



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

6 février 2023

NO DEAD ! OU COMMENT TOLERER L'INACCEPTABLE

43 décès inattendus ont été déclarés sur le site de SAMU-Urgences de France, durant deux mois de recensement du 1^{er} décembre 2022 au 31 janvier 2023.

Ces déclarations concernent 9 régions de France et 22 départements, 79% intéressent des situations survenant au sein du Service des urgences et 21% des situations préhospitalières.

L'importance du nombre de ces situations recensées sur la base du volontariat, et donc non exhaustives, montre s'il était encore nécessaire que **la situation dans nos structures d'urgences s'est très nettement dégradée cette dernière année. Ces conditions d'exercice sont à l'origine d'une maltraitance inégalée tant du côté du patient que de celui des personnels, aboutissant même à une réelle dangerosité.**

La stagnation incessante de nos patients dans nos couloirs liée à l'insuffisance de fluidité d'aval des urgences reste la 1^{ère} cause de pénibilité pour les professionnels des urgences. Elle devient également une source de mortalité inadmissible car curable et surtout évitable. Les situations décrites en annexe de ce communiqué sont suffisamment criantes pour provoquer enfin une prise de conscience et la mise en œuvre de mesures curatives immédiates.

La mortalité générale en France a atteint un paroxysme fin décembre 2022,

avec une pointe à 2515 décès journaliers, soit 36% supérieure à la moyenne journalière de mortalité en 2022 (2^e chiffre le plus élevé en 4 ans, après avril 2020)¹. Cette surmortalité est en partie liée à la triple épidémie, mais il est probable que la saturation du système de santé, en occasionnant une forme d'auto-censure des patients, de renoncement aux soins, voire même de refus de se rendre aux urgences par peur de nos couloirs, l'ait accentué. Il est également notable que l'accumulation de patients brancards est également une cause intrinsèque de surmortalité.

¹ Données INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6206305?sommaire=4487854>

La période que nous traversons n'a plus rien d'une crise,

et ne doit donc pas être traité par des mesures de crises (plan blanc, déprogrammation...). Il s'agit d'une situation de défaillance structurelle qui appelle des mesures durables tant que le système de soin ne retrouvera pas un fonctionnement stable et sécuritaire.

SAMU-Urgences de France demande que soient prises des mesures immédiates :

- **mise en œuvre dans tous les établissements de santé un pilotage du processus de l'hospitalisation**, afin de préserver une place équilibrée aux activités programmées et non-programmées ;
- **mise en place une remonté nationale du nombre de patient brancard quotidien** dans chaque service, et **diffuser cet indicateur au public**, au même titre que l'était le nombre de décès durant les pic épidémique COVID ;
- déploiement dans les mesures du 1^{er} semestre 2023 un **plan de fluidification de l'aval des hospitalisations de médecine et de chirurgie**, seule solution pour donner une nouvelle marge de manœuvre aux établissements de santé et restituer une capacité de soins pour nos citoyens.

Un courrier aux ARS pour protéger la responsabilité des chefs de services de SU :

SAMU-Urgences de France va inviter chaque chef de service de structure d'urgence, à adresser un courrier à leur directeur général d'ARS, afin de dénoncer l'insécurité de nos structures d'urgences issue d'une dégradation de tout le système de santé. L'objectif est de prévenir : **la responsabilité des chefs de service ne pourra pas être retenue dans de telles circonstances**, en cas de retard de prise en charge voir de décès lié à l'encombrement de nos services.

Poursuivre la déclaration aux ARS des décès sur brancard

Le recensement du No DEAD prend fin, mais SUdF invite chaque chef de service à **déclarer systématiquement** à l'ARS² tout décès sur brancard survenant dans ses couloirs comme tous les événements graves liés au soin dont ils auraient connaissance.

SUdF a alerté notre Ministre de cette situation maltraitante pour les patients et les soignants. SUdF a la volonté de sortir de cette période le plus rapidement possible et pouvoir rétablir des conditions de soins et d'exercice satisfaisante, qui passe notamment par la mise en œuvre de ces propositions.

Dr Marc NOIZET
Président SUdF
marc.noizet@sudf.fr

² <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

ANNEXE

Ci-dessous sont listées les situations ayant donné lieu aux 43 déclarations de décès inattendu.

DECLARATIONS AU SEIN DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Patient en attente au SAU non vu par médecin en raison de l'attente très importante
patiente de 92 ans ayant passée la nuit aux urgences en zone d'attente pour réévaluation retrouvée par l'équipe soignante en arrêt cardio respiratoire lors du tour de constantes.
patiente de 80 ans, prise en charge pour trauma de la hanche, gardée en attente d'une place d'hospitalisation sur un brancard, retrouvée décédée dans le couloir au bout de 25 heures de présence au SAU
Patiente aux urgences pour suspicion d'hémorragie digestive; dégradation avec hématomèse et déglobulisation. impossibilité de trouver une place d'aval en réanimation avec soins spécialisés. se dégrade aux urgences puis fait un ACR non récupéré
Patient de 74 ans arrivé depuis 2 heures pour AEG et douleur épigastrique, non vu par médecin du fait de la surcharge du service, Retrouvé en ACR dans le couloir
Patient âgé adressé par médecin traitant, Arrect cardiaque 20 minutes après admission à l'accueil passé inaperçu dans le flot ininterrompu des admissions dans un service déjà saturé
patient résidant en EHPAD sorti le même jour d'hospitalisation et réadressé au SU, retrouvé en arrêt cardio-respiratoire 30 minutes après l'admission dans un service surchargé
Patient de 61ans, ACR en attendant d'être évalué par IAO/MAO (attente très longue au regard de l'afflux exceptionnel de la journée)
Patient retrouvé décédé dans le couloir des urgences, admis il y a 36 heures
patiente adressée par SOS médecin, sans détresse, Retrouvée dans un box en ACR après 12 heures au SU sur brancard en attente de lit, dans un contexte de forte activité
Patient de 74 ans, adresse par une clinique aux urgences pour AEG. Installé en box tardivement 7h après son arrivée du fait du service engorgé par des patients en attente d'hospitalisation. Présente un ACR brutal lors d'un change.
Patient de 88 ans, admis pour détresse respiratoire sur sepsis. Pas de box disponible en zone scoper (tous les boxes sont utilisés pour des patients en attente d'hospitalisation). Découverte morte dans le couloir 6h après son arrivée
Patient de 92 ans, admis pour fracture du bassin ischio pubienne. Retrouvé décédé sur son brancard 5h après son arrivée (secteur engorgé par 15 patients présents depuis plus 24-48h)
Patiente admise pour grippe surinfectée, décédée 36h après son admissions au SAU alors qu'elle est toujours en attente d'hospitalisation
Patient admis au SAU pour AEG sur hypernatrémie, adressé par le SSR où il se trouve depuis le jour même après une sortie d'hospitalisation, retrouvé décédé sur son brancard au SAU
Patiente en attente depuis 5h30 sur un brancard avant qu'un médecin puisse la voir, retrouvée décédée
Dissection aortique avec anévrisme thoracique et hemothorax complet sous AVK, diagnostiqué le 27/12, avec indication chirurgicale mais sans place disponible sur les CH disposant de la ressource, Restée à l'UHCD. Décédé sur choc hémorragique à J+1 au moment du transfert par le SMUR.
Dissection de l'aorte opérable restée stable pendant 24h dans l'attente d'un lit d'hospitalisation, décédée au SAU
Patiente de 92 ans, admise pour trauma de fémur, retrouvée décédée à 6h après son arrivée, avant sa prise en charge médicale.
Patient de 79 ans pris en charge pour un AVC semi récent sans signe de gravité, retrouvé décédé dans son box alors qu'il est en attente d'un lit d'USINV.
Patient 80 ans admis pour Pneumopathie hypoxémiant. Service d'urgence en surcharge. S'est aggravé secondairement au sein du SAU, décédé à H20 en absence de lit de réanimation disponible

Patient de 75 ans. Décès inattendu à J3 de prise en charge. retard net de prise en charge suite surcharge SAU
Patient de 31 ans retrouvé en ACR dans box au SAU. Retard de prise en charge lié délais d'attente importants.
patient de 70 ans en attente en couloir depuis 12 heures, inconscient en état de choc cardio respiratoire, décède très rapidement après son installation en box.
Patient adressé par un SSR pour décompensation respiratoire. Après stabilisation, il est la nuit au SAU en surveillance faute de place. Pas de surveillance rapprochée possible car service surchargé. Patient retrouvé en ACR.
Patient de 77 ans admis pour altération de l'état général. Pas de signe de gravité à l'accueil. Après 5h d'attente sans avoir été vu par un médecin, retrouvé en état de choc. Décède rapidement d'un choc cardiogénique.
Patiente de 91 ans prise en charge pour un SCA ST + avec indication de traitement médical. Décès à H+12 après dégradation brutale de son état au SAU , toujours en attente de lit disponible.
Patient admis pour anémie sur hémorragie digestive haute, pris en charge en secteur non scopé conventionnel. Transféré en SAUV pour une surveillance rapprochée et réalisation d'une transfusion faute de place et ressource disponible secteur conventionnel. Arrive en SAUV en choc hémorragique après un épisode d'hématémèse, suivi rapidement d'un arrêt cardio respiratoire.
Patiente prise en charge au SU suite à Chute à domicile et station au sol prolongée Décès après 10 heures sur brancard au SU faute de lits disponibles
Patiente 87 ans grabataire admise pour dyspnée fébrile oxygène dépendante. Retrouvée DCD au pied du brancard (avec barrières) après 10 heures passées au SU
Patient admis pour suspicion AVC, resté 15h sur brancard au SAU en absence de place d'hospitalisation. Retrouvé en arrêt cardio-respiratoire sur brancard
Patiente de 99 ans admis dans les suites d'une chute avec TC . Découverte d'un HSD + HSA non chirurgical. En attente d'une place en gériatrie, retrouvée décédée en Box après 48h d'attente au SAU
Patiente de 85 ans admise pour altération de l'état général et chutes. Découverte d'une aplasie fébrile, stable à l'admission, mise sous antibiothérapie et laissée en box pour isolement protecteur, dans l'attente d'un lit. Retrouvée décédée en box quelques heures plus tard.
Patient de 80 ans admis aux urgences pour bilan d'une chute. Après 4h d'attente sur un brancard, il est découvert en ACR dans la zone d'attente couchée du service, avant premier contact médical.

DECLARATIONS PREHOSPITALIERES

Suite à fermeture d'un SMUR, déclenchement du SMUR distant qui est en fin d'intervention avec délai allongé (>30 mn). Passe en ACR avant arrivé du SMUR, décédée malgré réanimation.
patient de 48 ans sortant des urgences car refusé par la cardiologie, décès 1h après son retour à domicile malgré l'intervention rapide du SMUR
Appel à 3h du Centre 15 pour fièvre à 40 et vomissements. Interrogatoire médical sans signe de détresse vitale. Du fait de l'engorgement des SAU lié au contexte de triple épidémie, et de l'incitation forte à faire des « admissions par pertinence » vs « admission par principe de précaution », l'admission en SAU par moyens propres a été temporisée au matin. Le patient est décédé dans l'après midi d'un sepsis sévère.
Arrêt cardiaque chez un patient en attente de pose de Pacemaker depuis quelques jours faute de place.
ACR d'une patiente après avoir été réorienté du SAU où elle s'est présentée la veille pour dyspnée.
Patient 60 ans, sans antécédent, appel le Centre 15 pour fièvre avec altération de l'état général. Bénéfice de conseil par le médecin régulateur. 2 ^e appel 10 heures plus tard retrouvé en arrêt cardiaque

Fermeture de SMUR nocturne. Appel nocturne pour un ACR sur ce secteur. SMUR distant déclenché (>1h du lieu d'intervention). Patient DCD.

Pas de SMUR disponible sur le secteur compte-tenu afflux aux urgences et décision de l'ARS de suspendre la ligne de SMUR. ACR à domicile, non pris en charge par une équipe SMUR.

Appel pour hémoptysie à domicile. Pas équipage SMUR disponible par défaut de ressources humaines. Envoi différé du SMUR une heure après le premier appel. Arrêt cardiaque à l'arrivée de l'équipe SMUR, patient DCD à domicile