'épidémie le nécessitait sur un territoire donné.

L'activation du plan blanc au niveau 1 de mobilisation interne est adaptée à ce niveau.

Une fiche pratique vous est proposée en annexe.

- **Niveau 3 : Reprise diffuse de l'épidémie suffisamment importante sur un ou plusieurs départements en région.** Les établissements organisent la suspension partielle et progressive d'activités médico-

21/10/2020

chirurgicales afin de libérer des capacités de prise en charge COVID sur les secteurs les plus impactés : urgences, réanimation, services de médecine infectieuse-pneumologie-médecine interne-médecine polyvalente, services d'imagerie, activités chirurgicales, en particulier celles générant un séjour de soins critiques en post-opératoire, SSR (aval des prises en charge à la phase aiguë). La mise en place de PEC alternatives pour les patients ayant un recours au soin modifié de type téléconsultation-suivi téléphonique (mesures de limitation de la circulation de patients à risque) est essentielle, tout comme l'évaluation systématique du recours à l'HAD, pour les patients COVID et non COVID, en alternative à l'hospitalisation complète ou en aval de celle-ci.

Le niveau de déprogrammation, qui devra concerner la totalité des établissements, sera adapté aux besoins d'adaptation de l'offre du territoire. En effet, ce palier nécessite, pour sa mise en œuvre, une solidarité inter établissement forte, seul moyen de permettre des renforts RH, nécessaire à l'armement des dispositifs de crise. La mobilisation collective est un élément essentiel à la mise en œuvre de ce palier et son effet évitant autant que possible le passage à un niveau supérieur.

L'activation du plan blanc au niveau 2 et de son volet plan de continuité des activités est demandée à ce niveau.

Une fiche pratique vous est proposée en annexe.

En cas de reprise de l'épidémie de façon intense au niveau d'une ou plusieurs régions ou au niveau national, et d'insuffisance du niveau 3 pour répondre aux besoins de la population, il conviendra d'activer un ultime niveau : les établissements adoptent un fonctionnement de « crise » avec une déprogrammation de toutes les activités non urgentes et/ou ne représentant pas une perte de chance pour les patients du fait du report de la prise en charge (modèle vague 1 avril 2020). Cette étape sera évitée autant que possible.

Le passage de niveau est décidé par le Directeur Général de l'ARS sur la base de l'évaluation de la situation épidémiologique et de la tension constatée sur le système de santé.

Afin de permettre une agilité suffisante dans l'adaptation au territoire des organisations, il est demandé à chaque établissement de :

- **Décrire sa stratégie de déprogrammation** en cas de nécessité avec identification du nombre de vacations de bloc opératoire, de consultation et de lits ainsi libérés, en particulier en réanimation et surveillance continue pour les activités chirurgicales nécessitant un séjour en soins critiques en post-opératoire. Ce travail permet également d'identifier les ressources humaines potentiellement libérées par une suspension partielle des activités, y compris dans les ES non détenteurs d'une autorisation de réanimation, pour venir renforcer les dispositifs COVID voisins qui le nécessiteraient.
La stratégie de PEC alternative des patients ainsi déprogrammés et/ou impactés par le contexte épidémique de par la nécessité de réduire le recours au soin en présentiel à l'hôpital doit également être travaillée (téléconsultation, suivi par téléphone...).
- **Décrire les espaces et capacités mobilisables** pour armer, en étapes de montée en charge successives (en 24- 48h et 72 h), des lits de réanimation et de médecine aiguë en précisant leur nombre et les délais possibles de mise en œuvre effective.
En extension des capacités de réanimation habituelles, sur un modèle de « réanimation éphémère », le recours à des unités jouxtant les services de réanimation ou aux unités de surveillance continue doit

être privilégié. Le recours aux blocs opératoires et SSPI reste le dernier recours, en particulier du fait de leur impact sur les activités chirurgicales.

- **Identifier les personnes mobilisables** pour permettre en 24 à 72 h la réactivation des secteurs COVID et les adaptations capacitaires nécessitées par l'ampleur de l'épidémie.

Concernant les activités de soins critiques, l'identification de ces ressources doit permettre de décrire les paliers de réouverture de lits de réanimation, tenant compte des normes utilisées durant la première vague épidémique COVID du printemps.

Afin d'accompagner les établissements dans leur organisation du travail, le HCSP a diffusé un avis portant sur les mesures d'éviction des personnels exerçant en établissement de santé et en établissement médico-social. Il estime que la mise en éviction de nombreux soignants pourrait entraver de manière importante la continuité des soins et qu'elle ne doit donc pas être systématique, sauf pour les situations suivantes :

- Si le professionnel devient symptomatique et que le diagnostic de Covid19 est confirmé ;
- Pour le professionnel identifié comme personne contact à risque, en cas de doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement, le soignant contact doit être mis en éviction dans les mêmes conditions que les contacts en population générale ;
- Dans le cas où un personnel non remplaçable serait porteur du SARS-CoV-2 et asymptomatique, la possibilité dégradée d'un maintien en poste avec un renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est envisageable (afin que la balance bénéfique/risque ne soit pas défavorable).

Il est par ailleurs demandé aux établissements de constituer des « équipes de suppléance » en soins critiques, venant de divers horizons, bénéficiant d'une formation préalable même courte. Ce vivier « venant de divers horizons », peut être constitué de ressources internes mais également externes : travaillant dans les établissements voisins, retraités récemment, remplaçants réguliers, personnels en disponibilité... Il est recommandé d'intégrer ces professionnels, en cas de nécessité, au planning de façon mixée avec les équipes habituellement affectées à ces unités.

Il est également demandé d'assurer de façon récurrente des temps de formation « accélérée » des personnels médicaux et non médicaux susceptibles de venir renforcer les équipes de réanimation et de surveillance continue, aux techniques de prise en charge, aux locaux et aux organisations en place. Des tutoriels de formation sont mis à disposition en ligne par les sociétés savantes à cet effet :

SRLF: <https://www.srlf.org/coronavirus/#formation>

SFAR: <https://sfar.org/covid-19/>

Un module spécifique sera intégré dans la formation aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle dispensés par les CESU. Cette formation a vocation à être inscrite en axe prioritaire dans les plans de formation pour l'année 2021.

En ces temps de rebond, favoriser le maintien de la mobilisation des équipes est un enjeu essentiel pour tous. La valorisation de ce qui a été fait durant la première vague épidémique et la relecture collective des projets d'établissement et de territoire afin d'identifier les axes prioritaires des prochains mois peuvent y contribuer.

Le soutien psychologique des professionnels qui le nécessitent devra également être disponible.

- **Maintenir en état de fonctionnement les matériels** nécessaires aux activités de réanimation supplémentaires et **assurer un suivi des stocks des matériels, DM, médicaments, dont oxygène à usage médical et EPI** nécessaires à la gestion d'une potentielle nouvelle vague épidémique. Les pratiques d'utilisation raisonnée de ces stocks, mises en place de la première vague épidémique, doivent rester de rigueur.

Les instances de pilotage

Les espaces de coordination territoriale en place, animés par les délégations départementales, seront maintenus. De même l'instance départementale relative au suivi et accompagnement des dépistages maintient ses temps de coordination. Elles assureront un premier niveau de coordination et de veille des tensions éventuelles.

La sécurisation du parcours patient nécessite une coordination des acteurs dès le début de sa prise en charge en soins primaires. L'orientation vers la structure adaptée à son état clinique lui garantit le juste niveau de réponse médicale, limite les transferts entre services ou établissements et évite la saturation inopportune de certains établissements de recours.

Si l'anticipation est le maître mot de l'adaptation de l'offre, un délai de 24 à 72 heures est souvent nécessaire pour que les organisations soient en place et capable d'accueillir de nouveaux patients. L'articulation des temps entre décision et mise en œuvre est gage pour le territoire d'adéquation entre besoin et offre.

Les cellules de coordination de crise hémi-régionales seront réactivées dès lors que des tensions auront été signalées par au moins un département de la région. Une instance de régulation régionale relative au suivi et à la gestion des difficultés liées à la réalisation des tests RT PCR peut être activée en cas de tensions non solutionnées par la coordination territoriale. Elles assureront un second niveau de coordination en cas de nécessité. Elles nourriront les décisions du DG ARS et du pilote de crise ARS de passage entre les différents niveaux par territoire au vu de l'intensité de circulation du virus et des besoins en capacités d'hospitalisation. Enfin, elles accompagneront les besoins de solidarité régionale ou nationale : transferts de patients entre territoires, soutien en ressources RH et en matériel.

Indicateurs de suivi établissement

Il est demandé à chaque établissement de tenir à jour quotidiennement :

- Le nombre de patients COVID dans l'outil Si-Vic
- Les capacités ouvertes et la disponibilité en lits sur le site de l'ORU en réa, soins continus médecine, SSR:
 - o A 9 heures pour tous les ES non siège de SAU
 - o A 9 h et 17 h pour tous les ES siège de SAU
- Le nombre de lits mobilisables de façon effective, armés en personnels et équipements, pour les niveaux 3 et 4 en 24h-48, 72 h et 7 jours ; un tableau de synthèse avec le volume d'activité non COVID suspendue, le nombre de salle de bloc fermées, le nombre de capacités d'accueil COVID crée par typologie et les ressources humaines redéployées est formalisé. Ces informations pourront être demandées par l'ARS à tout moment en cas de nécessité pour décider des passages entre paliers.

Un suivi des EIG liés à l'adaptation de l'offre de soins en lien avec la gestion de crise sera assuré par l'ARS via le signalement habituel à la BAL ARS 31 alerte

21/10/2020

Annexe Adaptation de la réponse ciblée à la situation de circulation virale COVID 19 - Niveau 2 : Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de diffusion) communautaire. Circulation active débutante du virus

L'ensemble des indicateurs de surveillance biologique de votre département se dégrade. Si à ce stade, la circulation active du virus a peu d'impact sur l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière, il est aujourd'hui opportun de vous demander, afin de répondre aux besoins identifiés dans votre département, en complément des précédentes recommandations déjà diffusées, d'adopter les mesures suivantes :

Activation des plans blancs des ES de santé

Cette activation a vocation à vous permettre de mobiliser les outils nécessaires à votre préparation. Il vous appartient d'en décider le niveau en fonction de la situation spécifique de votre établissement, à minima le niveau 1 plan de mobilisation interne.

Cette activation s'accompagne de la mise en place de la cellule de crise, de l'actualisation quotidienne (y compris le week-end) des données SIVIC et des données ORU (biquotidiennes pour les établissements siège de SAU). Ces données sont essentielles au suivi des activités, à la coordination des acteurs du territoire et à l'évaluation du niveau d'adaptation de l'offre de soins sur le territoire.

Il vous appartient d'informer le préfet et l'ARS de votre département de l'activation et de la levée du plan blanc à l'adresse ARS31-alerte@ars.sante.fr, copie à la DOSA ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr et à votre direction départementale ars-oc-ddxx-direction@ars.sante.fr.

L'adaptation des capacités d'hospitalisation doit permettre de répondre aux besoins de prise en charge des patients COVID + et des patients « hors COVID ». **A ce niveau, les déprogrammations doivent être évitées autant que possible.** Une organisation activable en 24-48h à 72 heures doit être formalisée et prête à être mise en œuvre si l'évolution de l'épidémie le nécessitait sur votre département (en cas de passage en niveau 3)

La coordination territoriale est un outil puissant d'aide à la décision du dimensionnement de cette adaptation et de sa temporalité.

Adaptation de l'accueil des patients

Il vous est demandé **de développer les admissions des patients en direct** dans les services d'hospitalisation, en évitant lorsque l'état du patient le permet le passage par les urgences, en particulier pour les personnes à risque. Ces parcours d'admission doivent être travaillés en lien avec les médecins traitants et le centre 15 s'il est sollicité.

Il vous est également demandé de réactiver l'orientation, au sein des urgences, au niveau de l'IOA/MAO des patients suspects de COVID 19 vers des filières dédiées. L'activation des unités d'hospitalisation dédiées doit être décidée en fonction des besoins en hospitalisation constatés, tenant compte de vos organisations internes, de vos capacités en ressources humaines et de vos capacités architecturales.

Une attention particulière doit être portée à l'usage des chambres doubles et au respect de l'application des procédures de tests RT-PCR avant les hospitalisations programmées. Une RT-PCR positive ne peut être un critère de refus d'une admission ou d'un transfert dans les établissements sanitaires, y compris en SSR. En effet, tous doivent être en capacité d'accueillir des patients COVID, moyennant des organisations internes.

21/10/2020

Le respect des mesures barrières est un élément essentiel de la maîtrise de la contamination entre soigné-soignants mais également entre soignants et entre soignés, en particulier pour les flux externes.

Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, en particulier le recours à l'HAD, sont favorisées à chaque fois que la situation du patient le permet.

Les professionnels libéraux et les acteurs du domicile sont mis en alerte.

Mobilisation de votre SAMU-Centre 15

Il vous est demandé d'adapter vos capacités de réponse téléphonique à l'augmentation des appels constatés.

Des recommandations spécifiques existent pour ce secteur d'activité

Renforcement des dispositifs de soutien aux ESMS

Via les plateformes COVID PA, il est procédé à :

- Evaluation de la nécessité d'une hospitalisation des 2 premiers patients COVID +, à la demande de l'EHPAD pour casser les chaînes de transmission et permettre à l'EHPAD de s'organiser
- Appuis nécessaires via les structures d'appui de votre établissement : EOH, HAD, EMG, EMSP

En soutien au secteur du handicap, il est demandé aux établissements de rendre opérationnels des dispositifs permettant d'apporter une réponse aux sollicitations qui émaneraient de ces acteurs.

Des fiches spécifiques de recommandations existent pour ces secteurs

Mise en alerte des laboratoires

Il est attendu une mise sous contrôle des délais pour les prélèvements et les résultats des tests PCR, en application des dernières recommandations de priorisation. L'usage des nouvelles modalités de diagnostic et dépistage, en particulier les tests antigéniques, trouvera sa place dans les stratégies de test en région. Cela pourra venir accompagner la fluidité des parcours de soins non programmés.

Suivi des stocks

Il vous est demandé de suivre de façon hebdomadaire vos stocks d'EPI et de produits de santé, en particulier médicaments à usage des réanimations et oxygène à usage médical ainsi que les réactifs et de vous assurer de la disponibilité et stocks suffisants pour une période de 4 semaines.

Nous vous remercions de poursuivre le renseignement des consommations et stocks d'EPI dans la plateforme DREES et des consommations et stocks des molécules et dispositifs médicaux dans l'application MaPUI.

Annexe Adaptation de la réponse ciblée à la situation de circulation virale COVID 19 - Niveau 3: Reprise diffuse de l'épidémie suffisamment importante sur un ou plusieurs départements en région

L'ensemble des indicateurs de surveillance biologique de votre département se dégrade et le niveau 2 ne suffit plus à répondre aux besoins de prise en charge des patients COVID +. La circulation active du virus amène à un impact tel sur l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière qu'il est aujourd'hui opportun de vous demander, afin de répondre aux besoins identifiés dans votre département, en complément des précédentes recommandations déjà diffusées, d'adopter les mesures suivantes :

Activation des plans blancs des ES de santé

Le passage en niveau 2 du plan blanc et son volet de plan de continuité des activités est activé.

Il permet une mobilisation maximale de tous les établissements de santé du département et l'adaptation nécessaire à la gestion de cette phase épidémique.

Cette montée en charge du plan blanc s'accompagne du renforcement de la cellule de crise. L'actualisation quotidienne (y compris le week-end) des données SIVIC et des données ORU biquotidiennes (pour les établissements siège de SAU) est indispensable pour tous les types de service (réanimation, SC-SI, médecine, chirurgie, SSR). Ces indicateurs de suivi sont essentiels à la gestion de crise à l'échelle du département mais également de la région.

Il vous appartient d'informer le préfet et l'ARS de votre département de l'activation et de la levée du plan blanc à l'adresse ARS31-alerte@ars.sante.fr, copie à la DOSA ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr et à votre direction départementale ars-oc-ddxx-direction@ars.sante.fr.

Adaptation de l'accueil des patients

Les activités non essentielles dans l'établissement sont suspendues.

Le renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID + en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques est mis en œuvre. La suspension des activités médico-chirurgicales doit être progressive, permettant l'adaptation de la montée en puissance des réanimations, de surveillance continue et des unités de soins intensifs mais également des capacités d'accueil de patients COVID en médecine et SSR. L'ampleur de la suspension doit accompagner dans chaque établissement et sur chaque territoire les besoins d'accueil de patients COVID, de façon anticipée de 72 heures des activités au vu des simulations transmises par l'ARS (cf plan de montée en charge infra).

Le recensement des personnels compétents en réanimation et soins critiques permet l'armement des capacités supplémentaires nécessaires. Le recours aux personnels des établissements voisins, moins impactés par l'activité COVID du fait de leur typologie d'activité, doit permettre d'adapter les capacités de prise en charge des patients COVID aux besoins constatés dans le département. En cas de difficulté la plateforme « Renfort RH-crise » pourra être sollicitée.

Les sorties des patients à domicile et vers des structures d'aval (SSR, SSIAD, ESMS) sont favorisées afin de libérer des capacités d'accueil pour de nouveaux patients. Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle,

21/10/2020

en particulier le recours à l'HAD, sont systématiquement recherchées. Les dispositifs alternatifs de suivi des patients sont mis en place : téléconsultation, télésuivi ...

Les professionnels libéraux et les services de soins à domicile sont pleinement mobilisés.

La coordination territoriale est un outil puissant d'aide à la décision du dimensionnement de cette adaptation et de sa temporalité.

Mobilisation de votre SAMU-Centre 15

Les capacités de réponse téléphonique sont adaptées aux besoins constatés. Les solutions de délestage et d'entre aide régionale viennent soutenir le niveau de réponse collectif si nécessaire.

Des recommandations spécifiques existent pour ce secteur d'activité

Les dispositifs de renforcement de soutien aux ESMS sont maintenus

Des fiches spécifiques de recommandations existent pour ces secteurs

Mise en alerte des laboratoires

Il est attendu une mise sous contrôle des délais pour les prélèvements et les résultats des tests PCR, en application des dernières recommandations de priorisation. L'usage des nouvelles modalités de diagnostic et dépistage, en particulier les tests antigéniques, trouvera sa place dans les stratégies de test en région. Cela pourra venir accompagner la fluidité des parcours de soins non programmés.

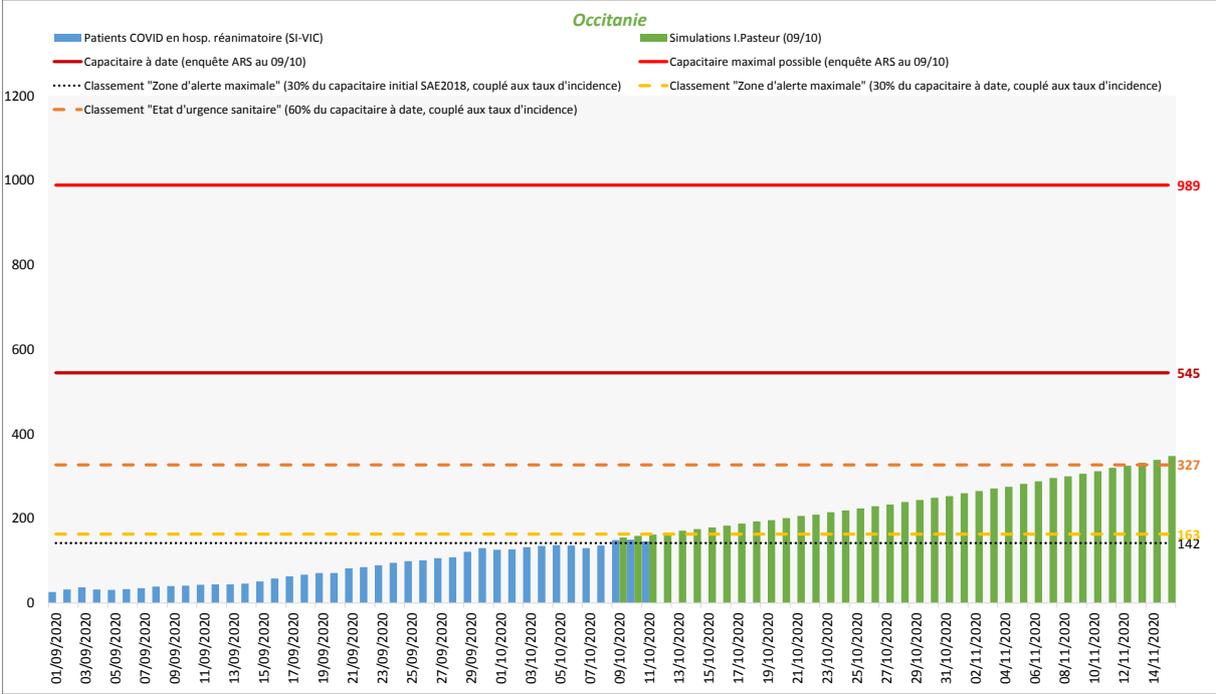
Suivi des stocks

Il vous est demandé de suivre de façon quotidienne vos stocks d'EPI et de produits de santé, en particulier médicaments à usage des réanimations et oxygène à usage médical ainsi que les réactifs et de vous assurer de la disponibilité et stocks suffisants pour une période de 4 semaines.

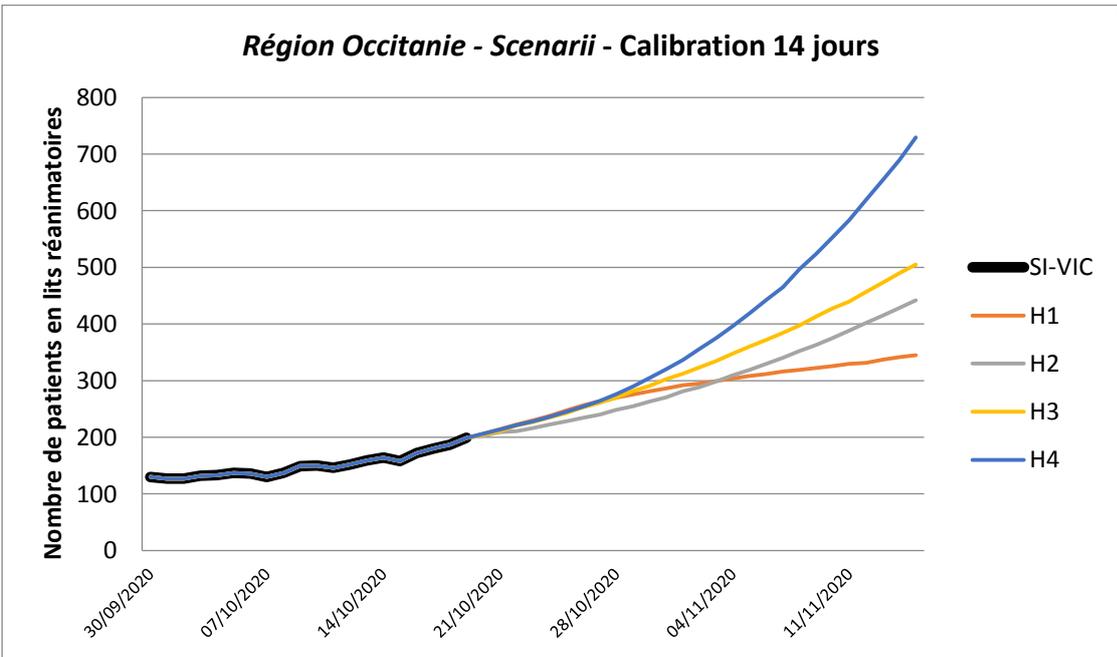
Nous vous remercions de poursuivre le renseignement des consommations et stocks d'EPI dans la plateforme DREES et des consommations et stocks des molécules et dispositifs médicaux dans l'application MaPUI.

Annexe Plan de montée en charge opérationnelle

Simulations de recours aux soins critiques



Projection des patients Covid+ nécessitant une prise en charge en réanimation selon projection Pasteur
(Parmi les différentes simulations, celles-ci demeurent les plus proches des évolutions observées sur la période passée et présente).



Simulations réalisées par l'ARS Occitanie sur la base des travaux de l'Institut Pasteur
Le scenario H3 est à ce stade retenu comme le plus probable.

Tableau synoptique des niveaux

		Adaptations attendues	Éléments concourant au déclenchement	Cible nombre de lits réa armés
Niveau 1	Faible circulation virale avec cas sporadiques et /ou cluster sans diffusion extra communautaire	Accueil patients COVID au sein des organisations habituelles		469
Niveau 2	Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de diffusion) communautaire. Circulation active débutante du virus	Solidarité départementale maximale Activation Plan Blanc Niveau 1 Secteurs COVID identifiés, dans tous les types de prise en charge Dispositif d'adaptation continue des disponibilités en lits COVID + au besoin épidémique (transformation de quelques lits de SC adossés à une réa en lits de réa) Lissage des programmations pour libérer des capacités d'accueil supplémentaires dans tous les domaines d'activité Activation des cellules de coordination territoriales (DD) d'aval de réa (MCO, SSR) et alternative HC (HAD)	15% patients COVID en réa et/ou augmentation de 15% admissions COVID en médecine sur 7 jours glissants	572
Niveau 3	Reprise diffuse de l'épidémie suffisamment importante sur un ou plusieurs départements en région (Passage en niveau N-1 des départements voisins pour accompagner transferts entre départements)	Solidarité intra régionale maximale Activation Plan Blanc niveau 2 Régulation territoriale des admissions de patients COVID+ pour répartir la charge COVID+ Activation des cellules hémi-régionales de coordination de crise Transferts inter départements (COVID + et COVID-) pour palier tensions Activation des autorisations exceptionnelles et temporaires (Réanimation, SSR respi et SRPR) Suspension ciblées des activités médico-chirurgicales non urgentes pour accueil de patients COVID et redéploiement RH Transformation maximale de lits SC adossés à une réanimation en lits de réanimation Préparation EVASAN hors région	20% patients COVID en réa et/ou augmentation de 20% admissions COVID en médecine sur 7 jours glissants et/ou Capacité de montée en charge du niveau 2 entravée par des difficultés RH	808
Niveau 4	Insuffisance du niveau 3 pour répondre aux besoins de la population	Solidarité inter régionale activée Déprogrammation des activités non urgentes et différables sans perte de chance Transformation de tous les lits de SC des ES détenteurs d'autorisation de réa en lits de réa lits Accueil renforts RH hors région EVASAN hors région	50% patients COVID en réa et/ou Augmentation de plus de 30% admissions COVID en médecine sur 7 jours glissants et/ou Capacité de montée en charge du niveau 3 entravée par des difficultés RH	989

Estimation du nombre de lits à déployer par département

Nombre de lits de réanimation à déployer par département

<i>A partir de l'hypothèse H3</i>	01-nov	03-nov	09-nov	15-nov
Ariège	3	4	6	9
Aude	2	2	4	5
Aveyron	2	2	4	5
Gard	9	12	19	27
Haute Garonne	16	19	31	46
Gers	1	2	3	4
Hérault	18	21	35	51
Lot	1	2	3	4
Lozère	0	0	0	0
Hautes Pyrénées	1	2	3	4
Pyrénées orientales	5	6	10	14
Tarn	5	6	10	14
Tarn et Garonne	5	7	11	16
Total	69	84	137	200

Nombre de lits de médecine à déployer par département

<i>A partir de l'hypothèse H3</i>	01-nov	03-nov	09-nov	15-nov
Ariège	10	12	20	29
Aude	23	28	46	67
Aveyron	20	24	40	58
Gard	43	52	85	124
Haute Garonne	91	112	183	266
Gers	9	11	18	26
Hérault	144	177	288	419
Lot	4	5	8	12
Lozère	3	4	6	9
Hautes Pyrénées	15	18	30	43
Pyrénées orientales	26	32	52	75
Tarn	34	41	68	98
Tarn et Garonne	38	46	76	110
Total	459	564	918	1336